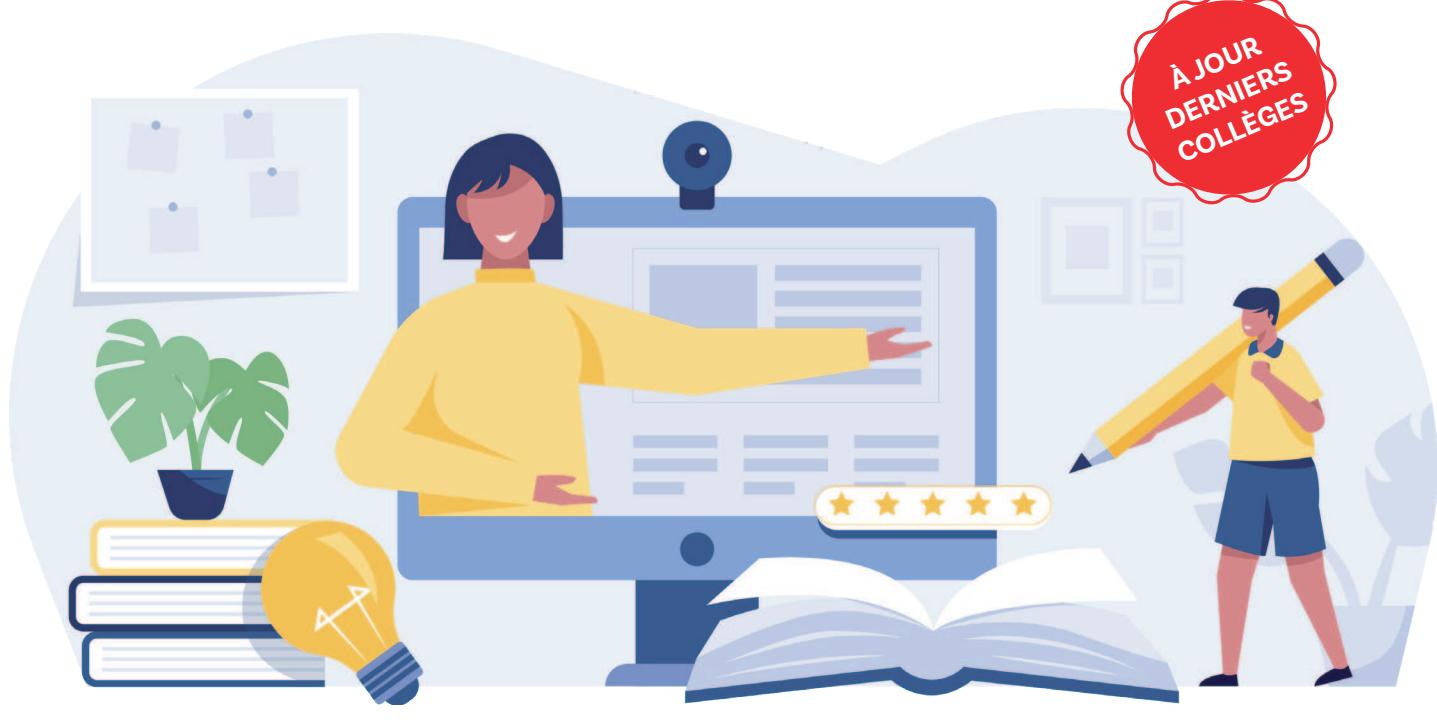


SANTÉ PUBLIQUE MÉDECINE LÉGALE MÉDECINE TRAVAIL

EDN+ 2024 



ÉDITIONS VERNAZOBRES-GREGO

99, boulevard de l'Hôpital – 75013 Paris

Tél. : 01 44 24 13 61

www.vg-editions.com



AVERTISSEMENT

Les Éditions VG sont en perpétuelle évolution afin de réaliser des ouvrages innovants au plus proche de vos demandes. Malgré toute l'attention et le soin apportés à la rédaction de ceux-ci, certaines remarques constructives peuvent probablement être émises. N'hésitez pas à nous transmettre vos commentaires à l'adresse editions@vg-editions.com (en nous précisant bien le titre de l'ouvrage et le numéro de la page concernée) ; nous ne manquerons pas de les prendre en compte dans le cadre de la réalisation de nos prochaines éditions.

MENTIONS LÉGALES

Cet ouvrage a été réalisé selon les dernières recommandations scientifiques en vigueur lors de sa publication. Les données médicales étant en permanente évolution, nous recommandons à nos lecteurs de consulter régulièrement les dernières données de pharmacovigilance. Le prescripteur étant strictement responsable de ses actes, l'éditeur et l'auteur ne pourront en aucun cas être tenus responsables de la prise en charge d'un patient.

SANTÉ PUBLIQUE - MÉDECINE LÉGALE - MÉDECINE TRAVAIL

ISBN : 978-2-81832-450-9

© Décembre 2023 - Éditions Vernazobres-Grego

Illustration de couverture : ©yellow man – Adobe Stock.com

Toute représentation ou reproduction, intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur, ou de ses ayants droit ou ayants cause, est illicite (Loi du 11 mars 1957, alinéa 1^{er} de l'article 40). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code pénal.

SOMMAIRE

SANTÉ PUBLIQUE MÉDECINE LÉGALE & TRAVAIL

1	- La relation médecin-malade	1
2	- Les valeurs professionnelles du médecin et des autres professions de santé	4
3	- Le raisonnement et la décision en médecine	6
4	- La sécurité du patient. La gestion des risques. Les événements indésirables associés aux soins. a. Infections associées aux soins b. Démarche qualité et évaluation des pratiques c. Sécurité du patient	10 13 16
5	- La gestion des erreurs et des plaintes l'aléa thérapeutique	25
6	- L'organisation de l'exercice clinique et les méthodes qui permettent de sécuriser le parcours du patient	30
7	- Droits individuels et collectifs du patient	32
8	- Discrimination et santé	37
9	- Éthique médicale a. Éthique génétique b. Éthique et fin de vie c. Éthique médicale d. Prélèvement d'organes e. Éthique en recherche f. Éthique et AMP g. Protection juridique	40 43 46 51 54 59 63
11	- Violences et santé	68
12	- Violences sexuelles	75
13	- Certificats médicaux. Décès et législation. Prélèvements d'organes	84
14	- La mort	96
16	- Organisation du système de soins. Sa régulation. Les indicateurs. Parcours de soins.	100
17	- Télémedecine, télésanté et téléservices en santé	105
18	- Santé et numérique	108
19	- La sécurité sociale. L'assurance maladie. Les assurances complémentaires. La complémentaire santé solidaire (CSS). La consommation médicale. Protection sociale. Consommation médicale et économie de la santé.	113

20	- Méthodologie de la recherche en santé	118
21	- Mesure de l'état de santé de la population	126
29	- Connaître les principaux risques professionnels pour la maternité, liés au travail de la mère.	129
57	- Maltraitance et enfants en danger. Protection maternelle et infantile	134
59	- Sujets en situation de précarité	137
145	- Surveillance des maladies infectieuses transmissibles	140
179	- Risques sanitaires liés à l'eau et à l'alimentation. Toxi-infections alimentaires	143
180	- Risques sanitaires liés aux irradiations. Radioprotection	145
181	- La sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme. La veille sanitaire	148
182	- Environnement professionnel et santé au travail	151
183	- Organisation de la médecine du travail. Prévention des risques professionnels	154
184	- Accidents du travail et maladies professionnelles : définitions et enjeux	158
290	- Épidémiologie, facteurs de risque, prévention et dépistage des cancers	163
323	- Analyser et utiliser les résultats des études cliniques dans la perspective du bon usage - analyse critique, recherche clinique et niveaux de preuve	167
325	- Identification et gestion des risques liés aux médicaments et aux biomatériaux, risque iatrogène, erreur médicamenteuse	172
367	- Impact de l'environnement sur la santé. a. Santé et environnement b. Impact de l'environnement sur la santé.	175 178

Item 1 – RELATION MÉDECIN - MALADE

GÉNÉRALITÉS A

<p>Type de relation</p>	<p>Relation médecin-malade : Relation asymétrique où le médecin détient les connaissances et le malade est diminué par sa maladie.</p> <p>Modèle paternaliste : Le médecin décide de tout pour le patient</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Utile dans les situations d'urgence, à éviter pour les maladies chroniques <p>Modèle autonomiste : Discussion des possibilités entre le patient et le malade, et la décision est prise conjointement avec participation du patient dans le projet de soin.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Utile dans les maladies chroniques, permet une meilleure compliance, difficile dans les situations d'urgence <p>2 types de relations autonomistes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Décision médicale partagée : le médecin informe son patient et discute avec lui pour prendre la meilleure décision 2- Modèle informatif : Le médecin donne toutes les informations connues à son patient qui prend seul sa décision. <p>En pratique la relation médecin-malade va osciller selon les circonstances entre ces modèles.</p> <p>Le problème de santé détient 3 points d'observation :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Point de vue épidémiologique / clinico biologique : correspond à la maladie diagnostiquée en elle-même (the disease) 2- Point de vue du patient : comment il ressent cela (illness) Vécu subjectif du patient (maladie ressentie ou illness) 3- Point de vue social : conférant un statut à la personne malade (sickness)
<p>Annonce diagnostic ou de décès</p>	<p>Il est obligatoire de donner une information loyale, claire et appropriée de l'état de santé de toute personne.</p> <p>Cette délivrance d'information doit être tracée dans le dossier patient</p> <p>Il est cependant possible de ne pas donner une information à un malade si :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cette décision est collégiale ▪ Il n'y a pas de risque de contamination ▪ Il n'y a pas refus d'un traitement par cette méconnaissance qui pourrait être délétère au patient ▪ C'est le choix du patient ou c'est dans son intérêt. <p>La communication de l'information passe par 3 phases :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Avant : Étudier le dossier afin de donner l'information la plus adéquate possible et anticiper les conséquences, s'assurer de disposer d'un lieu calme et adapté avec un temps suffisant, et d'avoir réuni la personne de confiance si souhaité par le patient 2- Pendant : Demander ce que sait déjà le patient et ce qu'il veut savoir. Donner l'information la plus adéquate possible 3- Après : vérifier que le patient a bien compris. S'assurer qu'il aille bien. Proposer un suivi si besoin

	<p>Toujours s'assurer de bien-être du patient après avoir donné une information grave :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Choc initial ▪ Déni ▪ Agressivité / marchandage / régression / déplacement de l'anxiété sur des problèmes mineurs ▪ Acceptation / sublimation <p>Le soignant doit éviter certains écueils ou mécanismes de défenses contre-productifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le mensonge (y compris par omission) ▪ La projection ▪ La rationalisation ▪ La fausse réassurance
Annonce d'un Événement Indésirable Associé aux Soins	<p>Il est obligatoire d'informer le patient d'un événement indésirable associé aux soins (EIAS)</p> <p>Tout doit être fait pour limiter les impacts de cet EIAS</p> <p>Il faut le notifier dans le dossier médical et en informer le médecin traitant</p>
Education thérapeutique	<p>Processus individuel, continu et intégré à la prise en soins afin :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ De délivrer des informations ▪ De délivrer des connaissances et des savoir-faire ▪ De soutenir psychologiquement le patient <p>Utile dans les maladies chroniques afin que le patient puisse gagner d'avantage d'autonomie</p> <p>4 étapes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Évaluer ce que sait le patient et ce dont il a besoin 2- Établir un programme d'éducation personnalisé 3- Réalisation du programme d'éducation (de manière individuelle ou en groupe de patients) 4- Évaluation de ce qu'a appris le patient et organisation éventuelle d'un nouveau protocole d'éducation thérapeutique <p style="text-align: center;">Les 4 étapes de l'éducation thérapeutique des patients</p> <pre> graph LR A[1- Élaborer un diagnostic éducatif] --> B[2- Définir un programme personnalisé d'ETP avec priorités d'apprentissage] B --> C[3- Planifier et mettre en œuvre les séances d'ETP individuelles ou collectives] C --> D[4- Évaluer les compétences acquises] </pre>
Processus de changement A	<p>Modèle du changement selon Prochaska et DiClemente (6 stades) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Pré-contemplation : La personne ne pense pas avoir de problèmes avec sa consommation. Elle n'envisage pas de changer de comportement, dont elle ressent essentiellement les bénéfices. 2- Contemplation : penser inconvénients = avantages 3- Détermination : À ce stade, le patient se sent prêt à démarrer la phase d'action dans un futur proche ; il détermine des décisions et commence à les mettre en place dans le temps. 4- Action : s'engager activement dans le changement, penser à une efficacité personnelle dans le changement, mettre en place librement un changement de comportement 5- Maintien : maintenir son changement et trouver une confiance en lui dans cette possibilité

- | | |
|--|---|
| | <p>6- Rechute : La rechute est possible et fait partie du processus normal de changement. Ce n'est pas une manifestation pathologique mais un temps peut-être nécessaire à la réussite finale du processus. Il est intéressant de connaître à quel stade de changement se situe la personne de manière à offrir des arguments, des motivations, des astuces pouvant l'aider à franchir les étapes. Il faut savoir toutefois que cette dernière ne franchit pas nécessairement ces étapes de façon linéaire, elle peut sauter des étapes, voire reculer pour bondir de nouveau.</p> |
|--|---|

 **Coups de pouce du rédacteur :**

- Savoir que la relation médecin-malade est une relation asymétrique et spécifique
- Savoir que le patient a le droit de disposer d'une information claire et loyale de son état de santé en toute circonstance, mais qu'il peut refuser cette information sous certaines conditions
- Savoir que les modèles autonomistes et les programmes d'éducation thérapeutiques permettent une meilleure compliance et une meilleure autonomie des patients surtout dans le cadre des maladies chroniques.

FICHE E-LISA N°2

Item 2 – VALEURS DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

GÉNÉRALITÉS A	
Définition	<p>Déontologie : Ensemble des règles et des devoirs qui régissent l'exercice médical, la pratique médicale, et les rapports individuels vis-à-vis des malades et des confrères</p> <p>Éthique : Ensemble des règles de conduites nécessaire à l'exercice de la profession.</p>
Code de déontologie médicale	<p>Code de déontologie médicale :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Écrit par l'Ordre National des Médecins, puis soumis au conseil d'état et au parlement ▪ Contient l'ensemble des articles organisant la déontologie médicale <p>Principes de déontologie médicale :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Respect de la personne et de la vie humaine, même après sa mort, ne pas nuire ▪ Respect du secret professionnel ▪ Liberté du malade : information loyale, claire et appropriée, consentement éclairé ▪ Devoir de porter secours à personne en péril ▪ Responsabilité du médecin vis-à-vis de ses actes et décisions ▪ Indépendance professionnelle : l'intérêt du patient passe en priorité ▪ Exercice sans discrimination ▪ Compétence et disponibilité pour chaque patient ▪ Confraternité et solidarité entre médecins <p>Les autres professions de santé ont-elles aussi leur code de déontologie et leur ordres (pharmacien, chirurgiens-dentistes, sagefemmes)</p>
Éthique	<p>4 grands principes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Ne jamais nuire 2- Bienfaisance : assurer le bien-être des patients 3- Autonomie du patient : information des patients qui choisissent leur traitement après conseils 4- Justice : Soins apportés à tous les patients quel que soit leurs conditions
Ordre des médecins	<p>Veille « au maintien des principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine »</p> <p>3 niveaux :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Départementale : administratif (obligation d'inscription), exécution des sanctions, conciliation, entraide, surveillance du respect de la déontologie, information des médecins 2- Régionale 3- Nationale : rôle moral et consultatif, appel des décisions juridictionnelles
Organisation sociopolitique	<p>La liberté du médecin est encadrée par différents dispositifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ financier, avec les tarifs conventionnés (secteur 1 et secteur 2), tarification spécifique selon chaque acte (exemple sutures en cabinet), contrôle des prescriptions (avec ordonnance sécurisées par exemple) ▪ la vérification des soins apportés au patient avec notamment l'évaluation de soin (bien soigner à moindre coût), une obligation de développement personnel continu avec une mise à jour des dernières recommandations notamment. <p>NB : c'est la Haute Autorité de Santé (HAS) qui crée et diffuse des recommandations de bonne pratique et les obligations du développement professionnel continu</p>

Autres professionnels de santé	<p>Confraternité avec les autres professionnels de santé : assistance dans l'adversité et recherche de conciliation en cas de différend.</p> <p>Importance d'informer les médecins traitants de ses patients</p> <p>Entretenir de bons rapports avec les autres professions (dentistes, pharmaciens, sagefemmes, paramédicaux) et garantir le respect de l'indépendance professionnelles de ces autres professions</p>
---------------------------------------	--



Coups de pouce du rédacteur :

- Connaitre les grands principes de l'éthique médicale et de la déontologie médicale
- L'ordre des médecins veille au respect de la déontologie médicale
- La déontologie médicale est régie par le code de déontologie médicale

Item 3 – RAISONNEMENT ET DÉCISION EN MÉDECINE

GÉNÉRALITÉS A

Définition	<p>Raisonnement médical : Processus cognitif qui consiste à résoudre un problème médical. Nécessite de synthétiser les informations cliniques et ses connaissances. La démarche clinique comporte 3 temps :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1- Temps diagnostic : trouver le problème de santé et sa cause 2- Temps pronostic : prédire son évolution à court et long temps 3- Temps thérapeutique : définir la prise en charge <p>Décision médicale : Choix entre plusieurs options possibles pour la prise en charge d'un malade</p> <p>Décision médicale partagée : Décision médicale prise en collaboration avec le patient après avoir eu l'explication des différents choix possibles. A l'extrême le patient peut juste informer le patient et le patient prend sa décision seule</p> <p>Décision collégiale : Décision médicale prise par un collectif de médecins</p>
Modes de raisonnement	<p>Raisonnement hypothético-déductif :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le médecin génère des hypothèses diagnostiques avec le motif de consultation ▪ L'examen clinique et les examens paracliniques visent à confirmer ou infirmer ces hypothèses diagnostiques ▪ Au final le diagnostic posé correspond à l'hypothèse qui a été confirmé ▪ La qualité du médecin réside donc dans l'anamnèse et le choix des examens complémentaires pour valider l'hypothèse finale <p>Reconnaissance immédiate :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnostic par analogie de ce qu'a déjà rencontré le médecin ▪ Dépend de l'expérience du médecin ▪ Cette méthode est automatique et ne peut pas être critiquée par le médecin <p>Raisonnement mixte : En pratique les médecins utilisent les deux méthodes de raisonnement précédentes selon leur expérience.</p> <p>Approche Bayesienne :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Modèle qui permet de calculer la probabilité post-test d'un diagnostic en fonction de la probabilité pré-test et des résultats des examens paracliniques ▪ Nécessite de connaître les performances du test diagnostic : <ul style="list-style-type: none"> - Sensibilité = probabilité d'être positif quand on est malade = $VP/(VP+FN)$ - Spécificité = probabilité d'être négatif quand on est sain = $VN / (VN + FP)$ - Rapport de vraisemblance positif = rapport de probabilité que le test soit positif chez un malade versus chez un non-malade = $Se/(1-Sp)$ - Rapport de vraisemblance négatif = rapport de probabilité que le test soit négatif chez un malade versus un non-malade = $(1-Se)/Sp$ - Valeur prédictive positive : probabilité d'être malade quand le test est positif = $VP/(VP+FP)$ - Valeur prédictive négative : probabilité d'être sain quand le test est négatif = $VN/(VN+FN)$ ▪ Méthode plus objective mais plus difficile à réaliser en pratique

B	<p>Analyse décisionnelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Modèle de raisonnement qui consiste à évaluer la probabilité de toutes les possibilités en fonctions des choix que l'on peut effectuer. ▪ Il convient alors de faire les choix qui apportent un meilleur pronostic au patient 												
MÉDECINE FONDÉE SUR LES PREUVES A													
Définition	<p>Evidence Based Medicine : Raisonnement médical basé sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'expérience clinique du médecin ▪ Les données scientifiques les plus récentes ▪ Les préférences du patient 												
Utilisation	<p>Nécessite de se tenir informer :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bases de connaissances comme Medline ou Pubmed, Cochrane library, Google scholar... ▪ Recommandations pour la pratique clinique (HAS) <p>Nécessite de pouvoir critiquer l'information obtenue et d'évaluer son applicabilité :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Population incluse ▪ Intervention réalisée ▪ Critère de jugement retenu ▪ Analyse statistique ▪ Niveau de preuve de l'étude <p>Nécessite de pouvoir synthétiser :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'ensemble des informations obtenues ▪ Avec les choix et préférences du patient <p>Mode de raisonnement à privilégier mais :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Chronophage (la littérature peut être conséquente) ▪ Nécessite de disposer d'informations sur la pathologie du patient (difficile en cas de maladie rare par exemple car les laboratoires orientent leurs études sur les pathologies fréquentes) ▪ Informations parfois contradictoires sur certains sujets 												
Niveau de preuve des études	<p>Niveau de preuve c'est la confiance que l'on peut avoir dans le résultat d'une étude, à quel point elle est crédible. Incluant :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le schéma de l'étude : problématique et adéquation des résultats à la question posée ▪ Qualité méthodologique : nombre de sujet, validité externe / interne <table border="1" data-bbox="327 1575 1536 2070"> <tr> <td data-bbox="327 1575 487 1722">Niveau 1</td><td data-bbox="487 1575 662 1722">Reco grade A</td><td data-bbox="662 1575 1536 1722"> <ul style="list-style-type: none"> - Essais comparatifs randomisés de forte puissance - Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés - Analyse de décision fondée sur des études bien menées </td></tr> <tr> <td data-bbox="327 1722 487 1857">Niveau 2</td><td data-bbox="487 1722 662 1857">Reco grade B</td><td data-bbox="662 1722 1536 1857"> <ul style="list-style-type: none"> - Essais comparatifs randomisés de faible puissance - Études comparatives non randomisées bien menées - Études de cohortes </td></tr> <tr> <td data-bbox="327 1857 487 1924">Niveau 3</td><td data-bbox="487 1857 662 1924"></td><td data-bbox="662 1857 1536 1924"> <ul style="list-style-type: none"> - Études cas témoins </td></tr> <tr> <td data-bbox="327 1924 487 2070">Niveau 4</td><td data-bbox="487 1924 662 2070">Reco grade C</td><td data-bbox="662 1924 1536 2070"> <ul style="list-style-type: none"> - Études comparatives comportant des biais importants - Études rétrospectives - Séries de cas - Études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale) </td></tr> </table> <p>Attention piège fréquent : niveau et grade inversés lors des questions</p>	Niveau 1	Reco grade A	<ul style="list-style-type: none"> - Essais comparatifs randomisés de forte puissance - Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés - Analyse de décision fondée sur des études bien menées 	Niveau 2	Reco grade B	<ul style="list-style-type: none"> - Essais comparatifs randomisés de faible puissance - Études comparatives non randomisées bien menées - Études de cohortes 	Niveau 3		<ul style="list-style-type: none"> - Études cas témoins 	Niveau 4	Reco grade C	<ul style="list-style-type: none"> - Études comparatives comportant des biais importants - Études rétrospectives - Séries de cas - Études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale)
Niveau 1	Reco grade A	<ul style="list-style-type: none"> - Essais comparatifs randomisés de forte puissance - Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés - Analyse de décision fondée sur des études bien menées 											
Niveau 2	Reco grade B	<ul style="list-style-type: none"> - Essais comparatifs randomisés de faible puissance - Études comparatives non randomisées bien menées - Études de cohortes 											
Niveau 3		<ul style="list-style-type: none"> - Études cas témoins 											
Niveau 4	Reco grade C	<ul style="list-style-type: none"> - Études comparatives comportant des biais importants - Études rétrospectives - Séries de cas - Études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale) 											

Intérêt d'une intervention B	<p>Efficacité : Résultats produits par une intervention au cours d'un essai clinique randomisé</p> <p>Efficacité pratique : Résultats produits par une intervention en pratique courante</p> <p>Efficience : Efficacité pratique d'une intervention en regard de son coût pour le patient ou pour la société</p> <p>Utilité : Vision subjective de l'intérêt d'une intervention dans une situation précise</p>
Limites A	<p>La médecine fondée sur les preuves comporte des limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conflits d'intérêt : les entreprises pharmaceutiques financent les études ▪ Validité externe moindre : en général on parle d'un type de maladie, on ne considère pas les patients polypathologiques ▪ Les données peuvent être limitées ou inexistantes pour certaines questions <p>L'importance et la discordance des recommandations représente un obstacle à leur utilisation</p>
TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION A	
Définition B	<p>Système d'aide à la décision : outil informatique permettant de fournir une information médicale adaptée au contexte clinique. Nécessite une base de données, une interface où le clinicien peut rentrer les informations de son patient et un moteur de calcul qui propose l'information.</p> <p>Exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Approche documentaire afin de fournir la recommandation la plus pertinente ▪ Système d'alerte par exemple en cas de prescriptions incompatibles <p>Ces systèmes peuvent être basés sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La dérivation d'un modèle statistique calculé sur une cohorte afin de prédire l'outcome du patient ▪ Un modèle probabiliste afin de mettre en œuvre les recommandations en vigueur ▪ Du data mining afin de faire de la recherche documentaire
DÉCISION MÉDICALE PARTAGÉE A	
Définition	<p>Décision médicale partagée : Décision prise après échange avec le patient</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Améliore l'observance du patient contrairement à un modèle de décision paternaliste où le médecin prend la décision seul en ne donnant que les informations minimales au patient ▪ Le médecin influe sur la décision finale, contrairement au modèle informatif où le médecin ne fait que communiquer des informations et le patient prend sa décision seul ▪ Légalement, cela ne modifie pas la responsabilité médicale ▪ Il est possible d'utiliser des outils informatifs ou informatiques afin d'aider le patient à prendre sa décision <p>Décision collégiale : Décision prise par un groupe de médecins.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Peut être réalisée à l'initiative d'un médecin pour toute situation clinique ▪ Mais peut être obligatoire dans certains cas : <ul style="list-style-type: none"> - Limitation des traitements déraisonnés chez les patients qui ne peuvent exprimer leur volonté - Prise en charge carcinologique
Mise en œuvre d'une limitation des soins déraisonnables	<ol style="list-style-type: none"> 1- Recueil des directives anticipées du patient (= document signé par le patient et contenu dans le dossier médical indiquant ce que souhaiterait le patient en cas de fin de vie) 2- Discussion avec la personne de confiance (=personne désignée par écrit par le patient) ou à défaut un proche du patient 3- Recherche de l'avis d'un médecin extérieur consultant indépendant (pas de lien hiérarchique) 4- Prise d'une décision collective entre le médecin du patient et le médecin consultant 5- Formulation de l'avis définitif et communication à la famille ou au patient

Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indispensable pour les prises en charge carcinologiques mais peuvent être réalisés pour décider de prises en charge complexes. ▪ Les décisions doivent être tracées par écrit avec la date de réunion et le nom des participants ▪ Obligation d'avoir 3 médecins de spécialités différentes mais impliquées dans la prise en charge ▪ La participation régulière à une RCP permet de valider son évaluation et son amélioration des pratiques professionnels dans le cadre du développement professionnel continu
---	--

ÉVALUATION DES PRATIQUES B

Définition	<p>Efficacité théorique : Efficacité d'une démarche de santé dans des conditions expérimentales (ie. Après randomisation)</p> <p>Efficacité pratique : Efficacité d'une démarche de santé en pratique quotidienne. L'effectivité est toujours inférieure à l'efficacité théorique</p> <p>Efficience : Rapport entre l'efficacité d'une démarche de santé et son coût économique et matériel</p> <p>Utilité : Vision subjective qu'à un sujet d'une démarche de santé par rapport à son état de santé et son mode de vie. On peut évaluer l'utilité de différentes manières :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'arbitrage temporel : on demande au patient combien d'année de vie en parfaite santé il serait prêt à échanger contre 10 années de vie dans son état de santé actuel ▪ La loterie : on propose au sujet un traitement théorique où il a une probabilité p de guérir complètement et une probabilité $(1-p)$ de décéder immédiatement. On essaie d'évaluer la valeur de p avec laquelle le sujet est indifférent afin de déterminer l'utilité de l'état de santé actuel du sujet ▪ Échelle standardisée de qualité de vie général ou spécifique à la maladie du sujet <p>Controverse : division de la communauté scientifique qui soutiennent des positions contradictoires sur un problème donné</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Exemple : traitement à la chloroquine et COVID-19 en 2020.
-------------------	---

💡 Coups de pouce du rédacteur :

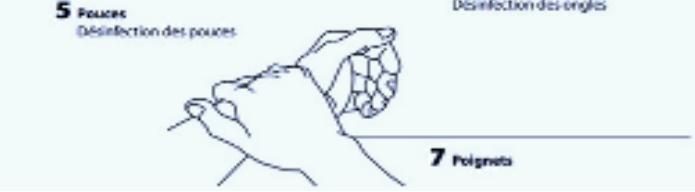
- Savoir comment on prend une décision en médecine
- Savoir ce qu'est l'Evidence Based Medicine et ses limites
- Savoir qu'il faut donner une place au patient dans le choix d'une décision médicale afin d'améliorer l'autonomisation et la compliance
- Savoir que les limitations de soins et les prises en charges carcinologiques doivent découler de décisions collégiales
- Savoir ce qu'est un test diagnostic et comment interpréter l'information qu'ils donnent dans le cadre d'une décision médicale

FICHE E-LISA N°4a

Item 4 – INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS

INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS A

Histoire	<ul style="list-style-type: none">▪ Semmelweis (XIX^e siècle) : intérêt de se laver les mains pour éviter les fièvres puerpérales chez les femmes accouchées▪ Pasteur : Antisepsie
Définition	<p>Infection nosocomiale : Infection acquise au cours d'un séjour dans un établissement de santé</p> <ul style="list-style-type: none">▪ N'était pas présente ou en incubation lors de l'admission▪ Se déclare lors du séjour▪ En pratique : toute infection qui se déclara après la 48^{ème} heure d'hospitalisation <p>Infection associée aux soins : Infection acquise au cours d'une prise en soin et qui n'était ni présente ni en incubation au début de la prise en soins</p> <p>Infection du site opératoire : Infection nosocomiale qui survient dans les 30 jours au décours d'une intervention chirurgicale ou dans l'année qui suit la mise en place d'un implant ou d'une prothèse.</p> <p>Événement indésirable grave : évènement indésirable à l'origine d'une hospitalisation ou d'une prolongation de l'hospitalisation > 1 jour, d'un handicap ou d'une incapacité à la fin de l'hospitalisation, ou associé à une menace vitale ou au décès</p> <p>Événement indésirable inévitable : soin qui été indiqué, justifié et réalisé correctement</p> <p>Événement indésirable évitable : évènement qui ne serait pas survenu si les soins avaient été conformes à la prise en charge pré-établie, considéré comme adapté et équilibré pour le patient</p>
Épidémiologie	<p>500.000 infections nosocomiales par an soit 1 patient /20</p> <p>Plus élevé dans les CHU</p> <p>Plus élevé en court et moyen séjour</p> <p>Plus élevé en réanimation</p> <p>Plus élevé chez les immunodéprimés, les opérés et les porteurs d'un dispositif invasif</p> <p>Les trois germes les plus fréquentes sont <i>E.coli</i>, <i>P. aeruginosa</i> et <i>S. aureus</i></p> <p>B</p> <p>Types d'infections les plus fréquentes :</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Urinaire en médecine (sonde urinaire++) : <i>E. coli</i>▪ Respiratoire en réanimation (ventilation mécanique+++) : <i>P. aeruginosa</i>▪ Bactériémie en cancérologie et hématologie (cathéter++) : Staph à coagulase négative▪ Site opératoire en chirurgie (intervention longue++) : <i>S. aureus</i> <p>L'infection peut être dû à des germes endogènes (présents chez le patient) ou exogènes (présents dans l'environnement : air, poussière, personnel médical ou paramédical...))</p> <p>B</p> <p>Des IAS par des virus existent (VIH, VHB, VHC, COVID...)</p> <p>Importance de prévenir ces infections nosocomiales et d'utiliser les antibiothérapies adaptées selon les recommandations pour éviter l'émergence des résistances bactériennes</p> <p>4.000 décès par infection associée aux soins par an en France (infection pulmonaire et bactériémie+++) </p> <p>Surcoût par prolongation de l'hospitalisation (75% du surcout) et antibiothérapie (10%)</p> <p>Le cout peut être multiplié jusqu'à 20</p>

Bactéries multirésistantes B	<p>Bactérie multirésistante : Bactérie ayant acquis un grand nombre de résistances aux antibiotiques</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Staphylocoque doré résistant à la mécicilline (SARM) ▪ Entérobactéries productrices de bêta-lactamases à spectre étendu (EBLSE) résistantes aux C3G <p>Importance de respecter les mesures d'hygiène pour éviter leur transmission</p>
Lutte contre les infections associées aux soins B	<p>Veille sanitaire : Ensemble des actions pour détecter la survenu d'un EIAS et les prévenir</p> <p>Dispositif de lutte :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Au niveau local : Équipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière (EOHH) ▪ Au niveau régional : Centre de Prévention des Infections Associés aux Soins (CPIAS) ▪ Au niveau national : Comité de pilotage du Programme National de prévention des IAS <p>Les infections associées aux soins rares ou particulières doivent être remontées au CPIAS</p> <p>Les établissements de santé doivent communiquer sur les infections nosocomiales et les moyens de lutte mis en œuvre.</p> <p>Chaque année, les établissements doivent renseigner le nombre d'IAS, d'IAS lié au site opératoire et la consommation de solution hydroalcoolique. Ces indicateurs sont publics sur le site de la HAS</p>
Délai des infections liées au soin A	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Définit par un délai de 48 heures post hospitalisation ou infection qui n'était pas présente ou en incubation au moment de l'entrée à l'hôpital ▪ Pour infections du site opératoire on prend en compte toute infection dans un délai de 1 mois <p>Concernant les infections de matériels un délai de 1 an est appliqué.</p>
Indemnisation en cas d'IAS B	<p>En cas d'IAS, recours possible auprès de l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM)</p> <p>La Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation donne son avis</p> <p>Proposition d'une indemnisation si taux d'incapacité permanente > 25% ou décès</p> <p>Si refus du patient ou critère de gravité non atteint ou accident < 04/09/2001 : saisie du juge compétent</p>
Prévention des IAS	<p>Précautions standards.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Friction au gel hydroalcoolique +++ (bien connaître les 7 étapes pour une bonne friction) <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-end;"> <div style="text-align: center;">  <p>1 Paume sur paume Désinfection des paumes</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>2 Paume sur dos Désinfection des doigts et des espaces interdigitaires</p> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-end;"> <div style="text-align: center;">  <p>3 Doigts entrelacés Désinfection des espaces interdigitaires et des doigts</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>4 Paume/doigt Désinfection des doigts</p> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-end;"> <div style="text-align: center;">  <p>5 Pouces Désinfection des pouces</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>6 Ongles Désinfection des ongles</p> </div> </div> <div style="text-align: center;">  <p>7 Poignets</p> </div>

- Désinfection cutanée ou muqueuse avant les soins invasifs
- Désinfection et stérilisation des instruments médicaux
- Élimination des déchets

B

Précautions complémentaires : mise en place lorsque le patient est colonisé ou infecté à un agent pathogène particulier

- Secondaire à une prescription médicale
- S'ajoute aux précautions standards
- Précaution contact : gants + tablier ou surblouse (BMR, gale, gastroentérite)
- Précaution gouttelette : masque chirurgical (grippe, coqueluche, VRS, COVID19)
- Précaution air : masque FFP2 (tuberculose, rougeole, varicelle)

Antisepsie : Désinfection des tissus vivant visant à limiter le risque d'infection.

- Utiliser le bon antiseptique selon le tissu à désinfecter : povidone iodé, dérivé chlorés, alcool
- Respecter les règles d'usage de l'antiseptique en question
- Attention aux éventuelles allergies

Asepsie : Décontamination de l'espace et du matériel et de la surface du corps

- Tenue stérile, filtres à air, etc...
- Ne nécessite pas l'utilisation d'agents thérapeutiques (contrairement à l'antisepsie)

Décontamination : Première étape du traitement des objets souillés afin de faciliter le nettoyage

Désinfection : Procédure permettant d'éliminer les agents pathogènes d'une surface (vivante ou inerte)

Stérilisation : Procédé qui détruit tous les microorganismes d'une surface inerte. Le processus a un effet limité dans le temps

Classification de Spaulding : permet de connaître le niveau d'entretien en fonction de l'utilisation d'un matériel :

- Critique : introduction du matériel dans un système vasculaire ou un tissu humain stérile. Nécessite une stérilisation ou une désinfection de haut niveau
- Semi-critique : Matériel en contact avec de la peau lésée ou des muqueuses. Nécessite une désinfection intermédiaire.
- Non critique : Matériel en contact avec de la peau saine. Nécessite une désinfection de bas niveau.

Coups de pouce du rédacteur :

- Savoir que les infections associées aux soins sont un problème de santé publique majeur
- Connaitre la définition d'une IAS et d'une infection nosocomiale
- Savoir les définitions des méthodes de protection des IAS et les précautions standards et complémentaires
- Connaitre les germes les plus fréquemment responsables d'IAS

FICHE E-LISA N°4b

Item 4 – DÉMARCHE QUALITÉ ET ÉVALUATION DES PRATIQUES

DÉMARCHE QUALITÉ A	
Définition	<p>Démarche qualité : Démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient les soins qui lui assureront le meilleur résultat en termes de santé, au meilleur coût, au moindre risque iatrogénique et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédure, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins et ça t'avance (OMS)</p> <p>Évaluation de la qualité des soins par la HAS</p>
Assurance qualité	<p>Méthode pour vérifier la qualité des soins prodiguées par une structure</p> <p>La variabilité des pratiques entraîne de facto un manque de qualité. La structure de soins doit donc avoir des protocoles de soins et des enregistrements de comment sont réalisés ces soins afin de vérifier la qualité.</p> <p>L'évaluation de la qualité consiste à identifier les écarts entre la réalisation des soins et le protocole de soins correspondant.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Audit clinique : vérification de la conformité des pratiques professionnelles ▪ Audit de pratique : vérification de la conformité de procédures de soins ▪ Suivi d'indicateurs : vérification de la satisfaction du patient ou d'EIAS
Amélioration de la qualité	<p>L'assurance qualité permet de révéler les manques de qualité des établissements. Ces manques sont corrigés par une boucle : Planifier -> Agir -> Vérifier -> Corriger</p>
Accréditation des établissements de santé B	<p>Accréditation des établissements privés et publics par la HAS tous les 4 ans</p> <p>La certification se déroule en plusieurs étapes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Auto-évaluation de l'établissement par rapport au manuel de certification (Assurance qualité). Cette auto-évaluation permet de mettre en place des plans d'amélioration et de créer un compte qualité qui est envoyé à la HAS sur le site CALISTRA ▪ Visite de l'établissement par 3 à 9 experts-visiteurs (médecins, paramédicaux, administratifs) de la HAS. Utilisation de « patients traceurs » : les experts évaluent le parcours de patients tirés au sort à l'aide de leur dossier médical. Élaboration d'un rapport de visite. Dure 3 à 8 jours ▪ Élaboration d'un rapport de certification par un collège de la HAS <ul style="list-style-type: none"> - Certification avec mention : haute qualité des soins - Certification : qualité des soins conforme - Certification avec recommandation d'amélioration - Certification avec obligation d'amélioration - Sursis à statuer : l'établissement n'est pas certifié jusqu'à ce qu'il apporte la preuve de l'amélioration de ces manquements - Non-certifié
Indicateurs de qualité et sécurité des soins B	<p>Données quantitatives qui mesurent la qualité et la sécurité des soins</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Quantité de structure : quantifie une ressource nécessaire (nombre de lits de réanimation) ▪ Indicateur de processus : quantifie une pratique (nombre de patients ayant eu un bilan sanguin) ▪ Indicateur de résultats : nombre de patients satisfaits de leur prise en charge

	<p>Il existe des programmes nationaux d'indicateur de qualité des soins comme celui des infections associées aux soins afin d'améliorer certaines problématiques jugées majeures pour la santé publique</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Indicateurs de dossiers patients : tenue du dossier, qualité des lettres de liaison... ▪ Indicateurs calculés sur la base nationale des données médico-administrative des établissements : codes diagnostics, EIAS, réadmission dans les 7 jours... ▪ Indicateurs collectés par questionnaire établissement : consommation de SHA... ▪ Indicateurs collectés par questionnaire adressé aux patients : satisfaction, ... <p>Les indicateurs permettent de comparer les établissements et de suivre l'impact de mesures d'amélioration de la qualité mis en œuvre</p>
--	--

SÉCURITÉ DES SOINS A

Définition	<p>Évènement Indésirables Associés aux Soins (EIAS) : Tout acte de soin comporte un risque de complication. La réalisation de ce risque forme un EIAS</p> <p>Évènement indésirable Grave (EIG) : EIAS qui entraîne des conséquences (soins supplémentaires, prolongement d'une hospitalisation, séquelles, décès)</p> <p>Aléa thérapeutique : EIAS inhérent à une action de soin et donc inévitable</p> <p>EIAS évitable : EIAS liée à une action non conforme</p> <p>Erreur par omission : Action nécessaire non réalisée</p> <p>Erreur par commission : Action réalisée mais inutile</p> <p>Erreur d'exécution : Action mal réalisée</p> <p>Violation : Non-respect d'une recommandation ou d'une règle professionnelle</p> <p>Événement porteur de risque : Erreur ou non-conformité qui n'a pas eu de conséquence pour le patient</p> <p>Ces erreurs peuvent être dues :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ A des facteurs individuels : stress, manque de temps, fatigue, maladie ▪ A des facteurs collectifs : mauvaise organisation, mauvaise communication ▪ A des facteurs liés au patient : agressivité, mauvaise attitude
Épidémiologie B	<p>50% sont liés à une intervention chirurgicale (hémorragie, hématome, infection du site opératoire, désunion de plaie, thrombose, erreur de côté)</p> <p>35% sont liés à un médicament (erreur de prescription, erreur de délivrance par les IDE ou pharmaciens)</p> <p>5% sont liés à une procédure diagnostic</p> <p>Spécialité les plus touchées : chirurgie, orthopédie, gynécologie-obstétriques</p>
Prévention des erreurs B	<p>Il est dans la nature de l'homme de faire des erreurs, mais certaines précautions limitent le risque</p> <p>Méthode de Reason :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Barrière de prévention des erreurs : check-list ▪ Barrière de récupération des erreurs qui viennent d'être commises ▪ Barrière d'atténuation des erreurs déjà commises et irrécupérables : limiter les conséquences
Analyse des erreurs B	<p>Analyse obligatoire des événements indésirables graves par la veille sanitaire</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Analyse positive : il ne s'agit pas de chercher des coupables ▪ Analyse objective des faits ▪ Anonymat et confidentialité de l'analyse ▪ Signalement exhaustif pour identifier l'ensemble des risques

	<p>Méthode ALARM : exploration des causes de l'erreur en analysant tous les éléments qui y ont concouru (patient, équipe, organisation)</p> <p>Méthode ORION : Analyse méthodique des erreurs en reconstituant la chronologie des événements à l'aide des dossiers et témoignage afin d'analyser les causes et de proposer des actions à mettre en œuvre pour éviter que l'erreur ne se reproduise</p>
--	--

ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES A

<p>Définition</p>	<p>Développement professionnel continu : Tous les professionnels de santé doivent garder leurs connaissances à jour. Il s'agit d'une obligation triennale. Les actions permettant de valider ce DPC sont accréditées par la HAS selon les objectifs de santé publique en vigueur</p> <p>Évaluation des pratiques professionnelles : Analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations selon une méthode élaborée ou validée par la HAS et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques (HAS)</p> <p>Pour faciliter l'accès aux nouvelles données scientifiques, la HAS publie des recommandations pour la pratique clinique régulièrement</p> <p>Méthodes d'évaluation des pratiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Groupes d'échanges de pratiques : Un groupe de médecins discutent ensemble de la prise en charge qu'ils ont proposée à des patients tirés au sort ▪ Audit clinique : examen d'une série de cas d'une pathologie donnée à l'aide d'une grille qui définit les bonnes pratiques ▪ Revue de pertinence des soins : Examen d'une série de cas ayant bénéficié d'une procédure de soins donnée à l'aide d'une grille qui définit les indications pertinentes ▪ Chemin clinique : Discussion sur le parcours de soins optimal de patients qui ont présenté une pathologie donnée ▪ Revue de Morbidité et Mortalité : Réunion pluridisciplinaire où sont discutés les patients qui ont présenté un EIG ▪ Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) : discussions pluridisciplinaires de dossiers complexes afin de prendre une décision collégiale ▪ Staff d'équipe hospitalière : Réunions régulières avec revue de dossiers et revus bibliographiques ▪ Suivis d'indicateurs <p style="color: red; font-weight: bold; margin-top: 10px;">B</p> <p>Accréditation des médecins dans les spécialités à risque :</p> <p>Accréditations par la HAS de médecins volontaires à participer dans une démarche d'assurance qualité lorsqu'ils exercent une spécialité à risque (réanimation, chirurgie, spécialité interventionnelle)</p> <p>Cette démarche permet d'obtenir des aides de l'assurance maladie pour l'assurance en responsabilité civile et professionnelle</p>
--------------------------	--

Coups de pouce du rédacteur :

- Savoir que les établissements de santé doivent surveiller que l'heure soin soit conforme aux recommandations en vigueur
- Savoir que les établissements de santé publiques et privés doivent être certifiés par la HAS, ainsi que les grandes lignes de la procédure de certification
- Savoir que tous les professionnels de santé doivent maintenir leurs connaissances à jour, et évaluer la qualité de leur pratique.

Item 4 – QUALITÉ ET SÉCURITÉ DES SOINS – SÉCURITÉ DU PATIENT – GESTION DES RISQUES – EIAS – DÉMARCHE QUALITÉ ET ÉVALUATION DES DÉMARCHE PROFESSIONNELLES

DÉFINITIONS									
Démarche qualité A	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>But</u> : améliorer en continu les pratiques professionnelles au bénéfice de la sécurité des patients ▪ <u>Évaluée par</u> : certification des établissements de santé et accréditation des médecins ▪ <u>Gérée par</u> : cellule qualité et gestion des risques ▪ <u>Principes majeurs</u> : tracabilité et respect des procédures <p>▪ <u>Plusieurs dimensions</u> :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">- Sécurité : maximisation des bénéfices et minimalisation des risques</td><td style="width: 33%;">- Acceptabilité par le patient</td><td style="width: 33%;">- Efficacité : objectifs annoncés atteints</td></tr> <tr> <td>- Pertinence</td><td>- Accessibilité</td><td>- Efficience : objectifs atteints à moindre coût</td></tr> </table>			- Sécurité : maximisation des bénéfices et minimalisation des risques	- Acceptabilité par le patient	- Efficacité : objectifs annoncés atteints	- Pertinence	- Accessibilité	- Efficience : objectifs atteints à moindre coût
- Sécurité : maximisation des bénéfices et minimalisation des risques	- Acceptabilité par le patient	- Efficacité : objectifs annoncés atteints							
- Pertinence	- Accessibilité	- Efficience : objectifs atteints à moindre coût							
EIAS, EPR, EIG A A	EIAS = EI associé aux soins <ul style="list-style-type: none"> - Événement qui a/aurait pu entraîner un préjudice à un patient lors d'un acte de prévention, investigation ou traitement - Modèle du fromage suisse de Reason : échec des plusieurs verrous de sécurité empêchant que tous les trous du gruyère s'alignent → EIAS - 1 patient/2 jours en cabinet de médecine générale - 10% des patients en cours d'hospitalisation - 40-50% EIAS seraient évitables, résultats d'une erreur ou faille dans les dispositifs de sécurité - En Fr, 15.000 décès/an consécutifs à un EIAS évitable EPR = événement porteur de risque <ul style="list-style-type: none"> - Événement qui aurait pu porter préjudice au patient <u>mais qui a été évité grâce à 1 ou plusieurs verrous de sécurité</u> - ≈ EIAS mineur EIG = EI grave <ul style="list-style-type: none"> - Événement inattendu au regard de l'état de santé du patient et <u>dont les conséquences sont</u> : <ul style="list-style-type: none"> • Décès • Mise en jeu du pronostic vital • Déficit fonctionnel permanent, séquelles • Anomalie ou malformation congénitale • En essai clinique : hospit ou prolongation d'hospit - <u>Épidémio en Fr</u> : <ul style="list-style-type: none"> • 1 EIG/5 jours dans un service de 30 lits • 6,2 EIG/1.000 jours d'hospitalisation : 9,2 en chirurgie / 4,7 en médecine • 1 hospit/20 causée par EIG • 270 à 390.000 EIG/an, dont 95 à 175 000 évitables 								

Échelle de gravité des EIAs

EIAS mineur (niveau 1)	Désagrément ou insatisfaction simples, mais n'interrompant pas sa prise en charge initiale (ex. : erreur d'identification rattrapée avant d'administrer un médicament destiné à un autre)
EIAS intermédiaire (niveau 2)	Impacte le patient sans réelle mise en jeu de sa sécurité, et n'interrompant pas sa prise en charge initiale (ex. : oubli de prescription du jeûne entraînant le report court d'une chirurgie)
EIAS majeur (niveau 3)	Prise en charge spécifique (soins ou surveillance particulière) mais n'interrompant pas la prise en charge initiale (ex. : chute d'un patient hospitalisé avec plaie bénigne nécessitant des points de suture)
EIAS critique (niveau 4)	Prise en charge spécifique et obligeant à interrompre la prise en charge initiale , mais dont les conséquences même graves seront réversibles (ex. : prescription d'un bétabloquant à un asthmatique entraînant une insuffisance respiratoire aiguë avec hospitalisation, mais sans séquelle)
EIAS catastrophique (niveau 5)	Prise en charge spécifique et obligeant à interrompre la prise en charge initiale , et dont les conséquences souvent graves seront irréversibles (ex. : erreur de côté et ablation du rein fonctionnel et laissant en place le rein tumoral)

Aléa thérapeutique A A	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dommage accidentel lors d'un acte médical, indépendante de toute faute établie et ne correspondant pas à l'évolution de la maladie sous-jacente ▪ En Fr, indemnisation possible depuis la loi du 4 mars 2002 par l'AM, après une expertise médicale demandée soit par la CCI, soit par un tribunal compétent
--	--

3 GRANDES CAUSES DE RISQUE LIÉ AUX SOINS B

Actes invasifs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 4,3 EIG pour 1.000 jours d'hospitalisation 												
EI médicamenteux	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 5% des consultations, 5-10% des hospitalisations ▪ Varie entre la 4^{ème} et 6^{ème} cause de décès <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; background-color: #D9E1F2;">Prévisibles = pharmacodynamiques</th> <th style="text-align: center; background-color: #D9E1F2;">Imprévisibles</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> - Doses-dépendants - Fréquents (connus avant AMM) - Évitables (erreur) ou non - <i>Ex. : hypoglycémie sous insuline</i> </td> <td style="padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> - Non doses-dépendants - Rares (découverts après AMM) - Souvent non évitables - <i>Ex. : anaphylaxie</i> </td></tr> </tbody> </table> ▪ Déclarés à la pharmacovigilance en ligne : <ul style="list-style-type: none"> - Obligation pour prescripteurs et pharmaciens, possibilité pour autres professionnels de santé et patients - <u>Tous</u> en théorie, mais au moins : EIG, EI inattendus et EI dans les 5 ans post-AMM ▪ Facteurs de risque d'EI médicamenteux : <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; background-color: #D9E1F2;">Liés au patient</th> <th style="text-align: center; background-color: #D9E1F2;">Liés à la prescription</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> - Âge avancé (risque x 2 > 65 ans) - Enfants, grossesse, allaitement - Insuffisance d'organe - Maladie chronique - Atopie - Automédication inappropriée </td> <td style="padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de médicaments - Nombre total de prescripteurs - Non-conciliation des prescriptions - Non-réévaluation de l'ordonnance - Non prise en compte des comorbidités - Non surveillance </td></tr> <tr> <th style="text-align: center; background-color: #D9E1F2;">Liés au médicament</th><th style="text-align: center; background-color: #D9E1F2;">Liée à la pharmacocinétique</th></tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> - Injectables - Marge thérapeutique étroite - Longue demi-vie d'élimination - Nombreuses interactions - AMM récente - Banalisé (utilisation fréquente) - Mal connu (utilisation rare) </td><td style="padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> - Diminution volume de distribution - Hypoalbuminémie - Diminution filtration glomérulaire - Insuffisance hépatocellulaire </td></tr> </tbody> </table> 	Prévisibles = pharmacodynamiques	Imprévisibles	<ul style="list-style-type: none"> - Doses-dépendants - Fréquents (connus avant AMM) - Évitables (erreur) ou non - <i>Ex. : hypoglycémie sous insuline</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Non doses-dépendants - Rares (découverts après AMM) - Souvent non évitables - <i>Ex. : anaphylaxie</i> 	Liés au patient	Liés à la prescription	<ul style="list-style-type: none"> - Âge avancé (risque x 2 > 65 ans) - Enfants, grossesse, allaitement - Insuffisance d'organe - Maladie chronique - Atopie - Automédication inappropriée 	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de médicaments - Nombre total de prescripteurs - Non-conciliation des prescriptions - Non-réévaluation de l'ordonnance - Non prise en compte des comorbidités - Non surveillance 	Liés au médicament	Liée à la pharmacocinétique	<ul style="list-style-type: none"> - Injectables - Marge thérapeutique étroite - Longue demi-vie d'élimination - Nombreuses interactions - AMM récente - Banalisé (utilisation fréquente) - Mal connu (utilisation rare) 	<ul style="list-style-type: none"> - Diminution volume de distribution - Hypoalbuminémie - Diminution filtration glomérulaire - Insuffisance hépatocellulaire
Prévisibles = pharmacodynamiques	Imprévisibles												
<ul style="list-style-type: none"> - Doses-dépendants - Fréquents (connus avant AMM) - Évitables (erreur) ou non - <i>Ex. : hypoglycémie sous insuline</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Non doses-dépendants - Rares (découverts après AMM) - Souvent non évitables - <i>Ex. : anaphylaxie</i> 												
Liés au patient	Liés à la prescription												
<ul style="list-style-type: none"> - Âge avancé (risque x 2 > 65 ans) - Enfants, grossesse, allaitement - Insuffisance d'organe - Maladie chronique - Atopie - Automédication inappropriée 	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de médicaments - Nombre total de prescripteurs - Non-conciliation des prescriptions - Non-réévaluation de l'ordonnance - Non prise en compte des comorbidités - Non surveillance 												
Liés au médicament	Liée à la pharmacocinétique												
<ul style="list-style-type: none"> - Injectables - Marge thérapeutique étroite - Longue demi-vie d'élimination - Nombreuses interactions - AMM récente - Banalisé (utilisation fréquente) - Mal connu (utilisation rare) 	<ul style="list-style-type: none"> - Diminution volume de distribution - Hypoalbuminémie - Diminution filtration glomérulaire - Insuffisance hépatocellulaire 												

Reproduction interdite - Propriété de la PLATEFORME EDN+®

	<ul style="list-style-type: none"> Erreur médicamenteuse : <ul style="list-style-type: none"> Peut survenir à chaque étape du circuit du médicament → prescription, préparation, dispensation, administration, surveillance Par définition évitable Doit être analysée pour prévenir sa récidive Doit donc être déclarée (qu'elle ait eu ou non des conséquences) 												
Infections nosocomiales	Cf.												
INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS (IAS)													
Définitions A A	<ul style="list-style-type: none"> IAS : <ul style="list-style-type: none"> Infection au cours ou au décours d'une prise en charge diagnostique, thérapeutique, palliative, préventive ou éducative Ni présente ni en incubation au début de la prise en charge Dans un établissement de santé (infection nosocomiale) ou lors de soins à domicile, en EHPAD ou cabinet de médecine libérale Infection nosocomiale (IN) : IAS en établissement de santé, survenant > 48h après l'admission 												
Épidémio B B	<ul style="list-style-type: none"> Coût global des IAS : 760 millions €/an Coût médical par infection et par patient : 2000 €/an aux USA, 610-1.370 €/an en Europe 1/20 en médecine (infections urinaires +++) et en chirurgie (ISO ++) 1/5 en réanimation, par ordre décroissant de fréquence : <ul style="list-style-type: none"> Infections respiratoires : 15 cas pour 1.000 jours de ventilation Bactériémie +/- liée aux infections de cathéter < 1 cas pour 1.000 jours de cathéter ISO : 1-5% des interventions chirurgicales « propres » dans la classification d'Altemeier Infections urinaires Infections des tissus mous 												
Mécanisme B B	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; padding: 5px;">BMR = bactéries multi-résistantes</th> <th style="text-align: center; padding: 5px;">BHR = bactéries hautement résistantes</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> EBLSE (entérobactéries productrices de β-lactamases à spectre étendu) SARM (<i>S. aureus</i> résistant à la méticilline) </td> <td style="padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> EPC (entérobactéries productrices de carbapénémase) ERV (<i>enterococcus faecium</i> résistant à la vancomycine) </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> Réservoirs : <ul style="list-style-type: none"> Cutané : SARM Digestif : BLSE, ERV, EPC Voies de transmission : <ul style="list-style-type: none"> Contact : manuportée ++, direct ou indirecte par objet/matériel souillé Voie aéroportée : gouttelettes ou voie aérienne Mécanismes de résistance aux antibiotiques : </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; padding: 5px;">Mutation chromosomique</th> <th style="text-align: center; padding: 5px;">Plasmides ou transposons</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> Rare Transfert vertical : de la bactérie à sa descendance Touche une seule famille d'antibiotiques Stable, spontanée </td> <td style="padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> Fréquents (80-90%) Transfert horizontal : entre bactéries de même espèce ou d'espèces différentes Touche souvent plusieurs familles d'antibiotiques Instable, dépendent de la pression de sélection des antibiotiques </td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> </tbody> </table>	BMR = bactéries multi-résistantes	BHR = bactéries hautement résistantes	<ul style="list-style-type: none"> EBLSE (entérobactéries productrices de β-lactamases à spectre étendu) SARM (<i>S. aureus</i> résistant à la méticilline) 	<ul style="list-style-type: none"> EPC (entérobactéries productrices de carbapénémase) ERV (<i>enterococcus faecium</i> résistant à la vancomycine) 	<ul style="list-style-type: none"> Réservoirs : <ul style="list-style-type: none"> Cutané : SARM Digestif : BLSE, ERV, EPC Voies de transmission : <ul style="list-style-type: none"> Contact : manuportée ++, direct ou indirecte par objet/matériel souillé Voie aéroportée : gouttelettes ou voie aérienne Mécanismes de résistance aux antibiotiques : 		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; padding: 5px;">Mutation chromosomique</th> <th style="text-align: center; padding: 5px;">Plasmides ou transposons</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> Rare Transfert vertical : de la bactérie à sa descendance Touche une seule famille d'antibiotiques Stable, spontanée </td> <td style="padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> Fréquents (80-90%) Transfert horizontal : entre bactéries de même espèce ou d'espèces différentes Touche souvent plusieurs familles d'antibiotiques Instable, dépendent de la pression de sélection des antibiotiques </td> </tr> </tbody> </table>		Mutation chromosomique	Plasmides ou transposons	<ul style="list-style-type: none"> Rare Transfert vertical : de la bactérie à sa descendance Touche une seule famille d'antibiotiques Stable, spontanée 	<ul style="list-style-type: none"> Fréquents (80-90%) Transfert horizontal : entre bactéries de même espèce ou d'espèces différentes Touche souvent plusieurs familles d'antibiotiques Instable, dépendent de la pression de sélection des antibiotiques
BMR = bactéries multi-résistantes	BHR = bactéries hautement résistantes												
<ul style="list-style-type: none"> EBLSE (entérobactéries productrices de β-lactamases à spectre étendu) SARM (<i>S. aureus</i> résistant à la méticilline) 	<ul style="list-style-type: none"> EPC (entérobactéries productrices de carbapénémase) ERV (<i>enterococcus faecium</i> résistant à la vancomycine) 												
<ul style="list-style-type: none"> Réservoirs : <ul style="list-style-type: none"> Cutané : SARM Digestif : BLSE, ERV, EPC Voies de transmission : <ul style="list-style-type: none"> Contact : manuportée ++, direct ou indirecte par objet/matériel souillé Voie aéroportée : gouttelettes ou voie aérienne Mécanismes de résistance aux antibiotiques : 													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; padding: 5px;">Mutation chromosomique</th> <th style="text-align: center; padding: 5px;">Plasmides ou transposons</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> Rare Transfert vertical : de la bactérie à sa descendance Touche une seule famille d'antibiotiques Stable, spontanée </td> <td style="padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> Fréquents (80-90%) Transfert horizontal : entre bactéries de même espèce ou d'espèces différentes Touche souvent plusieurs familles d'antibiotiques Instable, dépendent de la pression de sélection des antibiotiques </td> </tr> </tbody> </table>		Mutation chromosomique	Plasmides ou transposons	<ul style="list-style-type: none"> Rare Transfert vertical : de la bactérie à sa descendance Touche une seule famille d'antibiotiques Stable, spontanée 	<ul style="list-style-type: none"> Fréquents (80-90%) Transfert horizontal : entre bactéries de même espèce ou d'espèces différentes Touche souvent plusieurs familles d'antibiotiques Instable, dépendent de la pression de sélection des antibiotiques 								
Mutation chromosomique	Plasmides ou transposons												
<ul style="list-style-type: none"> Rare Transfert vertical : de la bactérie à sa descendance Touche une seule famille d'antibiotiques Stable, spontanée 	<ul style="list-style-type: none"> Fréquents (80-90%) Transfert horizontal : entre bactéries de même espèce ou d'espèces différentes Touche souvent plusieurs familles d'antibiotiques Instable, dépendent de la pression de sélection des antibiotiques 												

	Prévalence	Germes
Urinaire	30%	- <i>E. coli</i> : 47%
Site opératoire	15%	- <i>S. aureus</i> : 23%
Pneumopathie	15%	- <i>S. aureus</i> : 15% - <i>P. aeruginosa</i> : 14%
Bactériémie	10%	- <i>S. aureus</i> : 16% - <i>E. coli</i> : 14% - <i>S. epidermidis</i> : 14%

▪ Diagnostic :

Infection urinaire nosocomiale

Au moins 1 des signes cliniques suivants	<ul style="list-style-type: none"> - Fièvre $> 38^{\circ}\text{C}$ - SFU - Douleur sus-pubienne <p>→ en absence d'autre cause</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Sondage vésical</u> : <ul style="list-style-type: none"> • ECBU+ $> 10^5$ micro-organismes/mL • et ≤ 2 microorganismes différents - <u>Sans sondage vésical</u> : <ul style="list-style-type: none"> • Leucocyturie $> 10^4$ leuco/mL • et ECBU+ $> 10^3$ micro-organismes/mL • et ≤ 2 microorganismes différents

⚠ Bactériuries asymptomatiques ≠ infections urinaires nosocomiales

▪ Prévention :

- Respect de l'asepsie lors de la pose de sonde urétrale
- Utiliser un système de sondage clos
- Éviter le sondage urétral dès que possible (alternatives type étui pénien)
- Raccourcir autant que possible la durée du sondage
- Bonne hydratation du patient
- Pas d'intérêt de changement systématique de sonde, ni d'antibioprophylaxie, ni de lavages de vessie, ni d'injection intra-vésicale d'antiseptiques ou antibiotiques, ou autre manipulation

▪ Diagnostic :

Pneumonie nosocomiale

Imagerie (radio ou TDM)	<ul style="list-style-type: none"> - Image évocatrice de pneumonie - Si ATCD cardio-respiratoires : 2 examens nécessaires
ET au moins 1 des signes suivants	<ul style="list-style-type: none"> - Fièvre $> 38^{\circ}\text{C}$ sans autre cause, - Leucopénie ou hyperleucocytose
ET au moins 1 des signes suivants	<ul style="list-style-type: none"> - Apparition de sécrétions purulentes - Toux ou dyspnée ou tachypnée - Auscultation évocatrice - Aggravation des gaz du sang (désaturation) ou besoins accrus en O₂ ou en assistance respiratoire

→ Documentation microbiologique fortement recommandée :

- Par prélèvement distal protégé (PDP), brosse, lavage broncho-alvéolaire (LBA)
- Seuils de positivité : 10^4 UFC/mL pour LBA, 10^3 UFC/mL pour brosse et PDP

→ À défaut, par hémoculture

Pneumonie nosocomiale	<ul style="list-style-type: none"> Prévention : 																									
	<p>PAVM</p> <ul style="list-style-type: none"> - Éviter ventilation par intubation trachéale en préférant VNI et limiter au maximum sa durée - Prévention des micro-inhalations par position semi-assise, aspiration régulière/continue des sécrétions, soins de bouches réguliers - Filtres antibactériens du respirateur - Hygiène des mains avant les soins - Respect des règles d'entretien et de manipulation des respirateurs 	<p>Pneumopathies bactériennes communes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Limiter décubitus et favoriser mobilité - Éviter sédatifs non indispensables - Ne pas alimenter un patient en position allongée - Hygiène bucco-dentaire - Prévenir les fausses routes 																								
	<p>Légionellose</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entretien rigoureux et purge régulière des points d'eau - Filtre sur les points d'eau utilisés par des patients immunodéprimés 	<p>Aspergillose</p> <ul style="list-style-type: none"> - Éviter l'exposition des patients immunodéprimés à l'empoussièvement en isolant les zones de travaux des zones de soins 																								
ISO	<ul style="list-style-type: none"> Délai : <ul style="list-style-type: none"> - Dans les 30 jours suivant une intervention chirurgicale - Dans l'année, si mise en place d'implant ou de prothèse Diagnostic : définit par des signes locaux d'infection <ul style="list-style-type: none"> - Écoulement avec présence de pu d'une cicatrice ou d'un drain - Signes inflammatoires : rougeur, œdème, inflammation (reprendre l'incision) - Présence d'un agent infectieux (culture/prélèvement) - Signes d'infection tardifs observés lors d'un contrôle ou de manière fortuite (imagerie, radio interventionnelle par exemple) 2 types : 																									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ISO superficielle</th> <th>ISO profonde</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Pus sur le trajet de l'incision - OU micro-organismes et PNN sur un prélèvement du site obtenu de manière aseptique - OU avis du chirurgien </td><td> <ul style="list-style-type: none"> - Pus provenant d'un drain profond - OU ouverture de l'incision spontanée/par le chirurgien et micro-organismes sur un prélèvement d'un site profond obtenu de manière aseptique OU culture non réalisée - OU signes d'infection (abcès) lors d'une réintervention, imagerie, examen anatomopathologique... </td></tr> </tbody> </table>		ISO superficielle	ISO profonde	<ul style="list-style-type: none"> - Pus sur le trajet de l'incision - OU micro-organismes et PNN sur un prélèvement du site obtenu de manière aseptique - OU avis du chirurgien 	<ul style="list-style-type: none"> - Pus provenant d'un drain profond - OU ouverture de l'incision spontanée/par le chirurgien et micro-organismes sur un prélèvement d'un site profond obtenu de manière aseptique OU culture non réalisée - OU signes d'infection (abcès) lors d'une réintervention, imagerie, examen anatomopathologique... 																				
ISO superficielle	ISO profonde																									
<ul style="list-style-type: none"> - Pus sur le trajet de l'incision - OU micro-organismes et PNN sur un prélèvement du site obtenu de manière aseptique - OU avis du chirurgien 	<ul style="list-style-type: none"> - Pus provenant d'un drain profond - OU ouverture de l'incision spontanée/par le chirurgien et micro-organismes sur un prélèvement d'un site profond obtenu de manière aseptique OU culture non réalisée - OU signes d'infection (abcès) lors d'une réintervention, imagerie, examen anatomopathologique... 																									
<ul style="list-style-type: none"> Facteurs de risque : 																										
<p>Liés au patient</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Classification d'Altemeier</th> <th>Score ASA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2"> Risque selon le degré de contamination de la plaie en préopératoire <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr><td>1</td><td>Propre</td></tr> <tr><td>2</td><td>Propre- contaminé</td></tr> <tr><td>3</td><td>Contaminé</td></tr> <tr><td>4</td><td>Sale</td></tr> </table> </td></tr> </tbody> </table>	Classification d'Altemeier		Score ASA	Risque selon le degré de contamination de la plaie en préopératoire <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr><td>1</td><td>Propre</td></tr> <tr><td>2</td><td>Propre- contaminé</td></tr> <tr><td>3</td><td>Contaminé</td></tr> <tr><td>4</td><td>Sale</td></tr> </table>		1	Propre	2	Propre- contaminé	3	Contaminé	4	Sale												
Classification d'Altemeier		Score ASA																								
Risque selon le degré de contamination de la plaie en préopératoire <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr><td>1</td><td>Propre</td></tr> <tr><td>2</td><td>Propre- contaminé</td></tr> <tr><td>3</td><td>Contaminé</td></tr> <tr><td>4</td><td>Sale</td></tr> </table>		1	Propre	2	Propre- contaminé	3	Contaminé	4	Sale																	
1	Propre																									
2	Propre- contaminé																									
3	Contaminé																									
4	Sale																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Classification d'Altemeier</th> <th>Score ASA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2"> Risque selon le degré de contamination de la plaie en préopératoire <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr><td>1</td><td>Propre</td></tr> <tr><td>2</td><td>Propre- contaminé</td></tr> <tr><td>3</td><td>Contaminé</td></tr> <tr><td>4</td><td>Sale</td></tr> </table> </td></tr> <tr> <td colspan="2"> <ul style="list-style-type: none"> - Obèse, diabète - Dénutrition - Âge - Comorbidités </td></tr> </tbody> </table>	Classification d'Altemeier		Score ASA	Risque selon le degré de contamination de la plaie en préopératoire <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr><td>1</td><td>Propre</td></tr> <tr><td>2</td><td>Propre- contaminé</td></tr> <tr><td>3</td><td>Contaminé</td></tr> <tr><td>4</td><td>Sale</td></tr> </table>		1	Propre	2	Propre- contaminé	3	Contaminé	4	Sale	<ul style="list-style-type: none"> - Obèse, diabète - Dénutrition - Âge - Comorbidités 		<ul style="list-style-type: none"> Risque selon l'état pathologique préopératoire <table border="1"> <thead> <tr> <th>1</th> <th>Pas d'affection autre que celle nécessitant l'acte chirurgical</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2</td> <td>Perturbation modérée d'une grande fonction</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Perturbation grave d'une grande fonction</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Risque vital imminent</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Moribond</td> </tr> </tbody> </table>	1	Pas d'affection autre que celle nécessitant l'acte chirurgical	2	Perturbation modérée d'une grande fonction	3	Perturbation grave d'une grande fonction	4	Risque vital imminent	5	Moribond
Classification d'Altemeier		Score ASA																								
Risque selon le degré de contamination de la plaie en préopératoire <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr><td>1</td><td>Propre</td></tr> <tr><td>2</td><td>Propre- contaminé</td></tr> <tr><td>3</td><td>Contaminé</td></tr> <tr><td>4</td><td>Sale</td></tr> </table>		1	Propre	2	Propre- contaminé	3	Contaminé	4	Sale																	
1	Propre																									
2	Propre- contaminé																									
3	Contaminé																									
4	Sale																									
<ul style="list-style-type: none"> - Obèse, diabète - Dénutrition - Âge - Comorbidités 																										
1	Pas d'affection autre que celle nécessitant l'acte chirurgical																									
2	Perturbation modérée d'une grande fonction																									
3	Perturbation grave d'une grande fonction																									
4	Risque vital imminent																									
5	Moribond																									

	<table border="1"> <tr> <td>Liés à l'intervention</td><td> <ul style="list-style-type: none"> - Durée opératoire prolongée au-delà des standards - Non-respect de la normothermie peropératoire - Oxygénation tissulaire - Hémostase - Contrôle de la glycémie </td></tr> <tr> <td>Liés aux protocoles pré-opératoires</td><td> <ul style="list-style-type: none"> - Préparation cutanée et désinfection - Antibioprophylaxie </td></tr> </table>	Liés à l'intervention	<ul style="list-style-type: none"> - Durée opératoire prolongée au-delà des standards - Non-respect de la normothermie peropératoire - Oxygénation tissulaire - Hémostase - Contrôle de la glycémie 	Liés aux protocoles pré-opératoires	<ul style="list-style-type: none"> - Préparation cutanée et désinfection - Antibioprophylaxie 		
Liés à l'intervention	<ul style="list-style-type: none"> - Durée opératoire prolongée au-delà des standards - Non-respect de la normothermie peropératoire - Oxygénation tissulaire - Hémostase - Contrôle de la glycémie 						
Liés aux protocoles pré-opératoires	<ul style="list-style-type: none"> - Préparation cutanée et désinfection - Antibioprophylaxie 						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prévention : 							
	<table border="1"> <tr> <td>Chirurgie programmée</td><td> <ul style="list-style-type: none"> - Durée d'hospitalisation préopératoire < 24h - Arrêt du tabac en périopératoire, ++ 6 semaines avant - Dosage HbA1c si diabète - Traitement des foyers infectieux à distance et reporter chirurgie jusqu'à guérison - En chirurgie cardiaque, décolonisation systématique du portage à <i>S. aureus</i> (sans dépistage) </td></tr> <tr> <td>Préparation cutanée avant bloc</td><td> <ul style="list-style-type: none"> - Douche au savon simple ou antiseptique - Ne pas dépiler sauf difficulté technique ; si dépilation : rasoir proscrit, utiliser tondeuse ou crème dépilatoire ; interdit en salle d'opération </td></tr> <tr> <td>Au bloc opératoire</td><td> <ul style="list-style-type: none"> - Friction SHA des opérateurs, à défaut : lavage chirurgical des mains - Tenue des opérateurs : casaque stérile imperméable en non tissé, gants stériles, masque chirurgical, calot/cagoule - Filtration de l'air entrant, renouvellement d'air et maintien de la salle en surpression (portes de salle fermées et limitation des allées et venues) - Limitation du nombre de personnes présentes dans la salle - Antibioprophylaxie chirurgicale si nécessaire - Maintien de la normothermie du patient en peropératoire - Maintien d'une glycémie < 2 g/L en post-opératoire précoce </td></tr> </table>	Chirurgie programmée	<ul style="list-style-type: none"> - Durée d'hospitalisation préopératoire < 24h - Arrêt du tabac en périopératoire, ++ 6 semaines avant - Dosage HbA1c si diabète - Traitement des foyers infectieux à distance et reporter chirurgie jusqu'à guérison - En chirurgie cardiaque, décolonisation systématique du portage à <i>S. aureus</i> (sans dépistage) 	Préparation cutanée avant bloc	<ul style="list-style-type: none"> - Douche au savon simple ou antiseptique - Ne pas dépiler sauf difficulté technique ; si dépilation : rasoir proscrit, utiliser tondeuse ou crème dépilatoire ; interdit en salle d'opération 	Au bloc opératoire	<ul style="list-style-type: none"> - Friction SHA des opérateurs, à défaut : lavage chirurgical des mains - Tenue des opérateurs : casaque stérile imperméable en non tissé, gants stériles, masque chirurgical, calot/cagoule - Filtration de l'air entrant, renouvellement d'air et maintien de la salle en surpression (portes de salle fermées et limitation des allées et venues) - Limitation du nombre de personnes présentes dans la salle - Antibioprophylaxie chirurgicale si nécessaire - Maintien de la normothermie du patient en peropératoire - Maintien d'une glycémie < 2 g/L en post-opératoire précoce
Chirurgie programmée	<ul style="list-style-type: none"> - Durée d'hospitalisation préopératoire < 24h - Arrêt du tabac en périopératoire, ++ 6 semaines avant - Dosage HbA1c si diabète - Traitement des foyers infectieux à distance et reporter chirurgie jusqu'à guérison - En chirurgie cardiaque, décolonisation systématique du portage à <i>S. aureus</i> (sans dépistage) 						
Préparation cutanée avant bloc	<ul style="list-style-type: none"> - Douche au savon simple ou antiseptique - Ne pas dépiler sauf difficulté technique ; si dépilation : rasoir proscrit, utiliser tondeuse ou crème dépilatoire ; interdit en salle d'opération 						
Au bloc opératoire	<ul style="list-style-type: none"> - Friction SHA des opérateurs, à défaut : lavage chirurgical des mains - Tenue des opérateurs : casaque stérile imperméable en non tissé, gants stériles, masque chirurgical, calot/cagoule - Filtration de l'air entrant, renouvellement d'air et maintien de la salle en surpression (portes de salle fermées et limitation des allées et venues) - Limitation du nombre de personnes présentes dans la salle - Antibioprophylaxie chirurgicale si nécessaire - Maintien de la normothermie du patient en peropératoire - Maintien d'une glycémie < 2 g/L en post-opératoire précoce 						
Infections liées au cathéter	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Facteurs de risque : <ul style="list-style-type: none"> - Liés au patient : âge, immunodépression, lésions cutanées - Liées à l'environnement : non-respect des mesures d'hygiène, mauvaises manipulations des lignes de perfusion sans protections nécessaires - Liés au cathéter : durée de maintien, pas de vérification chaque jour, mauvaises conditions de pose, site de perfusion (fémoral > jugulaire > sou clavier), multiples voies ▪ Diagnostic d'une infection sur KT centraux (KTc) : <table border="1"> <thead> <tr> <th>Infection locale</th> <th>Infection systémique (bactériémie)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Au moins 1 signe clinique d'infection au site d'insertion : <ul style="list-style-type: none"> • Érythème • Induration • Collection ou présence de pus - ET prélèvement microbiologique du KT ou du point d'insertion positif </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Signes généraux d'infection - ET/OU hémoculture positive - ET prélèvement permettant de relier l'infection au KT : <ul style="list-style-type: none"> • Culture de l'extrémité KT > 10^3 UFC/L • Culture du point d'insertion • Hémocultures différentielles </td></tr> </tbody> </table> <p>Cas particuliers :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bactériémie sans culture de l'extrémité du KTc ou culture négative ET régression rapide des signes cliniques après ablation = infection liée au KT ▪ Prélèvement d'extrémité du KTc > 10^3 UFC/L ET absence de signes cliniques d'infection = colonisation de KTc ▪ Prélèvement d'extrémité du KTc < 10^3 UFC/L = contamination lors du prélèvement 	Infection locale	Infection systémique (bactériémie)	<ul style="list-style-type: none"> - Au moins 1 signe clinique d'infection au site d'insertion : <ul style="list-style-type: none"> • Érythème • Induration • Collection ou présence de pus - ET prélèvement microbiologique du KT ou du point d'insertion positif 	<ul style="list-style-type: none"> - Signes généraux d'infection - ET/OU hémoculture positive - ET prélèvement permettant de relier l'infection au KT : <ul style="list-style-type: none"> • Culture de l'extrémité KT > 10^3 UFC/L • Culture du point d'insertion • Hémocultures différentielles 		
Infection locale	Infection systémique (bactériémie)						
<ul style="list-style-type: none"> - Au moins 1 signe clinique d'infection au site d'insertion : <ul style="list-style-type: none"> • Érythème • Induration • Collection ou présence de pus - ET prélèvement microbiologique du KT ou du point d'insertion positif 	<ul style="list-style-type: none"> - Signes généraux d'infection - ET/OU hémoculture positive - ET prélèvement permettant de relier l'infection au KT : <ul style="list-style-type: none"> • Culture de l'extrémité KT > 10^3 UFC/L • Culture du point d'insertion • Hémocultures différentielles 						

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prévention : <ul style="list-style-type: none"> - Réévaluer au moins quotidiennement l'utilité des KT et la balance bénéfice-risque - Choisir le type de KT veineux adapté : périphérique, central inséré par voie périphérique (PICC line), midline, chambre à KT implantable... - Pose KTc : asepsie chirurgicale ; KT périphérique : antiseptique à base Chlorhexidine 2% en solution alcoolique - Pansement transparent pour surveiller point de ponction et retirer immédiatement KT en cas de complications locales - Changer les lignes veineuses tous les 4 à 7 jours au maximum - Changer dans les 24 heures les lignes veineuses utilisées pour administrer des produits sanguins labiles ou une émulsion lipidique
--	--

MESURES DE PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION DE MICRO-ORGANISMES A

Actions sur le PATIENT	Actions sur les INTERVENANTS	Actions sur le MATÉRIEL
<p>DÉTERSION : phase de <i>nettoyage</i> qui consiste à enlever les matières organiques extérieures présentes sur la peau (ex. : <i>graisses, peaux mortes ou biofilm</i>) qui pourraient entraver l'action de l'antiseptique ou du désinfectant</p>	<p>ASEPSIE : décontamination de la surface du corps pour éviter d'apporter des micro-organismes au patient → <i>tenue et gants stériles, couvre-chef étanche, masque anti-projection, règles comportementales</i></p>	<p>ASEPSIE : décontamination de l'espace (y compris de l'air) et du matériel pour éviter d'apporter des micro-organismes au patient → <i>matériel stérile, micro-filtres à air (filtres à très haute efficacité ou THE) et système de renouvellement de l'air</i></p>
<p>DÉSINFECTION : ↓ du nombre de micro-organismes sur la peau <i>saine</i> grâce à l'action irréversible d'un désinfectant sur leur métabolisme ; souvent précédée d'une détersión</p>		<p>DÉSINFECTION : ↓ du nombre de micro-organismes sur les surfaces inertes grâce à l'action irréversible d'un désinfectant sur leur structure ; précédée d'une phase de nettoyage des matières inorganiques présentes sur la surface ; + pour les dispositifs médicaux, précédées d'une phase de décontamination ou pré-traitement</p>
<p>ANTISEPSIE : ↓ du nombre de micro-organismes présents sur les tissus vivants (<i>peau saine, muqueuses, plaies</i>) au moment du geste en détruisant ou inactivant les micro-organismes ou les virus</p> <p>Antiseptiques majeurs (utilisés en milieu de soins) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Biguanides : chlorhexidine - Dérivés iodés : povidone iodée - Dérivés chlorés : hypochlorite de sodium - Alcools : éthanol 		<p>DÉCONTAMINATION : BB</p> <ul style="list-style-type: none"> - ↓ du nombre de micro-organismes et faciliter le nettoyage ultérieur des objets souillés par des matières organiques - Protéger le personnel lors de la manipulation des instruments - Éviter la contamination de l'environnement
<p><i>Bien comprendre – différence asepsie/antisepsie :</i></p> <p>L'asepsie vise à empêcher tout apport exogène de micro-organismes, faire obstacle à l'afflux de micro-organismes</p> <p>L'antisepsie vise à inactiver les micro-organismes déjà présents</p>		<p>STÉRILISATION : BB</p> <p>procédé qui rend un produit stérile et le conditionne pour permettre de le conserver dans cet état pendant une période de temps définie en éliminant tous les microorganismes portés par des milieux inertes contaminés</p>

PRÉCAUTIONS D'HYGIÈNE STANDARD = SYSTÉMATIQUES A

Hygiène des mains	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Friction SHA +++, avant et après tout contact avec un patient ou environnement proche (20-30s/<i>friction, en 7 temps</i>), > au lavage des mains <u>sauf 2 exceptions</u> (SHA + lavage au savon doux) : <ul style="list-style-type: none"> - C. difficile - Gale
Masque	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si suspicion infection respiratoire (soignant + patient + visiteurs) ▪ Si risque de projection de liquides biologiques (ex. : <i>aspiration d'une trachéotomie en CMF...</i>)
Tenue	= <i>surblouse ou tablier imperméable à usage unique</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si risque de projection de liquides biologiques
Lunettes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si risque de projection de liquides biologiques
Gants	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si risque de contact avec des liquides biologiques et d'AES ▪ Lors des soins si la peau du soignant est lésée
Matériel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Décontamination, stérilisation ou élimination des matériels ou surfaces souillés par des produits biologiques ▪ Systèmes sécurisés en cas de manipulation d'objets piquants/tranchants (<i>collecteurs sécurisés, matériel à aiguille rétractable...</i>)

PRÉCAUTIONS D'HYGIÈNE COMPLÉMENTAIRES A

→ Prescription médicale (*mise en place et levée*)

	« Air » Aérosols de petites particules $< 5\mu m$	« Gouttelettes » Sécrétions oro-trachéo-bronchiques $> 5\mu m$	« Contact » Contact inter-humain manuporté
Hygiène des mains	Standard	Standard	Standard
Masque	Masque FFP2 <u>avant</u> d'entrer dans la chambre Masque chirurgical pour le patient si sortie	Masque chirurgical dès l'entrée dans la chambre Masque chirurgical pour le patient si sortie	Standard
Tenue	Standard	Standard	Si soins avec contact direct avec le patient
Lunettes	Standard	Standard	Standard
Gants	Standard	Standard	Standard
Matériel	Standard	Standard	Standard ou matériel réservé au patient
Chambre individuelle	OBLIGATOIRE + Porte fermée + Pas de sortie autorisée pour le patient, sauf raison médicale	OUI, dès que possible	OUI , dès que possible + Personnel dédié en cas d'épidémie non contrôlée
Indications	- Tuberculose - Rougeole - Varicelle	- Grippe - Coqueluche - VRS - SARS-CoV-2	- BMR : SARM, entérobactéries BLSE - Gastro-entérites - C. difficile - Gale

Pour les visiteurs : seuls les règles dans les catégories hygiène des mains et port du masque s'appliquent

SIGNALEMENT DES IAS

Organisation B	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Création des comités de lutte contre l'infection nosocomiale (CLIN) en 1988 → dispositif de surveillance à 3 niveaux : <ul style="list-style-type: none"> 1- Local, dans chaque établissement de santé public ou privé : équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (EOHH) ; CLIN ou CME (commission médicale d'établissement) 2- Régional : centres régionaux d'appui à la prévention des infections associées aux soins (CPIAS) 3- National : comité de pilotage du programme national de prévention des IAS (PROPIAS) ; missions nationales confiées à l'Agence nationale de santé publique (Santé Publique France)
Signalement A	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Signalements réglementaires : <ul style="list-style-type: none"> - Micro-organisme rare ou résistance rare - Localisation de l'infection rarement touchée - Gravité - Décès - Risque d'épidémie en lien avec un dispositif ou une procédure (ex. : <i>lave-endoscope défectueux</i>) - Cas groupés d'IAS ▪ Déroulé : <ul style="list-style-type: none"> 1- Système de détection des IAS interne à l'établissement 2- Déclaration de l'IAS par l'établissement de santé à l'ARS et au CPIAS de la région après validation par le praticien en hygiène 3- ARS transmet ensuite à Santé Publique France pour analyse à l'échelle nationale ▪ Patients concernés doivent être informés du signalement et il doit être tracé dans leur dossier

Item 5 – RESPONSABILITÉ MÉDICALE PÉNALE, CIVILE, ADMINISTRATIVE ET DISCIPLINAIRE

RESPONSABILITÉ MÉDICALE PÉNALE A

Définition	<p>Fonction répressive : objectif de sanctionner les fautes envers la société</p> <p>Concerne tous les médecins quel que soit l'exercice (public ou privé)</p> <p>Concerne tous les établissements de santé en tant que personne morale</p>												
Infraction	<p>Concerne tous les comportements jugés répréhensibles par la société (= Infraction) Une faute pénale est un comportement noté comme infraction par le code pénal.</p> <p>Classé en 3 catégories selon la gravité :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1- Contravention 2- Délit 3- Crime <table border="1" data-bbox="292 1030 1521 1188"> <thead> <tr> <th>Type d'infraction*</th> <th>Tribunal compétent</th> <th>Peines encourues</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Contravention</td> <td>Tribunal de police</td> <td>Amende</td> </tr> <tr> <td>Délit**</td> <td>Tribunal correctionnel</td> <td>Emprisonnement</td> </tr> <tr> <td>Crime</td> <td>Cour d'assises</td> <td>Réclusion criminelle</td> </tr> </tbody> </table> <p><i>* Par ordre de gravité croissante</i></p> <p><i>** Les infractions reprochées aux médecins relèvent habituellement du tribunal correctionnel, exposant à des peines de prison, pouvant être assorties du sursis et à des peines d'amende.</i></p>	Type d'infraction*	Tribunal compétent	Peines encourues	Contravention	Tribunal de police	Amende	Délit**	Tribunal correctionnel	Emprisonnement	Crime	Cour d'assises	Réclusion criminelle
Type d'infraction*	Tribunal compétent	Peines encourues											
Contravention	Tribunal de police	Amende											
Délit**	Tribunal correctionnel	Emprisonnement											
Crime	Cour d'assises	Réclusion criminelle											
Types	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rédaction de faux certificat ▪ Violation du secret professionnel ▪ Non-assistance à personne en péril : « quiconque s'abstient volontairement de se porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit par action personnelle, soit en provoquant un secours » (Code pénal, article 223-6) Un médecin se doit donc d'assurer les soins de bases aux personnes en danger. ▪ Homicide et blessures involontaires : <ul style="list-style-type: none"> - Faute délibérée : violation délibérée d'une règle de prudence ou de sécurité prévue par la loi - Faute caractérisée : Imprudence, négligence, manquement à une obligation de prudence qui a exposé un patient à un risque grave et que le médecin ne peut ignorer - Dommage doit être établi avec lien de causalité direct ou indirect entre faute et dommage. ▪ Homicide et blessures volontaires : euthanasie, absence d'obtention du consentement du patient à un acté médical, IVG non légale, non-respect de la réglementation pour le prélèvement d'organe, l'expérimentation ou la stérilisation définitive. <p>NB : attention le défaut d'information ne relève pas de la responsabilité pénale mais de la responsabilité civile.</p>												

Type de faute	Lien de causalité	Dommage
Simple* Maladresse, imprudence, inattention...	Direct	Blessures ou décès
Faute qualifiée Ayant créé ou contribué à créer la situation qui aura permis la réalisation du dommage	Indirect	
Faute délibérée Violation d'une manière délibérée donc consciente d'une règle de prudence ou de sécurité		
Faute caractérisée** Exposition du patient à un risque d'une particulière gravité que le médecin ne peut ignorer		

*Exemple : administration de doses massives de neuroleptiques à un patient à l'origine de son décès par occlusion intestinale, le psychiatre n'ayant transmis aucune instruction ou mise en garde quant aux effets secondaires de ce traitement.

**Exemple : décès d'un patient lors de la phase de réveil postopératoire car les mesures de surveillance nécessaires n'ont pas été prise par le médecin anesthésiste, même si le lien direct entre la faute et le décès n'a pu être établi.

Délai de prescription	Durée au bout duquel il ne peut plus être engagé d'action en justice : <ul style="list-style-type: none"> 1 an pour les contraventions 3 ans pour les délits 10 ans pour les crimes
Sanctions encourues	<ul style="list-style-type: none"> Amendes Peines de prison Travail d'intérêt général, peines complémentaires
Mise en place des sanctions	<ul style="list-style-type: none"> Contravention : le jugement aura lieu au tribunal de police, il risque une amende Délit (le + fréquent) : le jugement aura lieu au tribunal correctionnel, il risque une peine d'emprisonnement Crime : le jugement aura lieu à la cour d'assise, il risque une peine de réclusion criminelle

RESPONSABILITÉ ORDINALE A

Définition	Fonction répressive : objectif de sanctionner les fautes envers la déontologie médicale Concerne tous les médecins quel que soit l'exercice (public ou privé) inscrits à l'ordre des médecins
Fautes disciplinaires	Concerne tous les comportements jugés contraires à la déontologie médicale Basé sur le code de déontologie médicale, mais des fautes non inscrites dans les textes peuvent être jugées si elles sont contraires à la morale
Juridictions	Dans l'ordre : <ol style="list-style-type: none"> Conseil départemental de l'Ordre : obligation de tenter conciliation à l'amiable si plainte Chambre disciplinaire du Conseil Régional de l'Ordre : si échec Chambre disciplinaire du Conseil National de l'Ordre : en appel Conseil d'état en cassation : en dernier lieu
Sanctions encourues	<ul style="list-style-type: none"> Avertissement Blâme Interdiction temporaire d'exercer des fonctions exercées par l'Etat Interdiction temporaire d'exercice (max 3 ans) Radiation

RESPONSABILITÉ CIVILE A

Définition	<p>Fonction d'indemnisation des dommages d'un acte médical</p> <p>Ne concerne que l'exercice privé (médecins et cliniques)</p> <p>Présuppose :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Un dommage : perte de chance, atteinte physique ou psychique ▪ Un fait générateur de responsabilité : <ul style="list-style-type: none"> - Faute technique : Décision médicale contraire aux connaissances médicales en vigueur (recommandation de bonnes pratiques HAS par exemple) - Violation d'un devoir humaniste : défaut d'information, atteinte du secret professionnel préjudiciable - Autres formes : produit de santé défectueux, ... ▪ Un lien de causalité entre le fait générateur de responsabilité et le dommage <ul style="list-style-type: none"> - Parfois difficile à prouver... <p>Basé sur le Code Civil.</p>
Juridiction	<p>Saisi du tribunal d'instance</p> <p>Appel : Cour d'appel</p> <p>Cour de cassation en dernier lieu</p>
Délai de prescription	5 ans (10 ans pour les dommages corporels après la date de consolidation)
Sanctions encourues	Dommages et intérêts versées par une assurance

RESPONSABILITÉ ADMINISTRATIVE A

Définition	<p>Fonction d'indemnisation des dommages d'un acte médical</p> <p>Ne concerne que l'exercice public (médecins et hôpitaux) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Faute de service : Faute commise par un agent public dans l'exercice de ses fonctions ▪ Faute d'organisation et de fonctionnement de service : insuffisance de surveillance ou d'entretien, manque de communications... <p>⚠ Elle ne concerne donc pas les fautes détachables de service (mauvaise intention de l'auteur ou réalisé en dehors du cadre public)</p> <p>Présuppose :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Un dommage : perte de chance, atteinte physique ou psychique ▪ Un fait générateur de responsabilité : <ul style="list-style-type: none"> - Faute technique : Décision médicale contraire aux connaissances médicales en vigueur (recommandation de bonnes pratiques HAS par exemple) - Violation d'un devoir humaniste : défaut d'information, atteinte du secret professionnel préjudiciable - Autres formes : produit de santé défectueux, ... ▪ Un lien de causalité entre le fait générateur de responsabilité et le dommage <ul style="list-style-type: none"> - Parfois difficile à prouver... <p>Basé sur le Code de justice Administratif.</p>
Fonctionnement	<p>Saisine du tribunal administratif</p> <p>Appel : Cours d'appel administrative</p> <p>En dernier recours : conseil d'état</p>
Sanctions encourues	Dommages et intérêt versées pour une assurance

PROCÉDURES À L'AMIABLE A

Définition

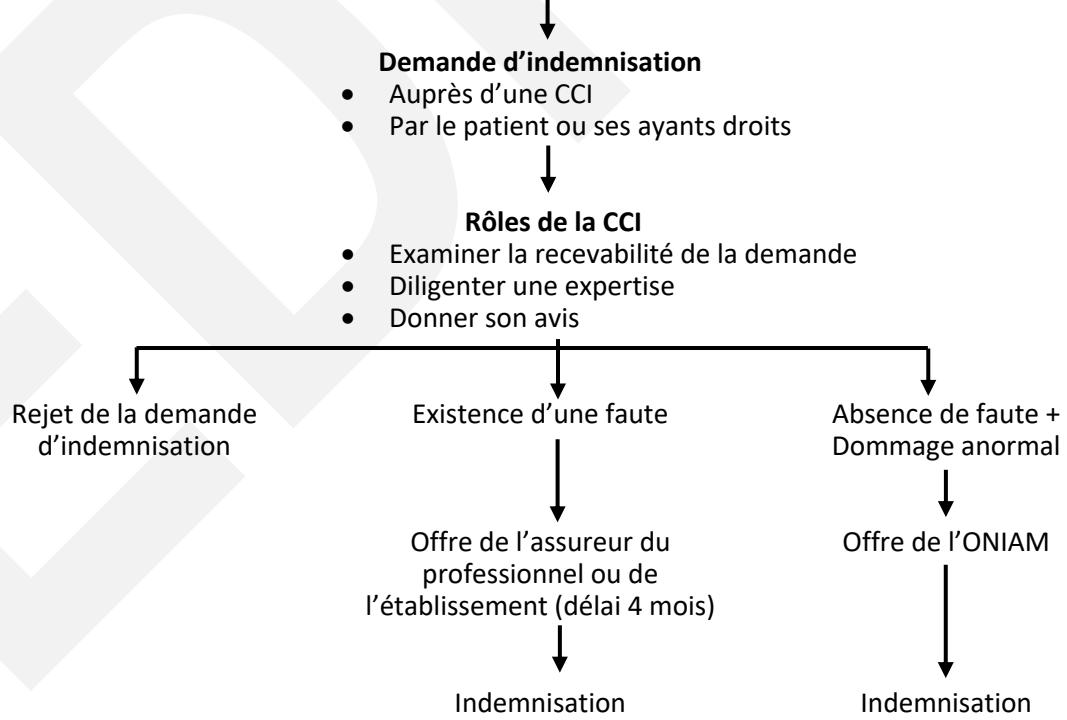
Commissions de Conciliation et d'Indemnisation

- Favorise la résolution entre patients et médecins par conciliation avec ou sans médiateur
- Indemnisation des victimes d'accidents médicaux graves et non fautifs (hors chirurgie esthétique) par l'ONIAM (Office National d'Indemnisation des Actes Médicaux)
- Infections nosocomiales :
 - Médecine privée : les patients doivent prouver la faute, et passer par une procédure civile
 - Médecine publique : l'établissement doit prouver la preuve d'une cause étrangère. A défaut, faute présumée de l'établissement et indemnisation par l'ONIAM si séquelles importantes

Peut être saisie quel que soit le statut du professionnel ou de l'établissement de santé

- Conditions de recevabilité :
 - Acte cause du dommage = acte de prévention, de diagnostic ou de soin
 - Date de survenue du dommage = ultérieure au 04 septembre 2001
 - Dommage atteignant un seuil de gravité
- Avis rendus par la CCI :
 - Si faute → avis transmis à l'assureur (du professionnel ou de l'établissement)
 - Soit offre jugée suffisante → indemnisation par l'assureur
 - Soit pas d'offre ou offre jugée insuffisante → indemnisation par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM), qui peut se retourner contre l'assureur
 - Si pas de faute → pas d'indemnisation sauf en cas d'anormalité du dommage (→ ONIAM)

Dommage imputable à un acte de prévention, de diagnostic ou de soin



Principe du régime amiable d'indemnisation

 **Coups de pouce du rédacteur :**

- Savoir que la responsabilité pénale et ordinale sanctionnent les erreurs, que la responsabilité civile ou administrative indemnise les dommages
- Savoir qu'il est possible d'engager plusieurs procédures simultanément (civile ou administrative + pénale + ordinale)
- Connaitre le fonctionnement des 4 grands types de procédures, leur fonctionnement et les sanctions encourues
- Les procédures amiables, les CCI et l'ONIAM sont de rang C



Item 6 – L'ORGANISATION DE L'EXERCICE CLINIQUE ET PARCOURS DE SOINS

PARCOURS DE SOINS A

<p>Définition B</p> <p>Parcours de soins : Organisation des soins du patient afin qu'il bénéficie des bons professionnels au bon moment. Nécessite une bonne coopération entre les différents professionnels de santé</p> <p>Acteurs du parcours de soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Soins primaires : médecins généralistes et pédiatres ambulatoires ▪ Soins secondaires : Médecins spécialisés en ville ou à l'hôpital ▪ Soins tertiaires : Soins très spécialisés (CHU++) 	<p>La multiplication des professionnels de santé augmente le risque d'événements indésirables. Il est donc nécessaire de coordonner leurs actions. Selon la HAS, 33% des événements indésirables graves) pourraient être évités grâce à une meilleure coordination des équipes</p> <p>Il est primordial de favoriser la communication entre ces professionnels</p> <p>Le travail en équipe est considéré comme :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Un véritable filtre de sécurité contre les événements indésirables (plusieurs vérifications, donc qualité de la prise en charge) ▪ Le fait de ne pas travailler seul est aussi un facteur de bien-être au travail ▪ Et bien sûre une pluralité de réponse aux besoins du patient <p>Protocoles pluriprofessionnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ensembles de recommandations pour la prise en charge d'une pathologie ▪ Élaboré par un ensemble de professionnels (HAS ++, protocole local) ▪ Concerne tous les professionnels qui prennent en charge les patients porteurs de la pathologie ▪ Facilite le travail en équipe et harmonise les pratiques professionnels en favorisant les pratiques recommandées par la littérature scientifique <p>Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Réunion de professionnels de santé de spécialités différentes (au moins 3) ▪ Discussion des dossiers complexes afin de prendre une décision de soin collégiale <p>Check list :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Liste d'éléments à vérifier au cours de la prise en charge du patient ▪ Cas de la check list bloc opératoire : vérifications obligatoires avant l'induction anesthésique, avec l'intervention chirurgicale et à la fin de l'intervention ▪ Favorise la communication entre professionnels de santé et diminue le risque d'erreur <p>Réunion de Morbimortalité (RMM) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Réunion d'analyse des dossiers où sont survenue un ou des événements indésirables associés aux soins ▪ N'a pas pour but de rechercher un coupable (bienveillance) ▪ Permet la discussion entre professionnels de santé et d'améliorer les pratiques afin d'éviter la répétition des EIAs
--	--

 **Coups de pouce du rédacteur :**

- Savoir que la médecine se pratique en équipe
- Connaitre les grands moyens de favoriser la collaboration et de limiter le risque d'erreur au cours de la prise en charge d'un patient.
- Savoir que la HAS formule des recommandations sur les parcours de soin des malades chroniques



FICHE E-LISA N°7

Item 7 – DROITS INDIVIDUELS ET COLLECTIFS DU PATIENT

DROITS FONDAMENTAUX DU PATIENT A	
Loi du 4 mars 2002	<p>Les droits des patients ont été renforcés par la loi du 4 mars 2002 :</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Droit à l'autonomie et obligation d'avoir le consentement du patient (sauf patient inconscient)▪ Droit à l'information (claire, loyale, compréhensible du patient) et à la non-information (sauf risque de contamination)▪ Droit au prélèvement d'un organe pour don d'organe chez un patient vivant▪ Droit d'accès à son dossier médical▪ Droit aux patients majeurs de désigner une personne de confiance▪ Droit au refus de soins chez les personnes en fin de vie si ceux si « sont inutiles, disproportionnés ou n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie »<ul style="list-style-type: none">- Le patient décide s'il peut donner sa décision- Si le patient ne peut s'exprimer, le médecin peut prendre la décision après avoir essayé de récupérer la volonté du patient et avoir organiser une réunion collégiale. Les directives anticipées permettent de récupérer la volonté du patient et priment sur l'avis de la personne de confiance ou des proches▪ Droit à la sédation profonde jusqu'au décès en fin de vie▪ Droit au secret médical▪ Droit d'opposition du patient à ce que ses données participent à des fins de recherche
Information et consentement du patient	<p>Tout acte médical doit être réalisé avec le consentement éclairé du patient</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Obligation pour le médecin d'apporter une information « claire, loyale et appropriée » au patient sur son état de santé, le pronostic, les traitements et alternatives possibles et les risques en cas de refus de traitement ainsi que les conditions financières de prise en charge (sauf cas d'urgence)▪ Obligation d'informer sur les risques et effets indésirables des traitements (fréquents et graves)▪ Cette information doit être orale et adaptée au patient.▪ Chez les enfants, l'information doit être adressée à l'enfant ET aux parents. L'accord d'un des parents doit être obtenu (sauf intervention exceptionnelle : l'accord des deux parents est indispensable).▪ Chez les patients ne pouvant exprimer leur volonté, c'est la personne de confiance qui doit être informée et qui doit donner le consentement.▪ Information renforcée si chirurgie esthétique, IVG, PMA, recherche biomédicale, don d'organe, stérilisation, études génétiques.▪ Exception : urgence vitale ou refus du patient d'être informé (sauf si risque de contamination)▪ Le médecin doit apporter la preuve de l'information : trace d'entretien, schéma explicatif dans le dossier médical, consultation d'information, témoignage de l'équipe soignante, délai de réflexion... La signature d'un document écrit par le patient n'est pas obligatoire et peut entacher la relation médecin-malade.▪ Si un manque d'information entraîne une perte de chance pour le patient, il peut être indemnisé en dommages et intérêts.

Information et consentement du patient	<p>Tout acte médical doit être réalisé avec le consentement éclairé du patient</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Obligation pour le médecin d'apporter une information « claire, loyale et appropriée » au patient sur son état de santé, le pronostic, les traitements et alternatives possibles et les risques en cas de refus de traitement ainsi que les conditions financières de prise en charge (sauf cas d'urgence) ▪ Obligation d'informer sur les risques et effets indésirables des traitements (fréquents et graves) ▪ Cette information doit être orale et adaptée au patient. ▪ Chez les enfants, l'information doit être adressée à l'enfant ET aux parents. L'accord d'un des parents doit être obtenu (sauf intervention exceptionnelle : l'accord des deux parents est indispensable). ▪ Chez les patients ne pouvant exprimer leur volonté, c'est la personne de confiance qui doit être informée et qui doit donner le consentement. ▪ Information renforcée si chirurgie esthétique, IVG, PMA, recherche biomédicale, don d'organe, stérilisation, études génétiques. ▪ Exception : urgence vitale ou refus du patient d'être informé (sauf si risque de contamination) ▪ Le médecin doit apporter la preuve de l'information : trace d'entretien, schéma explicatif dans le dossier médical, consultation d'information, témoignage de l'équipe soignante, délai de réflexion... La signature d'un document écrit par le patient n'est pas obligatoire et peut entacher la relation médecin-malade. ▪ Si un manque d'information entraîne une perte de chance pour le patient, il peut être indemnisé en dommages et intérêts.
Droit au refus de soins	<p>Tout soin doit être prodigué avec accord du patient (sauf cas d'urgence)</p> <p>Si patient inconscient, c'est la personne de confiance qui doit être tenue informée</p> <p>Le patient a le droit de refuser les soins : il faut informer correctement le patient sur la situation et les risques, on note sur le dossier que l'information a été délivrée et on respecte son choix. Tout doit être mis en œuvre pour convaincre le patient de choisir la meilleure solution pour sa santé tout en respectant son choix.</p> <p>Dans certains cas, l'accord du patient doit être écrit : IVG, stérilisation, recherche, don d'organe, étude génétique, don de gamètes.</p>
Droit au secret professionnel	<p>La révélation d'une information à caractère secret est punie d'un an d'emprisonnement et de 15.000 € d'amende (faute pénale)</p> <p>Toutes les informations venues à la connaissance du médecin mais aussi déduites sont couvertes par le secret médical</p> <p>Elle peut aussi être puni par l'Ordre des médecins (faute disciplinaire)</p> <p>Le patient ne peut pas délier le médecin du secret</p> <p>Il est possible de communiquer avec les proches si le patient est d'accord. En cas de pronostic grave, il est possible de communiquer aux proches les informations nécessaires pour leur permettre d'apporter un soutien direct au patient, sauf refus de sa part.</p> <p>Le secret médical n'est pas levé après la mort du patient</p> <p>Secret partagé : Entre membres de l'équipe qui soigne un patient, le secret médical n'est pas aboli mais il est partagé afin d'optimiser la prise en charge du malade. Les informations échangées doivent être strictement nécessaires à la coordination des soins et de participer à sa prise en charge.</p> <p>Cas particulier :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Médecine du travail : Le médecin du travail ne fournit à l'employeur que la décision d'aptitude ou non et non les raisons médicales qui ont permis d'aboutir à cette conclusion ▪ Assurance : On ne doit jamais donner d'informations médicales à une assurance ou à un médecin mandaté par une assurance. C'est le patient qui doit fournir les informations nécessaires à l'assurance.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Expert judiciaire : Seule une saisie du dossier par un juge d'instruction peut permettre à la justice de disposer des informations médicales. ▪ Dérogations du secret médical pour les médecins experts des Commissions de Conciliation et d'Indemnisation (CCI) ou du Fond d'Indemnisation des Victimes de l'Amiante (FIVA) ▪ Patient prisonnier : Les informations doivent être données à l'administration pénitentiaire si le détenu travaille en cuisine, s'il présente un risque suicidaire majeure ou s'il présente une maladie contagieuse <p>Dérogations légales au secret médical :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Déclaration des naissances : obligation pour le médecin de déclarer la naissance dans les 5 jours si le père ne l'a pas fait ▪ Déclaration des décès par certificat médical ▪ Maladies à Déclaration Obligatoire ▪ Infections nosocomiales et Événements Indésirables Graves (déclaration à l'ARS) ▪ Toxicomanie illégale si l'objectif est de permettre au patient de bénéficier de soins ▪ Réalisation de soins ordonnées par la justice (criminels sexuels et toxicomanes) ▪ Certificats d'hospitalisation sous contrainte en psychiatrie ▪ Demande de mesure de protection ▪ Certificats de la CPAM permettant au patient de bénéficier d'aides sociales. Ces informations doivent être fournies exclusivement au service médical de la CPAM ▪ Signalement obligatoire des maltraitances sur les mineurs et les majeurs vulnérables. Il est possible de signaler les maltraitances sur les majeurs non vulnérables si ceux-ci ont donné leur accord ▪ Obligation de signaler les patients qui s'apprêtent à commettre un crime ou un délit contre l'intégrité d'une personne (5 ans et 75.000 € d'amende). ▪ Signalement au préfet des patients qui possèdent des armes à feu et qui peuvent être dangereuses ▪ Obligation de transmettre les cas de dopage au médecin de l'antenne médicale de prévention du dopage ▪ Certificats obligatoires pour les enfants
<p>Protection des droits des patients</p> <p style="text-align: center;">B</p>	<p>Commission des usages : Instance locale qui est avertie de toutes les plaintes et réclamations ainsi que des suites. Les membres peuvent accéder aux informations médicales si les patients donnent leur accord.</p> <p>Défenseur des droits des patients : Défendent les droits des patients et des mineurs devant les tribunaux</p> <p>Contrôleur des lieux avec privation de liberté : Interviennent dans les hospitalisations sous contrainte en psychiatrie. Peuvent accéder aux informations médicales s'ils sont médecins.</p> <p>Les patients ont le droit d'être représentés :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Association de malades ou d'usagers ▪ Participation dans le fonctionnement du système de soins et dans l'élaboration des recommandations. <p>Les patients ont le droit de se plaindre :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Par une procédure amiable à la Commission de conciliation et d'indemnisation (CCI) ▪ Par une procédure disciplinaire à la chambre des médecins ▪ Par une procédure contentieuse

Médecin et autorité judiciaire	<p>Réquisition : Permet à l'autorité judiciaire (magistrat ou officier de police judiciaire) d'avoir le concours du médecin pour répondre à une question. Le médecin ne doit pas révéler d'informations couverts par le secret médical en dehors de la question de la réquisition.</p> <p>Si refus du médecin, il s'expose à une amende (sauf s'il n'est pas compétent pour répondre à la question, ou relation médicale/familiale avec la personne concernée).</p> <p>Remise de dossier médical : Le médecin peut communiquer des documents médicaux pour répondre à une réquisition écrite d'un officier de police judiciaire (mais ce n'est pas une obligation).</p> <p>Défense judiciaire du médecin : Le médecin peut utiliser des documents couverts par le secret médical si c'est pour se défendre personnellement au tribunal. En revanche si le médecin témoigne en tant que témoin, il a le droit de s'abstenir de répondre à une question sous couvert du secret médical (alors qu'un citoyen ordinaire doit toujours répondre à la question que lui pose la justice)</p>
Fin de vie	<p>Deux lois principales encadrent la fin de vie et les directions anticipées :</p> <p>Loi du 22 avril 2005 : dite loi Léonetti et première loi spécifique à la fin de vie, introduit l'interdiction de l'obstination déraisonnable. Tout patient est en droit de considérer qu'un traitement constitue pour lui une obstination déraisonnable et peut le refuser, même si ce refus peut avoir des conséquences vitales.</p> <p>Loi du 02 février 2016 (loi de fin de vie) :</p> <p>La loi du 2 février 2016 permet de mieux répondre à la demande à mourir dans la dignité par une meilleure prise en charge de la souffrance, et en clarifiant l'usage de la sédation profonde et continue, jusqu'au décès, en phase terminale.</p> <p>Elle instaure une hiérarchie : directives anticipées > personne de confiance > proches</p> <p>Instaure également le droit à la sédation profonde et continue jusqu'au décès</p> <p>On distingue deux situations en fin de vie :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patient conscient et capable de prendre une décision, le médecin atteste au fil du temps de la réalité d'une demande de fin de vie le médecin (demande de LATA) ▪ Le patient incapable de s'exprimer : le médecin doit respecter la procédure collégiale et consulter les directives anticipées, la personne de confiance et les proches.
Dossier médical	<p>Ensemble des informations recueillies sur la santé d'un patient. Permet d'assurer la continuité des soins, de partager les informations entre les différents professionnels de santé, et de servir de preuve en cas de recherche de responsabilité.</p> <p>Le dossier médical doit être conservé 20 ans après la dernière entrée.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pour les mineurs de 0 à 8 ans, il doit être conservé jusqu'au 28^{ème} anniversaire. ▪ Après le décès, le dossier doit être conservé pendant 10 ans puis supprimer sur décision du directeur de l'établissement après avis du médecin responsable <p>Contenu du dossier :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Informations recueillies lors des consultations externes ou d'accueils aux urgences ▪ Informations établies en fin de séjour hospitalier ▪ Informations recueillies par les tiers <p>Les notes personnelles du médecin dans le dossier médical sont possibles mais ne sont pas communicables</p> <p>Les informations recueillies par des tiers ne sont pas communicables</p>

Accès au dossier médical :

- Professionnels de santé qui prennent en charge le patient
- Patient majeur : directement seul ou par l'intermédiaire d'un praticien désigné. Il doit prouver son identité
- Patient majeur hospitalisée en soins psychiatrique sans consentement : L'accès au dossier peut être subordonnée à la présence d'un médecin choisi par le patient
- Patient mineur : ce sont les parents qui ont le droit de consulter le dossier médical. Cependant le mineur peut verrouiller l'accès à tout ou partie du contenu du dossier médical
- Patient majeur protégé : Le dossier médical ne peut être transmis que sur accord ou en présence du tuteur. Le tuteur peut obtenir accès au dossier médical sans l'accord du patient
- Patient décédé : Les ayants droits ou conjoint peut demander l'accès au dossier médical si c'est pour connaître les causes de la mort, faire valoir ses droits ou défendre la mémoire du défunt.
- Justice : par saisi du dossier médical et en présence d'un membre du conseil de l'Ordre des médecins et du médecin responsable du patient ou du chef de service

L'accès au dossier médical a lieu au moins après 48 heures après la demande et maximum 8 jours après la réception de la demande (sauf si les données datent de plus de 5 ans où le délai est de 2 mois)

Dossier médical partagé (DMP) :

- Le dossier est géré par le Caisse Nationale d'Assurance Maladie
- Facilite la coopération entre professionnels de santé
- C'est le patient qui crée son DMP et le gère : il décide quel professionnel de santé a accès à quoi.
- Sauf urgence : si le patient ne l'a pas interdit, le 15 et les urgentistes ont accès à tout le DMP
- Le DMP comporte l'identité de la personne de confiance et sa position sur le don d'organes

Dossier Médical de Santé au Travail (DMST) : Il est élaboré au cours de la première consultation de médecine du travail pour chaque employeur. Le médecin du travail peut communiquer le DMST au médecin traitant pour assurer la continuité des soins sauf opposition de l'employeur.

**Coups de pouce du rédacteur :**

- La loi du 4 mars 2002 pose les jalons des droits des patients
- Le secret médical n'est pas opposable mais il existe des dérogations légales qu'il faut connaître
- L'information médicale doit toujours être communiquée au patient afin d'obtenir son consentement. Le patient a le droit de rester non informé, sauf s'il y a un risque de contamination
- Le dossier médical contient toutes les informations liées aux soins et est couvert par le secret médical
- Les patients ont le droit de consulter leur dossier médical sauf exception.

FICHE E-LISA N°8

Item 8 – DISCRIMINATION ET SANTÉ

DISCRIMINATION ET SANTÉ A	
Contexte et définitions	<p>La crise COVID a permis de montrer des inégalités en matière de santé (travailleurs précaires, VIH+, LGBT...)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Discrimination : Traitement différent et défavorable envers une personne ou un groupe de personnes ▪ Discrimination directe : Traitement défavorable envers un groupe de personnes par rapport aux autres du fait d'un critère prohibé par la loi ▪ Discrimination indirecte : Traitement défavorable envers un groupe de personnes du fait d'une pratique neutre en apparence mais qui peut parfois entraîner un désavantage ▪ Étiquetage : Représentation d'un groupe de personnes en fonction d'une caractéristique humaine ou sociétale ▪ Catégorisation : Découpage de la société en fonction de caractéristiques humaines ou sociétales. Cela permet d'identifier des groupes sociaux afin de se repérer dans la société, ainsi la catégorisation ne signifie pas discrimination et n'entraîne pas systématiquement des situations discriminatoires. ▪ Stéréotype : Image préconçue d'un individu ou d'un groupe de personnes <p>Étiquetage => Catégorisation => Stéréotype => Discrimination</p>
Législation	<p>2005 : Lois pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. (Obligation d'accessibilité pour les établissements recevant du public, création de la MDPH, droit à compensation, éducation en milieu ordinaire...)</p> <p>2008 : Loi pour la lutte contre la discrimination</p> <p>2016 : Loi de modernisation de la justice qui acte sur le critère de discrimination</p> <p>25 critères de discriminations fixés par la loi : physique, âge, état de santé, race ou ethnie, sexe, genre, orientation sexuelle, grossesse, handicap, origine géographique, religion, mœurs, domiciliation bancaire, opinion politique, opinion philosophique, activité syndicale, situation de famille, génétique, nom de famille, lieu de résidence, perte d'autonomie, capacité à s'exprimer dans une langue étrangère, précarité économique</p>
Discrimination et problèmes de santé B	<p>La discrimination et l'accès à la santé est illégale :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'état de santé figure parmi les 25 critères fixés par la loi ▪ Le système de santé peut être discriminatoire indirectement ▪ Une discrimination peut détériorer l'état de santé d'une personne <p>Le handicap totalise 21% des saisines pour discrimination :</p> <p>Handicap et emploi :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Difficulté d'accès à l'emploi : deux fois plus de chômage parmi les handicapés ▪ Inégalité de traitement dans l'emploi : manque d'aménagement des postes, surcroit de travail... <p>Handicap et éducation :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Difficulté à l'accès à une éducation en milieu ordinaire ▪ Moquerie de la part des camarades (41% des handicapés, soit 8 fois plus que les non-handicapés)

	<p>Handicap et santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> Difficultés d'accès aux soins (environnement inadapté, manque de ressource financière, ...) <p>Obésité et discrimination :</p> <ul style="list-style-type: none"> Près de la moitié des jeunes obèses ont subi des discriminations Difficultés d'emploi, d'accès aux soins, d'ascension sociale... <p>VIH ou hépatites et discriminations :</p> <ul style="list-style-type: none"> Population fragile sur le plan de la santé mais aussi généralement fragile économiquement avant leur infection Lié au stéréotype sur catégorie sociale ou professionnelle (travailleuse du sexe, toxicomane) et infection <p>Handicap mental et discriminations :</p> <ul style="list-style-type: none"> Difficultés d'accès aux soins et à l'emploi
Discrimination et accès aux soins	<p>Difficulté d'accès aux soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> Cout des soins et précarité économique Horaire des cabinets et précarité professionnel ne permettant pas de consulter en heure ouvrable Soins et discrimination raciale des professionnels de santé (directe ou indirecte) Accès aux soins et difficultés d'accès du fait de conditions de travail plus complexe du fait d'une discrimination raciale (directe ou indirecte) <p>Refus de soins et discrimination :</p> <ul style="list-style-type: none"> Les patients avec l'AME ou la complémentaire santé solidaire sont plus souvent exposés au refus de soins Le refus direct de soins du fait d'un défaut de couverture social est illégal Refus de soins des AME : 37%, CMU : 10% <p>Prise en charge et discrimination :</p> <ul style="list-style-type: none"> Les soignants peuvent se comporter différemment envers leurs patients du fait de stéréotype sur leur niveau de compréhension ou leur mode de vie. Exemple : syndrome méditerranéen et sous-estimation des Evaluations Numériques de Douleur. <p>Ces discriminations d'accès aux soins peuvent nuire à l'état de santé du fait d'un plus grand risque d'atteinte à leur état de santé et du fait d'une moins bonne prise en charge de ces atteintes</p>
Lutte contre les discriminations	<p>Il est du rôle du médecin de prendre en charge les personnes victimes de discriminations, de les écouter et de les conseiller autant sur le plan biomédical que social</p> <p>Les personnes subissant une discrimination peuvent faire appel au défenseur des droits et engager des poursuites</p> <p>Sur le plan de la santé, les personnes discriminées peuvent faire appel :</p> <ul style="list-style-type: none"> Au directeur local de l'assurance maladie A l'ordre professionnel du professionnel impliqué (ordre des médecins, des pharmaciens, des IDE) Plainte au chef de service ou au directeur d'hôpital concerné. Le médiateur prend ensuite en charge le dossier et la commission des usagers est informée

Justice	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Défenseur des droits : peut-être saisie par la victime ▪ Faire appel aux parlementaires (français, institutions étrangères) ▪ Site internet spécifique (formulaire, ligne téléphonique, messagerie instantanée) ▪ Champ de la santé : directeur local de l'Assurance maladie, ordre professionnel du professionnel de santé impliqué et établissements de santé (service ou direction) avec médiateur (CDU)
----------------	--



Coups de pouce du rédacteur :

- La discrimination entraîne davantage de problèmes de santé et un moins bon accès aux soins
- Le handicap reste l'un des principaux facteurs de discrimination en France
- La discrimination est illégale
- Il est du devoir du médecin d'accompagner les personnes souffrant de discrimination d'un point de vue biomédical et social

FICHE E-LISA N°9a

Item 9 – ÉTHIQUE GÉNÉTIQUE

INTRODUCTION

En France, selon les termes des lois de bioéthique, **examen des caractéristiques génétiques** possible uniquement à des fins médicales ou de recherche scientifique : cas le plus fréquent et répondant à un objectif clinique.

Autre situation = usage de la génétique à visée d'identification d'une personne (empreintes génétiques).

IDENTIFICATION D'UNE PERSONNE PAR SES EMPREINTES GÉNÉTIQUES

Premier cadre B	<p>Identification recherchée dans le cadre d'enquête judiciaire ou pour déterminer l'identité d'une personne décédée. Mission d'identification par empreintes alors réalisée sur instruction d'un magistrat et dans un laboratoire agréé par des personnes physiques ou morales inscrites sur une liste d'experts.</p>
	<p>Consentement exprès de la personne à recueillir par écrit avant l'identification, après l'avoir informée sur la nature de l'acte et sa finalité. <u>Sauf accord exprès du vivant, interdiction de réaliser une identification par empreintes génétiques chez un patient décédé.</u></p> <p>Les locaux affectés à la conservation des scellés, des échantillons bio et des résultats doivent assurer :</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Protection contre le vol ou la dégradation▪ Confidentialité absolue▪ Sauvegarde des scellés, des prélèvements et des résultats d'analyses
Deuxième cadre B	<p>Identification dans le cadre de tests de paternité, autorisés uniquement lors d'une procédure judiciaire visant à établir ou contester une filiation ; et/ou à obtenir ou supprimer des subsides. Consentement obligatoire du père présumé, puis test ordonné par un juge du tribunal de grande instance.</p> <p>Test possible selon 2 méthodes, avec les mêmes règles que celles exposées ci-avant :</p> <ol style="list-style-type: none">1- Examen comparé des sanguins2- Identification par empreintes génétiques
Troisième cadre B	<p>Identification dans le cadre du Code de la défense nationale : personnes décédées au combat, capturées par les forces armées, raisons précises et sérieuses de penser qu'une personne est une menace pour la sécurité des forces ou des populations civiles.</p> <p>Pour l'identification d'un militaire décédé en opération, d'une victime de catastrophe naturelle ou d'une personne faisant l'objet de recherches relatives à la sécurité : prélèvements destinés à recueillir les traces bio de cette personne dans les lieux de vie supposés avec accord du responsable des lieux ou, en cas de refus, autorisation du juge des libertés et de la détention (tribunal de grande instance).</p> <p>Prélèvements aux mêmes fins possibles chez les ascendants, descendants ou collatéraux supposés, après consentement (écrit) de chaque personne concernée, mentionnant la finalité du prélèvement.</p>

EXAMEN GÉNÉTIQUE À VISÉE MÉDICALE

Contexte général B	<p>Identification génétique à des fins médicales/scientifiques : consentement écrit et information sur le prélèvement, sa nature et sa finalité ; révocable à tout moment. Objectifs de l'analyse :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Poser, confirmer ou infirmer un diagnostic de maladie à caractère génétique ▪ Rechercher les caractéristiques de gène(s) susceptible(s) d'être à l'origine d'une maladie chez une personne ou les membres de sa famille (ex : conseil génétique pour le syndrome de Lynch) ▪ Adapter la PEC médicale d'une personne selon ses caractéristiques génétiques (ex : thérapie ciblée) <p>Prescription et réalisation encadrées par des règles de bonne pratique :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Obligation de consentement écrit initial du patient ▪ Droit au refus de connaître le résultat du test génétique ▪ Devoir d'informer les membres de sa famille en cas de diagnostic d'anomalie génétique grave et cible de mesures de prévention ou de soins, en passant par le médecin et en conservant l'anonymat si désiré
---	--

Cas particulier B	<p>Tests dans un projet de grossesse pour un couple, avec 2 situations :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnostic sur le fœtus <i>in utero</i> : diagnostic prénatal visant à détecter une affection d'une particulière gravité pour proposer de soigner l'enfant, préparer à l'accueillir ou accompagner vers l'IMG ▪ Avant implantation : diagnostic préimplantatoire, pour les couples à haut risque de maladie génétique grave et incurable ayant recours à l'AMP (50 couples/an), en sélectionnant les fœtus indemnes
--	--

ENJEUX ÉTHIQUES DE LA GÉNÉTIQUE PRÉDICTIVE

Impact majeur de la prédiction sur la vie de la personne B	<p>Test prédictif (ou présymptomatique) non neutre : résultat = condamnation ou libération pour le patient, bénéfique si on peut proposer surveillance, dépistage et traitement plus précoces visant à limiter l'expression de la maladie et sa gravité (ex : mammographies rapprochées, IRM...). Bénéfice réel aussi pour les personnes potentiellement porteuses, quand le test revient en fait négatif.</p> <p>Pour certaines pathologies, bénéfice médical nul en l'état actuel des connaissances, car pas de TTT dispo permettant d'éviter/retarder l'apparition des symptômes. Cependant, <u>autres bénéfices</u> possibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Individuel</u> : agir et prendre des décisions sur le déroulé et l'organisation de sa vie ▪ <u>Social</u> : préparation à la maladie, aménagement des conditions de travail ▪ <u>Familial</u> : aménagement du projet familial, dynamique du couple, information des enfants & autres membres de la famille concernés <p>Pour tout projet parental, connaissance du risque porté par le couple et potentiellement transmissible à l'enfant = impact majeur sur l'organisation et la médicalisation du projet de grossesse. En effet, la découverte d'anomalies fœtales peut modifier la PEC de la grossesse/accouchement et amener parfois à discuter de la poursuite de celle-ci. Questions posées :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'information prédictive sera-t'elle en mesure de donner plus de liberté à l'individu, ou au contraire l'enfermera-t'elle dans un avenir qu'il ne pourra que subir ? ▪ Quelles conséquences de cette information sur la vie sociale : discrimination, affaiblissement de la cohésion, de la justice et de la solidarité ? Conséquences majeures possibles avec exclusion et risque de dérives (ex : information parvenue à une assurance), donc confidentialité primordiale +++ <p>Pour ces raisons, encadrement juridique de cette pratique :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Consentement explicite des personnes concernées ▪ Usage strictement limité à la sphère médicale ▪ Respect du secret médical ▪ Déclaration à l'ABM des équipes pluridisciplinaires désirant pratiquer des diagnostics présymptomatiques
---	---

Reproduction interdite - Propriété de la PLATEFORME EDN+®

	<p>Règles de bonne pratique posant aussi les principes éthiques à respecter :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Respect de la personne et de son autonomie : demandeur majeur, volontaire, soumis à aucune pression ou influence, en pleine capacité intellectuel. Personne libre de ne pas savoir si tel est son choix ! ▪ Respect de la liberté du demandeur passant par un choix éclairé, informé, authentifié par signature de son consentement après information objective et actualisée des médecins, compréhension de la maladie et de son pronostic, du test, de ses limites et de l'anticipation liée aux résultats ▪ Principe de justice et d'égalité : accès du test pour tous, non-discrimination ; non-utilisation des infos par des tiers (assurances, employeurs...) ▪ Principe de bienfaisance et de non-malfaisance : apporter un bénéfice au patient, ne pas être néfaste (soulevant la question d'un test pour une maladie qu'on ne peut traiter)
<p>Dimension collective, information de la parentèle</p> <p style="text-align: center;">A</p>	<p>Ici, info sur le risque = risque pour la personne mais aussi pour d'autres membres de la famille, apparentés génétiquement : ne pas bénéficier de l'information serait une perte de chance pour eux. Ainsi, silence (préservation absolue du secret médical) = question de la responsabilité médicale vis-à-vis d'autrui : à qui appartient l'info médicale génétique dès lors qu'elle peut rendre compte de l'état de santé de plusieurs personnes ?</p> <p>Dilemme et conflit d'intérêts lorsque la protection d'un droit fondamental individuel (secret médical) va à l'encontre de l'intérêt d'autrui : débat entre responsabilité individuelle et collective, le médecin étant au cœur de ce débat puisqu'il agit dans l'intérêt du patient mais aussi dans l'intérêt collectif comme acteur de prévention et de santé publique.</p> <p>Intérêt de la connaissance de l'affection qui touche un membre de la famille = possibilité de traitements préventifs ou de surveillances avec diagnostic précoce pour prévenir la survenue de la maladie ou en améliorer le pronostic (jusqu'à éviter un décès). Démarche de révélation conçue dans un but médical, bienveillant, visant à améliorer la santé des individus : il est facile d'y adhérer dès lors que le patient, bien informé, donne son accord.</p> <p>Femme porteuse d'un risque génétique (ex : cancer du sein) : révélation possible de certaines infos à sa famille mais difficile aussi pour des raisons diverses (conflits, ruptures, impossibilités psychiques ou socio-comportementales...). Complexité d'autant plus importante pour le patient qu'il y a beaucoup de membres à prévenir, certains ne voulant pas amener l'information (« oiseau de mauvais augure ») ou doutant de la volonté des autres à la recevoir. <u>C'est pourquoi il est désormais possible (légitime) de demander au médecin de révéler certaines informations en préservant l'anonymat du patient source.</u></p> <p>Préalablement à l'examen génétique, le prescripteur informe le patient des risques que le silence ferait courir à la famille si une anomalie était diagnostiquée et cible de mesures de prévention, y compris de conseil génétique ou de soins. Il prévoit alors, dans un document écrit, les modalités pour informer les membres concernés. Si le patient refuse d'informer lui-même, il peut demander par écrit au prescripteur de procéder à l'information en lui communiquant les coordonnées nécessaires.</p> <p>Dispositions prises en 2003 suite au Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE), rappelant le strict respect du secret médical tout en informant le patient des risques qu'il ferait courir à sa famille.</p>

Item 9 – ÉTHIQUE ET FIN DE VIE

ÉVOLUTION DU REGARD SUR LA FIN DE VIE

<p>Évolution du droit</p> <p style="color: red;">A</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Circulaire du 26/08/1986 ou « Laroque », relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale : 1^{ère} définition des soins palliatifs, nommés « soins d'accompagnement, visant à répondre aux besoins spécifiques des personnes parvenues au terme de leur existence » ▪ Loi du 09/06/1999, garantissant le droit à l'accès aux SP : accompagnement de « toute personne malade dont l'état le requiert » avec définition des SP comme « soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile, qui visent à soulager la douleur, apaiser la souffrance physique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage » ▪ Loi du 04/03/2022 ou Kouchner, relative aux droits des malades : patient au centre du processus de décision le concernant, posant que « toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé », précisant « qu'aucun acte médical ni traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé ». Par ailleurs, obligation du médecin d'informer le patient sur son état de santé, les TTT et leurs conséquences possibles. Enfin, possibilité de personne de confiance, à consulter si le patient ne peut plus s'exprimer ▪ Loi du 22/04/2005 ou Leonetti, relative aux droits des malades et à la fin de vie : réaffirme le droit de toute personne « de refuser ou ne pas recevoir un traitement » au nom du refus de l'obstination déraisonnable. Possibilité pour le médecin de limiter/arrêter les soins et/ou d'appliquer un TTT pouvant avoir pour effet 2^{ndaire} d'abréger la vie, s'il « constate qu'il ne peut soulager la souffrance d'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable » (double effet) à condition d'informer le malade, la personne de confiance, la famille ou un proche à défaut. <p>Dès lors, ouverture du droit pour le patient de demander la limitation/arrêt de son TTT et obligation du médecin de respecter sa volonté « après l'avoir informé des conséquences de son choix », indiquant que toute personne majeure peut « rédiger des directives anticipées pour les cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté », qui « indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt des traitements ». Le médecin doit en tenir compte pour toute décision « à condition qu'elles aient été établies de moins de 3 ans avant l'état d'inconscience de la personne ».</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Loi du 02/02/2016 ou Claeys-Leonetti : nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, dont l'obligation pour le médecin de « s'enquérir de l'expression de la volonté exprimée par le patient » en recourant notamment aux directives anticipées et à la personne de confiance. Introduction du droit à la « sédation profonde et continue » en cas d'affection grave et incurable avec « pronostic vital engagé à court terme et susceptible d'entraîner une souffrance insupportable ». SPC = démarche de soin consistant à utiliser des moyens médicamenteux pour soulager les douleurs, avec diminution/perte de la conscience du patient. En France, l'euthanasie et le suicide assisté demeurent interdits à ce jour !
---	---

	<p>Réponse de la loi à 2 situations médicales : limitation et arrêt des soins, s'inscrivant dans le fait d'éviter l'obstination déraisonnable :</p> <p>1- Limitation = renoncer à mettre en œuvre des moyens susceptibles de prolonger une vie très altérée = ne pas entreprendre certains soins de prolongation possibles mais sans finalité d'amélioration</p> <p>2- Arrêt = suspension d'un traitement vital en cours (ex : respiration artificielle)</p> <p>Dans tous les cas, information et consentement du patient sont centraux : une décision peut être prise sur demande du malade ou non mais connaître son sentiment/ses volontés est primordial pour débattre de 2 situations :</p> <p>1- Celle où le patient fait une demande et peut participer à la discussion</p> <p>2- Celle où le patient n'exprime rien, ne peut rien exprimer et dont la demande émane des proches (interrogation sur la volonté de la personne et mise en question du concept d'autonomie)</p> <p>Patient inconscient ou capacité d'expression et de compréhension réduite = difficulté d'incorporation de son consentement → plusieurs pistes possibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Directives anticipées = manifestations écrites d'une personne compétente pour établir la manière dont elle voudrait être traitée en cas d'hôpital avec perte de la capacité à s'exprimer : décisions de fin de vie, avec le type de traitement souhaité. Cependant, <u>rarement rédigées</u> par les patients ▪ Témoignage de la personne de confiance ou de proches : témoignage nécessaire mais soulevant des questions : quels proches ? Quelle fiabilité ? Quelle hiérarchie entre les proches ? <p>En tout cas, toute limitation ou arrêt de traitement ne peut se faire que sur décision collégiale, après avoir recueilli les directives anticipées et/ou les avis des proches. Chaque étape de cette décision motivée doit être inscrite dans le dossier médical.</p>
Place de la personne de confiance A	<p>Loi Kouchner instituant le droit à une personne de confiance, les équipes soignantes étant soucieuses de voir comment un proche peut aider à construire un lien dans la PEC et porter la parole du patient, ++ quand celui-ci ne peut/veut pas participer à la décision.</p> <p>Rôle premier = assistance du patient dans les démarches de soins, accompagnement psychologique et/ou physique, lien avec les équipes médicales. Attention, elle n'est donc <u>pas seulement un interlocuteur lors des crises majeures mais bien un soutien permanent</u> du patient, y compris lors des PEC classiques.</p> <p>Hors du cadre hospitalier, tout malade peut avoir besoin d'être accompagné par un proche, quelle que soit la gravité de la pathologie et le contexte (dépistage, prévention, bio de contrôle...). Par ailleurs, <u>tout un chacun peut se retrouver accidentellement en décision complexe de fin de vie</u>.</p> <p>Au niveau collectif, il faut proposer à tout citoyen dès sa rencontre avec le médecin de désigner une personne de confiance, qui pourra être consultée pour témoigner de la volonté du sujet, connaître ses désirs (dons d'organe notamment) ou aider à la décision de limitation/arrêt des TTT, tant de situations qui peuvent survenir de façon accidentelle et indépendamment d'une maladie.</p>
Directives anticipées (DA) A	<p>Établies par la loi Léonetti, instaurant la possibilité de refus de soins dès lors que ces derniers semblent « inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie. » Refus ici concrétisé par la limitation/arrêt des soins, curatifs comme palliatifs, menant au décès à +/- court terme.</p>

	<p>En 2016, loi Claeys-Léonetti renforçant les droits des malades en fin de vie et précisant le rôle important que peuvent revêtir les directives anticipées. Cette loi souligne :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Idée que chaque professionnel peut évoquer cette loi, les directives anticipées et leur place par rapport à la personne de confiance, au moment opportun ▪ Obligation pour tout professionnel de tout mettre en œuvre pour que le malade ait une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance ▪ Reconnaissance d'un droit du patient à l'arrêt/limitation des TTT ▪ Obligation pour le médecin de respecter la volonté des personnes de refuser certains soins ▪ Rôle renforcé d'information des médecins auprès des patients sur la possibilité de rédaction des DA et/ou de désigner une personne de confiance ▪ Nécessité de décisions collégiales ▪ Caractère opposable des DA = obligation du médecin de les respecter si elles sont adaptées ▪ Hiérarchie sur les moyens de tracer la volonté d'un patient : DA > témoignage de la personne de confiance > tout autre témoignage (famille, proches...)
<p>Éthique en fin de vie</p> <p style="color: red;">A</p>	<p>Point déterminant = degré d'autonomie de pensée du patient, véritable critère de qualification de sa capacité à développer une argumentation cohérente et réfléchie. 2 cas de figure :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Patient conscient et capable de délibérer, avec un savoir suffisant sur sa maladie et son évolution → patient associé à cette décision, où patient et médecin construisent un échange complexe, un vrai dialogue qui atteste, au fil du temps, de la légitimité et de la réalité de la demande de fin de vie. Alors, le médecin peut donner suite à cette demande après discussions et réflexions approfondies 2. Patient incapable de s'exprimer → importance de la recherche de son avis pour l'intégrer dans la décision (loi de 2005) : « lorsqu'une personne en phase avancée ou terminale, d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin peut décider de limiter ou arrêter un TTT, inutile ou impuissant à améliorer l'état du malade après avoir respecté la procédure collégiale et consulté la personne de confiance, la famille et, le cas échéant, les DA ». Il faut donc rechercher un témoignage de ce qu'aurait voulu la personne, apporté par écrit (DA) ou par oral via les proches, +++ la personne de confiance si désignée <p>Principe des DA né aux US (testament de vie) pour intégrer l'avis des patients dans le processus de décision en fin de vie. En 1990, <i>Patient Self Determination Act</i> voté par le Congrès rendant obligatoire l'info au patient sur les DA lors de toute hospit et la vérification systématique par les professionnels de l'existence ou non de ce document avec traçabilité dans le dossier médical.</p> <p>France (2000) : ~6% de patients faisant l'objet d'une LATA en réa avaient rédigé des DA ou désigné un interlocuteur pour les représenter, d'où l'instauration en 2005 de ce dispositif afin que les professionnels le proposent aux patients, sans rien imposer. En 2016, évolution nécessaire pour rappeler que le refus de tout TTT en fin de vie est un droit du malade et que sa volonté doit être respectée.</p> <p>Problématique = patient n'ayant pas rédigé de DA (ou DA inadaptées à la situation médicale) ni désigné de personne de confiance, ou en cas de désaccord des proches. Dans ces cas, rôle de l'équipe médicale de continuer à œuvrer au dialogue et à l'éthique de la discussion selon les principes de bienfaisance et de non-malfaisance.</p>



Coups de pouce du rédacteur :

Item un peu moribond, à travailler en parallèle du nouvel item d'éthique sur la mort. Les dates des lois et des arrêtés ne sont pas toutes à connaître (retenez Kouchner, Léonetti et Claeys-Léonetti à mon avis), en revanche le contenu est important et surtout la place des DA et de la personne de confiance ainsi que la hiérarchie à respecter en cas de situation de fin de vie avec patient inconscient. Ce sont des questions qui peuvent faire l'objet de QI ou d'une fin de DP notamment en SP ou en onco. Bon courage !

Item 9 – ÉTHIQUE MÉDICALE

PRINCIPES ÉTHIQUES EN SANTÉ (DIMESURE DIMENSIONNELLE)

Bioéthique, définitions

A

Nouvelles **questions éthiques induites par l'évolution de la science et de la société** imposant une réflexion individuelle et collective pour penser aux **conséquences de chaque décision médicale et arbitrer des choix parfois complexes** dans les pratiques sanitaires ou l'organisation du système de santé.

Objectif de la démarche éthique = **organiser la prise de décision ou la réalisation d'un choix** dans chaque situation en fonction de différents éléments et logiques, parfois contradictoires. Aujourd'hui, **décision** = **arbitrage pluridisciplinaire entre la science, le droit des personnes et leur désir individuel, les valeurs et normes collectives, les contraintes économiques** sociétales.

Au total, **éthique = démarche de réflexion et d'analyse pour aider à la prise de la bonne décision**, en réinterrogeant les principes moraux, les règles déontologiques et juridiques ; ++ quand ils ne donnent pas de réponses conformes aux souhaits des personnes concernées. Ainsi, **éthique = réflexion active, collective et interactive sur les valeurs humaines et les tensions entre des volontés et d'autres logiques** ; basée sur des argumentations et des débats, **essentielle à la pratique médicale pour aider au 1^{er} plan une personne singulière : le patient**, cible de ces décisions concrètes.

Morale = **état de pensée d'une société** à un moment donné, pouvant traduire un **dogme** et découlant d'un **ensemble de principes régissant le bien** (Aristote) : morale normative, approuvant ou réprouvant, récompensant ou sanctionnant.

Déontologie = **règles de bonnes pratiques professionnelles et droits** balisant la relation soignant-soigné, définissant un **cadre de responsabilités** professionnelles issues du serment d'Hippocrate et de textes législatifs. **Droit** = **ensemble de règles sociétales encadrant les obligations et devoirs** de chacun. **Droit de la santé régi par de nombreux textes** (loi Kouchner, lois de bioéthique, PLFSS...) regroupés en codes (code de la SP, code civil, code pénal...) visant à gérer les conflits, décider de sanctions et d'indemnisations.

Bioéthique = **sous-groupe de l'éthique en santé**, propre à l'émergence des biotechnologies et l'application des avancées scientifiques à l'Homme. Au niveau collectif, **éthique et bioéthique** **participent aux questionnements sur les choix de société et l'évolution des normes/règles**.

Éthique de la responsabilité

A

Réflexion sur la responsabilité liée aux actes médicaux, pouvant avoir des **conséquences néfastes** sur l'équilibre d'une personne ou d'un groupe, la société, l'environnement... **Objectif** = **volonté d'agir à chaque fois de manière singulière et raisonnée** selon une approche conséquentialiste, imposant de **maximiser la connaissance par les professionnels des conséquences** possibles de leur choix.

Toute éthique anticipative est une branche de la recherche avec analyse collective, à cultiver en suscitant la **coopération d'experts de divers domaines** pour croiser les logiques ; tout en **débattant avec les sujets concernés** (patients, citoyens au sens large). En effet, toute décision impliquant l'avenir d'une ou de plusieurs personnes doit faire penser aux bénéfices, risques, doutes et incertitudes sur le futur.

Pour promouvoir une démarche démocratique en santé et la liberté/responsabilité des personnes, il faut **lier progrès médical et reconnaissance** des attentes sociales, importante +++ dès lors que les pratiques ont un impact sur la vie des citoyens et d'autant plus que le **bénéfice est débattu ou associé à de gros risques**.

Éthique appliquée A	<p>Éthique en santé opérationnelle, non conceptuelle mais plutôt débouchant sur des avis permettant de guider l'action et les choix = éthique appliquée, fondée sur des analyses descriptives de cas ou sur des enquêtes de satisfaction, des études sociologiques ou ethno-médicales aidant à la décision.</p> <p>D'une part, analyse des pratiques professionnelles (réponse du praticien face à une situation qui pose problème) et d'autre part, argumentation sur les conséquences de chaque choix. 2 échelles :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1- Microéthique = éthique appliquée à des cas particuliers, singuliers 2- Macroéthique = éthique appliquée aux choix de société ou à la politique de soins
STRUCTURE D'UNE DÉMARCHE ÉTHIQUE	
Approche par principes A	<p>Étude des questions d'ordre éthique : outils et règles d'analyse et de débat donc approche par principe intéressante pour réfléchir sur la pratique des soins = principisme, avec 4 grands principes fondamentaux +++ : bienfaisance, non-malfaisance, autonomie et justice.</p> <p>Bienfaisance et non-malfaisance découlent directement de la tradition médicale, avec relation soignant-soigné basée sur la morale d'Aristote et le primum non nocere, la finalité de l'acte médical étant de faire du bien et donc de ne pas nuire. Bienfaisance = principe moral de faire ce qui avantage le patient, donc supposant l'action médicale bonne par nature et l'acte médical validé scientifiquement (ayant fait la preuve de son efficacité). Aujourd'hui, balance bénéfice/risque parfois incertaine donc transition vers le principe de non-malfaisance car on nuit parfois pour apporter un plus grand bénéfice (ex : myélogramme).</p> <p>Autonomie découle de la philosophie du XVII^e et des Lumières : Descartes affirme la souveraineté de l'esprit sur le corps, condition de la liberté permettant à toute personne de juger ce qui est bon ou juste pour elle. Autonomie = liberté individuelle d'avoir ses préférences selon ses capacités d'analyse mais en santé, liberté longtemps ignorée avec des décisions médicales prises sans aval du patient, voire sans son information (paternalisme médical). Depuis les 70's, demande légitime des patients à participer et reconnaissance de l'autonomie du patient par une décision médicale partagée (codécision). Cependant, autonomie = principe non absolu en raison justement des pertes d'autonomie (tbs cognitifs, sédation...).</p> <p>Justice découle d'un idéal collectif, variant d'une société à l'autre : classiquement, termes illustrant la non-discrimination, l'universalité avec accès aux soins pour tous, la solidarité. Dimension morale forte autour du respect de la personne mais parfois source de tensions éthiques : <u>ce qui est juste pour certains peut être non légitime pour d'autres</u> : jusqu'où limiter l'accès aux soins onéreux ? Jusqu'où répondre aux demandes de solidarité collective ? Ainsi, nature de l'acte juste = choix politique et démocratique → justice dite re-distributive : arbitrer ce qui est moralement souhaitable et ce qui est matériellement possible.</p> <p>Autre dimension de la justice = accès aux soins des citoyens selon certains critères (âge, mérite, fragilité, revenus, valeur pour la société...), avec <u>transition de l'universalité vers un universalisme proportionné</u> (offrir une prestation mais avec des modalités ou une intensité variables selon les besoins). Dans cette voie, justice intimement liée à la lutte contre les inégalités, ou leur renforcement, avec la question des droits et des devoirs : comment construire un équilibre entre ce que chacun est en droit d'attendre et ce qu'on est en droit d'attendre de chacun ?</p> <p>Derrière le concept de justice, notion aussi de responsabilité professionnelle : agir dans le respect de la loi commune avec obligation de rendre des comptes → tout professionnel doit connaître et intégrer dans sa démarche par principe la règle de droit afin de la respecter ou de justifier, le cas échéant, pourquoi il y a manqué. Concept surtout présent dans les <u>décisions de fin de vie, de refus de soins, d'hospitalisation sous contrainte ou encore dans le cadre de l'IVG</u>.</p> <p>Au final, éthique par principe = questionnement sur chacun d'entre eux avec 2 points notables :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1- D'autres principes peuvent s'ajouter aux 4 fondamentaux 2- Une dérogation à ces principes est possible, dans le cadre d'une réflexion systématique les intégrant et ne trouvant pas d'autre solution que d'y transgérer : exemple classique du sujet âgé en perte d'autonomie → acte sans consentement mais médecine juste, bienfaisante et non malfaisante

Éthique de la discussion A	<p>Respect de règles de mise en œuvre pour chaque personne souhaitant entrer dans la démarche :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Comprendre que l'éthique réside dans la négociation de conflits (exploration et, si possible, résolution du conflit) au-delà de son propre point de vue ▪ Prendre en compte les intérêts des personnes affectées par la situation ▪ Tenir compte des jugements de chacun, admettre le pluralisme, respecter l'autonomie et la liberté ▪ Accepter la décision collective comme étant la bonne solution <p>Il s'agit ici de ne pas imposer une maxime universelle, mais de <u>soumettre sa maxime aux autres afin de l'examiner et de discuter sur sa validité collective</u> : le centre de gravité n'est pas ce que chacun veut faire reconnaître mais ce que tous peuvent reconnaître unanimement comme étant une norme partagée afin de construire un espace de démocratie délibérative.</p> <p>Étapes à suivre pour le bon déroulement de l'analyse en éthique de discussion :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Étude complète, honnête et équilibrée de la situation avec examen des différents éléments en tension : normes et règles, points de vue, conflits et/ou dilemmes, contexte et contraintes ▪ Exposés des hypothèses/choix possibles avec leurs conséquences éventuelles ▪ Délibération : <ul style="list-style-type: none"> - Honnête et équitable - Exempte de toute domination d'un membre du groupe - Exempte de toute pensée groupale - Respectant les dissensions <p>Consensus = 1^{er} type de résultante possible d'une éthique de la discussion bien menée, parfois long car produit de toutes les meilleures idées/volontés d'un groupe, dans un esprit de cohésion et d'équilibre.</p> <p>Compromis = terrain d'entente minimal : avis du plus grand nombre, de la majorité, d'autorité de décision (ex : expert, chef de service...), devant respecter et protéger ceux qui n'adhèrent pas au choix final, sans violence ou rejet de l'autre, sans sentiment de victoire ou d'échec. Parfois, <u>mise en place d'une clause de conscience</u> pour ceux qui n'adhèrent pas, laissant le geste à ceux qui adhèrent.</p>
---	--

AUTONOMIE, CONSENTEMENT, REFUS DE SOINS

Autonomie, information, consentement A	<p>Démocratisation du système de santé et volonté des patients d'accéder au savoir médical, de participer à la démarche de soins → délivrer une information de qualité, recueillir le consentement, respecter le choix.</p> <p>Dès lors, pratique médicale = domaine où le respect de l'autonomie est central, par la participation du patient aux décisions qui le concernent, fondement de la liberté permettant à toute personne de juger ce qui est bon ou juste pour elle. Contrat social de Rousseau = droits des individus dans le cadre de la loi, octroyant liberté de pensée, de croyance et de choix de sa destinée.</p> <p>Approche de codécision = reconnaissance de l'autonomie de l'autre dans une démarche imposant aux soignants d'informer, de prendre en compte les interrogations, désirs et valeurs du patient.</p> <p>Avant toute démarche diagnostique ou thérapeutique, respect de l'autonomie = information préalable au recueil du consentement : un consentement non éclairé n'est pas légitime, et cela a été sacré dans la loi française (loi de 1988, loi de bioéthique depuis 1994) en encadrant l'information et le consentement dans des cadres particuliers (recherche, dons d'organe, AMP, génétique...) avec un consentement écrit.</p> <p>Dans cette voie, responsabilité professionnelle = façon d'informer le patient également : plus l'information délivrée est complète, plus l'autonomie de décision est renforcée ; quitte à complexifier le choix du patient. Démarche d'information faisant appel à la capacité de compréhension du patient, confronté au discours médical. Vrai devoir d'information avec 2 niveaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1- Éthique : place de l'autonomie du patient dans la relation de soin, fondement démocratique du respect et de la protection des personnes 2- Juridique : obligation de délivrer une information de qualité permettant un choix éclairé du patient
---	---

Refus de soin

A

Débat éthique fréquent au sein des équipes, le refus de soin formulé par un patient pouvant **heurter des soignants formés à penser que l'action médicale est une forme de bienveillance**. Parfois, **refus de soin apparaissant contraire à la logique médicale** voire à l'intérêt du patient. Dans d'autres situations, **avis médical partagé avec le patient, dans le cadre de la fin de vie** (lutte contre l'obstination déraisonnable).

Tout refus de soin doit interroger le concept d'autonomie : contexte clinique → possible aggravation ou révélation d'une perte d'autonomie, avec une double question :

- Le refus formulé par le patient relève-t'il d'un acte de volonté, avec une autonomie délibérative qui inclue la réception et compréhension de l'information sur la proposition médicale et les conséquences de sa mise en œuvre, ainsi que celles de sa non-réalisation ?
- La parole du patient doit-elle être acceptée comme telle ?

Si parole acceptée d'emblée, alors on **considère le choix recevable** (réunion de la situation clinique, de l'avis médical et de la volonté du patient). A contrario, **refus du patient** → attitude soignante visant à **se donner le temps et ne pas accepter le refus tout de suite, avec du temps mis à profit pour ré-informer** mieux le patient et discuter avec lui.

À l'inverse, **acceptation trop facile du refus de soin = oubli de la notion d'accompagnement** vers l'acceptation et la décision partagée : dans de nombreux cas, **le refus de soins n'est qu'un point d'appel ou un signe clinique témoignant d'une déficience**, d'une souffrance ou d'un désespoir qu'il faut soulager.

Ici, **questionnement éthique = jusqu'où aller dans ce croisement entre expliquer, convaincre et ne pas contraindre** le patient. Dans tous les cas, il faut se laisser du temps pour réexpliquer et réévaluer.

En pratique, tout refus de soin → exploration par l'équipe médicale des capacités du patient à :

- Comprendre et intégrer les informations ainsi que les conséquences de ses choix sur sa vie
- Mémoriser les informations, être apte à donner une décision, s'y tenir et la maintenir volontairement

Cliniquement, cette exploration peut donner un **gradient allant de la faible atteinte à l'altération majeure de l'autonomie** : s'interroger sur la question de « non-autonomie » avant d'outrepasser la volonté du patient. Les **fondements permettant d'agir contre l'avis exprimé** du patient sont :

- Notion de **bénéfice attendu** (ou d'amélioration espérée), découlant d'une évaluation bénéfice/risques
- **Approche excluant toute violence** physique ou traumatisante pour le patient et l'équipe
- Maintien d'une **relation consacrant la dignité** du patient

Étant donnée la lourdeur de ce type de décision, il est usuel de **plaider pour une décision médicale en 3 temps et en collégialité** :

1. **Temps qui précède et permet d'instruire la discussion**, de manière collégiale et éthique : **espace de débat** entre un savoir normatif et le niveau décisionnel réel, adapté à la situation singulière du patient
2. **Temps de la décision**, dont la **responsabilité est portée par un individu clairement désigné** mais par une conviction collective, validée par les principes de bienfaisance, non-malfaisance et justice
3. **Temps de l'après, avec poursuite de la discussion** pour assumer et suivre l'évolution

Situations où le **refus de soins** peut être combattu ou refusé :

- **Urgence vitale immédiate**, même si formulation orale ou écrite d'un refus de soins hors de la situation de fin de vie. *Ex classique* : personne suicidante → consensus pour que l'action médicale soit réalisée si elle est possible, car il existe une urgence vitale et des tbs du discernement
- Hors situation de fin de vie avec directives anticipées, **toute situation d'urgence impose de tenter de sauver la personne**. *Ex classique* : adolescent diabétique qui arrête son insuline car en conflit familial → coma acidocétosique : il convient de sauver le patient car accepter trop facilement le refus de soins revient à nier cette situation où la verbalisation est en fait un appel au secours

- **Mise en danger d'autrui ou de la santé publique** : opposition aux vaccinations, non-acceptation d'un TTT prophylactique majorant le risque pour une collectivité ; refus d'une transfusion indispensable... Dans ces cas, vrai conflit de valeurs : les soignants ne peuvent exercer une pratique médicale dégradée d'autant plus quand d'autres intérêts sont en jeu au-delà du patient (enfant à venir, famille, collectivité)

Par ailleurs, **nécessité pour la médecine de prévenir, soigner, porter assistance** dans une logique de **bien public et non sur le respect formel des convictions individuelles** pouvant opposer un patient à la société. Ainsi, une conception autonomiste, individualiste, légitimerait le refus des vaccinations, le refus de césarienne par choix maternel, le refus de sauver le père ou la mère d'un enfant, le refus de soins lors des épidémies graves... alors que ces décisions impliquent la santé d'autres personnes.

Dans une **acceptation universelle de la médecine**, il est difficile de considérer que le patient puisse avoir des droits sans aucun devoir assorti : une conception autonomiste extrême respecterait ces mises en danger et placerait le patient comme un usager ou un client imposant ses choix au professionnel. C'est pourquoi l'éthique de la responsabilité peut contrecarrer la conviction individuelle, pour le bien commun.

Coups de pouce du rédacteur :

Item lourd avec beaucoup de notions très théoriques, mais important pour la pratique future et également pour les ECN car certaines questions sont redondantes (les 4 grands principes éthiques, le consentement éclairé, la limite entre accepter un refus légitime de soin et rechercher la plainte sous-jacente...). Je le scinde en plusieurs parties pour que ce soit plus digeste mais n'en négligez aucune ☺. Bon courage !

Item 9 – PRÉLÈVEMENT D'ORGANES

PRÉLÈVEMENT MULTI-ORGANES

Contexte et législation A	<p>Vieillissement de la population et besoin accru en organes → lois spécifiques depuis 1976 (Loi Caillavet) puis lois de Bioéthique (1994, 2004, 2011, 2021) établissant :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gratuité du don ▪ Anonymat du don ▪ Modalités de constatation du décès ▪ Règles de sécurité sanitaire ▪ Liste des établissements de santé autorisés à pratiquer un PMO ▪ Principe de consentement présumé pour tous les prélèvements (organes, tissus) : <ul style="list-style-type: none"> - Droit d'opposition possible - Registre national des refus : inscription possible dès 13 ans, révocable à tout moment - Opposition au prélèvement = inscription sur le registre ; consignation écrite datée et signée, confiée à un proche ; 2 témoins rédigeant un document signé pour une personne incapable d'écrire mais dotée d'autonomie ; témoignage d'un proche affirmant que le patient lui a confié s'opposer au don d'organes ▪ Obligation d'informer les proches de la finalité des prélèvements ▪ Obligation du respect du corps : « s'assurer de la meilleure restauration possible du corps » ▪ Règles spécifiques pour le prélèvement sur donneur vivant ▪ Don croisé en cas d'impossibilité entre proches, jusqu'au don domino (6 paires) <p>ABM = établissement public, chargé de la gestion de la liste d'attente et du registre des refus, de la coordination des prélèvements d'organes (répartition et attribution des greffons) ainsi que de la qualité et sécurité des prélèvements.</p> <p>Règles de sécurité sanitaire applicables à tout prélèvement du corps utilisé à fin thérapeutique :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ATCD du donneur : cancers, ATCD vasculaires, altérations d'organes... ▪ Dépistage obligatoire de maladies transmissibles : <ul style="list-style-type: none"> - VIH, VHB, VHC, syphilis - HTLV1 - CMV, EBC - Toxoplasmose ▪ Toute pathologie transmissible n'est pas une CI formelle : la sécurité sanitaire est évaluée selon la balance B/R en faveur du receveur par ses médecins, le médecin coordinateur, le médecin de l'ABM et le chirurgien greffeur 				
Prélèvements sur personne vivante B	<p>Toute personne pouvant apporter la preuve d'un lien affectif étroit et stable peut donner un organe de son vivant :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; padding: 2px;">Cercle familial restreint</th> <th style="text-align: center; padding: 2px;">Dérogation</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 2px;"> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Père/mère ▪ Frère/sœur ▪ Fils/fille </td> <td style="padding: 2px;"> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conjoint/beaux-parents ▪ Grands-parents ▪ Oncle/tante ▪ Neveu/nièce ▪ Cousin germain ▪ Toute personne avec vie commune > 2 ans ▪ Toute personne avec lien affectif étroit et stable > 2 ans </td> </tr> </tbody> </table>	Cercle familial restreint	Dérogation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Père/mère ▪ Frère/sœur ▪ Fils/fille 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conjoint/beaux-parents ▪ Grands-parents ▪ Oncle/tante ▪ Neveu/nièce ▪ Cousin germain ▪ Toute personne avec vie commune > 2 ans ▪ Toute personne avec lien affectif étroit et stable > 2 ans
Cercle familial restreint	Dérogation				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Père/mère ▪ Frère/sœur ▪ Fils/fille 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conjoint/beaux-parents ▪ Grands-parents ▪ Oncle/tante ▪ Neveu/nièce ▪ Cousin germain ▪ Toute personne avec vie commune > 2 ans ▪ Toute personne avec lien affectif étroit et stable > 2 ans 				

	<p>Procédure nécessitant :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Consentement éclairé du donneur après information claire, loyale et adaptée ▪ Autorisation par un comité d'experts qui : <ul style="list-style-type: none"> - Apprécie la justification médicale et les risques encourus par le donneur - Informe le donneur - Vérifie l'absence de pression sociale ou psychologique <p>Recueil du consentement = président du tribunal judiciaire ou, en urgence, procureur de la République.</p> <p>Interdictions :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Donneur vivant mineur : prélèvement d'organes interdit ▪ Donneur vivant majeur protégé : prélèvements d'organes et de sang interdits <p>NB : liste des organes éligibles au don = rang C dans le collège, mais abordé en rang B dans d'autres...</p>
Cas du don de moelle osseuse B	<p>Plusieurs types de dons :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Don familial d'un majeur (frère/sœur) : pas de nécessité d'autorisation d'un comité d'experts mais expression du consentement devant le président du tribunal judiciaire (ou le procureur) ▪ Don anonyme d'un majeur (registre France Greffe de moelle) : donneur de 18-51 ans après évaluation médicale et profil HLA, attendant d'être contacté avec expression du consentement devant le président du tribunal judiciaire et autorisation par un comité d'experts (ou le procureur) ▪ Donneur mineur : prélèvement interdit en principe (code de la SP), sauf pour un frère/sœur en l'absence d'autre solution thérapeutique et à titre exceptionnel pour parent/cousin germain/oncle/neveu : <ul style="list-style-type: none"> - Autorisation du comité d'experts - Expression du consentement des titulaires de l'autorité parentale et du mineur (si apte) devant le président du tribunal judiciaire (ou le procureur) - Don aux parents : désignation d'un administrateur ad hoc chargé de recevoir l'information ▪ Donneur majeur protégé : prélèvement interdit en principe (code de la SP), sauf pour un frère/sœur en l'absence d'autre solution thérapeutique et à titre exceptionnel pour parent/cousin germain/oncle/neveu : <ul style="list-style-type: none"> - Majeur sous tutelle : avis du majeur et du comité d'experts, décision du juge des tutelles ; si don aux parents, administrateur <i>ad hoc</i> - Majeur sous curatelle ou sauvegarde de justice : juge des tutelles déterminant la capacité ou non à consentir, recueil du consentement par le président du tribunal judiciaire et autorisation du comité d'experts
Cas du don de sang B	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Donneur majeur : principe d'anonymat « Le receveur ne peut connaître l'identité du donneur, ni le donneur celle du receveur. Aucune information permettant d'identifier à la fois celui qui a fait don de son sang et celui qui l'a reçu ne peut être divulguée. Il ne peut être dérogé à ce principe d'anonymat qu'en cas de nécessité thérapeutique » ▪ Donneur mineur : prélèvement interdit en principe (code de la SP) sauf en présence d'une urgence thérapeutique : consentement des titulaires de l'autorité parentale et du mineur par écrit
Cas du don de SPZ et d'ovocytes B	<p>Tout H de 18-45 ans et toute F de 18-37 ans, ayant ou non des enfants, peut donner ses gamètes après signature d'un consentement révocable à tout moment jusqu'à utilisation des gamètes.</p> <p>Principes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gratuité du don et PEC des frais occasionnés ▪ Anonymat entre donneur et receveur ▪ Personnes issues d'un don : droit, une fois majeures, d'accéder à des informations concernant le donneur ou la donneuse, y compris leur identité ▪ Aucun lien de filiation ne peut être établi entre la personne issue de don et le donneur
PRÉLÈVEMENTS SUR PERSONNE DÉCÉDÉE	
Donneur en EME B	<p>Mort encéphalique = destruction irréversible de l'encéphale avec perfusion des autres organes.</p> <p>Causes principales d'un EME (État de Mort Encéphalique) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ AVC ▪ AVP & autres trauma ▪ Anoxies cérébrales : pendaisons, noyades... ▪ Intoxications

	<p>Critères de décès obligatoires (établis par la circulaire Jeanneney et le décret de 1996) = association de :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Critères cliniques</th><th>Critères paracliniques</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abolition des réflexes du TC ▪ Absence d'activité motrice ▪ Absence de ventilation spontanée </td><td> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence de respiration vérifiée par une épreuve d'hypercapnie = absence de mouvements inspiratoires malgré $\text{PaCO}_2 > 60 \text{ mmHg}$ ▪ ET absence d'activité cérébrale vérifiée par : <ul style="list-style-type: none"> - 2 EEG nuls et aréactifs $> 30 \text{ min}$, à 4h d'intervalle, après arrêt des TTT sédatifs et anticonvulsivants - Angiographie cérébrale (angioscan) objectivant l'arrêt de toute circulation artérielle ou veineuse en céphalique </td></tr> </tbody> </table> <p>Par ailleurs, élimination nécessaire des facteurs confondants : hypothermie, sédation, curares...</p>	Critères cliniques	Critères paracliniques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abolition des réflexes du TC ▪ Absence d'activité motrice ▪ Absence de ventilation spontanée 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence de respiration vérifiée par une épreuve d'hypercapnie = absence de mouvements inspiratoires malgré $\text{PaCO}_2 > 60 \text{ mmHg}$ ▪ ET absence d'activité cérébrale vérifiée par : <ul style="list-style-type: none"> - 2 EEG nuls et aréactifs $> 30 \text{ min}$, à 4h d'intervalle, après arrêt des TTT sédatifs et anticonvulsivants - Angiographie cérébrale (angioscan) objectivant l'arrêt de toute circulation artérielle ou veineuse en céphalique 				
Critères cliniques	Critères paracliniques								
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abolition des réflexes du TC ▪ Absence d'activité motrice ▪ Absence de ventilation spontanée 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence de respiration vérifiée par une épreuve d'hypercapnie = absence de mouvements inspiratoires malgré $\text{PaCO}_2 > 60 \text{ mmHg}$ ▪ ET absence d'activité cérébrale vérifiée par : <ul style="list-style-type: none"> - 2 EEG nuls et aréactifs $> 30 \text{ min}$, à 4h d'intervalle, après arrêt des TTT sédatifs et anticonvulsivants - Angiographie cérébrale (angioscan) objectivant l'arrêt de toute circulation artérielle ou veineuse en céphalique 								
Constat et PV de décès B	Documents établis par 2 médecins qui ne peuvent appartenir à la même unité fonctionnelle ou au même service que les médecins réalisant le prélèvement ou la greffe d'organes .								
Recherche de l'absence d'opposition au don B	<p>Consultation du registre des refus, dont les conditions sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Âge $> 13 \text{ ans}$ ▪ Inscription auprès de l'ABM ▪ Refus spécifique possible : <ul style="list-style-type: none"> - Refus de prélèvement pour une greffe d'organe et de tissus - Refus de prélèvement pour la recherche scientifique - Refus d'autopsie - Refus de prélèvement d'un organe particulier ▪ Refus révocable à tout moment 								
Information de la famille B	Même si patient non inscrit sur le registre, proches rapportant parfois une opposition connue, avec un témoignage écrit (transcription du contexte et des circonstances du recueil de l'opposition), daté et signé.								
Cas particuliers B	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Donneur mineur : consentement écrit de chaque titulaire ou du tuteur mais un seul consentement peut suffire en cas d'impossibilité à contacter l'autre titulaire de l'autorité parentale ▪ Donneur majeur protégé : consentement écrit du tuteur 								
Arrêt circulatoire persistant B	<p>Décret du 02/08/2005 : catégories Maastricht I, II et IV étendues depuis 2014 à la catégorie III.</p> <p>PV de décès = un seul médecin.</p> <p>Receveur consentant à recevoir un greffon à critères élargis.</p> <p>Classification de Maastricht :</p> <table border="1"> <tr> <td>Catégorie I</td><td>Arrêt circulatoire en dehors de tout contexte médicalisé, personne décédée lors de la PEC</td></tr> <tr> <td>Catégorie II</td><td>Arrêt circulatoire avec MCE et ventilation mécanique, mais sans récupération</td></tr> <tr> <td>Catégorie III</td><td>Arrêt circulatoire suite à une décision de LATA</td></tr> <tr> <td>Catégorie IV</td><td>Arrêt circulatoire dans un contexte d'EME</td></tr> </table>	Catégorie I	Arrêt circulatoire en dehors de tout contexte médicalisé, personne décédée lors de la PEC	Catégorie II	Arrêt circulatoire avec MCE et ventilation mécanique, mais sans récupération	Catégorie III	Arrêt circulatoire suite à une décision de LATA	Catégorie IV	Arrêt circulatoire dans un contexte d'EME
Catégorie I	Arrêt circulatoire en dehors de tout contexte médicalisé, personne décédée lors de la PEC								
Catégorie II	Arrêt circulatoire avec MCE et ventilation mécanique, mais sans récupération								
Catégorie III	Arrêt circulatoire suite à une décision de LATA								
Catégorie IV	Arrêt circulatoire dans un contexte d'EME								
Obstacle médico-légal (OML) A	<p>L'OML à l'inhumation n'est pas une CI absolue au PMO :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prise de contact avec le magistrat en charge de l'enquête ▪ Examen externe avant PMO par un médecin légiste sur réquisition, parfois présent lors du prélèvement ▪ Autopsie médico-légale réalisée ou non, après le PMO 								

Coups de pouce du rédacteur :

Travaillez cet item en // des autres items de transplantation (ophtalmo et néphro ++), et attachez-vous à bien retenir certains points qui tombent souvent :

- Âge pour s'inscrire sur le registre national du refus = 13 ans (tombait déjà beaucoup, se prête très bien au format QROC)
- Critères pour définir un état de mort encéphalique
- Catégories de Maastricht avec extension récente à la catégorie III

Item 9 – ÉTHIQUE EN RECHERCHE

PRINCIPES ÉTHIQUES EN RECHERCHE	
Définitions A	<p>Désormais, on parle de RIPH (Recherche Impliquant la Personne Humaine) = recherche organisée et pratiquée sur l'être humain, dépassant l'acte de soin et l'intérêt immédiat du patient et pouvant viser le développement des connaissances biologiques ou médicales à partir de procédures modifiant la PEC usuellement validée.</p> <p>Champ = tout essai/expérimentation sur l'H : nouveau médicament, nouvelle chir, nouveau moyen de diagnostic, invasif ou porteur de risque potentiel ; étude psychique ou comportementale.</p> <p>Essai clinique = étude scientifique réalisée en thérapeutique médicale pour évaluer innocuité et efficacité d'une méthode diagnostique ou d'un TTT, avec une phase préclinique (animal) puis des études de PD/PK s'effectuant en 4 phases.</p>
Principe et objectifs de l'éthique en recherche A	<p>Objectif = application de principes éthiques fondamentaux dans le domaine de la recherche, mis en œuvre au moyen de textes normatifs (lois françaises et/ou déclarations universelles) et par la validation de protocoles par un organisme comme le CPP (Comité de Protection des Personnes). Il faut être vigilant sur la qualité de l'info et du consentement pour toute recherche, mais aussi sur la vulnérabilité de certaines populations, les conditions de sécurité, la surveillance tout au long de l'essai et la commercialisation.</p> <p>Idem, <u>la création de brevets ne doit pas engendrer de conflit financier ou d'inégalité d'accès aux soins</u>.</p> <p>Ainsi, principes sur la méthodologie, les objectifs et les conditions de l'étude, le recueil de consentement, la vigilance envers une population vulnérable, l'intégrité de la publication des résultats et la PEC clinique au terme de l'étude.</p>
Émergence de l'éthique de la recherche A	<p>Depuis l'Antiquité, souci et respect du patient au cœur de la pratique médicale (serment d'Hippocrate) mais évolution du regard de la société sur le médecin : avant, faire au mieux pour le malade prédominait avec un médecin savant qui prenait la décision la plus adaptée en ayant toute la confiance du patient et de ses proches = prédominance du principe de bienfaisance, apogée du paternalisme médical.</p> <p>Début XX^{ème}, développement des technologies avec recherche d'une preuve de l'efficacité, dans le domaine médical comme ailleurs : recul du principe de bienfaisance au profit de l'autonomie, le recueil du consentement légitimant la recherche. A la fin de la 2^{nde} guerre mondiale, dérives mises en évidence imposant un cadre normatif avec le code de Nuremberg (1947).</p>
Textes normatifs A	<ul style="list-style-type: none"> Code de Nuremberg (1947), édicté par des non-médicaux : déontologie internationale concernant les expérimentations sur l'H selon les principes de bienfaisance et non-malfaisance (la recherche doit mener à un bienfait pour la société). Évaluation correcte du rapport B/R = base du consentement éclairé, avec possibilité pour le patient de sortir à tout moment de l'étude (respect de sa liberté) Déclaration d'Helsinki (1964), par l'Association médicale mondiale : reprise des principes de Nuremberg et distinction entre recherche clinique, non clinique et bénéfice direct pour les malades. « Les intérêts de la science ou de la société ne doivent jamais prévaloir sur le bien-être du sujet » Déclaration de Manille (1981), par l'OMS et le Conseil des Organisations internationales des sciences médicales : avis impératif d'un comité d'experts indépendants sur le recueil de consentement pour les personnes vulnérables = enfants, femmes enceintes, mères allaitantes, majeurs protégés

	<ul style="list-style-type: none"> ■ Directive européenne du 04/04/2001 : reprise d'Helsinki/Manille sur le volet protection des personnes, visant aussi à harmoniser les législations européennes en matière d'essais cliniques sur les médicaments, la qualité des essais ; et à faciliter les procédures et les échanges d'information entre pays de l'€ ■ Révision de la déclaration d'Helsinki (2014) : consultation publique en méthode de travail, question de l'indemnisation pour les populations vulnérables, obligation en post-étude de la communication de résultats globaux et individuels
Lois françaises A	<p>I- Avant 1988, recherche en semi-clandestinité avec peu de contrôle, essais non comparatifs et sans aucun protocole écrit ; menés en illégalité ou avec des visas sur foi d'experts</p> <p>II- Loi Huriet-Sérusclat (20/12/1988) : principe d'égalité des participants, malades ou non, avec protection des personnes à expérimentation humaine. Opposition entre 2 types de recherches : avec ou sans bénéfice individuel direct (contraintes alourdis pour le 2nd type : autorisation des lieux de recherche, engagement de la responsabilité du promoteur même sans faute).</p> <p>Consentement libre et éclairé nécessaire, avec protection spéciale des personnes vulnérables.</p> <p>Principe de gratuité et de non-commercialisation du corps humain donc pas de rémunération possible mais indemnisation pour les participants « sans bénéfice direct individuel » et non hospitalisés.</p> <p>Par ailleurs, création de CCPPRB (Comités Consultatifs de Protection des Personnes dans la Recherche Biomédicale), indépendants de l'autorité administrative → recherche impossible si :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Non fondée sur le dernier état des connaissances ■ Non précédée par une expérimentation préclinique suffisante ■ Risque prévisible hors de proportion avec le bénéfice escompté ■ Ne vise pas à étendre les connaissances scientifiques de l'être humain et les moyens d'améliorer sa condition ■ Non conçue pour réduire la douleur, la peur ou les désagréments <p>Mise en œuvre sous la direction et la surveillance d'un médecin expérimenté, réunissant les conditions matérielles et techniques adaptées à l'essai et compatibles avec les impératifs de rigueur scientifique et de sécurité des personnes : l'intérêt des personnes prime toujours sur les seuls intérêts de la science et de la société. Loi bénéfique dans ce sens où elle donne une sécurité juridique aux investigateurs et impose un examen préalable des protocoles et du recueil du consentement éclairé. Difficultés persistantes : avec ou sans bénéfice direct (parfois indéterminé), protection des malades dégradée par rapport aux volontaires.</p> <p>III- Loi du 09/08/2004 : transposition de la directive européenne sur les essais cliniques, définissant la recherche biomédicale = « recherche organisée et pratiquée sur l'être humain en vue du développement des connaissances biologiques ou médicales ». Ainsi, on parle de recherche lorsque le médecin cherche à faire progresser la connaissance, à dégager et formaliser un enseignement général.</p> <p>Dès lors, bénéfice direct ou indirect abandonné au profit d'essais, interventionnels ou non : protocoles évalués sur le rapport B/R avec protection renforcée des participants.</p> <p>Rôles des différents acteurs définis par la loi :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Promoteur = personne physique ou morale à l'initiative de la recherche, assurant gestion et financement ■ Investigateur = personne physique qui dirige et surveille la réalisation de la recherche sur un lieu ■ Coordonnateur = personne qui supervise le tout s'il y a plusieurs investigateurs

CPP (Comité de Protection des Personnes) remplace les CCPPRB avec 14 membres en 2 collèges :

COLLÈGE MÉDICAL	COLLÈGE SOCIÉTAL
4 personnes qualifiées en recherche dont au moins : - 2 médecins - 1 épidémiologiste ou biostatisticien	1 personne qualifiée en éthique 1 psychologue
1 médecin généraliste	1 travailleur social
1 pharmacien hospitalier	2 personnes qualifiées en matière juridique
1 infirmier	2 représentants des associations

Avis du CPP nécessaire, décisionnel et non plus consultatif, tenant compte de l'information du patient dans ses modalités, du titre du protocole, des coordonnées du promoteur/investigateur, de l'objectif, de la méthodo/durée de la recherche, des bénéfices attendus/contraintes/risques, des alternatives médicales, des modalités de PEC en fin de recherche, de l'accès aux résultats, de la confidentialité des données, de la date de l'avis du CPP et de l'autorisation de l'autorité compétente et de l'attestation d'assurance prise par le promoteur. Cas particuliers :

- **Mineur** : recueil du **consentement auprès du représentant légal**
- **Personnes hors d'état de s'exprimer** : recueil du consentement auprès de la **personne de confiance** ou du **juge des tutelles**, en urgence auprès de la famille ou la personne de confiance si présente

Par ailleurs, **avis du CPP basé sur la pertinence de la recherche** (scientifique, méthodologique et éthique), **l'adéquation entre objectifs et moyens** de mise en œuvre, le **caractère satisfaisant de l'évaluation des bénéfices/risques** attendus et le **bien-fondé des conclusions**, les modalités de recrutement, le montant et les modalités **d'indemnisation** des participants, l'inscription sur le fichier national des volontaires visant à éviter les abus, le respect d'une personne d'exclusion entre 2 recherches, la qualité des lieux de recherche et la qualification des investigateurs.

AFSSAPS → ANSM et DGS (Direction Générale de la Santé), avec un régime de déclaration qui devient un régime d'autorisation par ces agences, valable 1 an. Ainsi, l'ANSM peut exiger des infos complémentaires ou interrompre une recherche.

Sujets participants à la recherche : **examen médical** préalable, affiliation à un **régime de SS**, inscription sur le **fichier national**, **accès aux résultats** globaux et aux infos relatives à leur santé. **Indemnisation plafonnée** possible pour contraintes subies ou pour dommages (par le promoteur si faute, fonds d'indemnisation en absence de faute). Impossible de participer à 2 recherches simultanées.

Enfin, association de malades et des usagers du système de santé au sein du CPP, à qui la communication des résultats globaux est obligatoire, parfois au sein de bases de données de recherche au niveau national et européen.

IV- Loi du 05/03/2012 (Jardé) = loi relative aux **RIPH**, **supprimant le terme de recherche biomédicale**. Cadre unique pour les recherches visant à simplifier les démarches, en opposant **3 types de recherches** :

- **Recherche interventionnelle avec risque**
- **Recherche interventionnelle avec risque négligeable** (évaluation des soins courants)
- **Recherche non interventionnelle** = observationnelle

	<p>1. Recherches interventionnelles avec risque : intervention non justifiée par la PEC habituelle, imposant un consentement éclairé par écrit ; pouvant impliquer des médicaments ou autres produits de santé ; mais aussi des denrées alimentaires. Conditions :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Avis favorable du CPP ▪ Autorisation de l'EMA située à Amsterdam ▪ Souscription d'une assurance spécifique par le promoteur ▪ Formalités auprès de la CNIL ▪ Numéro EUDRACT (identifiant de chaque recherche auprès de l'UE) <p>2. Recherches interventionnelles avec risque négligeable : pas de médicaments, risques et contraintes dits minimes avec consentement éclairé mais oral suffisant. Conditions :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Avis favorable du CPP ▪ Pas d'autorisation mais information à envoyer à l'ANSM ▪ Souscription d'une assurance par le promoteur ▪ Formalités auprès de la CNIL ▪ Numéro d'enregistrement de la recherche auprès de l'ANSM ▪ Inscription sur la liste fixée par l'arrêté du 12/04/2018 <p>Recherches de 2^{ème} catégorie = personnes malades ou saines, dont le caractère minime des risques est apprécié au regard de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sexe ▪ Âge ▪ Condition physique ▪ Pathologie éventuelle ▪ Fréquence, durée de la recherche <p>Parfois, utilisation de produits de santé mais dans le cadre habituel de la PEC, associée à des actes peu invasifs (prélèvements sanguins, imagerie non invasive...).</p> <p>3. Recherches non interventionnelles = aucun risque ni contrainte, tout acte pratiqué se fait selon la PEC habituelle : simple information du patient et recueil de sa non-opposition. Conditions :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Avis favorable du CPP ▪ Pas d'autorisation mais information à envoyer à l'ANSM ▪ Formalités auprès de la CNIL <p>Concernant le CPP, pas de territorialisation mais plutôt une Commission Nationale des RIPH, avec un avis donné sous 45 jours. En absence de réponse au terme du délai, considérer que la demande est rejetée.</p> <p><i>Recherches sur des données rétrospectives exclues de ce cadre (pas d'implication de personnes humaines) et relevant de la CNIL/du CEREEES (Comité d'Expertise pour les Recherches, Études et Évaluations dans le domaine de la santé).</i></p>
--	---

QUESTIONNEMENT ÉTHIQUE

Malgré un cadre normatif strict, **situations imprévisibles, effets néfastes et dérives non éthiques** toujours possibles :

- **Principe de protection des populations vulnérables** parfois paradoxalement excluant certains sujets des essais cliniques, et donc leur interdisant théoriquement l'accès aux thérapeutiques après la recherche (pas d'équité des soins)
- **Effet non observé chez l'animal mais se révélant chez l'Homme** avec dommages importants
- **Valeur du consentement** chez un patient analphabète, ne comprenant pas la langue, enfant ou incapable ?
- Absence de rémunération mais quel **contrôle du remboursement** des frais ?
- Après AMM, **prix sur le marché ne garantissant pas toujours l'accès** au produit pour tous de façon équitable
- **Accessibilité au produit pour les sujets qui ont voulu/dû quitter l'étude** ?

💡 Coups de pouce du rédacteur :

Item lourd avec beaucoup de notions très théoriques, mais important car l'éthique de la recherche avec certaines pratiques encore très décriées de nos jours peut être source de nombreuses questions. Ne vous attachez pas à retenir toutes les dates des textes légaux et leur contenu complet, mais plutôt à comprendre comment les choses ont évolué et surtout, +++, comment sont encadrées les recherches car c'est ce sur quoi on voudra vous interroger (j'ai déjà vu des questions relatives à la loi Jardé en fin de LCA). Bon courage 😊

DÉMARCHES RÉGLEMENTAIRES EN FONCTION DU PROJET

Recherche sur la personne humaine en vue du développement des connaissances biologiques et médicales

Promoteur

Catégorie 1

Recherches interventionnelles

Catégorie 2

Recherches interventionnelles à risques et contraintes minimes

Catégorie 3

Recherches non interventionnelles

Code Sté Publique jusqu'en oct. 2018 puis Règlement EU

Loi Jardé

Recherche sur des médicaments
(RE : intervention à risque et faible intervention)

Recherches ne portant pas sur des médicaments (autres produits de santé et hors produits de santé)

Recherches à risque minime ①

Hors produits de santé ou produits de santé dans les conditions habituelles d'utilisation

Recherches observationnelles

Enregistrement (n°EudraCT)

Enregistrement (n°ID-RCB)

Autorisation ANSM (ou UE pour le RE)

Autorisation ANSM

Information ANSM (Envoi du résumé et avis du CPP)

Avis du CPP (Avis éthique de chaque Etat membre pour RE)
Information et Consentement écrit libre et éclairé

Avis du CPP
Information et Consentement écrit libre et éclairé

Avis du CPP
Information et Consentement exprès (écrit ou oral)
libre et éclairé ②

Avis du CPP
Information et déclaration de non opposition
libre et éclairé ②

CNIL : Engagement de conformité MR001
Ou autorisation CNIL

CNIL : Engagement de conformité MR001
Ou autorisation CNIL

CNIL : Engagement de conformité MR003
Ou Engagement de conformité MR001 si consentement
Ou autorisation CNIL

Assurance

① Définies par arrêté du 02/12/2016

② Consentement écrit : Recherches entrant dans le champ de la loi Bioéthique

③ Dérogation au consentement exprès en situation d'urgence



Les recherches portant sur des données existantes avec changement de finalité et des éléments biologiques existants ne font pas partie des recherches sur la personne humaine telles que définies dans ce tableau

Item 9 – ÉTHIQUE ET AMP

LOIS DE BIOÉTHIQUE ET RÉVISIONS	
Principes éthiques et légaux de l'AMP B	<p>AMP = ensemble des pratiques permettant la conception <i>in vitro</i>, la conservation des gamètes, tissus germinaux et embryons, le transfert d'embryons et l'insémination artificielle.</p> <p>AMP encadrée par la loi de bioéthique de 1994 révisée en 2004 puis 2011, et par des règles de bonne pratique : « Ces techniques ont pour objectif de remédier à l'infertilité d'un couple ou d'éviter la transmission à l'enfant ou à un membre du couple d'une maladie d'une gravité particulière. Le caractère pathologique de l'infertilité doit être diagnostiqué médicalement ». « Toute personne dont la PEC est susceptible d'altérer la fertilité peut bénéficier du recueil et de la conservation de ses gamètes ou tissus germinaux, en vue de la réalisation ultérieure, à son bénéfice, d'une AMP, ou en vue de la préservation/restauration de sa fertilité ».</p>
Révisions légales B	<p>Lois initiales en 1994 visant à concilier rapidité de l'évolution scientifique et évolution du débat sociétal en maintenant des principes éthiques fondamentaux dans un cadre législatif adapté. Conçues pour établir des règles communes dans une société face à des sujets complexes : la procréation fait partie d'un des nombreux axes de bioéthique (préserver la fertilité de patients atteints de maladies graves, autoriser ou non la procréation post-mortem) avec le don d'organes, la génétique/génomique, la recherche sur les embryons et leurs CSH...</p> <p>Évolution des lois avec révisions en 2004, 2011 puis 2021 encadrées par le CCNE (Comité Consultatif National d'Éthique) et les ERER (Espaces de Réflexion Éthique Régionaux).</p>
Accès à l'AMP B	<p>Objectif = remédier à l'impossibilité d'avoir des enfants ou éviter la transmission d'une maladie d'une gravité particulière, initialement ouvert aux couples dont l'infertilité était médicalement prouvée.</p> <p>Loi de 2021 : « L'AMP est destinée à répondre à un projet parental. Tout couple formé d'un homme et d'une femme ou de deux femmes ou toute femme non mariée ont accès à l'AMP après les entretiens particuliers des demandeurs avec les membres de l'équipe médicale clinicobiologique pluridisciplinaire ».</p> <p>Autres sujets clés de cette révision : anonymat des donneurs de gamètes, conservation des ovocytes.</p> <p>Points demeurant interdits : insémination post-mortem, recours à la GPA.</p> <p>Enfin, projet d'AMP bloqué dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Décès d'un membre du couple ▪ Demande de divorce ou séparation de corps ▪ Cessation de la communauté de vie ▪ Révocation écrite du consentement
Autoconservation des gamètes B	<p>Loi : possibilité pour une personne de bénéficier de la conservation de ses gamètes en vue de la réalisation ultérieure, à son bénéfice, d'une AMP. Recueil et conservation sont consentis par l'intéressé et, le cas échéant, par l'un des titulaires de l'autorité parentale ou le tuteur. Seuls les établissements publics ou privés à but non lucratif habilités peuvent, lorsqu'ils y sont autorisés, procéder au prélèvement, au recueil et à la conservation des gamètes.</p> <p>Pour tout patient dont la PEC peut altérer la fertilité, droit à la conservation de sa capacité procréative et devoir du médecin que de la proposer dès que la situation médicale l'exige, ++ avant introduction de TTT à risque d'altérer la fertilité (radiothérapie, chimiothérapie, chir ou tout TTT gonadotoxique).</p>

	<p>Plus largement, toute personne dont la fertilité risque d'être prématûrement altérée peut bénéficier du recueil et de la conservation de ses gamètes (SPZ, ovocytes) ou de ses tissus germinaux en vue d'une AMP. Depuis 2011, autoconservation des gamètes possible en dehors de tout motif médical le justifiant.</p> <p>Conservation poursuivie tant que souhaitée par le patient, en attendant l'accomplissement de son projet parental avec le nombre voulu d'enfants. Dans l'intervalle, contact chaque année avec consentement écrit pour la poursuite ou non de la conservation et pour préciser qu'en cas de décès :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ses gamètes fassent l'objet d'un don ▪ Ses gamètes fassent l'objet de recherche ▪ Il soit mis un terme à la conservation <p>Dans tous les cas, consentement confirmé à l'issue d'un délai de 3 mois de réflexion. Sans réponse après 10 ans, il est autorisé de mettre fin à la conservation. En cas de décès, fin de la conservation.</p>
--	--

GRANDES MÉTHODES EN AMP

<p>AMP avec don de gamètes</p> <p style="color: red; font-weight: bold;">B</p>	<p>Don de gamètes = apport par un tiers de SPZ et/ou d'ovocytes, avec consentement écrit des donneurs, révocable à tout moment jusqu'à l'utilisation des gamètes. <u>Si donneur en couple, le conjoint doit aussi donner son consentement.</u> Objectif du don = répondre à une situation d'infertilité ou à une indication génétique pour éviter de transmettre une maladie/handicap. Don gratuit et subordonné à des règles de sécurité sanitaire dont des tests de dépistage des maladies infectieuses.</p> <p>Couple ou femme non mariée ayant recours à un tiers donneur : consentement préalable à donner à un notaire qui les informe des conséquences de leur acte pour la filiation = interdiction de toute action aux fins d'établissement ou contestation de la filiation, à moins que l'enfant soutienne ne pas être issu de cette AMP ou que le consentement soit privé d'effet. Sinon, celui qui a consenti à l'AMP puis ne reconnaît pas l'enfant qui en est issu ; engage sa responsabilité envers la mère et l'enfant. Enfin, en cas d'AMP avec tiers donneur, aucun lien de filiation ne peut être établi entre l'auteur du don et l'enfant ; aucune action en responsabilité ne peut être engagée contre le donneur.</p> <p>Consentement privé d'effet en cas de décès, de dépôt d'une requête en divorce ou en séparation de corps, de cessation de la communauté de vie survenant avant la réalisation de l'AMP, de révocation écrite.</p> <p>Donneurs et receveurs doivent être informés des nouveautés de la loi 2021 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Inciter les membres du couple ou la femme à anticiper et créer les conditions qui leur permettront d'informer l'enfant, avant sa majorité, qu'il est issu d'un don ▪ Accès par le médecin à des infos médicales non identifiantes sur le donneur en cas de nécessité ▪ Fait que toute personne conçue par AMP avec tiers peut, à sa majorité, demander accès à l'identité et/ou à des données non identifiantes sur le tiers : « les personnes qui souhaitent procéder à un don de gamètes ou proposer leur embryon à l'accueil consentent expressément et au préalable à la communication de ces données et de leur identité. En cas de refus, ces personnes ne peuvent procéder à ce don. Le décès du tiers donneur est sans incidence sur la communication de ces données et de son identité. Ces données peuvent être actualisées par le donneur » ▪ Nécessité d'informer les 2 membres du couple ou la femme des modalités de l'accès aux données non identifiantes et à l'identité du tiers donneur par la personne majeure issue du don = commission d'accès placée auprès du ministre de la Santé, chargée de faire droit aux demandes et d'autoriser l'ABM à en faire la communication. Cette commission recueille et enregistre l'accord des tiers qui n'étaient pas soumis aux dispositions de cette nouvelle loi (don antérieur à 2021) ▪ Obligation pour les donneurs d'accepter la communication possible de données médicales/identité
---	--

FIV B	<p>Loi : FIV possible uniquement au sein d'une AMP, par FIV classique ou ICSI (injection d'un seul SPZ dans l'ovocyte) à partir de gamètes des 2 membres du couple, ou d'un seul (don de SPZ/ovocytes). Depuis 2021, double don autorisé en cas d'infertilité masculine ou absence de partenaire masculin (si insuffisance ovarienne prématurée ou CI médicale liée à l'utilisation des ovocytes).</p> <p>Consentement écrit pour tenter la fécondation d'un nombre d'ovocytes pouvant rendre nécessaire la conservation d'embryons dans l'intention de réaliser ultérieurement le projet parental mais nombre limité à ce qui est strictement nécessaire pour la réussite de l'AMP. Ainsi, embryons obtenus suite à la FIV à conserver en vue d'une autre tentative si :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Échec de la tentative ▪ Désir d'avoir d'autres enfants <p>Info détaillée remise au couple sur le devenir possible de leurs embryons conservés avec contact chaque année pour savoir si le projet parental est maintenu. Après 2 ans sans réponse, fin de la conservation (en respectant un délai minimum de 5 ans de conservation) et idem si désaccord des membres du couple.</p> <p>En absence de projet parental, 3 choix possibles avec consentement écrit :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Accueil des embryons par un autre couple / une autre F non mariée ▪ Recherche ou utilisation des cellules dérivées des embryons pour préparation de thérapie cellulaire ou médicament de thérapie innovante (fins exclusivement thérapeutiques) ▪ Fin de la conservation <p>Dans tous les cas, délai de réflexion de 3 mois avant de valider le choix.</p> <p>Lors de la consultation annuelle, précision par le couple du devenir en cas de décès d'un des membres (selon les 3 mêmes choix). Si décès avéré, autre membre sollicité à nouveau pour renouveler ce choix (à compter de 1 an après le décès, sauf si initiative anticipée). Si le survivant revient sur le choix du couple, alors il doit être mis un terme à la conservation des embryons.</p> <p>Rappel : utilisation interdite des embryons à visée d'implantation post-mortem chez une veuve.</p>
Don et accueil d'embryons B	<p>Embryons issus de FIV sans projet parental derrière = possibles sources d'un don, consenti par le couple ou par le membre survivant (si décès). Depuis 2021, un couple ou une F seule peuvent recevoir un embryon, avec consentement écrit préalable devant notaire : aucune contrepartie, quelle qu'en soit la forme, ne peut être allouée au nom du respect du principe de gratuité du don. Code Pénal : 7 ans de prison et 100.000 € d'amende pour tentative d'obtention d'embryons humains contre paiement.</p> <p>Couple et receveur ne peuvent entrer en contact ni connaître leurs identités (respect de l'anonymat) mais, depuis 2021, <u>accès autorisé à ses origines pour l'enfant né du don</u> une fois majeur, via une commission.</p> <p>Don subordonné aux règles de sécurité sanitaire, dont dépistage de maladies infectieuses : don impossible si dépistage non fait chez un membre du couple. Par ailleurs, don refusé si :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Risque de transmission identifié ▪ Risque potentiel de Creutzfeldt-Jakob ou autre encéphalopathie subaiguë spongiforme <p>Seuls les centres autorisés peuvent conserver les embryons en vue de leur accueil et mettre en œuvre ce don. Seul un praticien exerçant dans un centre autorisé peut organiser une demande d'accueil, après avoir recherché les ATCD perso/familiaux des 2 membres du couple, ainsi que les données qu'il juge nécessaires. Le cas échéant, il peut faire pratiquer les examens complémentaires qui lui semblent utiles.</p>

	<p>Consentement écrit à l'accueil d'embryon précédé d'au moins 1 entretien avec l'équipe pluridisciplinaire du centre d'AMP, afin d':</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Informer les 2 membres du couple donneur ou le membre survivant des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'accueil de l'embryon, ++ la possibilité pour l'enfant de bénéficier d'info et/ou de l'identité des donneurs ▪ Indiquer que consentement à l'accueil de l'embryon par un couple tiers = consentement à la conservation des infos relatives à leur santé et identité ▪ Informer du délai de réflexion de 3 mois pour signer le consentement définitif
Gestation pour autrui (GPA) B	<p>GPA = fait pour une femme (mère porteuse) de porter un enfant pour un couple de « parents d'intention » à qui il sera remis. Forme de PMA consistant en l'implantation dans l'utérus de la mère porteuse d'un embryon issu d'une FIV ou d'une insémination : <u>parents génétiques vrais, lien génétique partiel ou absence totale de lien génétique selon les cas.</u></p> <p>GPA interdite depuis la loi de bioéthique de 1994, renouvelée en 2021 au titre du respect du corps humain : toute procréation ou gestation pour le compte d'autrui est nulle. Code Pénal : sanction d'1 an de prison et amende pour le fait de s'entremettre entre une personne et un couple désireux d'accueillir un enfant et une femme acceptant de le porter afin de le leur remettre. Arguments pour l'interdiction de la HPA :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Marchandisation du corps de la mère porteuse et de celui de l'enfant ▪ Même en absence d'échange financier, on ne donne ni n'échange pas un enfant ▪ Complexité et incertitudes de la rupture des liens entre enfant et mère porteuse ▪ Difficultés éventuelles de développement de l'enfant et de la place de la mère porteuse pour l'avenir <p>Cependant, d'autres évoquent une GPA éthique : altruisme et gratuité pour des F infertiles. Enfin, en tant que citoyens, certains plaident pour la reconnaissance des enfants nés par GPA à l'étranger afin de donner un statut juridique à ces enfants. Conseil d'État en 2018 : pratique à interdire car opposition entre les principes d'indisponibilité du corps/état des personnes et la contractualisation de la procréation.</p> <p>Enfants nés de GPA à l'étranger, conseil d'État : droit actuel garantissant « un équilibre entre la prise en compte de l'intérêt de l'enfant et le maintien de l'interdiction de la GPA », permettant de reconnaitre la filiation de ces enfants. Code Civil en 2021 : reconnaissance appréciée au regard de la loi française mais la transcription d'un acte d'état civil étranger est limitée au seul parent biologique → le 2nd parent doit passer par une procédure d'adoption.</p>
Question du clonage B	<p>Loi de 2004 interdisant le clonage : « Nul ne peut porter atteinte à l'intégrité de l'espèce humaine » : non-respect à risque de sanctions pénales.</p> <p>Toute pratique eugénique visant la sélection des personnes = interdite également, comme toute intervention ayant pour but de faire naître un enfant génétiquement identique à une autre personne, vivante ou décédée.</p> <p>Par ailleurs, conception in vitro d'embryons ou constitution par clonage d'embryons pour la recherche = interdite elle aussi.</p>



Coups de pouce du rédacteur :

Il est souvent mentionné dans l'item que le consentement doit être écrit, révocable à tout moment et qu'il y a un délai de 3 mois à respecter entre le consentement initial et le consentement définitif (ce qui n'était pas écrit avant, c'est peut-être une nouveauté légale) donc attachez-vous à le retenir, ça fait une QROC facile ! Par ailleurs, la notion de décès d'un membre du couple et la CAT pour la suite est aussi rappelée à différents endroits... Bon courage ☺

FICHE E-LISA N°9g

Item 9 – PROTECTION JURIDIQUE

PRINCIPES ÉTHIQUES EN SANTÉ (DIMESURE DIMENSIONNELLE)

Bioéthique, définitions A	<p>Nouvelles questions éthiques induites par l'évolution de la science et de la société imposant une réflexion individuelle et collective pour penser aux conséquences de chaque décision médicale et arbitrer des choix parfois complexes dans les pratiques sanitaires ou l'organisation du système de santé.</p> <p>Objectif de la démarche éthique = organiser la prise de décision ou la réalisation d'un choix dans chaque situation en fonction de différents éléments et logiques, parfois contradictoires. Aujourd'hui, décision = arbitrage pluridisciplinaire entre la science, le droit des personnes et leur désir individuel, les valeurs et normes collectives, les contraintes économiques sociétales.</p> <p>Au total, éthique = démarche de réflexion et d'analyse pour aider à la prise de la bonne décision, en réinterrogeant les principes moraux, les règles déontologiques et juridiques ; ++ quand ils ne donnent pas de réponses conformes aux souhaits des personnes concernées. Ainsi, éthique = réflexion active, collective et interactive sur les valeurs humaines et les tensions entre des volontés et d'autres logiques ; basée sur des argumentations et des débats, essentielle à la pratique médicale pour aider au 1^{er} plan une personne singulière : le patient, cible de ces décisions concrètes.</p> <p>Morale = état de pensée d'une société à un moment donné, pouvant traduire un dogme et découlant d'un ensemble de principes régissant le bien (Aristote) : morale normative, approuvant ou réprouvant, récompensant ou sanctionnant.</p> <p>Déontologie = règles de bonnes pratiques professionnelles et droits balisant la relation soignant-soigné, définissant un cadre de responsabilités professionnelles issues du serment d'Hippocrate et de textes législatifs. Droit = ensemble de règles sociétales encadrant les obligations et devoirs de chacun. Droit de la santé régi par de nombreux textes (loi Kouchner, lois de bioéthique, PLFSS...) regroupés en codes (code de la SP, code civil, code pénal...) visant à gérer les conflits, décider de sanctions et d'indemnisations.</p> <p>Bioéthique = sous-groupe de l'éthique en santé, propre à l'émergence des biotechnologies et l'application des avancées scientifiques à l'Homme. Au niveau collectif, éthique et bioéthique participent aux questionnements sur les choix de société et l'évolution des normes/règles.</p>
Éthique de la responsabilité A	<p>Réflexion sur la responsabilité liée aux actes médicaux, pouvant avoir des conséquences néfastes sur l'équilibre d'une personne ou d'un groupe, la société, l'environnement... Objectif = volonté d'agir à chaque fois de manière singulière et raisonnée selon une approche conséquentialiste, imposant de maximiser la connaissance par les professionnels des conséquences possibles de leur choix.</p> <p>Toute éthique anticipative est une branche de la recherche avec analyse collective, à cultiver en suscitant la coopération d'experts de divers domaines pour croiser les logiques ; tout en débattant avec les sujets concernés (patients, citoyens au sens large). En effet, toute décision impliquant l'avenir d'une ou de plusieurs personnes doit faire penser aux bénéfices, risques, doutes et incertitudes sur le futur.</p> <p>Pour promouvoir une démarche démocratique en santé et la liberté/responsabilité des personnes, il faut lier progrès médical et reconnaissance des attentes sociales, importante +++ dès lors que les pratiques ont un impact sur la vie des citoyens et d'autant plus que le bénéfice est débattu ou associé à de gros risques.</p>

Éthique appliquée A	<p>Éthique en santé opérationnelle, non conceptuelle mais plutôt débouchant sur des avis permettant de guider l'action et les choix = éthique appliquée, fondée sur des analyses descriptives de cas ou sur des enquêtes de satisfaction, des études sociologiques ou ethno-médicales aidant à la décision.</p> <p>D'une part, analyse des pratiques professionnelles (réponse du praticien face à une situation qui pose problème) et d'autre part, argumentation sur les conséquences de chaque choix. 2 échelles :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Microéthique = éthique appliquée à des cas particuliers, singuliers ▪ Macroéthique = éthique appliquée aux choix de société ou à la politique de soins
--	---

STRUCTURE D'UNE DÉMARCHE ÉTHIQUE

Approche par principes A	<p>Étude des questions d'ordre éthique : outils et règles d'analyse et de débat donc approche par principe intéressante pour réfléchir sur la pratique des soins = principisme, avec 4 grands principes fondamentaux +++ : bienfaisance, non-malfaisance, autonomie et justice.</p> <p>Bienfaisance et non-malfaisance découlent directement de la tradition médicale, avec relation soignant-soigné basée sur la morale d'Aristote et le primum non nocere, la finalité de l'acte médical étant de faire du bien et donc de ne pas nuire. Bienfaisance = principe moral de faire ce qui avantage le patient, donc supposant l'action médicale bonne par nature et l'acte médical validé scientifiquement (ayant fait la preuve de son efficacité). Aujourd'hui, balance bénéfice/risque parfois incertaine donc transition vers le principe de non-malfaisance car on nuit parfois pour apporter un plus grand bénéfice (ex : myélogramme).</p> <p>Autonomie découle de la philosophie du XVII^e et des Lumières : Descartes affirme la souveraineté de l'esprit sur le corps, condition de la liberté permettant à toute personne de juger ce qui est bon ou juste pour elle. Autonomie = liberté individuelle d'avoir ses préférences selon ses capacités d'analyse mais en santé, liberté longtemps ignorée avec des décisions médicales prises sans aval du patient, voire sans son information (<u>paternalisme médical</u>). Depuis les 70's, demande légitime des patients à participer et reconnaissance de l'autonomie du patient par une décision médicale partagée (<u>codécision</u>). Cependant, autonomie = principe non absolu en raison justement des pertes d'autonomie (tbs cognitifs, sédation...).</p> <p>Justice découle d'un idéal collectif, variant d'une société à l'autre : classiquement, termes illustrant la non-discrimination, l'universalité avec accès aux soins pour tous, la solidarité. Dimension morale forte autour du respect de la personne mais parfois source de tensions éthiques : <u>ce qui est juste pour certains peut être non légitime pour d'autres</u> : jusqu'où limiter l'accès aux soins onéreux ? Jusqu'où répondre aux demandes de solidarité collective ? Ainsi, nature de l'acte juste = choix politique et démocratique → justice dite re-distributive : arbitrer ce qui est moralement souhaitable et ce qui est matériellement possible.</p> <p>Autre dimension de la justice = accès aux soins des citoyens selon certains critères (âge, mérite, fragilité, revenus, valeur pour la société...), avec <u>transition de l'universalité vers un universalisme proportionné</u> (offrir une prestation mais avec des modalités ou une intensité variables selon les besoins). Dans cette voie, justice intimement liée à la lutte contre les inégalités, ou leur renforcement, avec la question des droits et des devoirs : comment construire un équilibre entre ce que chacun est en droit d'attendre et ce qu'on est en droit d'attendre de chacun ?</p> <p>Derrière le concept de justice, notion aussi de responsabilité professionnelle : agir dans le respect de la loi commune avec obligation de rendre des comptes → tout professionnel doit connaître et intégrer dans sa démarche par principe la règle de droit afin de la respecter ou de justifier, le cas échéant, pourquoi il y a manqué. Concept surtout présent dans les <u>décisions de fin de vie, de refus de soins, d'hospitalisation sous contrainte ou encore dans le cadre de l'IVG</u>.</p> <p>Au final, éthique par principe = questionnement sur chacun d'entre eux avec 2 points notables :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ D'autres principes peuvent s'ajouter aux 4 fondamentaux ▪ Une dérogation à ces principes est possible, dans le cadre d'une réflexion systématique les intégrant et ne trouvant pas d'autre solution que d'y transgresser : exemple classique du sujet âgé en perte d'autonomie → acte sans consentement mais médecine juste, bienfaisante et non malfaisante
---	--

Éthique de la discussion

A

- Respect de règles de mise en œuvre pour chaque personne souhaitant entrer dans la démarche :
- Comprendre que l'éthique réside dans la négociation de conflits (exploration et, si possible, résolution du conflit) au-delà de son propre point de vue
 - Prendre en compte les intérêts des personnes affectées par la situation
 - Tenir compte des jugements de chacun, admettre le pluralisme, respecter l'autonomie et la liberté
 - Accepter la décision collective comme étant la bonne solution

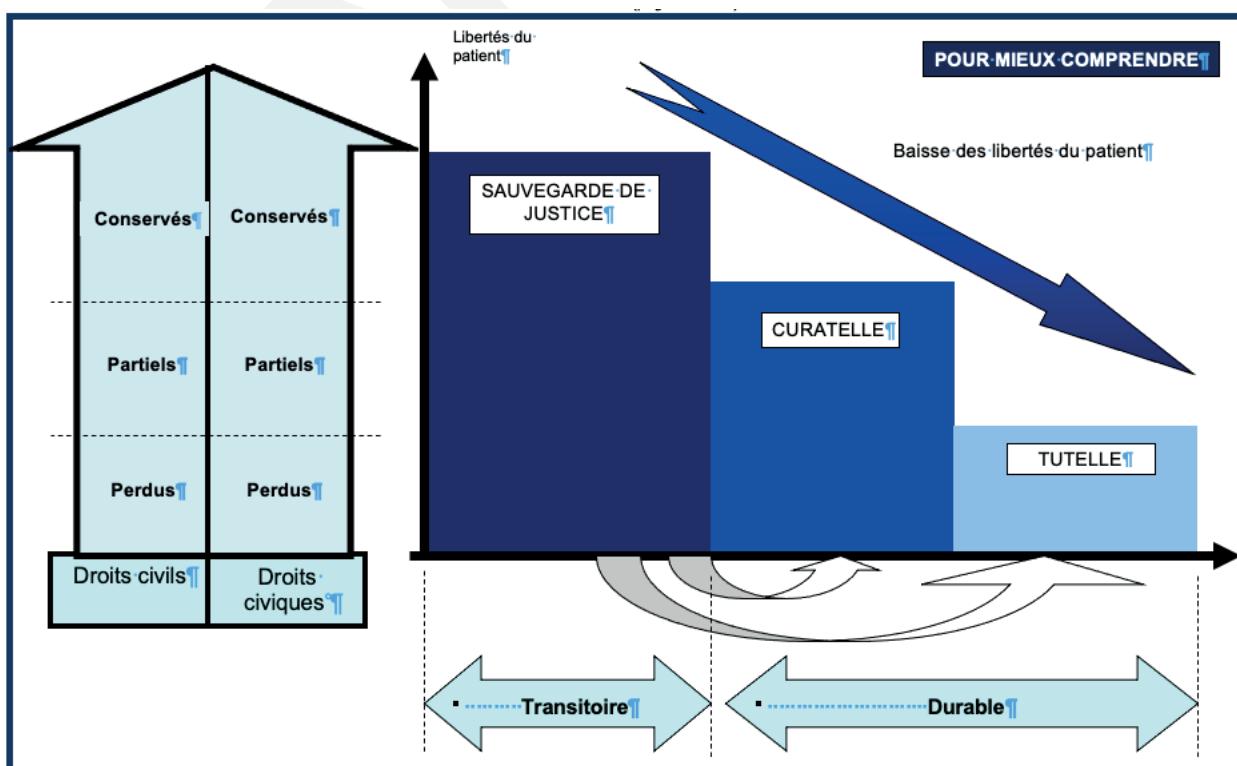
Il s'agit ici de ne pas imposer une maxime universelle, mais de soumettre sa maxime aux autres afin de l'examiner et de discuter sur sa validité collective : le centre de gravité n'est pas ce que chacun veut faire reconnaître mais ce que tous peuvent reconnaître unanimement comme étant une norme partagée afin de construire un espace de démocratie délibérative.

Étapes à suivre pour le bon déroulement de l'analyse en éthique de discussion :

- Étude complète, honnête et équilibrée de la situation avec examen des différents éléments en tension : normes et règles, points de vue, conflits et/ou dilemmes, contexte et contraintes
- Exposés des hypothèses/choix possibles avec leurs conséquences éventuelles
- Délibération :
 - Honnête et équitable
 - Exempte de toute domination d'un membre du groupe
 - Exempte de toute pensée groupale
 - Respectant les dissensions

Consensus = 1^{er} type de résultante possible d'une éthique de la discussion bien menée, parfois long car produit de toutes les meilleures idées/volontés d'un groupe, dans un esprit de cohésion et d'équilibre.

Compromis = terrain d'entente minimal : avis du plus grand nombre, de la majorité, d'autorité de décision (ex : expert, chef de service...), devant respecter et protéger ceux qui n'adhèrent pas au choix final, sans violence ou rejet de l'autre, sans sentiment de victoire ou d'échec. Parfois, mise en place d'une clause de conscience pour ceux qui n'adhèrent pas, laissant le geste à ceux qui adhèrent.



AUTONOMIE, CONSENTEMENT, REFUS DE SOINS

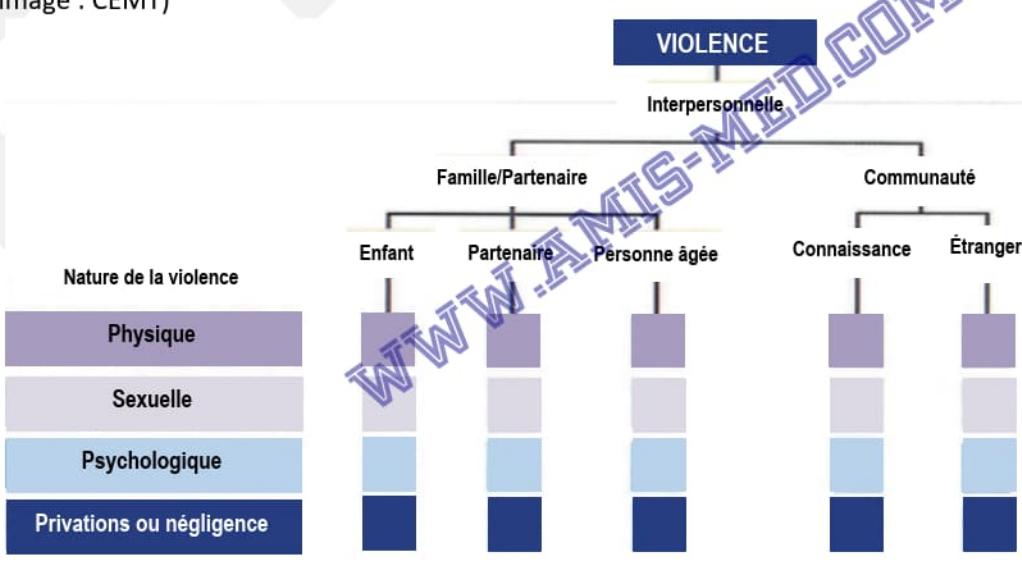
	LA SAUVEGARDE DE JUSTICE	LA CURATELLE	LA TUTELLE
Définition	<ul style="list-style-type: none"> - Mesure de protection : <ul style="list-style-type: none"> • Légère, simple • Transitoire • Immédiate - Permet à un majeur d'être représenté pour accomplir certains actes 	<ul style="list-style-type: none"> - Mesure intermédiaire entre la sauvegarde de justice et la tutelle - Destinée à protéger un majeur qui a besoin d'être conseillé ou contrôlé dans certains actes de la vie civile 	<ul style="list-style-type: none"> - Mesure de protection : <ul style="list-style-type: none"> • Complète • Durable • Du majeur - La personne a besoin d'être représentée de manière continue dans les actes de la vie civile
Indications	<ul style="list-style-type: none"> - Altération des facultés mentales par une maladie - Infirmité ou affaiblissement dû à l'âge - Altération des facultés physiques et/ou psychiques empêchant l'expression de leur volonté 	<ul style="list-style-type: none"> - Altération durable des capacités mentales et/ou corporelles - Destinée aux personnes qui, sans être hors d'état d'agir par elles-mêmes, ont besoin : <ul style="list-style-type: none"> • d'être conseillées • ou contrôlées dans les actes de la vie civile - Toute autre mesure moins contraignante (sauvegarde de justice) est insuffisante 	<ul style="list-style-type: none"> - Altération durable des facultés mentales - Personne physiquement incapable d'exprimer sa volonté - Toute autre mesure de protection moins contraignante (curatelle, sauvegarde de justice) est insuffisante
Effets	<ul style="list-style-type: none"> - Droits civils : conservés - Droits civiques : conservés - Mandataire peut contester certains actes contraires aux intérêts du majeur, pris avant la mesure 	<ul style="list-style-type: none"> - Droits civils : partiels - Droits civiques : partiels (ex : droit de vote conservé mais la personne ne peut être élue ni être juré) - Dans l'exercice de ses droits, la personne doit se faire conseiller et contrôler par un curateur - Il existe plusieurs niveaux de protection : <ul style="list-style-type: none"> • Curatelle simple • Curatelle aménagée • Curatelle renforcée 	<ul style="list-style-type: none"> - Actes de disposition : décidés par le Juge - Actes d'administration : tuteur - La personne sous tutelle peut exercer seule : décisions familiales, exercer son autorité parentale, se marier/se pacser après information du tuteur, voter, porter plainte

	SAUVEGARDE DE JUSTICE		CURATELLE	TUTELLE	
	JUDICIAIRE	MÉDICALE			
Demande faite par	<ul style="list-style-type: none"> - La personne elle-même, la personne avec qui elle vit en couple, un parent ou allié, une personne entretenant avec le majeur des liens étroits et stables, une personne exerçant une autre mesure de protection juridique - Le Procureur de la République, de sa propre initiative ou à la demande d'un tiers 	<p>Déclaration auprès du Procureur de la République, par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le médecin traitant de la personne, accompagné de l'avis conforme d'un psychiatre - Le médecin de l'établissement de santé où se trouve la personne 	<ul style="list-style-type: none"> - La personne elle-même (sauf si tutelle), la personne avec qui elle vit en couple, un parent ou allié, une personne entretenant avec le majeur des liens étroits et stables, une personne exerçant une autre mesure de protection juridique - Le Procureur de la République, de sa propre initiative ou à la demande d'un tiers 		
Procédure	<ul style="list-style-type: none"> - Certificat médical circonstancié, établi par un médecin inscrit sur une liste (établie par le Procureur de la République) - Audition de la personne par le Juge des contentieux de la protection - Décision du Juge des contentieux de la protection 		<ul style="list-style-type: none"> - Certificat médical circonstancié établi par un médecin inscrit sur une liste (établie par le Procureur de la République) - Différentes autres pièces justificatives - Instruction du dossier par le Juge des contentieux de la protection - Audition par le Juge en cas de demande de mise sous tutelle - Décision du Juge 		
Durée	1 an renouvelable une seule fois (durée totale ne peut donc pas dépasser 2 ans)		5 ans maximum , renouvelable pour une même durée (pas au-delà de 20 ans)		
Cessation	<ul style="list-style-type: none"> - Expiration du délai - Levée de la mesure par le Juge des contentieux de la protection, après l'accomplissement des actes pour lesquels elle a été ordonnée - Levée de la mesure par le Juge des contentieux de la protection, lorsque le majeur reprend possession de ses facultés - Ouverture d'une mesure de tutelle ou de curatelle 		<ul style="list-style-type: none"> - A tout moment sur décision du Juge - A la demande du majeur ou toute autre personne habilitée à demander une mise sous curatelle/tutelle, après avis médical - A l'expiration de la durée fixée, en l'absence de renouvellement - Remplacement de la mesure (tutelle ↔ curatelle) - Décès de la personne (si tutelle) 		
Gestion des biens	Mandataire désigné par le Juge	Curateur désigné par le Juge	Tuteur désigné par le Juge		

FICHE E-LISA N°11

Item 11 – VIOLENCES ET SANTÉ

GÉNÉRALITÉS

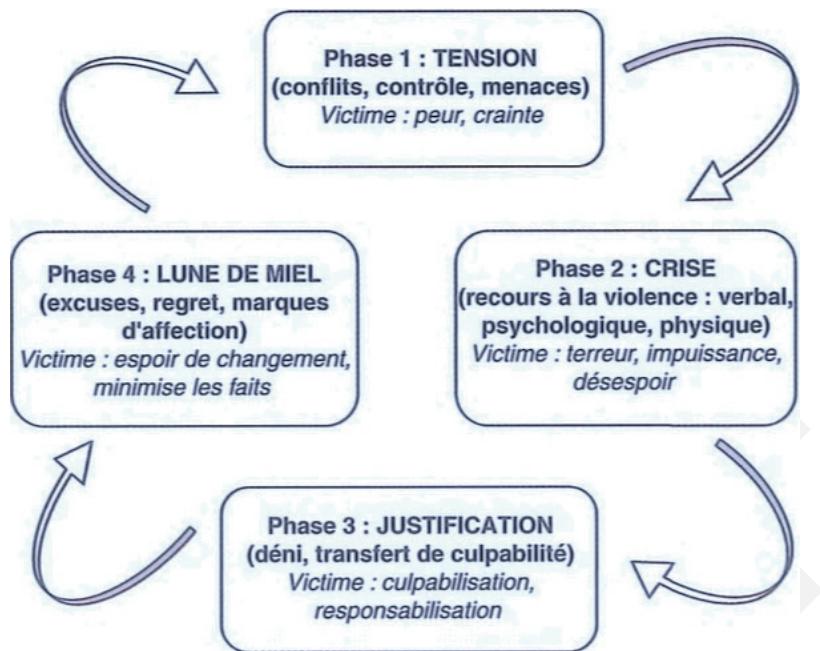
Prévalence	<p>Selon le sexe, l'âge les violences ne sont pas réparties équitablement, ainsi les données fournies par le rapport mondial de l'OMS sur les morts violentes dans le monde en 2002 tendent à la sous estimation :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Homicides à 520 000 victimes : 77% étaient des hommes ▪ Suicides = 815 000 victimes : 60% étaient des hommes, le taux de suicide augmente avec l'âge <p>Concernant les violences domestiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 femme/4 subit la violence d'un partenaire au cours de sa vie ▪ 1 enfant/3 est exposé à une forme de violence interpersonnelle (domestique, scolaire...)
Définitions A	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Violence (OMS) = usage délibéré ou menace d'usage délibéré de la force physique ou de la puissance contre soi-même, une autre personne ou un groupe/une communauté qui entraîne ou risque fort d'entraîner un trauma, un décès, un dommage moral, un mal-développement ou une carence → violence de nature physique, psychique, sexuelle, économique ou administrative ; dont la <u>cyberviolence</u>, la <u>privation</u> et les <u>négligences</u>. Selon la relation auteur à victime, on distingue : <ul style="list-style-type: none"> - Violence auto-infligée : TS, suicide, automutilation - Violence interpersonnelle : infligée par un individu ou un petit groupe - Violence collective : sociale, politique, économique, institutionnelle... ▪ Violence institutionnelle = violence systémique au sein d'une organisation collective (établissement de soins, médico-social, politique...), concernant les usagers ou les professionnels de celle-ci et rencontrée ++ lorsqu'il existe une prédominance du dogme institutionnel sur l'humain (règles inflexibles à l'origine d'un comportement maltraitant ou violent). Par ailleurs, dogme → risque d'absence d'action de la part des professionnels, à l'origine d'une souffrance morale ou psychique d'autres personnes. <i>Exemples</i> de violence institutionnelle : violences obstétricales, négligences ou maltraitance sur des personnes vulnérables en établissement médico-social (maison de retraite ou de repos, foyer d'enfants...) ou organisation de travail génératrice de souffrance sur les professionnels. ▪ Violence interpersonnelle = violence scolaire, violence au travail et violence domestique (image : CEMT) 

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Violence scolaire = toute violence entre pairs (enfants, collégiens, lycéens, étudiants) dans le cadre de leurs études (dans l'établissement ou non) avec notamment les violences physiques, sexuelles et psy (cyber-violence, harcèlement...) et un caractère public à risque de conséquences importantes sur la scolarité de l'enfant et sur sa santé (comportement autoagressif de la victime) ▪ Violence au travail = toute violence intervenue par le fait du travail, sur place ou non, avec 2 catégories principales : <ol style="list-style-type: none"> 1. Exposition aux violences émanant d'usagers, de clients ou de patients 2. Violences entre professionnels, entre pairs ou au sein d'une hiérarchie ▪ Violence domestique = toute violence survenant dans la sphère privée du foyer : violence conjugeale, maltraitance/négligence des enfants et personnes âgées. Spécificités : <ul style="list-style-type: none"> - Violence survenant principalement dans l'intimité - Tendance à la chronicité avec aggravation progressive - Lien émotionnel fort entre victime et auteur - Association de plusieurs violences : physiques, sexuelles, psychologiques, privations, sévices...
--	---

SPÉCIFICITÉS DES VIOLENCES CONJUGALES

Contexte B	<p>Violence conjugeale = toute violence d'un partenaire intime sur l'autre dans le cadre d'une relation de couple présente ou passée, <u>quel que soit le type de relation</u>. Toute violence conjugale = infraction punie par la loi, dont la qualification exacte dépend de la nature : viol, violences physiques aggravées → peines encourues aggravées par le statut de proximité entre l'auteur et sa victime.</p>
Aborder la situation : faisant partie des violences faites aux femmes B	<p>Violences faites aux femmes = violences systémiques liées au genre, présentes dans le monde entier et la quasi-totalité des cultures/ethnies. Définition OMS : tout acte de violence dirigé contre des femmes en tant que telles et causant ou pouvant causer un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psy ; y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou privée... Ainsi, sont concernées les violences :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dans le cadre domestique : violences, mauvais traitements affectifs, crimes d'honneur et de tradition (mutilations sexuelles féminines, mariages forcés), contrôle et domination ... ▪ Dans la collectivité : violences sexuelles, harcèlement de rue ou au travail, traite des femmes, tourisme sexuel ▪ Perpétrées ou tolérées par l'État : violation des droits fondamentaux, prise d'otages, déplacements forcés, viol systématique, esclavagisme sexuel, grosse forcée, exploitation sexuelle et économique... <p>Par ailleurs, violences conjugales touchant les hommes aussi mais faisant partie des violences faites aux femmes car :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fréquence largement majoritaire chez les femmes ▪ Gravité plus importante chez les femmes victimes ▪ Gravité plus importante des conséquences chez les femmes en termes économiques et sanitaires ++
Aborder la problématique en schématisant les violences B	<p>Violences conjugaless = part des violences interpersonnelles et domestiques, pouvant toucher tous les milieux socioéconomiques, les sexes, les genres et les orientations sexuelles mais concernant +++ les femmes. Spécificité = mécanisme avec 4 grandes situations de violence au sein d'un couple : terrorisme intime, résistance violente, violence situationnelle et contrôle mutuel.</p> <p>Terrorisme intime = violence coercitive utilisée comme stratégie de contrôle de l'autre, opérée surtout par des hommes envers des femmes et majoritaire dans les prises en charge médicales.</p>

Fonctionnement habituel = cycle (Léonore Walker, image du CEMT) qui se répète et s'accélère au fil du temps :



Résistance violente = violence réactionnelle = réponse à la violence par une exposition volontaire à une situation de violence, surtout dans le cadre du terrorisme intime, à différencier du contrôle mutuel ou de la violence situationnelle → refus de la violence ou du contrôle par un acte violent en retour : **risque de violence sévère et notamment d'homicides**.

Violence situationnelle = forme la plus fréquente en pop G, intervenant en réponse à une situation de conflit (difficultés liées aux enfants, finances...) sans visée de contrôle de l'autre. Parfois réciproque mais sans être égalitaire entre les partenaires. Risque de **violences chroniques et sévères à terme**.

Contrôle mutuel = situation de violence coercitive, de type terrorisme intime réciproque ; situation rare où la recherche de contrôle mutuel est à risque de violences chroniques et sévères.

De façon générale, **association de plusieurs formes de violences** au sein d'un couple :

- **Physiques** : coups, bousculades, contrainte... forme la plus visible et rarement isolée
- **Psychologiques/verbales** : insultes, menaces, rabaissements, humiliations, harcèlement, comportement dominateur ou de contrôle
- **Sexuelles** : viols, pratiques sexuelles imposées...
- **Matérielles, économiques, administratives** : destruction de biens, restriction d'accès à l'argent du foyer, aux documents officiels, aux structures publiques...
- **Cyberviolence** : contrôle des réseaux sociaux, surveillance à son insu, *revenge porn...*

Au total, **emprise = ascendance intellectuelle, morale ou économique** exercée par un tiers, entraînant un **rappart de domination** sur l'autre ; pouvant constituer une **contrainte morale rendant impossible pour la victime de s'extraire d'une situation de violence**. Phénomène graduel qui peut résulter d'un climat de violence physique et psychologique, d'un isolement de la victime, d'un contrôle de ses activités ou d'un rabaissement de ses choix et de ses convictions, d'une dépendance économique (image du CEMT)...

VIOLENCES INTERPERSONNELLES

Épidémio

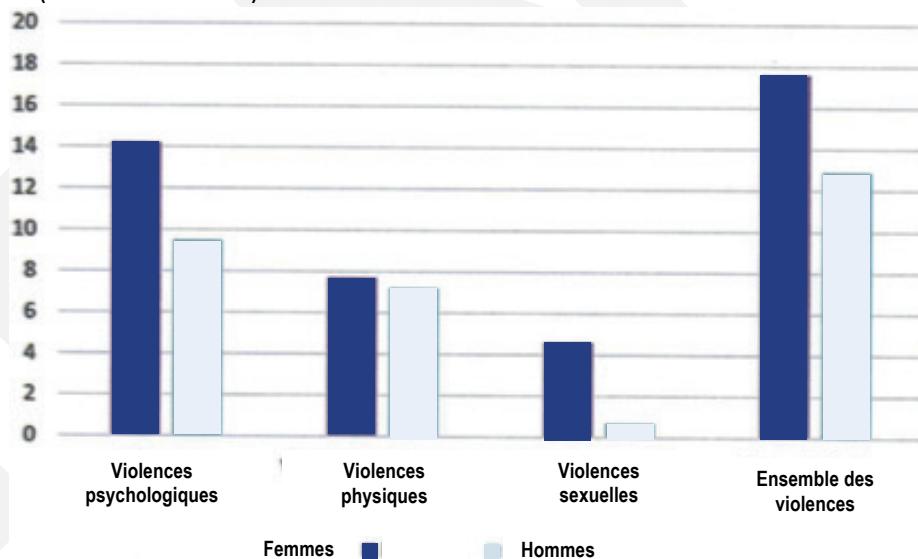
B

À l'échelle mondiale, **morts violentes** (homicides, suicides...) = **hommes +++**, avec une prévalence selon l'âge : **taux de suicide plus important chez les > 60 ans vs homicides plus fréquents chez les 15-29 ans**. Par ailleurs, **morts violentes deux fois plus fréquentes dans les pays à faibles revenus** :

Violence	Nombre	Taux pour 100.000	Part du total (%)
Homicides	520.000	8,8	31,3
Suicides	815.000	14,5	49,1
Guerres	310.000	5,2	18,6
Total	1.659.000	28,8	100
Pays à faible revenu	1.510.000	32,1	91,1
Pays à revenu élevé	149.000	14,4	8,9

Violences domestiques = **femmes principalement** : **25% dans le monde sont victimes** de violence par un partenaire intime. **Europe** : **22% des femmes** concernées par des violences physiques ou sexuelles et 43% de violences psychologiques → **158 pays ont promulgué des lois** pour la violence domestique. **Europe** : **10% des femmes > 15 ans souffrent de cyberviolence/harcèlement**, surtout les plus jeunes. Dans le monde, **1 enfant sur 3 est exposé à des violences interpersonnelles**.

France : femmes déclarant en moyenne des faits plus graves, plus fréquents et plus violents que les hommes (tableau du CEMT) :



Femmes = **82% des décès par violence conjugale**, et la moitié des femmes ayant tué leur partenaire ont rapporté des violences antérieures (cf. violence réactionnelle). **Seule 1 femme sur 5** souffrant de violence au sein du couple se tournerait vers une prise en charge judiciaire.

Violences scolaires : **1 collégien sur 3 rapporte des violences/harcèlement** dans le mois passé, avec un taux identique chez les filles et les garçons. Cependant, violence scolaire fondée sur le genre = part des violences faites aux femmes et obstacle à la scolarisation/aux droits des filles à l'éducation dans le monde.

France : surtout en secteur défavorisé, avec 90% des incidents graves commis par des élèves, plutôt de sexe masculin (auteur et victime). Violences verbales = 42% des incidents graves et violences physiques = 30%.

1 enfant sur 10 serait victime de violences physiques répétées et 1 sur 100 de violence sexuelle mais 90% d'entre eux ne seraient pas pris en charge...

France (enquête VIRAGE) : **20% des femmes et 15,5% des hommes rapportent des violences dans le cadre du travail**. Dans l'espace public, **25% des femmes et 14% des hommes**.

Retentissement et repérage A	<p>Toute violence → conséquences importantes sur la santé des victimes à court et long terme, par lésion trauma, infection, décompensation de pathologies, retentissement psychiatrique → perte d'années de vie, ++ années de vie en bonne santé et notamment en cas de violence chronique et/ou dans l'intimité. Ainsi, PEC indispensable de ces violences devant faire renforcer les capacités de dépistage par les professionnels de santé (particulièrement les médecins).</p> <p>Dépistage systématique des situations de violence proposé par la HAS : poser à tout patient, quel que soit le motif de recours aux soins, s'il souffre/a souffert de violences dans sa vie, au même titre que tout autre ATCD médical ou chirurgical.</p> <p>1^{ère} étape fondamentale = interroger directement, mais aussi exposer des affiches/dépliants de prévention dans le cabinet/salle de consultation. Si dépistage positif, examen clinique général complet nécessaire avec consentement du patient (téguments, zones douloureuses ++).</p> <p>Dépistage orienté axé sur les patients avec des FR ou des symptômes évocateurs de violence. FR notés :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Inhérents au patient : faible niveau d'éducation, statut socio-économique défavorisé, sexe féminin, personnes vulnérables (pathologie psy ou handicap ++), migrants, âges extrêmes ▪ Situations contextuelles : perte d'emploi, difficultés financières, grossesse, rupture amoureuse... 						
Spécificités des violences conjugales B	<p>Lutte contre les violences conjugales = enjeu majeur de SP, car conséquences particulièrement graves chez les victimes, expliquées par le caractère chronique et intime des violences ainsi que la multiplicité des formes de victimisation → perte de 1-4 années de vie en bonne santé et recours plus fréquent aux pros de santé :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; padding: 10px; vertical-align: top;"> Troubles physiques </td><td style="width: 75%; padding: 10px;"> <p>Signes fonctionnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consultations itératives avec des plaintes vagues, multiples et inexpliquées - Symptômes physiques chroniques inexpliqués : douleurs, asthénie, troubles digestifs, sensation d'engourdissements et de fourmillements, tachycardie, sentiment d'oppression - Mesurage et/ou surconsommation médicamenteuse (antalgiques, par exemple) <p>Signes cliniques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lésions traumatiques surtout si elles sont répétées, évoquant la marque d'un objet, avec des explications vagues et peu plausibles avec le mécanisme traumatique - Maladie chronique déséquilibrée </td></tr> <tr> <td style="padding: 10px; vertical-align: top;"> Troubles psychologiques </td><td style="padding: 10px;"> <ul style="list-style-type: none"> - Dépression, tentative de suicide ou idées suicidaires ; automutilations - Addictions et/ou abus de substances (...) - Symptômes évocateurs d'un stress post-traumatique (hyper vigilance, troubles du sommeil, trouble et modification du comportement) - Des troubles émotionnels : colère, honte, sentiment de culpabilité, d'humiliation, sentiment d'impuissance, « auto dévalorisation » - États d'anxiété, de panique, ou manifestations phobiques (réponses normales à une situation permanente de terreur) - Des troubles du sommeil : difficultés à s'endormir, veille ou réveils nocturnes, cauchemars - Des troubles de l'alimentation : prises de repas irrégulières, anorexie ou boulimie - Des troubles cognitifs : difficulté de concentration et d'attention, pertes de mémoire - Des troubles psychosomatiques </td></tr> <tr> <td style="padding: 10px; vertical-align: top;"> Complications sexuelles </td><td style="padding: 10px;"> <ul style="list-style-type: none"> - Lésions traumatiques - Infections génitales et urinaires à répétition, en infections sexuellement transmissibles (IST), a fortiori si elles sont répétées, transmission du VIH - Troubles de la sexualité ; comportement sexuel à risque - Douleurs pelviennes chroniques et troubles sexuels (dyspareunie, etc.) </td></tr> </table>	Troubles physiques	<p>Signes fonctionnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consultations itératives avec des plaintes vagues, multiples et inexpliquées - Symptômes physiques chroniques inexpliqués : douleurs, asthénie, troubles digestifs, sensation d'engourdissements et de fourmillements, tachycardie, sentiment d'oppression - Mesurage et/ou surconsommation médicamenteuse (antalgiques, par exemple) <p>Signes cliniques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lésions traumatiques surtout si elles sont répétées, évoquant la marque d'un objet, avec des explications vagues et peu plausibles avec le mécanisme traumatique - Maladie chronique déséquilibrée 	Troubles psychologiques	<ul style="list-style-type: none"> - Dépression, tentative de suicide ou idées suicidaires ; automutilations - Addictions et/ou abus de substances (...) - Symptômes évocateurs d'un stress post-traumatique (hyper vigilance, troubles du sommeil, trouble et modification du comportement) - Des troubles émotionnels : colère, honte, sentiment de culpabilité, d'humiliation, sentiment d'impuissance, « auto dévalorisation » - États d'anxiété, de panique, ou manifestations phobiques (réponses normales à une situation permanente de terreur) - Des troubles du sommeil : difficultés à s'endormir, veille ou réveils nocturnes, cauchemars - Des troubles de l'alimentation : prises de repas irrégulières, anorexie ou boulimie - Des troubles cognitifs : difficulté de concentration et d'attention, pertes de mémoire - Des troubles psychosomatiques 	Complications sexuelles	<ul style="list-style-type: none"> - Lésions traumatiques - Infections génitales et urinaires à répétition, en infections sexuellement transmissibles (IST), a fortiori si elles sont répétées, transmission du VIH - Troubles de la sexualité ; comportement sexuel à risque - Douleurs pelviennes chroniques et troubles sexuels (dyspareunie, etc.)
Troubles physiques	<p>Signes fonctionnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consultations itératives avec des plaintes vagues, multiples et inexpliquées - Symptômes physiques chroniques inexpliqués : douleurs, asthénie, troubles digestifs, sensation d'engourdissements et de fourmillements, tachycardie, sentiment d'oppression - Mesurage et/ou surconsommation médicamenteuse (antalgiques, par exemple) <p>Signes cliniques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lésions traumatiques surtout si elles sont répétées, évoquant la marque d'un objet, avec des explications vagues et peu plausibles avec le mécanisme traumatique - Maladie chronique déséquilibrée 						
Troubles psychologiques	<ul style="list-style-type: none"> - Dépression, tentative de suicide ou idées suicidaires ; automutilations - Addictions et/ou abus de substances (...) - Symptômes évocateurs d'un stress post-traumatique (hyper vigilance, troubles du sommeil, trouble et modification du comportement) - Des troubles émotionnels : colère, honte, sentiment de culpabilité, d'humiliation, sentiment d'impuissance, « auto dévalorisation » - États d'anxiété, de panique, ou manifestations phobiques (réponses normales à une situation permanente de terreur) - Des troubles du sommeil : difficultés à s'endormir, veille ou réveils nocturnes, cauchemars - Des troubles de l'alimentation : prises de repas irrégulières, anorexie ou boulimie - Des troubles cognitifs : difficulté de concentration et d'attention, pertes de mémoire - Des troubles psychosomatiques 						
Complications sexuelles	<ul style="list-style-type: none"> - Lésions traumatiques - Infections génitales et urinaires à répétition, en infections sexuellement transmissibles (IST), a fortiori si elles sont répétées, transmission du VIH - Troubles de la sexualité ; comportement sexuel à risque - Douleurs pelviennes chroniques et troubles sexuels (dyspareunie, etc.) 						

Conséquences au cours de la grossesse	<ul style="list-style-type: none"> - Grossesses non désirées et IVG - Toutes complications obstétricales (dont décès maternel, suivi aléatoire ou tardif de la grossesse, maladie chronique associée non équilibrée, etc.) et fœtale - Retard ou absence d'accès aux soins périnataux - Comportements à risque (tabac, alcool, drogues et mauvaise nutrition maternelle)
Conséquences chez les enfants	<p>Les symptômes présentés par un enfant sont multiples et non spécifiques de ce type de violence</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rupture dans le comportement : « retrait » ou au contraire « surmanifestation » de l'enfant (agressivité, hyperagitation), régression ou au contraire « maturité » en décalage avec son âge - Désordres alimentaires - Troubles du sommeil - Ruptures scolaires ou surinvestissement - Actes délictueux, mise en danger de soi ; reproduction d'actes violents - Troubles psychopathologiques : syndrome anxieux / syndrome dépressif - Plaintes somatiques (céphalées, douleurs abdominales)

Pour la violence conjugale, **dépistage et PEC médicale sont primordiaux +++** : rechercher des FR chez le partenaire ainsi que des **comportements évocateurs** (partenaires ou enfants).

FR associés à la probabilité que la femme soit violentée	FR associés à la probabilité que l'homme soit violent	FR relationnels ou conjoncturels
Jeune âge Faible niveau d'éducation Exposition à la violence ou à la maltraitance dans l'enfance Acceptation de la violence Grossesse, périnatalité Handicap, ALD Pbs de santé mentale Dépendance financière Conduites addictives	Jeune âge Faible niveau d'éducation ATCD de violence ou exposition à la violence pendant l'enfance Abus de drogues ou OH Tbs de la personnalité Banalisation de la violence	Insatisfaction dans le couple Séparation conflictuelle Domination masculine dans la famille Stress économique, précarité Vulnérabilité liée à une dépendance administrative et/ou sociale et/ou économique Écart entre les niveaux d'éducation Différence d'âge Déracinement géographique Isolement social

Comportements inhabituels :

Patiante	Comportement craintif, manque de confiance/estime, manque d'autonomie en relation avec le niveau socio-éducatif, isolement, retard de PEC, explication confuse/fluctuante des coups et blessures, mauvaise observance, refus de l'examen clinique
Conjoint	Partenaire trop impliqué, répondant à la place de la femme, minimisant les symptômes ou tenant des propos méprisants et disqualifiants
Enfants	Rupture comportementale ou scolaire Repli ou hyperactivité Régression des acquisitions ou maturité précoce Tbs alimentaires, tbs du sommeil, douleurs répétées Actes délictueux, mises en péril de soi

Évaluation nécessaire de la dangerosité, ++ le risque de passage à l'acte (homicide ou suicide) avec des **échelles pour mesurer le danger**, regroupant des critères inhérents à la victime, à l'auteur des violences et à la relation de violence dont l'accès à des armes à feu ou l'usage (ou menace d'usage) d'armes, menace de mort, tentative de strangulation, comportement de contrôle, de jalouse excessive ou de harcèlement, instabilité chez l'auteur des violences ou dans la situation du couple.

	<p>Autre évaluation : vulnérabilité de la victime = incapacité de la personne à se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique (Code pénal), sans critère préétabli. Enfin, il est indispensable de rechercher une exposition des enfants aux violences du couple.</p> <p>Indicateurs de danger d'une situation de viol :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Liés à l'agresseur</th><th>Liés à la victime</th><th>Liés à la présence d'enfants</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td> Fréquence des actes de violence et aggravation dans le temps Contexte d'addiction Présence d'armes au domicile Menaces de mort, passage à l'acte </td><td> Facteurs de vulnérabilité État de stress post-traumatique </td><td> Retentissement sur les enfants du foyer, souvent témoins des actes de violence ou victimes de violences directes, sinon de négligences </td></tr> </tbody> </table>			Liés à l'agresseur	Liés à la victime	Liés à la présence d'enfants	Fréquence des actes de violence et aggravation dans le temps Contexte d'addiction Présence d'armes au domicile Menaces de mort, passage à l'acte	Facteurs de vulnérabilité État de stress post-traumatique	Retentissement sur les enfants du foyer, souvent témoins des actes de violence ou victimes de violences directes, sinon de négligences
Liés à l'agresseur	Liés à la victime	Liés à la présence d'enfants							
Fréquence des actes de violence et aggravation dans le temps Contexte d'addiction Présence d'armes au domicile Menaces de mort, passage à l'acte	Facteurs de vulnérabilité État de stress post-traumatique	Retentissement sur les enfants du foyer, souvent témoins des actes de violence ou victimes de violences directes, sinon de négligences							

VIOLENCES ET SITUATIONS DE SOINS

Violence inhérente aux soins A	<p>Acte de soin = dérogation au principe d'intégrité corporelle, possible sous consentement du patient avec justification médicale : soin = violence théorique au corps, même si appliqué de façon conforme aux RBP (Recommandations de Bonne Pratique). Ainsi, risque de vécu traumatique après une douleur physique ou morale engendrée lors d'un soin, d'une consult, d'un acte invasif ou inattendu (annonce de diag grave).</p> <p><u>Ressenti de violence</u> possiblement corrélé au fonctionnement de l'institution (violence institutionnelle).</p> <p>Prévention et PEC du risque = médecin à l'écoute de la souffrance du patient et de sa temporalité, infos claires, précises et adaptées au patient (modalités de réalisation du geste, finalité, risques).</p>
Spécificités des violences dans les lieux et relations de soins B	<p>Violences sur les soignants dans le cadre de leur activité = violences au travail : lieux et relations de soins sont propices à des situations conflictuelles et de violence, principalement par les patients (70%) ou leurs accompagnants (18%) mais parfois par d'autres professionnels (3%).</p> <p>Patients violents = souvent souffrant de troubles (neuro)psychiques. Principales situations pourvoyeuses de violences :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mécontentement suite à une PEC (45,3%) 2. Refus de soins (20,2%) 3. Temps d'attente jugé excessif (11%) 4. Contexte d'alcoolisation (9,7%) <p>Violences expliquées par des facteurs humains (soins difficiles, maladie grave...) ou organisationnels.</p> <p>Prévention des violences sur les soignants indissociable de l'amélioration de la qualité de vie au travail des soignants et de l'amélioration de la qualité des soins. En effet, violences → souffrance au travail pour les soignants (++ arrêt de travail prolongé), insécurité, incompétence... Tout soignant doit pouvoir identifier une situation conflictuelle pour prévenir ses pairs, se mettre à l'abri et empêcher un passage à l'acte hétéroagressif en tentant de comprendre et d'apporter des éléments de réponse au patient/proches.</p> <p>Au décours d'une agression, penser à la déclaration d'accident du travail voire déposer plainte.</p>

Item 12 – VIOLENCES SEXUELLES

Définition

A

Consentement sexuel : Accord explicite, libre, éclairé, et mutuel lors d'une activité sexuelle, quelle que soit sa nature.

- **Explicite** : oralement ou par un comportement, un silence n'équivaut pas à un consentement ;
- **Libre** : en dehors de toute contrainte, qu'elle soit physique ou morale ;
- **Éclairé** : donné par une personne en état de comprendre la situation, dont le jugement n'est pas altéré par la prise de substances psycho actives par exemple ;
- **Mutuel** : l'ensemble des participants à l'activité sexuelle doit consentir.

→ Ce consentement peut être retiré à tout moment.

Violence sexuelle : « Tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail » (définition de l'OMS)

Cette définition inclue l'ensemble des situations de violences sexuelles.

On y retrouve :

- **Exhibition sexuelle** : Fait d'imposer à la vue d'autrui, dans un lieu accessible aux regards du public, une partie dénudée du corps ou la commission explicite d'un acte sexuel, réel ou simulé = **DÉLIT**
- **Harcèlement sexuel** : le fait d'imposer à une personne, de façon répétée, des propos ou comportements à connotation sexuelle ou sexiste qui soit portent atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant, soit créent à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante) = **DÉLIT**
- **Atteinte sexuelle** : Pas de définition dans les textes législatifs français. Comprend tout comportement en lien avec l'activité sexuelle (avec ou sans pénétration ou rapports bucco-génitaux).
- **Agression sexuelle** : Toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte (physique ou morale), menace ou surprise, quelle que soit la nature des relations existant entre l'agresseur et sa victime, y compris s'ils sont unis par les liens du mariage. Exclut les actes de pénétrations et d'actes bucco-génitaux, il s'agit alors d'un viol = **DÉLIT**
- **Viol** : Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, ou tout acte bucco-génital commis sur la personne d'autrui ou sur la personne de l'auteur par violence, contrainte, menace ou surprise est un viol = **CRIME**

Différents types d'actes à caractère sexuel :

- **Attouchement** : contact de nature sexuel sans pénétration.
- **Acte bucco-génital** : pratique sexuelle au cours de laquelle la bouche d'une personne entre en contact avec les organes sexuels d'une autre personne (cunnilingus, anulingus et pénétration buccale).
- **Pénétration buccale** : mouvement par lequel un corps (quel qu'il soit : pénis, doigt, objet) pénètre à l'intérieur de la bouche. Fellation = une pénétration pénienne buccale.
- **Pénétration vaginale** : mouvement par lequel un corps (quel qu'il soit : pénis, doigt, objet) pénètre à l'intérieur du vagin.
- **Pénétration anale** : mouvement par lequel un corps (quel qu'il soit : pénis, doigt, objet) pénètre à l'intérieur de l'anus. Le terme sodomie est habituellement défini comme une pénétration pénienne anale.

Épidémio B	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 14,5% des femmes déclarent avoir été victimes de violences sexuelles au cours de leur vie (hors harcèlement et exhibitionnisme), dont 3,3% de viol. ▪ 3,9% des hommes déclarent avoir été victimes de violences sexuelles au cours de leur vie (hors harcèlement et exhibitionnisme), dont 0,5% de viol. ▪ Les victimes de viols sont majoritairement des femmes jeunes, entre 10 et 24 ans, même si toutes les catégories d'âge et de sexe sont touchées. ▪ Les personnes mises en causes pour des faits de violences sexuelles sont majoritairement des hommes jeunes. <p>→ La majorité des viols déclarés seraient commis par la catégorie « famille et proches » (hors couple).</p> <p>→ Les autres agressions sexuelles seraient majoritairement commises par des inconnu(e)s dans les espaces publics.</p> <p>→ concernant les violences sexuelles (hors vie de couple), seules 15% des individus victimes déposent plainte.</p>																				
Législation B	<p>3 types d'infractions pénales en France, selon leur gravité.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; padding: 8px;">Type d'infraction</th> <th style="text-align: center; padding: 8px;">Tribunal compétent</th> <th style="text-align: center; padding: 8px;">Peine de prison encourue</th> <th style="text-align: center; padding: 8px;">Peines complémentaires</th> <th style="text-align: center; padding: 8px;">Délai de prescription</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center; padding: 8px;">Contravention</td> <td style="text-align: center; padding: 8px;">Tribunal de Police</td> <td style="text-align: center; padding: 8px;">Non</td> <td style="text-align: center; padding: 8px;">Privation ou restriction de droits, stages de sensibilisation...</td> <td style="text-align: center; padding: 8px;">1 an</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 8px;">Délit</td> <td style="text-align: center; padding: 8px;">Tribunal correctionnel</td> <td style="text-align: center; padding: 8px;">Oui</td> <td style="text-align: center; padding: 8px;">Idem + stages de citoyenneté + contraintes</td> <td style="text-align: center; padding: 8px;">6 ans</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 8px;">Crime</td> <td style="text-align: center; padding: 8px;">Cour d'assise</td> <td style="text-align: center; padding: 8px;">Oui</td> <td style="text-align: center; padding: 8px;">Contraintes (dont interdiction, confiscation, injonction de soins...)</td> <td style="text-align: center; padding: 8px;">20 à 30 ans en fonction du crime</td> </tr> </tbody> </table> <p>▪ L'exhibition sexuelle, le harcèlement sexuel et l'agression sexuelle = DÉLIT</p> <p>▪ Viol = CRIME</p> <p>Les peines encourues sont prévues par le Code Pénal.</p> <p>Elles peuvent être augmentées en cas de circonstances aggravante :</p> <p>De la victime :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vulnérabilité apparente ou connue de l'agresseur (déficience physique ou psychique, grossesse) ▪ Âge (mineur, personne âgée) ▪ Conséquences graves : décès, mutilation ou infirmité permanente (physique ou psychique) <p>→ ⚠ le sexe n'est pas un facteur aggravant ++</p> <p>De l'auteur :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lien : partenaire intime, ascendant ou personne ayant autorité (professionnel de santé...). ▪ Agression en bande ▪ Usage d'arme ▪ Torture, acte de barbarie ▪ Agresseur en état d'ivresse ou sous l'emprise de produits stupéfiants 	Type d'infraction	Tribunal compétent	Peine de prison encourue	Peines complémentaires	Délai de prescription	Contravention	Tribunal de Police	Non	Privation ou restriction de droits, stages de sensibilisation...	1 an	Délit	Tribunal correctionnel	Oui	Idem + stages de citoyenneté + contraintes	6 ans	Crime	Cour d'assise	Oui	Contraintes (dont interdiction, confiscation, injonction de soins...)	20 à 30 ans en fonction du crime
Type d'infraction	Tribunal compétent	Peine de prison encourue	Peines complémentaires	Délai de prescription																	
Contravention	Tribunal de Police	Non	Privation ou restriction de droits, stages de sensibilisation...	1 an																	
Délit	Tribunal correctionnel	Oui	Idem + stages de citoyenneté + contraintes	6 ans																	
Crime	Cour d'assise	Oui	Contraintes (dont interdiction, confiscation, injonction de soins...)	20 à 30 ans en fonction du crime																	

Les victimes d'agression sexuelle se présentent fréquemment dans des services d'accueil des urgences ou dans des cabinets de médecine générale

Tout médecin doit pouvoir les accueillir et les prendre en charge.

Il faut penser aux violences sexuelles lorsque la ou le patient ne l'évoque pas, mais consulte dans un contexte évocateur (ex : demande de bilan d'IST)

Aggression sexuelle = urgence médicale +++ et judiciaire, donc PEC :

- **Pluridisciplinaire** : dans l'idéal en **unité médico-judiciaire (UMJ)**
 - **Médicale** : ttt d'urgence, bilan biologique, dépistage et PEC du risque infectieux
 - **Judiciaire** : Informer systématiquement de la possibilité de :
 - Déposer plainte
 - Réaliser un signalement avec accord de la victime majeure (si celle-ci ne souhaite pas déposer plainte, elle peut parfois accepter le signalement avec accord)
 - Réaliser un signalement pour les victimes mineures (en les en informant si possible),
 - Réaliser systématiquement un certificat médical initial (CMI) et le remettre à la victime, si l'examen ne fait pas l'objet d'une réquisition ;
 - **Psychologique** : proposer un accompagnement
 - **Sociale** : évaluer nécessité de mise à l'abri (hébergement d'urgence, hospitalisation)
 - **Associative** : remettre à la victime les coordonnées des associations locales d'aide aux victimes, comportant fréquemment des groupes de paroles et de soutien aux victimes de violences sexuelles.
- **Relation médecin-patient** :
 - Empathie, écoute ; rassurer, déculpabiliser
 - Information loyale, claire et appropriée
 - Recueil du consentement pour l'examen clinique

Interrogatoire = faits **ALLÉGUES** = **subjectif** (à rendre objectif par l'utilisation des guillemets ou du conditionnel => ex : Mme X. aurait subi des coups...)

- Connaitre **parfaitemment les circonstances de l'agression** : le certificat ne doit contenir **ni accusation, ni nom d'un tiers, ni même le mot viol** (car c'est un terme juridique !)

ATCDs :  **seulement ceux pertinents dans le contexte de la violence sexuelle +++**

- Vulnérabilité (antécédents psychiatriques, déficience physique ou psychique)
- État antérieur : ATCDs médicaux, chirurgicaux, gynécologiques
- Soins (vaccinations (VHB), traitements ; contraception, DDR)

Récit des faits :

- Date-heure-lieu des faits
- Nature de l'auteur
- Type d'agression : avec/sans pénétration ! Si avec : vaginale/anale/buccale (victime), pénienne/digitale/autre (objet) (auteur) ; éjaculation ; port d'un préservatif
- Date du dernier rapport sexuel consenti (avant +/- après les faits)
- Toilette intime réalisée depuis les faits (Oui/Non)

Symptomatologie :

- Troubles de la sphère génito-anale : douleurs vulvaires ou anales, brûlures mictionnelles ou anales, pertes vaginales ou anales, saignements ;
- Douleurs abdominales
- Douleurs musculaires ou articulaires en rapport avec d'éventuelles violences physiques associées
- En rapport avec une éventuelle soumission chimique : malaise généralisé, troubles neuropsychologiques et notamment amnésie
- Noter le retentissement général et psychologique des faits allégués (recherche d'un risque suicidaire notamment).

- Examen clinique : faits CONSTATÉS = objectif**
- **B** **Décrire précisément les lésions physiques de violence associées.**
 - Zones à examiner particulièrement :
 - Zones de défense : bord interne des avant-bras, mains
 - Zones de prise / préhension manuelle : poignets, épaules, face interne des bras, hanches
 - Zones de manœuvres d'écartement : face interne des membres inférieurs et notamment des cuisses
 - Zones à forte connotation sexuelle : bouche, seins, pubis et vulve, fesses ;
Les lésions évocatrices seront par exemple compatibles avec des morsures (cf. ci-contre).
 - **Décrire les lésions en rapport avec d'éventuelles pénétrations :**
 - **Vaginale :**
 - Inspection : recherche de lésions traumatiques vulvaires, hyméniales (traction divergente des grandes lèvres) ;
 - Sonde à ballonnet de Foley (Figure 1) : distinction rupture complète/incomplète de l'hymen, estimation de la taille de l'orifice hyménal
 - Au spéculum : recherche de lésions des parois vaginales, des culs-de-sac, du col utérin, recherche d'écoulement, de corps étrangers ;
 - TV : recherche de douleurs ;
 - **Anale :**
 - À l'inspection : recherche de lésions des plis radiés de la marge anale après déplissement (érosion, fissure, ecchymose, hématome)
 - TR : recherche de douleurs et de troubles de tonicité du sphincter ;
 - **Buccale :**
 - Inspection : recherche de lésions traumatiques : piqueté pétéchial de la muqueuse buccale, érythème ou contusion du frein de la langue (lésions peu spécifiques et rarement retrouvées en pratique).
 - **Décrire les signes en rapport avec une soumission chimique (= donner volontairement à une victime une substance psycho active dans un but criminel (viol) ou délictuel (vol)):**
 - Examen neurologique et notamment diamètre pupillaire
 - Recherche de sites d'injections.
 - **Examen des vêtements et sous-vêtements.**

Résultats de l'examen :

- Signe de défloration récente = **pénétration récente affirmée**
- Défloration ancienne = **pénétration ancienne**
- Absence de lésion hyménale = **pénétration ne peut-être exclue (preuve difficile à apporter)**

Prélèvements à visée médico-légale : Ces prélèvements doivent être réalisés dans la mesure du possible dans le cadre d'une réquisition judiciaire car permettent une garantie :

- **Scientifique : conditions correctes de prélèvement. Les prélèvements doivent être :**
 - Numérotés et localisés,
 - Séchés,
 - Conservés à l'abri de la lumière,
 - Congelés à -20 °C s'ils ne sont pas utilisés dans les trois jours (sinon, les garder au réfrigérateur)

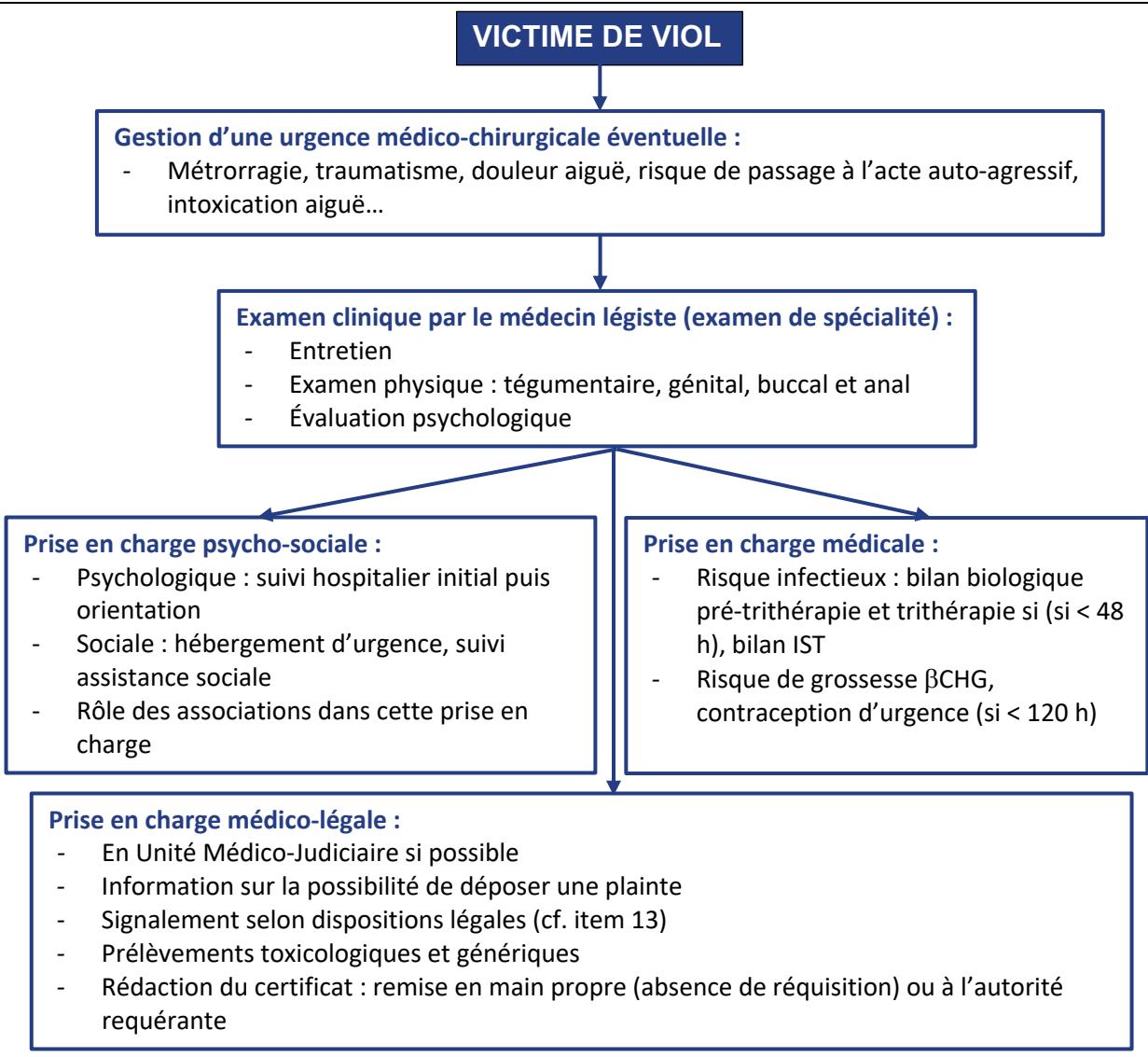
	<ul style="list-style-type: none"> Juridique : <ul style="list-style-type: none"> - Apposition immédiate de scellés, - Faire les prélèvements en double exemplaire pour la contre-expertise éventuelle. <p>=> expertise dans un laboratoire médicolégal spécial => pas dans le laboratoire de l'hôpital</p> <p>=> si pas de dépôt de plainte les prélèvements médicaux ne pourront pas être expertisé (ils seront analysés par un laboratoire classique et non pas médicolégal)</p>																		
Examens complémentaires A	<p>Prélèvements à effectuer en urgence sur la victime :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; padding: 5px;">Types de prélèvements</th> <th style="text-align: center; padding: 5px;">Prélèvements médicaux</th> <th style="text-align: center; padding: 5px;">Prélèvements médico-légaux</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Sang</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">βHCG TPHA-VDRL VIH 1 et 2 Sérologies VHB/VHC</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Étude du profil génétique de la victime (identification ADN) Dosage des toxiques</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Prélèvements locaux</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Écouvillons vagin Chlamydia/gonocoque Frottis</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Écouvillons vulve, vagin, anus, bouche, peau (recherche de spermatozoïdes et de l'ADN de l'auteur)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Uries</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Recherche toxicologique</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Ongles</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Identification d'ADN étranger (de l'auteur)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Divers</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">En fonction du contexte</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Identification d'ADN étranger sur tout support (si besoin)</td> </tr> </tbody> </table>	Types de prélèvements	Prélèvements médicaux	Prélèvements médico-légaux	Sang	β HCG TPHA-VDRL VIH 1 et 2 Sérologies VHB/VHC	Étude du profil génétique de la victime (identification ADN) Dosage des toxiques	Prélèvements locaux	Écouvillons vagin Chlamydia/gonocoque Frottis	Écouvillons vulve, vagin, anus, bouche, peau (recherche de spermatozoïdes et de l'ADN de l'auteur)	Uries		Recherche toxicologique	Ongles		Identification d'ADN étranger (de l'auteur)	Divers	En fonction du contexte	Identification d'ADN étranger sur tout support (si besoin)
Types de prélèvements	Prélèvements médicaux	Prélèvements médico-légaux																	
Sang	β HCG TPHA-VDRL VIH 1 et 2 Sérologies VHB/VHC	Étude du profil génétique de la victime (identification ADN) Dosage des toxiques																	
Prélèvements locaux	Écouvillons vagin Chlamydia/gonocoque Frottis	Écouvillons vulve, vagin, anus, bouche, peau (recherche de spermatozoïdes et de l'ADN de l'auteur)																	
Uries		Recherche toxicologique																	
Ongles		Identification d'ADN étranger (de l'auteur)																	
Divers	En fonction du contexte	Identification d'ADN étranger sur tout support (si besoin)																	
Situations médicales à risque et leur PEC B	<p>Traitement d'urgence : à évaluer au cas par cas en fonction des situations cliniques</p> <p>1. Risque de grossesse : possibilité d'une contraception d'urgence jusqu'à 5 jours après les faits :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lévonorgestrel (LNG) per os en dose unique jusqu'à J3 ; ▪ Ulipristal acétate (UPA) per os en dose unique jusqu'à J5 ; <p>2. Risque de transmission d'IST, d'hépatites et du VIH :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas de traitement préventif des IST ++  - Indications de la séro vaccination après exposition potentielle au VHB : <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; padding: 5px;">Sujet exposé</th> <th colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">Statut VHB (Ag HBs) personne source</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center; padding: 5px;"></th> <th style="text-align: center; padding: 5px;">Positif</th> <th style="text-align: center; padding: 5px;">Inconnu</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Vacciné répondeur (Ac anti-HBs > 10 mUI/mL, ou > 100mUI/mL dans les antécédents)</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Rien</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Rien</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Vacciné non répondeur (Ac anti-HBs < 10 mUI/mL sans anti-HBc ni notion d'antécédent d'anti-HBs > 100mUI/mL)</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Immunoglobulines</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Rien</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Non vacciné</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Immunoglobulines + vaccin</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Vaccin</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> - Indications de la prophylaxie post exposition (PPE) après exposition potentielle au VIH : de préférence dans les 4h (au plus tard 48h) 	Sujet exposé	Statut VHB (Ag HBs) personne source			Positif	Inconnu	Vacciné répondeur (Ac anti-HBs > 10 mUI/mL, ou > 100mUI/mL dans les antécédents)	Rien	Rien	Vacciné non répondeur (Ac anti-HBs < 10 mUI/mL sans anti-HBc ni notion d'antécédent d'anti-HBs > 100mUI/mL)	Immunoglobulines	Rien	Non vacciné	Immunoglobulines + vaccin	Vaccin			
Sujet exposé	Statut VHB (Ag HBs) personne source																		
	Positif	Inconnu																	
Vacciné répondeur (Ac anti-HBs > 10 mUI/mL, ou > 100mUI/mL dans les antécédents)	Rien	Rien																	
Vacciné non répondeur (Ac anti-HBs < 10 mUI/mL sans anti-HBc ni notion d'antécédent d'anti-HBs > 100mUI/mL)	Immunoglobulines	Rien																	
Non vacciné	Immunoglobulines + vaccin	Vaccin																	

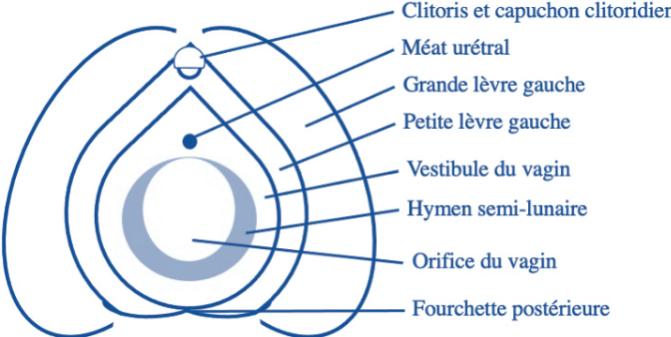
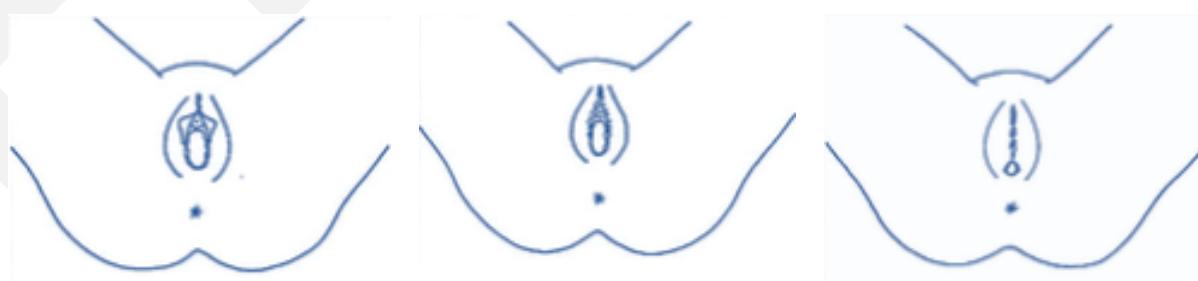
Exposition sexuelle	CV détectable	CV indétectable	groupe à prévalence élevée	groupe à prévalence faible
Rapport anal réceptif	TPE	pas de TPE	TPE	pas de TPE
Rapport anal insertif	TPE	pas de TPE	TPE	pas de TPE
Rapport vaginal réceptif	TPE	pas de TPE	TPE	pas de TPE
Rapport vaginal insertif	TPE	pas de TPE	TPE	pas de TPE
Fellation réceptive avec éjaculation	TPE	pas de TPE	TPE	pas de TPE
Fellation réceptive sans éjaculation ou insertive	pas de TPE	pas de TPE	pas de TPE	pas de TPE

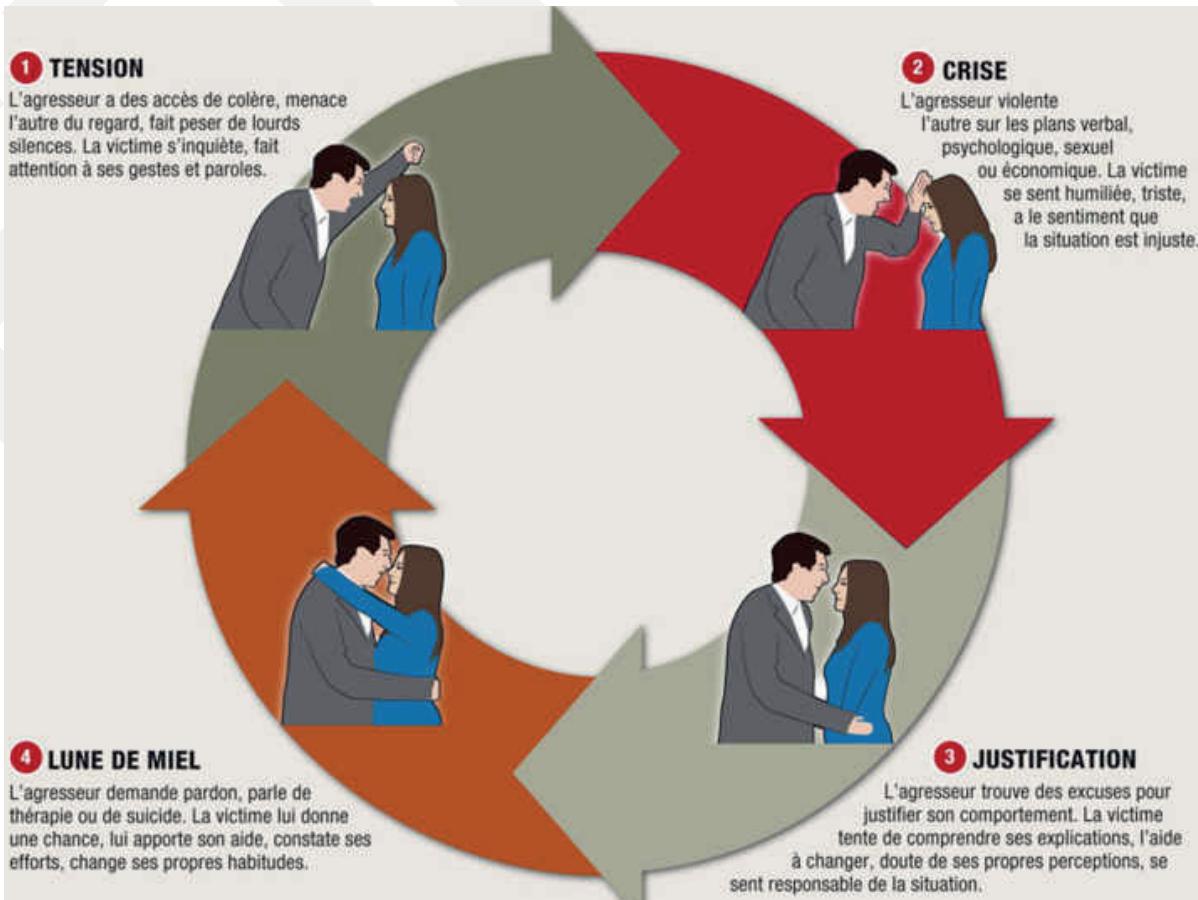
TPE : traitement post-exposition (🔔 mémo : Tenofovir rilPivirine Emtricitabine) ; **CV** : charge virale ; **groupe à prévalence élevée** : HSH multi-partenaire, travailleur.se du sexe, originaire d'un pays de forte endémicité du VIH, usager de drogue intra-veineuse

- **Risque suicidaire, humeur triste, d'anxiété, troubles du sommeil et de trouble de stress post-traumatique**
 - 🔔 Éviter les BZD dans les suites d'une agression sexuelle !! → favorise le passage en ESPT++

Résumé
A 🔔



Définition	<p>Toutes interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale ou des lésions des organes génitaux externes féminins pratiqués pour des raisons non médicales</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En France, 125.000 femmes adultes mutilées sexuellement. ▪ Y penser systématiquement devant toute anomalie génitale ▪ Tout constat de mutilation sexuelle féminine (MSF) chez une mineure doit faire l'objet d'un signalement.
Classification (OMS)	<p>Afin d'identifier une MSF, il faut être familier de l'anatomie normale des organes génitaux externes chez la femme.</p>  <p>L'examen sera méticuleux, notamment en réclinant le capuchon clitoridien pour s'assurer de l'intégrité du clitoris.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Type I : clitoridectomy à ablation partielle ou totale du clitoris et/ou du prépuce <ul style="list-style-type: none"> - Type I A : Ablation du capuchon clitoridien ou du prépuce uniquement - Type I B : ablation du clitoris et du prépuce ▪ Type II : excision à ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres. Forme la plus répandue dans le monde (80%) <ul style="list-style-type: none"> - Type II A : ablation des petites lèvres uniquement - Type II B : ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres - Type II C : ablation partielle ou totale du clitoris, des petites lèvres et des grandes lèvres ▪ Type III (15%) : infibulation à rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement cutané. Résection des petites lèvres et grandes lèvres qui sont accolées par la suite. <ul style="list-style-type: none"> - Type III A : ablation et accollement des petites lèvres, - Type III B : ablation et accollement des grandes lèvres ▪ Type IV : toute autre intervention nocive pratiquée sur le sexe féminin : ponction, percement, incision, scarification, cautérisation.  <p>Type I Type II Type III</p>
Conduite à tenir	<p>Prévention :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ informer et sensibiliser sur l'existence des mutilations, leur illégalité possibilités d'accueil et PEC ▪ si retour dans le pays d'origine : certificat médical de non-excision <p>Cas particulier de l'examen d'une mineure en demande d'asile :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Certificat de non-mutilation par un médecin légiste en structure agréée (Unité Médico-Judiciaire) ▪ A transmettre aux instances de protection internationale (Office français de protection des réfugiés et apatrides, Cour nationale du droit d'asile)

	<p>PEC :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Psychologique/sexologique ▪ Chirurgicale : reconstruction clitoridienne (PEC par l'AM) ▪ Chez la femme enceinte : surveillance rapprochée, infirmation/réassurance (possibilité d'AVB, interdiction de ré-infibulation en post-partum) ▪ Information préoccupante ou signalement judiciaire selon contexte
VIOLENCES CONJUGALES A	
Épidémiologie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Viol conjugal encore difficilement reconnu par les victimes elle-même (seules 11% des individus victimes déposent plainte) → Importance de la notion de consentement. ▪ 50 % des cas : agresseur est le conjoint ou ex-conjoint ▪ 40% des cas débute durant la grossesse. ▪ Recours à l'avortement x 2 et risque d'IST x 1,5 chez une femme victime de violences conjugales.
Différentes formes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Violence verbale : insulte à caractère sexuel ▪ Violence psychologique : Interdiction d'accès à un moyen de contraception, pratiques sexuelles imposées, humiliation, domination ▪ Violence physique : Rapports sexuels imposés
Cycles de la violence conjugale	<p>Phase 1 : agresseur met en place un climat de tension. Victime peut être amené à accepter des rapports sexuels non désirés</p> <p>Phase 2 : explosion de la violence à victime se sent humiliée, triste avec le sentiment de vivre une situation injuste.</p> <p>Phase 3 : justification et minimisation par l'agresseur avec excuses et promesses de changements. Victime veut aider son agresseur à changer, sentiment de responsabilité de la situation.</p> <p>Phase 4 : « lune de miel » à victime reprend espoir, donne une seconde chance</p>  <p>1 TENSION L'agresseur a des accès de colère, menace l'autre du regard, fait peser de lourds silences. La victime s'inquiète, fait attention à ses gestes et paroles.</p> <p>2 CRISE L'agresseur violence l'autre sur les plans verbal, psychologique, sexuel ou économique. La victime se sent humiliée, triste, a le sentiment que la situation est injuste.</p> <p>3 JUSTIFICATION L'agresseur trouve des excuses pour justifier son comportement. La victime tente de comprendre ses explications, l'aide à changer, doute de ses propres perceptions, se sent responsable de la situation.</p> <p>4 LUNE DE MIEL L'agresseur demande pardon, parle de thérapie ou de suicide. La victime lui donne une chance, lui apporte son aide, constate ses efforts, change ses propres habitudes.</p>

SIGNALEMENT JUDICIAIRE ET RÉQUISITION

Signalement judiciaire B	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Terme juridique : porter à la connaissance des autorités compétentes des faits graves nécessitant des mesures appropriées. ▪ Objectif : protéger une personne victime ou d'empêcher la commission d'un meurtre ou d'un suicide. ▪ Dérogation légale au secret médical : le médecin ne peut être poursuivi pour un signalement (sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne). ▪ La rédaction d'un signalement doit être objective et ne doit pas mettre de tiers en cause de manière nominative. De nombreux modèles sont disponibles sur internet pour aider le médecin dans sa rédaction, notamment sur le site du conseil de l'ordre (https://www.conseil-national.medecin.fr/documents-types-demarches/documents-types-medecins/pratique). ▪ Le signalement est à adresser au Procureur de la République, par téléphone puis par mail en urgence, avec une copie à la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP) s'il concerne un mineur. Les coordonnées sont disponibles sur internet.
Réquisition judiciaire B	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Terme juridique : document par lequel un officier de police judiciaire requiert toute personne qualifiée pour procéder à des constatations ou à des examens techniques ou scientifiques. ▪ Une réquisition judiciaire ne peut pas avoir pour objet d'obtenir des renseignements médicaux.
Situations nécessitant un signalement A	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A ce jour, pas d'obligation légale au signalement pour les médecins. ▪ Toutefois le conseil national de l'ordre des médecins estime que le médecin doit signaler toute situation de maltraitance sur mineur. ▪ Majeur non en mesure de se protéger = « <i>Non en mesure de se protéger en raison de son incapacité physique ou psychique</i> » (Il n'existe pas de critère/barème définissant l'incapacité physique ou psychique, l'appréciation revient au médecin).

Situation	Mineur	Majeur non en mesure de se protéger	Majeur
Violences physiques / sexuelles / psychiques ...	Oui	Oui	Avec accord
Constat de mutilation sexuelle	Oui	Oui	Avec accord
Danger imminent de mutilation sexuelle	Oui	Oui	Avec accord
Violence conjugale	Oui	Oui	Avec accord
Violence conjugale avec danger vital immédiat + emprise	Oui	Oui	Oui avec information si possible
Arme (acquise ou en cours) + Danger (autrui ou soi même)	Oui	Oui	Oui

💡 Coups de pouce du rédacteur :

- Apprendre PAR CŒUR +++ cet item (tombé aux ECN 2018/2020/2022).
- Fortes chances de retomber dans les années à venir car, avec le COVID et les confinements, le nombre de violences conjugales à beaucoup augmenté.
- Item très important car la médecine légale est de plus en plus à la mode.

Item 13 – CERTIFICATS MÉDICAUX - DÉCÈS ET LÉGISLATION - PRÉLÈVEMENT D'ORGANE

CERTIFICAT MÉDICAL

Généralités	<p>Certificats médicaux =</p> <ul style="list-style-type: none"> Documents écrits rédigés par un médecin à la demande d'un particulier et destinés à constater des faits d'ordre médical de nature à influencer directement ou indirectement ses intérêts. Document destiné à faire preuve ⚠ Ne doit pas être banalisé, car il engage la responsabilité du médecin qui l'établit. <p>→ Des plaintes (au pénal ou auprès du conseil de l'Ordre) surviennent de plus en plus souvent à la suite de la rédaction hasardeuse de certificats médicaux, notamment à l'occasion de séparations ou de divorces, et en particulier concernant des examens d'enfants.</p> <p>→ impératif de le relire avant de le remettre en mains propres (sauf dérogations légales), aux parents d'un mineur ou aux ayants-droits.</p>
Règles de rédaction d'un certificat médical A ⚠	<p>Les règles de rédaction d'un certificat médical sont définies par le Code de déontologie et le Code de Santé Publique :</p> <p><i>« L'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin, conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires. Tout certificat, ordonnance, attestation ou document délivré par un médecin doit être rédigé lisiblement en langue française et daté, permettre l'identification du praticien dont il émane et être signé par lui. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Se renseigner sur son usage et savoir dire non aux demandes abusives, Examiner personnellement le patient, Rédigé de manière claire et lisible, en langue française, Doit comporter : <ul style="list-style-type: none"> L'identité du patient et l'identité du médecin rédacteur ainsi que son tampon et sa signature : si le sujet n'est pas connu du médecin et s'il n'a pas de pièce d'identité, il faut utiliser des formules de prudence : « déclarant se nommer » ; La date de rédaction et la date de l'examen si différentes : ne jamais antider ou postdater un certificat médical Des constatations uniquement médicales, cliniques et paracliniques, positives ou négatives, Doit être précis, objectif, non interprétatif dans les constatations, surtout s'il comporte les dires d'un patient → utiliser les guillemets ou le conditionnel Doit être délivré dans le respect du secret médical, Un double doit être conservé dans le dossier médical. Concernant le secret médical, seuls les antécédents en lien avec la nature du certificat seront indiqués, avec l'accord du patient. Conditions de forme : <ul style="list-style-type: none"> Papier libre, ordonnance avec identification, formulaires pré-imprimés. Écriture lisible : la lisibilité est un élément important, souvent non respecté. L'illisibilité de certaines parties du certificat peut nuire au patient et engager la responsabilité du rédacteur. Style clair, simple, précis (phrases courtes). Rédaction en français.

		<p>Tout certificat, ordonnance, attestation ou document délivré par un médecin doit être rédigé lisiblement en langue française et daté, permettre l'identification du praticien dont il émane et être signé par lui. Le médecin peut en remettre une traduction au patient dans la langue de celui-ci.</p> <p>Les personnes habilitées à rédiger les certificats sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tout médecin thésé ▪ Internes, si autorisation par le chef de service (donc sous la responsabilité de ce dernier) ▪ Certificats de décès : OBLIGATOIREMENT un Docteur en Médecine (ayant soutenu sa thèse), un remplaçant peut être autorisé par l'ordre des médecins, uniquement dans le cadre de ce remplacement <p>Règles de rédaction certificat médical :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se renseigner sur son usage et savoir dire non aux demandes abusives, ▪ Le médecin rédacteur doit examiner personnellement le patient, ▪ Le certificat doit être rédigé de manière claire et lisible, en langue française, ▪ Le certificat doit comporter : <ul style="list-style-type: none"> - L'identité du patient et l'identité du médecin rédacteur ainsi que son tampon et sa signature, - La date de rédaction et la date de l'examen si différentes, - Des constatations uniquement médicales, cliniques et paracliniques, positives ou négatives, ▪ Le certificat doit être précis, objectif, non interprétatif, surtout s'il comporte les dires d'un patient, ▪ Le certificat doit être délivré dans le respect du secret médical, ▪ Un double doit être conservé dans le dossier médical. <p>Le certificat engage les responsabilités du médecin rédacteur : plus de 20% des plaintes enregistrées auprès du conseil de l'ordre des médecins concernent des certificats médicaux.</p> <p>Il est impératif de le relire avant de le remettre en mains propres (sauf dérogations légales), aux parents d'un mineur ou aux ayant-droits.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Remettre le certificat : <ul style="list-style-type: none"> - À l'intéressé, en mains propres : « <i>établi à la demande de l'intéressé et remis en mains propres</i> ». Cette phrase doit être indiquée en conclusion du certificat médical. La remise directe au patient est un impératif absolu pour préserver le secret professionnel - ⚠ Ne jamais remettre un certificat à un avocat, à la police ou la gendarmerie (en dehors des rapports de réquisition), à la Justice (en dehors des rapports de réquisition ou d'expertise), à un parent ou au conjoint (en effet, certains certificats remis au conjoint ont été utilisés par celui-ci dans une procédure de divorce, bien entendu ignorée du médecin : il s'agit d'une violation du secret professionnel et les médecins peuvent être condamnés dans ces circonstances). <p>Exemple : il ne faut pas écrire</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ « <i>Mme X est victime de violence conjugale</i> » mais « <i>Mme X nous rapporte des violences à son encontre, de la part d'un individu de sexe masculin connu qu'elle décrit comme son conjoint</i> », ▪ « <i>On constate une trace de morsure</i> » mais « <i>On constate une ecchymose bleutée, arrondie, de 4,5cm de diamètre, pouvant être compatible avec le mécanisme lésionnel allégué « morsure »</i> ».
Différents types de	Certificats médicaux obligatoires	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Décès ▪ Constatation de violences (certificat médical initial) ▪ Accident du travail et maladie professionnelle ▪ Demande MDPH

certificats médicaux A		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vaccinations obligatoires ▪ Santé de l'enfant (8^{ème} jour, 9^{ème} mois et 24^{ème} mois) ▪ Certains certificats dans le cadre scolaire ▪ Certains certificats pour de non contre-indication de la pratique sportive <p>En dehors de ces situations prévues par des textes législatifs ou réglementaires, le médecin peut refuser la délivrance d'un certificat médical.</p>
	CàT devant demande abusive ou illicite	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Expliquer au patient les raisons du refus, ▪ Consigner le refus de certificat dans le dossier médical, ▪ Contacter le conseil départemental de l'ordre des médecins en cas de difficultés.

CERTIFICAT DE COUPS ET BLESSURES

Définitions B	<p>Coups et blessures volontaires = Violences infligées de manière intentionnelle à une victime. C'est à dire que l'auteur a délibérément cherché à blesser sa victime, même si l'acte n'était pas prémedité. Les violences tant physiques (coup de poing, de pied...) que psychologiques (menaces, harcèlement...) sont sanctionnées de la même manière.</p> <p>Coups et blessures involontaires = Violences commises de manière non intentionnelle. L'atteinte subie par la victime résulte d'une maladresse ou d'un manquement à une obligation légale de sécurité de la part de l'auteur.</p> <p>Incapacité Totale de Travail (ITT) = Nombre de jours où la victime est dans l'incapacité physique et/ou psychologique d'accomplir seul les actes ordinaires et essentiels de la vie quotidienne (s'habiller, se déplacer, s'alimenter, se laver...) → aucun rapport avec le travail</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Terme juridique et pénal et non médical ▪ Durée d'ITT est le + souvent différente de la durée d'arrêt de travail et de la durée de soins. ▪ Permet au magistrat en charge de l'enquête pénale d'apprécier la gravité des blessures subies, et aura un rôle dans la qualification des infractions et l'orientation vers le tribunal compétent (Tableau 1). ▪ La qualification d'une infraction peut également être modifiée, à l'appréciation du magistrat, en cas de circonstances aggravantes (CA) (Exemple : violences sur mineur de 15 ans, violences par ascendant, violences par conjoint, violences avec armes, violences en réunion...) <p><u>Les peines encourues sont différentes en fonction de la qualification de l'infraction (contravention ou délit)</u></p>
---	---

CONSÉQUENCES DU CERTIFICAT DE COUPS ET BLESSURES : CODE PÉNAL

Durée de l'ITTP	Les faits sont qualifiés de	Juridiction compétente	Conséquences
En cas de coups et blessures volontaires (articles 222-7 à 222-16-3)			
ITTP > 8 jours *	Délit	Tribunal Correctionnel	Amende Prison
ITTP ≤ 8 jours	Contravention	Tribunal de Police	Amende
En cas de coups et blessures involontaires (articles 222-19 à 222-21)			
ITTP > 3 mois	Délit	Tribunal Correctionnel	Amende Prison
ITTP ≤ 3 mois **	Contravention	Tribunal de Police	Amende

* En cas de circonstances aggravantes (personne âgée de moins de 15 ans, personnes vulnérables, violences conjugales...), les mêmes peines seront encourues quelle que soit la durée de l'ITTP (même si ITTP < 8 jours).

** En cas de violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement : amende + prison

<p>Lésions traumatiques élémentaires</p> <p style="color: red; border: 1px solid red; padding: 2px;">B</p>	<p>Lors de la rédaction d'un certificat médical initial, chaque lésion sera à décrire selon un plan identique en veillant à mentionner : type de lésion, couleur, taille et forme, localisation (par rapport à des repères anatomiques).</p>
	<p>Érythème</p> <p>Rougeur, ne persistant que quelques heures et lié à la vasodilatation des vaisseaux superficiels sans suffusion hémorragique sous cutanée.</p> <p><i>Mécanisme lésionnel : contondant plat (qui provient d'un écrasement d'un objet dit contondant avec sur le revêtement cutané), par exemple : une gifle.</i></p>
	<p>Ecchymose</p> <p>Suffusion hémorragique sous cutanée, sans cavité sanguine néoformée. A la palpation on pourra percevoir un œdème, mou, mais pas de cavité néoformée.</p> <p><i>Mécanisme lésionnel : contondant (l'ecchymose peut reproduire la forme de l'objet contondant), écrasement, broiement</i></p>
	<p>Contusions</p> <p>Suffusion hémorragique sous cutanée, sans cavité sanguine néoformée. A la palpation on pourra percevoir un œdème, mou, mais pas de cavité néoformée.</p> <p><i>Mécanisme lésionnel : contondant (l'ecchymose peut reproduire la forme de l'objet contondant), écrasement, broiement.</i></p>
	<p>Hématome</p> <p>Suffusion hémorragique sous cutanée, avec cavité sanguine néoformée. Le relief de la cavité sanguine néoformée est perceptible à la palpation de la peau.</p> <p><i>Mécanisme lésionnel : contondant, écrasement, broiement.</i></p> <p>Coloration = liée au cycle de dégradation de l'hémoglobine par les cellules macrophagiques. Pas de règle absolue concernant l'évolution de cette coloration. Une contusion bleutée, rouge, violacée sera plutôt récente alors qu'une contusion jaunâtre, verdâtre ou brunâtre sera plutôt ancienne.</p> <p>→  Une contusion ne doit jamais être datée précisément sur la simple description clinique.</p>

	Abrasion / érosion / excoriation	Perte de la partie superficielle du revêtement cutané. L'abrasion peut devenir crouteuse en quelques heures. Mécanisme lésionnel en cas d'abrasion fine et linéaire ou arciforme : frottement ou déplacement d'un objet piquant/tranchant/coupant sur la peau. Mécanisme lésionnel en cas d'abrasion plus étendue : frottement.		
	Plaies			
	Plaies à berge nettes	Mécanisme : piquant, tranchant, coupant.	<i>Plaie superficielle, à berge nette, fine et verticale située en regard de l'omoplate gauche. Compatible avec le mécanisme lésionnel allégué par le patient « J'ai reçu un coup de couteau dans le dos »</i>	
	Plaies à berge contuses	Mécanisme : contondant, écrasement, déchirement.	<i>Plaies contuses (Image empruntée au collège de médecine légale)</i>	
	Lésions viscérales, fractures	Ces lésions peuvent résulter de différents mécanismes, notamment contondant (fracture hépatique par exemple) ou piquant (plaie pulmonaire suite à des coups de couteaux thoraciques par exemple). Elles seront le plus fréquemment décrites à partir des examens d'imagerie réalisés.		
	Lésions cicatricielles	Les abrasions, excoriations et différentes plaies pourront évoluer en lésions cicatricielles. Ces lésions sont particulièrement importantes à décrire dans le cadre de violences chroniques (<u>maltraitance par exemple</u>). Les lésions cicatricielles pourront être rosées (début de cicatrisation), puis hyper ou hypo pigmentées, planes ou chéloïdes.		

VIOLENCES AUX FEMMES ET CONJUGUALES A

Épidémiologie A	<p>Prévalence des violences faites aux femmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> Les femmes sont plus fréquemment victimes de violences, que ce soit dans l'espace public (25% des femmes au cours des 12 derniers mois versus 14% des hommes), au travail (20% des femmes au cours des 12 derniers mois versus 15,5% des hommes), ou au sein du couple. <p>Prévalence des violences faites aux femmes au sein du couple (violences conjugales) :</p> <ul style="list-style-type: none"> Les femmes sont plus fréquemment victimes de violences au sein du couple (5% des femmes au cours des 12 derniers mois versus 3% des hommes) 22% des femmes françaises rapportent des violences conjugales au cours de leur vie. < 18% des victimes de violences conjugales déposent plainte. <p>Sur le plan mondial, l'OMS évalue la prévalence des violences conjugales au cours de la vie d'une femme à 26%.</p>
---------------------------	---

Particularités des violences A	<p>Particularités des violences faites aux femmes : Les femmes sont plus fréquemment victimes de violences sexuelles et psychologiques, notamment dans l'espace public.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th colspan="3" style="background-color: #002060; color: white; padding: 5px;">Proportion (%) de personnes selon la situation de violence subie dans les espaces publics dans les 12 derniers mois, par sexe et part des violences déclarées graves</th> </tr> <tr> <th style="background-color: #002060; color: white; padding: 5px;">Catégories de violences</th><th style="background-color: #002060; color: white; padding: 5px;">Femmes</th><th style="background-color: #002060; color: white; padding: 5px;">Hommes</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Insultes</td><td>4,0</td><td>6,0</td></tr> <tr> <td>Drague importune</td><td>15,0</td><td>2,0</td></tr> <tr> <td>Violences physiques</td><td>1,0</td><td>4,0</td></tr> <tr> <td>Harcèlement et atteintes sexuels</td><td>5,0</td><td>2,0</td></tr> <tr> <td>Violences sexuelles</td><td>0,1</td><td>< 0,1</td></tr> <tr> <td>Ensemble des types de violences</td><td>25,1</td><td>14,0</td></tr> </tbody> </table> <p>Particularités des violences faites aux femmes au sein du couple (violences conjugales) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Multiplicité des types de violences : <ul style="list-style-type: none"> - Psychologiques (humiliations, rabaissement...), - Verbales (insultes, menaces...), - Physiques, - Sexuelles, - Économiques (contrôle de l'argent gagné...), - Administratives (retrait des papiers d'identité...), - Sanitaires (refus de consultation médicale...). ▪ Chronicité et récurrence des violences ; ▪ Mécanisme de cycle de violence : Tension, agression, justification, réconciliation avec une accélération du cycle possible ; ▪ Peu de dépôt de plainte (< 18% de manière générale et < 11% pour les violences sexuelles) ; ▪ Conséquences vie entière majeures : santé physique, psychologique, sociale et économique. 	Proportion (%) de personnes selon la situation de violence subie dans les espaces publics dans les 12 derniers mois, par sexe et part des violences déclarées graves			Catégories de violences	Femmes	Hommes	Insultes	4,0	6,0	Drague importune	15,0	2,0	Violences physiques	1,0	4,0	Harcèlement et atteintes sexuels	5,0	2,0	Violences sexuelles	0,1	< 0,1	Ensemble des types de violences	25,1	14,0
Proportion (%) de personnes selon la situation de violence subie dans les espaces publics dans les 12 derniers mois, par sexe et part des violences déclarées graves																									
Catégories de violences	Femmes	Hommes																							
Insultes	4,0	6,0																							
Drague importune	15,0	2,0																							
Violences physiques	1,0	4,0																							
Harcèlement et atteintes sexuels	5,0	2,0																							
Violences sexuelles	0,1	< 0,1																							
Ensemble des types de violences	25,1	14,0																							
Facteurs de vulnérabilité A	<p>Liées à la situation médicale :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Situation de handicap (physique ou psychique), ▪ Grossesse, ▪ Trouble de l'usage de substances psycho actives, ▪ Âges (adolescentes et personnes âgées), <p>Liées à la situation sociale et économique :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Précarité sociale, économique ou familiale, ▪ Difficultés d'accès aux soins, ▪ Non-maitrise de la langue française, ▪ Situation irrégulière sur le territoire français. 																								
Signalement judiciaire	<p>B Signalement judiciaire = porter à la connaissance des autorités compétentes des faits graves nécessitant des mesures appropriées.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Objectif : protéger une personne victime ou d'empêcher la commission d'un meurtre ou d'un suicide. ▪ Dérogation légale au secret médical : le médecin ne peut être poursuivi pour un signalement, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi. ▪ Destinataire : Procureur de la République, par téléphone puis par mail en urgence, avec une copie à la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP) s'il concerne un mineur. 																								

<p>Signalement judiciaire</p>	<p>Repérer la violence conjugale A</p> <p>Poser systématiquement la question :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Avez-vous déjà subi des violences ? ▪ Subissez-vous des violences sexuelles ? ▪ Comment cela se passe à la maison ? ▪ Comment se passent vos rapports intimes ? <p>Questionnaires de dépistage des violences : HITS et PVS</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="544 429 1007 474">HITS</th><th data-bbox="1007 429 1513 474">Partner Violence Screen (PVS)</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="544 474 1007 610"><i>Hurt</i> : est-ce que parfois votre conjoint vous frappe ?</td><td data-bbox="1007 474 1513 610">Avez-vous déjà reçu des coups de pieds, été frappée, poussée ou blessée autrement dans l'année qui vient de s'écouler ? Si oui, par qui ?</td></tr> <tr> <td data-bbox="544 610 1007 722"><i>Insult</i> : est-ce que parfois votre conjoint vous insulte ou parle mal de vous ?</td><td data-bbox="1007 610 1513 722">Vous sentez-vous en sécurité au sein de votre couple ?</td></tr> <tr> <td data-bbox="544 722 1007 835"><i>Threaten</i> : est-ce que parfois votre partenaire vous menace avec une arme blanche ?</td><td data-bbox="1007 722 1513 835">À ce jour, vous sentez-vous menacée par votre (ex-) partenaire ?</td></tr> <tr> <td data-bbox="544 835 1007 940"><i>Scream</i> : est-ce que parfois votre conjoint crie ou profère des paroles insultantes à votre égard ?</td><td data-bbox="1007 835 1513 940"></td></tr> </tbody> </table> <p>Évaluer la dangerosité de la situation</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Présence d'une arme à domicile. ▪ Gravité des violences physiques. ▪ Menace de mort. ▪ Enfants témoins. ▪ Risques suicidaires de la victime. ▪ Risques sociaux professionnels de la victime (risque d'accident du travail en raison de son état psychique). 	HITS	Partner Violence Screen (PVS)	<i>Hurt</i> : est-ce que parfois votre conjoint vous frappe ?	Avez-vous déjà reçu des coups de pieds, été frappée, poussée ou blessée autrement dans l'année qui vient de s'écouler ? Si oui, par qui ?	<i>Insult</i> : est-ce que parfois votre conjoint vous insulte ou parle mal de vous ?	Vous sentez-vous en sécurité au sein de votre couple ?	<i>Threaten</i> : est-ce que parfois votre partenaire vous menace avec une arme blanche ?	À ce jour, vous sentez-vous menacée par votre (ex-) partenaire ?	<i>Scream</i> : est-ce que parfois votre conjoint crie ou profère des paroles insultantes à votre égard ?	
HITS	Partner Violence Screen (PVS)										
<i>Hurt</i> : est-ce que parfois votre conjoint vous frappe ?	Avez-vous déjà reçu des coups de pieds, été frappée, poussée ou blessée autrement dans l'année qui vient de s'écouler ? Si oui, par qui ?										
<i>Insult</i> : est-ce que parfois votre conjoint vous insulte ou parle mal de vous ?	Vous sentez-vous en sécurité au sein de votre couple ?										
<i>Threaten</i> : est-ce que parfois votre partenaire vous menace avec une arme blanche ?	À ce jour, vous sentez-vous menacée par votre (ex-) partenaire ?										
<i>Scream</i> : est-ce que parfois votre conjoint crie ou profère des paroles insultantes à votre égard ?											
<p>Retentissement B</p>	<p>Retentissement psychologique des violences :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Immédiat : sensation de peur, anxiété, troubles du sommeil, troubles alimentaires, risque de majoration des conduites addictives (tabac, alcool, cannabis...), ▪ Trouble de stress post-traumatique : reviviscence (intrusion involontaire et envahissante d'images ou de pensées relatives à l'événement), évitement, troubles de l'humeur (émoussement affectif, perte d'intérêt pour les activités habituelles), hyper vigilance, difficultés de concentration, troubles du sommeil... ▪ Autres troubles psychiatriques : dépression, trouble anxieux, troubles du comportement, conduites suicidaires. <p>Retentissement psychologique des violences conjugales :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Idem ci-dessus ▪ Problèmes émotionnels : honte, culpabilité, impuissance, auto-dévalorisation, ▪ Problèmes du sommeil : difficultés d'endormissement, réveils nocturnes, cauchemars, ▪ Problèmes alimentaires : anorexie ou boulimie, ▪ Problèmes cognitifs : difficultés de concentration et d'attention, pertes de mémoire, ▪ Problèmes psychosomatiques : douleurs diffuses, douleurs abdominales... 										

PEC médico-légale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Établir un certificat descriptif des blessures (qui peut être gardé dans le dossier médical si la femme le souhaite) ▪ Expliquer à la victime le cycle de la violence conjugale. ▪ Rappeler que les violences conjugales constituent un délit et que la victime peut porter plainte dans les services de police ou gendarmerie. ▪ Orienter vers un réseau de partenaires professionnels et associatifs (3919 : Violences Femmes Info, numéro gratuit d'écoute et d'information anonyme et qui n'est pas repérable sur les factures et les téléphones). ▪ Apporter des conseils à la victime pour lui permettre de se protéger face à une situation de crise (scénario de protection) : <ul style="list-style-type: none"> - Identifier des personnes pouvant lui venir en aide en cas d'urgence, - Enregistrer dans son portable et apprendre par cœur des numéros de téléphone importants (service de police, SAMU, Services d'aide aux victimes), - Informer les enfants sur la conduite à tenir (allez chez les voisins, téléphoner au 17...), - Scanner et enregistrer dans une boîte mail connue uniquement de la victime ou déposer en lieux sûrs (proches, associations, avocats...) certains documents indispensables (papier d'identité, carte de sécurité sociale, bulletins de salaire, diplômes, documents bancaires, certificats médicaux, récépissé de dépôts de plainte...), - Ouvrir un compte bancaire personnel sous son nom de naissance avec une adresse différente du conjoint. ▪ Proposer une nouvelle consultation dans un délai court. ▪ Le signalement aux autorités judiciaires : <ul style="list-style-type: none"> - ⚠️ Avec l'accord de la victime, il est possible de signaler au procureur les faits de violences dont elle est victime - Si la femme est en situation de vulnérabilité et considérée comme hors d'état de se protéger (en raison d'un handicap physique ou psychique, d'une dépendance psychologique...), il est possible de signaler au procureur les violences qu'elle subit même sans consentement.
-------------------	--

CERTIFICAT DE DÉCÈS

<p>Définition</p> <p style="text-align: center;">A</p>	<p><u>Mort :</u> Arrêt complet et définitif des fonctions vitales d'un organisme, suivi de la destruction progressive de ses tissus et organes. Le diagnostic de la mort repose sur la constatation simultanée de <u>signes négatifs de vie</u> et de <u>signes positifs de mort</u>.</p> <p><u>Mort suspecte :</u> Décès pour lequel il n'est pas possible d'exclure l'intervention d'un tiers.</p> <p><u>Mort inhabituelle :</u> Décès pour lequel au moins un des éléments suivants est inhabituel : les circonstances du décès, le mode de découverte du corps, l'âge de la victime.</p> <p><u>Mort violente :</u> Tout décès par accident, suicide ou homicide.</p> <p>Ces décès nécessitent de cocher la <u>case obstacle médico-légal</u> sur le certificat de décès.</p>
--	---

Mort = signes négatifs de vie + signes positifs de mort. C'est un état réel et constant.

Signes négatifs de vie	Arrêt des fonctions cardiovasculaires, respiratoires et cérébrales . <ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence de pouls carotidien et fémoral ▪ Absence de bruits cardiaques et respiratoires ▪ Réaliser à minima un DII long sur l'ECG ▪ Absence des réflexes du tronc cérébral
Signes positifs de mort / précoces	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Décroissance thermique : égalisation de la température corporelle avec la température extérieure. Refroidissement cadavérique dans les pays tempérés. Cette décroissance dépendra de nombreux facteurs (température corporelle initiale, poids du corps, habillement, facteurs météorologiques tels que la température extérieure...) ▪ Lividités : fluides de l'organisme vont diffuser vers les parties les plus basses du corps (en fonction de sa position). Zones rouges violacées, déclives, épargnant les zones d'appui. Apparaissent classiquement dans 1^{ère} heure suivant le décès, pourront être partiellement modifiées si le corps est déplacé dans les 12 premières heures suivant le décès, elles seront ensuite fixées.

Signes positifs de mort / précoces	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rigidité : épuisement des stocks d'ATP des cellules musculaires, qui resteront contractées jusqu'à la mise en place des phénomènes de putréfaction lysant les cellules. Les cellules musculaires disposant d'un stock d'ATP, la rigidité n'intervient donc pas immédiatement en post mortem mais débute classiquement > 3 heures, au niveau des articulations temporo mandibulaires, avec extension céphalo-caudale vers le bas du corps. Disparition de la rigidité entre 2 et 4 jours après le décès (importantes variations individuelles)
Signes positifs de mort / tardifs	<p>Signes de décomposition : liés à l'autolyse des cellules et à la colonisation microbienne du corps.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tache verte abdominale, en fosse iliaque droite (en regard du cæcum), qui apparaît classiquement en 48h et est lié à la pullulation microbienne dans le cæcum, ▪ Circulation collatérale posthume, au niveau abdominal initialement, qui apparaît classiquement en 48 - 72h et est lié à la colonisation microbienne des vaisseaux sanguins, ▪ Revêtement cutané rougeâtre, verdâtre ou brunâtre, apparition de phlyctènes, issue de liquides organiques par les cavités creuses du corps, la colonisation du corps par différents insectes (☞ = entomofaune : seul élément permettant de dater la mort avec précision ++)



L'apparition de ces phénomènes est variable en fonction des conditions de conservation du corps, et notamment de la température et de l'hygrométrie extérieure.

Certificat de décès

A

- Certificat obligatoire, disponible en **version papier** ou **informatisée**, 2 modèles (décès néo natal jusqu'au 27^{ème} jours de vie inclus, décès à partir du 28^{ème} jour de vie)
- Réaliser un **examen complet** du corps,
- S'assurer du **caractère réel et constant** de la mort,
- Remplir les volets : **administratif et médical**
- Cocher la **case obstacle médico-légal à l'inhumation (OML)** devant toute mort : suspecte, inhabituelle, violente, pouvant poser un problème de responsabilité (médicale ou accident du travail par exemple), ou devant tout corps non identifié.
- Les opérations funéraires consécutives au décès : possibles uniquement si 3 conditions sont réunies :
 - **Absence d'OML à l'inhumation**
 - **Absence d'obligation de mise en bière**
 - **Respect du délai légal de réalisation**

Certificat papier :

Volet administratif	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Partie administrative et nominative. ▪ Trois feuillets adressés : <ul style="list-style-type: none"> - À la mairie de la chambre funéraire, - À la chambre funéraire, - À la mairie du lieu du décès. ▪ Intérêt : permet la délivrance du permis d'inhumer et de l'acte de décès par l'officier d'état civil.
Volet médical	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Partie médicale et anonyme. ▪ Un feuillet diagnostic adressé au CepiDC Inserm (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès). ▪ 2 modèles : <ul style="list-style-type: none"> - Modèle général - Modèle pour décès néonataux < 27^e jour de vie (≥ 22 SA ou ≥ 500 g) ▪ Intérêt : statistiques des causes de décès
Volet médical complémentaire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Partie médicale et anonyme ▪ Établi si autopsie médico-judiciaire ou recherche médicale ou scientifique de la cause du décès a été réalisée ▪ Transmis par voie électronique au CepiDC Inserm ▪ Intérêt : identique au volet médical

DÉPARTEMENT : []

CERTIFICAT DE DÉCÈS conforme à l'arrêté du 17 juillet 2017

VOLET ADMINISTRATIF À remplir par le médecin ayant constaté le décès

Je soussigné(e) M. _____, docteur en médecine, certifie que le décès de la personne désignée ci-dessous, est réel et constant.
(Nom lisible en majuscules)

(voir au verso 1)

Date et heure (réelle ou estimée) de la mort : _____ / _____ / _____ à _____ h _____

À défaut (impossibilité à établir), date et heure du constat de décès : _____ / _____ / _____ à _____ h _____

INFORMATIONS D'ÉTAT CIVIL

COMMUNE DE DÉCÈS :

Code postal []

NOM :

NOM de jeune fille, le cas échéant :

Prénoms :

Date de naissance : _____ / _____ / _____ Sexe : M F

Domicile :

RÉSERVÉ
À LA MAIRIE

Nombrés à reproduire au verso.

N° d'acte

N° d'ordre du décès

Volet 1 à conserver par l'opérateur funéraire

Réf. 503 101 - Berger-Levrault (1710)

INFORMATIONS FUNÉRAIRES Cocher chaque ligne par oui ou par non

Obstacle médico-légal (voir au verso 2) :

oui non

Même en ce cas, renseigner au mieux l'ensemble du certificat de décès.

Obligation de mise en bière immédiate (voir au verso 5) :

- dans un cercueil hermétique : oui non
- dans un cercueil simple : oui non

Obstacle aux soins de conservation (voir au verso 5) :

oui non

Obstacle au don du corps à la science (voir au verso 5) :

oui non

Recherche de la cause du décès demandée (ou demande en cours) par

prélèvement, examen ou autopsie médicale (voir au verso 3) :

oui non

Si transport de corps nécessaire, délai de (voir au verso 3) :

48 h 72 h

Présence identifiée, au moment du décès, d'une prothèse fonctionnant au moyen d'une pile (voir au verso 4) :

oui non

Si prothèse présente, enlèvement de prothèse déjà effectué par le médecin :

oui non

SIGNATURE À _____, le _____
et cachet obligatoire du médecin

Certificat de décès - recto supérieur = partie administrative (bellon nominative ++)

VOLET MÉDICAL À remplir et à clore par le médecin ayant constaté le décès – Renseignements confidentiels et anonymes
INFORMATIONS RELATIVES AU DÉFUNT

Commune de décès :

Code postal :

Commune de domicile :

Code postal :

Date de décès : date réelle OU constatée

Sexe :

masculin

féminin

Date de naissance :

CAUSES DU DÉCÈS

PARTIE I

Maladie(s) ou affection(s) morbide(s) ayant directement provoqué le décès.

Il s'agit de la maladie, du traumatisme, de l'intoxication, de la complication ayant entraîné la mort (et non du mécanisme de décès comme une syncope, un arrêt cardiaque...).

Intervalle entre le début du processus morbide et le décès
En heures, jours, mois ou ans

a)

due à ou consécutive à : b)

due à ou consécutive à : c)

due à ou consécutive à : d)

La dernière ligne remplie doit correspondre à la cause initiale

PARTIE II

Autres états morbides, facteurs ou états physiologiques (grossesse...) ayant contribué au décès, mais non mentionnés en Partie I

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (cocher la case appropriée pour chaque point)

LIEU DU DÉCÈS

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Domicile (du défunt ou autre) | <input type="checkbox"/> Établissement de santé public |
| <input type="checkbox"/> EHPAD, maison de retraite | <input type="checkbox"/> Établissement de santé privé |
| <input type="checkbox"/> Voie publique | <input type="checkbox"/> Établissement pénitentiaire |
| | <input type="checkbox"/> Autre lieu ou indéterminé |

MORT SUBITE S'agit-il d'un décès brutal et inattendu, évocateur de mort subite* ?

- oui non ne sait pas

* décès non traumatique (adulte, enfant, nourrisson) avec mode de survie brutal (en moins d'une heure ou probablement) et inattendu (exclusion des maladies chroniques au stade terminal)

CIRCONSTANCES APPARENTES DU DÉCÈS

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mort naturelle | <input type="checkbox"/> Faits de guerre |
| <input type="checkbox"/> Accident | <input type="checkbox"/> Complications de soins médicaux, chirurgicaux |
| <input type="checkbox"/> Suicide | <input type="checkbox"/> Investigations en cours |
| <input type="checkbox"/> Atteinte à la vie d'autrui | <input type="checkbox"/> Indéterminées |

EN CAS DE MORT VIOLENTE (accidentelle, délictuelle, suicidaire, criminelle)

Précisez le lieu de survie de l'événement déclencheur :

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Domicile | <input type="checkbox"/> Lieu de sport | <input type="checkbox"/> Voie publique |
| <input type="checkbox"/> Commerce | <input type="checkbox"/> Local industriel, chantier | <input type="checkbox"/> Exploitation agricole |
| <input type="checkbox"/> Etablissement accueillant du public | <input type="checkbox"/> Autre lieu ou indéterminé | |

GROSSESSE La femme décédée était-elle enceinte ?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> non, pas au cours de l'année précédant le décès | <input type="checkbox"/> pas au moment du décès, mais grossesse terminée depuis 42 jours ou moins | <input type="checkbox"/> pas au moment du décès, mais grossesse terminée depuis plus de 42 jours et moins d'1 an |
|--|---|--|

- oui, au moment du décès

- ne sait pas

La grossesse a-t-elle contribué au décès ? oui non ne sait pas

ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE Le décès est-il survenu lors d'une activité professionnelle* ?

- oui non ne sait pas

* toute activité source de revenu (y compris au domicile), les trajets domicile-travail, les déplacements professionnels, etc.

RECHERCHE DE LA CAUSE DU DÉCÈS

Une recherche de la cause du décès a-t-elle été demandée ?

- oui, recherche médicale oui, recherche médico-légale non

Si oui, un volet médical complémentaire sera établi ultérieurement par le médecin ayant réalisé le diagnostic des causes de décès

SIGNATURE Nom lisible et cachet obligatoire du médecin

Certificat de décès électronique :

Conditions d'utilisation :

- Décès certifiés en établissements de santé ou en établissements médico-sociaux : données administratives pouvant être saisies par du personnel administratif habilité, tout en préservant la confidentialité des données (médicales) renseignées par le médecin ;
- Exercice libéral :
 - Carte de professionnel de santé (CPS),
 - Identifiant et mot de passe personnel obtenus auprès de l'Inserm.

Il y a deux parties à renseigner :

- Un **volet administratif** imprimé et signé par le médecin et adressé aux mêmes destinataires que pour le support papier ;
- Un **volet médical** télétransmis en temps réel après cryptage à l'Inserm. Il est possible de préparer et d'enregistrer un certificat avant de revenir le valider dans un délai de 96 heures à compter de sa date de création et, en cas d'erreur, de corriger un certificat déjà validé dans un délai de 96 heures.

Intérêts :

- Mise en place plus rapide de mesures d'alerte et de protection de la population ;
- Amélioration de la qualité des statistiques ;
- Renforcement de la confidentialité.

- **Autopsie médico-légale** : demandée par un magistrat, le plus souvent suite à un obstacle médico-légal à l'inhumation sur le certificat de décès. Elle est régie par le Code de Procédure Pénale. Acte réalisé dans le cadre d'une "enquête aux fins de recherche de la cause de la mort ayant pour but de rechercher l'intervention d'un tiers". **La famille ne peut s'y opposer** 
- **Autopsie médicale** : demandée par un médecin. Elle est encadrée par le Code de Santé Publique. Son but est de comprendre la cause médicale du décès.  La famille peut s'y opposer ou le défunt de son vivant en s'étant inscrit sur le **Registre National des Refus**.

	Autopsie médico-légale	Autopsie médicale ou scientifique
	Art. 230-28 à 230-1 du code de procédure pénale.	Art. L. 1211 et L. 1232-1 du code de la santé publique.
Cadre	Ordonnée par le procureur de la République ou un juge d'instruction.	Réalisé à la demande du corps médical ou de la famille
Consentement, autorisation	Aucun : pas de refus possible.	Recherche de l'absence de consentement (registre national de refus de prélèvement, personne de confiance, famille). Mineur : consentement écrit des titulaires de l'autorité parentale. À titre exceptionnel : réalisation malgré l'opposition de la personne décédée, en cas de nécessité impérieuse pour la santé publique et en l'absence d'autres procédés permettant d'obtenir une certitude diagnostique sur les causes de la mort. Autorisation du directeur de l'établissement où est réalisé l'acte.
Objectifs	Rechercher la ou les cause(s) du décès. Rechercher les circonstances de survenue du décès. Identifier la victime.	Rechercher le diagnostic étiologique post mortem de la pathologie à l'origine du décès d'un patient.
Réalisation	Institut de médecine légale. Réalisation par un ou deux médecins légistes. Autopsie complète et systématique Restauration du corps. Réalisation d'examens complémentaires (radiologiques, anatomopathologiques, toxicologiques, etc...). Restitution orale et écrite des constatations à l'autorité requérante Rapport accessible aux ayants droit via une demande à l'autorité requérante.	Service hospitalier agréé. Réalisation par un anatomopathologiste. Autopsie complète ou ciblée sur un organe ou un système. Restauration du corps. Réalisation d'examens complémentaires possible. Rapport intégré dans le dossier médical. Rapport accessible aux ayants droit via une demande de consultation du dossier du patient (loi du 4 mars 2002).

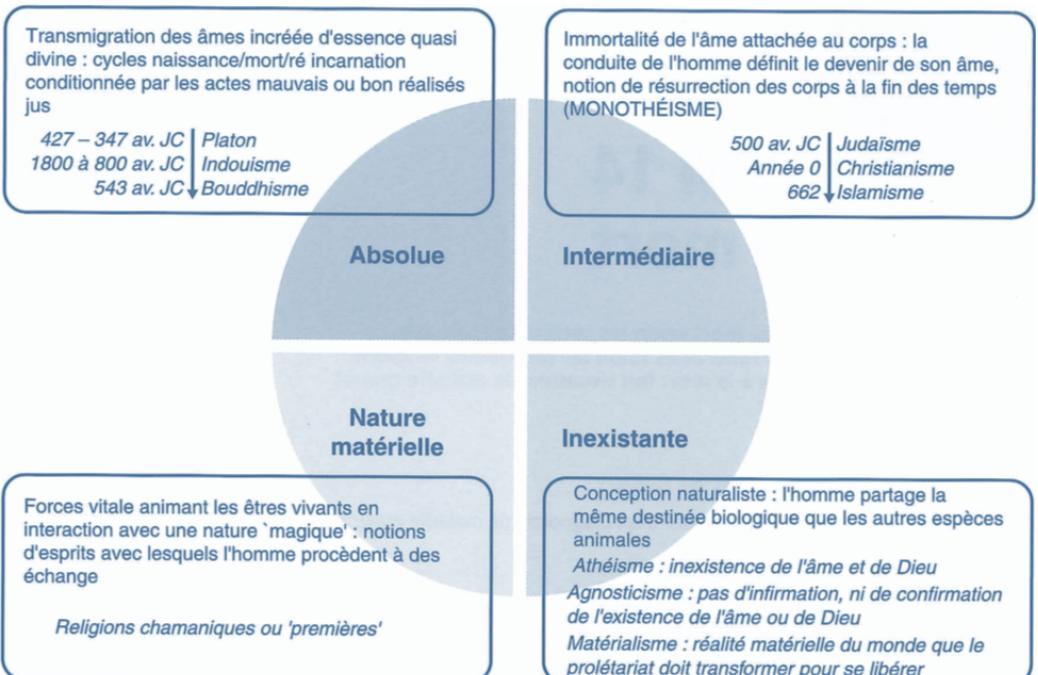


Coups de pouce du rédacteur :

- Item très tombable et à ne pas négliger d'autant plus avec l'actuel conseil scientifique de l'ECN car peut très bien terminer un dossier qui tourne mal.
- La notion d'ITT est à apprendre par cœur car tombe dans plusieurs QI chaque année aux ECN ++.
- Savoir rédiger un certificat médical ++
- Je conseille de faire de la médecine légal/travail/santé publique/ 1 fois par semaine un jour/ moment de la journée où vous êtes moins efficace dans votre travail. (Ça tombe vraiment souvent et ça fait la différence aux ECN ++)

FICHE E-LISA N°14

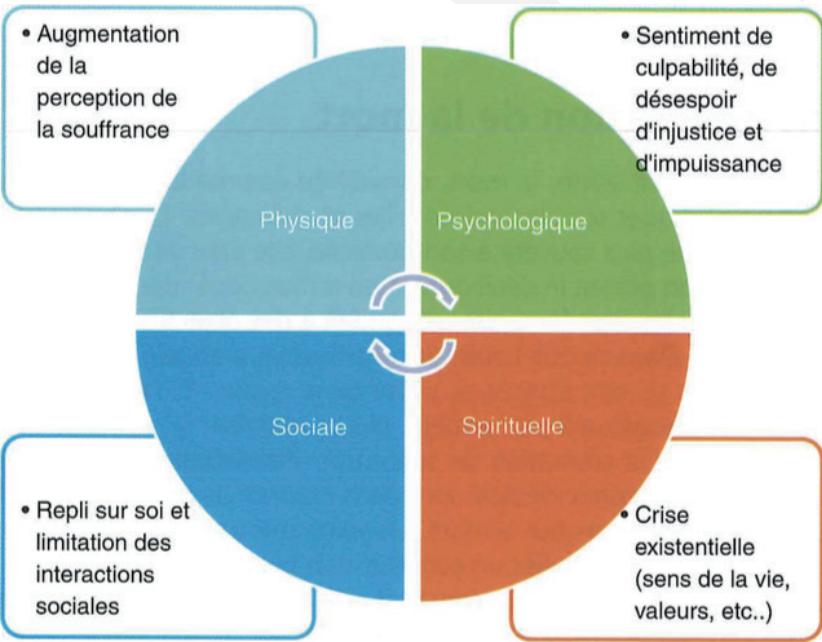
Item 14 – LA MORT

VISION CULTURELLE ET SOCIÉTALE DE LA MORT							
Représentation A	<p>Aujourd’hui, mort = concept plus large que biologique, intégrant la culture et les représentations sacrées quant au devenir individuel et à la destinée finale de l’humanité ; le tout étant étudié par l’eschatologie :</p>  <p>Transmigration des âmes incrée d’essence quasi divine : cycles naissance/mort/ré incarnation conditionnée par les actes mauvais ou bon réalisés jus</p> <p>427 – 347 av. JC Platon 1800 à 800 av. JC Indouisme 543 av. JC Bouddhisme</p> <p>Immortalité de l’âme attachée au corps : la conduite de l’homme définit le devenir de son âme, notion de résurrection des corps à la fin des temps (MONOTHÉISME)</p> <p>500 av. JC Judaïsme Année 0 Christianisme 662 Islamisme</p> <p>Absolue</p> <p>Intermédiaire</p> <p>Nature matérielle</p> <p>Inexistante</p> <p>Forces vitale animant les êtres vivants en interaction avec une nature ‘magique’ : notions d’esprits avec lesquels l’homme procèdent à des échange</p> <p><i>Religions chamaniques ou ‘premières’</i></p> <p>Conception naturaliste : l’homme partage la même destinée biologique que les autres espèces animales</p> <p><i>Athéisme : inexistence de l’âme et de Dieu</i> <i>Agnosticisme : pas d’infirimation, ni de confirmation de l’existence de l’âme ou de Dieu</i> <i>Matérialisme : réalité matérielle du monde que le prolétariat doit transformer pour se libérer</i></p>						
Rites funéraires A	<p>Définis ++ par les systèmes religieux, rites funéraires ou mortuaires = réponse à la mort fondée sur une scénarisation structurée et rassurante transformant un réel inacceptable en un imaginaire contrôlé favorisant la résilience individuelle et collective.</p> <p>D’après Arnold Van Gennep, ultime rite de passage présentant une structure ternaire qui comporte :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une phase de séparation avec le groupe social : sortie de l’individu de son état antérieur, reposant ++ sur la purification (toilette mortuaire, quasi-universelle) afin de transformer et protéger le cadavre • Une phase de latence (liminarité) : individu entre deux statuts (tombe, crémation...) • Une phase d’agrégation ou sacralisation (réintégration) : nouvel état métaphorphosant le mort en un défunt uniquement psychique ou s’appuyant sur du matériel (urne, tombe...) 						
Principaux rites funéraires A	<p>5 principales religions en France, dont la connaissance du fondement et des rites funéraires est cruciale pour conserver en tout temps une attitude respectueuse et non blessante envers le patient décédé et son entourage : le personnel hospitalier doit tout faire pour que les actes rituels soient réalisés décentement.</p> <table border="1" data-bbox="316 1773 1513 2124"> <thead> <tr> <th>Religion</th> <th>Fondements</th> <th>Principes théoriques du rite funéraire</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Catholicisme Croix</td> <td>Dieu = « Père, Fils et Saint-Esprit » constituant la Sainte-Trinité Jugement de l’âme au moment de la mort imposée par la justice divine</td> <td>Toilette mortuaire non ritualisée, acte de charité avec aspersion d’eau bénite et réalisée selon les lieux et la culture de l’entourage Corps allongé mains jointes sur la poitrine, doigts croisés tenant une croix et/ou un chapelet Veillée funéraire possible avec récitation de prières Corps dans un cercueil orné d’une croix, transféré à l’église pour une cérémonie Prélèvement d’organes autorisé</td> </tr> </tbody> </table>	Religion	Fondements	Principes théoriques du rite funéraire	Catholicisme Croix	Dieu = « Père, Fils et Saint-Esprit » constituant la Sainte-Trinité Jugement de l’âme au moment de la mort imposée par la justice divine	Toilette mortuaire non ritualisée, acte de charité avec aspersion d’eau bénite et réalisée selon les lieux et la culture de l’entourage Corps allongé mains jointes sur la poitrine, doigts croisés tenant une croix et/ou un chapelet Veillée funéraire possible avec récitation de prières Corps dans un cercueil orné d’une croix, transféré à l’église pour une cérémonie Prélèvement d’organes autorisé
Religion	Fondements	Principes théoriques du rite funéraire					
Catholicisme Croix	Dieu = « Père, Fils et Saint-Esprit » constituant la Sainte-Trinité Jugement de l’âme au moment de la mort imposée par la justice divine	Toilette mortuaire non ritualisée, acte de charité avec aspersion d’eau bénite et réalisée selon les lieux et la culture de l’entourage Corps allongé mains jointes sur la poitrine, doigts croisés tenant une croix et/ou un chapelet Veillée funéraire possible avec récitation de prières Corps dans un cercueil orné d’une croix, transféré à l’église pour une cérémonie Prélèvement d’organes autorisé					

		Résurrection éternelle des corps à la Fin des Temps	Tolérance pour la crémation avec service religieux possible Deuil à l'appréciation de chacun
	Islam Croissant et étoile	<p>Dieu = Allah, prophète = Mohamed</p> <p>Jugement de l'âme au moment de la séparation du corps, fondé sur les actions/ poids de l'âme</p> <p>Résurrection éternelle à la Fin des Temps</p>	<p>Très grand respect de l'intégrité du corps</p> <p>Présence d'un imam pour la toilette purificatrice par lavage un nombre impair de fois par des personnes du même sexe, et enveloppement du corps dans un nombre impair d'étoffe blanche (linceul)</p> <p>Défunt allongé bras le long du corps ou main gauche sur la poitrine et main droite sur l'avant-bras gauche</p> <p>Veillée du corps avec récitation de prières (sourates)</p> <p>Inhumation théoriquement en terre mais dans un cercueil en France, sur le côté pour faire face à la Mecque si le corps est inhumé dans un « Carré musulman »</p> <p>Lecture de versets du Coran par un imam à l'inhumation</p> <p>Visite de la tombe par les femmes dans un 2nd temps</p> <p>Rites funéraires jusqu'à 40j après le décès</p> <p>Crémation interdite</p> <p>Prélèvement d'organes autorisé</p>
	Judaïsme Étoile de David	<p>Dieu = Yahvé (le Saint) et fondateurs = Moïse, Abraham et David</p> <p>L'Âme quitte le corps après la mort et reste en relation avec lui 12 mois</p> <p>Justes → Éden</p> <p>Impies → géhenne</p>	<p>Interdiction de hâter la mort de quelque façon que ce soit</p> <p>Très grand respect de l'intégrité du corps</p> <p>Toilette purificatrice et coupage des ongles par un membre de la Hevra Kaddisha (confrérie du dernier devoir) et des femmes récitant des psaumes puis enveloppement du corps les yeux et la bouche fermée dans le taltih (châle de prière) ou dans un linceul blanc</p> <p>Veillée du corps : au moins 1 bougie ou 1 veilleuse allumée et les miroirs renversés ou recouverts avec récitation par les proches et un rabbin récitant des psaumes</p> <p>Inhumation la plus rapide possible, théoriquement en terre mais dans un cercueil en France, la tête du défunt reposant sur un petit sac contenant de la terre d'Israël</p> <p>Éloge funèbre prononcé par le rabbin avec coutume pour les parents/enfants de déchirer leur chemise à l'inhumation</p> <p>Crémation interdite</p> <p>Prélèvement d'organes autorisé</p> <p>Deuil en 3 phases durant 1 an</p>
	Bouddhisme Roue du dharma	<p>Voie spirituelle individuelle : pas de relation avec un être supérieur (Dieu)</p> <p>Mort = étape d'une vie dans le Samsara (cycle des existences et de la transmigration de l'âme) reposant la loi de causalité du Karma jusqu'à l'atteinte du Nirvana et de l'éveil</p>	<p>Interdiction de hâter la mort de quelque façon que ce soit</p> <p>Préparation du mourant à accepter sa mort par un moine</p> <p>Toilette mortuaire possible et non ritualisée</p> <p>Défunt allongé les membres dans le prolongement du corps, yeux et bouche fermés et devant être le moins manipulé possible pendant 8 heures</p> <p>Habilage d'un costume avec gants, protège-pieds et recouvre-tête sur tous les orifices de vêtement blanc/doré</p> <p>Rituels journaliers avec récitation de sūtras jusqu'aux funérailles et 49j après</p> <p>Crémation du corps et conservation des cendres au temple (non systématique) ou mise en terre</p> <p>Prélèvement d'organes autorisé</p>

Tabou, invisibilité de la mort A	<p>Jusqu'au XX^{ème}, mort = terme normal de la vie, intégré dans les pratiques sociales avec visite du défunt puis veillée et mise en terre. Ensuite, période de deuil selon le lien familial avec le défunt. À cette époque, rites funéraires répondant à des objectifs individuels et collectifs → désormais, la raison et la technique prennent le pas : maîtrise de la vie jusqu'au dernier moment voire après la mort (choix de crémation). Ainsi, l'homme occidental et le corps médical sont dans l'utopie de progrès infinis de la médecine avec illusion de pouvoir un jour vaincre la mort : soignants formés à guérir donc mort = échec de la médecine pour la famille et non pas simple terme de la vie. Aujourd'hui, les décès ne surviennent plus à domicile mais plutôt dans un contexte médicalisé après arrêt de soins et soulagement de la douleur par des médicaments susceptibles d'entraîner le décès (voire euthanasie ou suicide médicalement assisté selon les pays).</p> <p>Transformation de l'image de la mort : d'antan solidaire et rituelle → maintenant solitaire, hospitalière, hygiénique, sans souffrance et finalement cachée : la confrontation directe à la mort est sortie du quotidien individuel et collectif.</p>
---	--

MORT EN SITUATION DE MALADIE GRAVE

Fin de vie côté patient A	<p>Personne confrontée à la survenue de sa mort à court terme : phase d'ajustement avec des stratégies individuelles +/- efficaces pour se préparer et lutter contre les angoisses de mort qui envahissent la vie du patient avec un retentissement variable physique, psychologique, social et spirituel (image du CEMT).</p>  <p>Le diagramme du CEMT est une roue divisée en quatre quadrants colorés : bleu pour le physique, vert pour le psychologique, bleu pour la sociale et orange pour le spirituel. Chaque quadrant contient une liste de symptômes :</p> <ul style="list-style-type: none"> Physique : Augmentation de la perception de la souffrance Psychologique : Sentiment de culpabilité, de désespoir, d'injustice et d'impuissance Sociale : Repli sur soi et limitation des interactions sociales Spirituelle : Crise existentielle (sens de la vie, valeurs, etc..)
Fin de vie côté entourage et soignants A	<p>Pendant la fin de vie du patient, l'entourage peut s'identifier au malade grave, s'inquiéter pour lui et pour soi-même (d'autant plus en cas de tbs de communication) : il s'agit d'investir le malade comme être encore vivant alors qu'il peut mourir. Concernant les soignants, éléments plus spécifiques : désir et possibilité de soigner/sauver des vies mais aussi accompagnement vers la mort du patient, confrontation à la souffrance et à l'angoisse, à la dégradation et aux blessures du corps ;</p>

	<p><i>in fine</i>, confrontation à une médecine qui n'est pas toute puissante, parfois malgré des actes intrusifs, ce qui peut générer ou réveiller peurs, blessures et souffrance chez le soignant.</p> <p>Origine du mot deuil = latin <i>dolus/dolere</i> (douleur, souffrir), non pathologique mais pouvant faire souffrir en imposant d'affronter le décès d'un proche avec des conséquences émotionnelles, cognitives et comportementales : il s'agit de ressentir et accepter la douleur de la perte puis de s'adapter. Vécu du deuil = accommodation à la perte plutôt qu'acceptation de la mort, entraînant des stratégies d'adaptation (coping). Cependant, vécu et expression du deuil dépendent du contexte socioculturel : deuil = rupture d'un attachement à une figure de sécurité, à un vécu de protection dans les situations de menaces.</p> <p>Qualité de la relation → mort plus ou moins douloureuse selon la proximité.</p>
--	--

RAPPORT À LA MORT

Aspects psychologiques B	<p>Mort omniprésente dans la vie, que ce soit la mort effective, le risque de mort, la maladie grave ou les morts symboliques (pertes). Cessation de vie à distinguer du vécu de la perte et de ses conséquences : notion de finitude de l'être inconcevable pour l'humain, intolérable, peur existentielle : « personne au fond ne croit à sa propre mort ou ce qui revient au même : dans l'inconscient, chacun de nous est persuadé de son immortalité » (Freud). Anticipation de la mort = propre de l'humain, avec une représentation et une conscience de la mort, effective lorsque la conscience de soi devient présente au cours de l'enfance : modalités d'adaptation propres à chaque individu selon ses capacités d'ajustement.</p> <p>Mort = inconnue, incertitude générant de l'angoisse allant jusqu'au blocage des pensées, affects et des comportements adaptés en raison d'un sentiment de détresse parfois majeur. Pour y faire face, <u>processus de lutte permettant à chacun de poursuivre sa vie et ses activités</u>.</p> <p>Réactions humaines diverses : croyances (spirituelles, religieuses), envies de profiter de la vie, humour noir macabre, rêverie, mensonge par omission, rationalisation, défi de la mort (prise de risques) jusqu'au déni ou à la volonté de la dépasser (cryogénérisation...). Ainsi, tentative de mettre la mort à distance ou de la maîtriser dans un contexte culturel et de croyances de la société, avec ses représentations collectives.</p> <p>Faire face aux enjeux de la mort = expérience permettant de rechercher ses valeurs fondamentales, faire des choix majeurs, rebondir et imaginer un nouveau chemin de vie. Expérience parfois révélatrice de concepts positifs comme la résilience ou la croissance post-traumatique.</p>
Aspects philosophiques selon Heidegger B	<p>Lien fort entre temporalité et existence, avec une vraie continuité entre son début « être jeté au monde » et sa suite, expérience du temps orienté vers la mort. Sur ce cheminement, habiter le temps et le monde en explorant le champ des possibles va permettre de contenir une angoisse existentielle : « vivre, c'est vivre en avant de soi », la maladie grave ou la souffrance imposant de regarder la finitude en face, le sujet ne pouvant plus « se cacher la mort ».</p> <p>Ricœur : annonce d'une maladie grave = rupture dans la reconnaissance du moi d'hier avec incapacité de reconnaître, d'imaginer le moi de demain. Accompagnement d'un patient souffrant d'une maladie grave : action permettant une dimension relationnelle de restauration et l'existence de l'autre en le soutenant, le respectant et le faisant vivre en tant qu'« autre ».</p>

Coups de pouce du rédacteur :

Item tout nouveau dans le collège de médecine légale, plus proche de la philo que de la médecine... Je pense qu'il est vraiment important de ne pas chercher à apprendre cet item (y compris le tableau sur les différentes pratiques selon la religion) mais de comprendre que la mort s'associe à des bouleversements émotionnels pour le patient lui-même, ses proches et également les soignants (donc vous !). Le respect des rites funéraires et de la culture du patient décédé est primordial et aidera l'entourage à aller de l'avant, c'est aussi votre rôle, en tant que futur médecin, d'y veiller.

FICHE E-LISA N°16

Item 16 – ORGANISATION DU SYSTÈME DE SOINS

SYSTÈME DE SANTÉ A	
<p>Définition</p> <p>Système de santé : Ensemble des moyens humains et organisationnels permettant de réaliser l'ensemble des activités destinées à la santé. Comprend la santé individuelle (diagnostic et traitement) ainsi que collective (prévention, dépistage)</p> <p>Système de soins : Ensemble des services de santé répartis en 3 niveaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Soins primaires : ensemble des soins de première ligne utilisées en premier recours : généralistes, pédiatres libéraux, infirmiers +++ ▪ Soins secondaires : Soins spécialisés de 2^{ème} recours (médecins spécialistes, services d'hospitalisation de proximité) ▪ Soins tertiaires : Soins très spécialisés et avancés (CHU +++) <p>Loi de modernisation du système de santé (2016) : virage ambulatoire avec soins primaires devenant soins premiers → nouveaux objectifs du système de santé face au :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Risque d'exposition de la population aux infections ▪ Nouveaux enjeux épidémiologique et sociaux nécessitant une adaptation du système de santé ▪ Maladies chroniques avec prise en charge des conséquences de traitements (EI ++) ▪ Risque d'exposition aux différents agents infectieux 	
<p>Administration du système de santé au niveau national B</p> <p>Rôle de l'état :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Définit les politiques de santé publique ▪ Définit les normes de qualité et de sécurité ▪ Veille à la présence d'une offre de soins adéquat dans l'ensemble des territoires ▪ Assure la formation des professionnels de santé et défini les conditions d'exercice de la médecine <p>Moyens à la disposition de l'état :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Parlement : Vote les lois de santé ainsi que la Loi de Financement de la Sécurité Sociale qui fixe l'objectif prévisionnel de dépense pour l'assurance maladie. ▪ Ministère de la santé et de la Prévention : Met en œuvre la politique de santé du gouvernement ▪ Caisse nationale d'assurance maladie : assure la gestion des branches maladies, accident de travail/maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale. L'État et la CNAM fixent ensemble des conventions qui régissent l'activité des médecins ambulatoires : diminution des dépassements d'honoraires, développement du numérique et de la prévention, etc... ▪ Structures sous la dépendance du ministère de la santé : Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), Direction Générale de la Santé (DGS), Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), ... ▪ Agences sanitaires : Organismes capables de donner un avis scientifique au gouvernement pour orienter la politique de santé : Institut National de Veille Sanitaire (InVS), Agence de la Biomédecine, Agence National de Sécurité du Médicament (ANSM), Haute Autorité de Santé (HAS), Santé Publique France,... ▪ Organismes consultatifs pour répondre à des questions précises : Haut Conseil de Santé Publique, Comité Consultatif National d'Éthique, École des Hautes Études de Santé Publique, ... 	

Administration du système de santé au niveau local	<p>Agence régionale de santé (ARS) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Responsables du système de santé au niveau de la région : veille et sécurité sanitaire, financement de la prévention, anticipation et gestion des crises sanitaires ▪ Elles sont responsables de la création des établissements de santé et de la formation des professionnels de santé ▪ Doivent veiller à une égalité d'accès au soin à travers l'ensemble du territoire régional <p>Conseil départemental :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prerogatives sur la prévention et le dépistage ▪ Gèrent les établissements de Protection Maternelle et Infantile (PMI) <p>Conseils communaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestion des habitats, de l'eau, de l'alimentation...
Offre de soins : structures	<p>3042 structures en 2018.</p> <p>Comprendent des établissements publics, privés d'intérêt collectif et privé à but lucratif.</p> <p>La tendance est à la diminution des places d'hospitalisation, au développement de secteurs médico-sociaux et à l'ambulatoire / HDJ</p> <p>Differentes établissements de santé publics :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Centre hospitalier universitaire ou régional ▪ Centre hospitalier spécialisé en psychiatrie ▪ Centres de lutte contre le cancer ▪ Centre hospitalier de proximité ▪ Centres de soins de suites / courte durée ▪ Centre de soins locaux (maisons de santé avec médecins salariés) <p>Differentes établissements de santé privés :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Centre hospitalier privé (clinique) ▪ Médecin ambulatoire installés seul ou en maison médical (exercice regroupé)
Offre de soins : personnel	<p>Médecins :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 222.125 médecins en 2015. ▪ Effectif en augmentation depuis les années 1980. ▪ Densité stable depuis 2015 à raison de 337 médecins /100.000 habitants ▪ 59% exercent en libéral (67% pour les généralistes). ▪ Forte augmentation de médecins > 60 ans ▪ Féminisation de la profession (43% sont des femmes) <p>Autres :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tous les effectifs sont en hausse sauf les chirurgiens-dentistes ▪ 75% des pharmaciens exercent en officine ▪ Forte féminisation des professions notamment les sagefemmes (95,5%)
Système de soins en France	<p>3 modèles de financement du système de santé :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Modèle Beveridge : universel, financé par l'impôt, avec un accès gratuit des résidents (Royaume-Uni) 2. Modèle Bismarckien des assurances sociales professionnelles financé par les cotisations sociales (Allemagne) 3. Modèle libéral où la protection est facultative et assurée par les assurances privées (USA) <p>Système de santé français mixte :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La prise en charge des dépenses de santé dépend des cotisations sociales professionnelles et donc des revenus professionnels ▪ Mais solidarité envers les plus précaires (CMU-C, AME, ...)

<p style="text-align: center;">B</p>	<p>Postes des dépenses de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Soins hospitaliers (50%) : plus gros poste de dépense ▪ Médecine ambulatoire (25%) <p>Problèmes et enjeux du système de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Coût : 16,5% des Français ont renoncé à des soins pour raison financière <ul style="list-style-type: none"> - Remboursement faible pour l'audition, l'optique ou certains professionnels de santé (psychologue ambulatoire) ▪ Accès aux soins : Absence de permanence de soins en médecine ambulatoire => surcharge des systèmes d'urgence <p>Nouvelle convention d'objectifs et de gestion (COG), période 2018-2022 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Améliorer l'accès au système de soins (développement de la télémédecine, dépassements d'honoraires du secteur 2, maisons de santé pluridisciplinaires, reste à charge 0 sur soins dentaires/lunettes/appareils d'audioprothèse) ▪ Actions de prévention (lutte contre le tabagisme, vaccination avec HPV pour les collégiens dorénavant, dépistage organisé des cancers et prévention buccodentaire pour les enfants et les jeunes) ▪ Développer le numérique = point écologique et économique avec le dossier médical partagé, la télémédecine et la e-prescription, lancement de la carte vitale sur smartphone ▪ Intégrer les autres régimes (7 millions nouveaux bénéficiaires et transfert de 4.000 nouveaux collaborateurs) <p>Méthodes pour répartir l'offre de soins au sein du territoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Contrat d'Engagement de Service Public : Allocation mensuelle attribuée aux étudiants en médecine qui s'engagent à exercer dans des zones en sous-densité médicale en secteur 1 ▪ Praticiens territoriaux de Médecine Générale : Aide financière pour les médecins généralistes nouvellement installés en zone sous-dense. ▪ Convention médicale : Mesures financières ou fiscales pour les médecins s'installant en zone sous-dense <ul style="list-style-type: none"> - Fixe les conditions tarifaires des médecins et les dispositions de remboursement des assurés de l'assurance maladie
<p style="text-align: center;">Système conventionnel</p>	<p>Revalorisation de la rémunération des médecins en 2016 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Création des consultations complexes (1^{ère} consultation de contraception, sortie de maternité, prévention IST, suivi du nourrisson, consultations obligatoires en pédiatrie) et très complexes ▪ Forfait médecins traitants : Somme d'argent allouée au médecin traitant en fonction du nombre de patients et de la complexité des patients dans sa patientèle (montant moyen 14.640 €/an) ▪ Rémunération sur des Objectifs de Santé Publique (ROSP) : Somme d'argent alloué aux médecins en fonction de leurs résultats sur des indicateurs de santé publique. Permet d'évaluer la pratique professionnelle du praticien sur ces indicateurs et favorise l'application de bonnes conduites. Elle concerne les médecins traitants, les cardiologues, gastroentérologues, hépatologues, endocrinologues et diabétologues, + et médecins prenant en charge les enfants < 16 ans (généralistes et pédiatres). Jusqu'à 800 points sont disponibles pour un généraliste, les points sont acquis en fonction du pourcentage de patients pour qui l'objectif de santé publique est atteint. Le montant maximal de la ROSP pour un généraliste est de 6.580€/an pour une patientèle de 1.000 personnes

Parcours de soins coordonnés	<p>Tout patient peut désigner un médecin traitant à la CPAM, mais c'est obligatoire après 16 ans Un seul médecin traitant peut être désigné. Il est désigné librement par le patient Le patient doit consulter en premier lieu son médecin traitant pour avoir un remboursement optimal C'est le médecin traitant qui oriente le patient vers les autres médecins (spécialistes)</p> <p>Exceptions :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfants < 16 ans (peuvent nécessiter un médecin traitant mais ne sont pas concernés par le parcours de soins coordonnés) ▪ Consultation d'un psychiatre < 25 ans, d'un gynécologue, d'un ophtalmologue, d'un stomatologue ▪ Consultation loin de son médecin traitant ▪ Consultations aux urgences ou SOS médecin <p>Remboursement :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dans le cadre du parcours de soins : 70% ▪ Si non respect du parcours de soins : 30% <p>Les médecins en secteur 1 peuvent pratiquer des dépassements d'honoraires aux patients qui ne respectent pas le parcours coordonné</p> <p>Pour les patients en ALD porteur de maladie chronique, la HAS rédige des recommandations pour coordonner leur parcours de soins</p>
Traitement de l'information en santé	<p>Toute l'information médicale est synthétisée au sein du Système National des Données de Santé (SNDS)</p> <p>Le SNIIRAM (Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie) regroupe anonymement toutes les informations issues du remboursement de soins de l'assurance maladie que l'on peut corrélérer au sexe, âge et lieu d'habitation.</p> <p>Le SNIIRAM est restituée sous trois formes : base thématique de données agrégées orientée vers une finalité (suivi des dépenses par exemple), échantillon général des bénéficiaires (1/97^e de la population) et base exhaustive</p> <p>Le PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information) synthétise l'activité médicale à partir des données médico-administratives.</p> <p>Comporte 4 champs :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Médecin 2. Chirurgie 3. Obstétrique 4. Odontologie, SSR, psychiatrie, HAD. <p>Base de données sur les causes médicales de décès permis par les certificats de décès qui comportent un volet épidémiologique</p> <p>Données sur le handicap grâce à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie qui sont liés au SNDS</p>
Système de soins en Europe B	<p>Royaume-Uni :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Médecin généraliste aux commandes de l'offre de soins, qui permet l'accès aux spécialistes ▪ Importance de la prévention ▪ Possibilité pour les généralistes d'engager des infirmières et de déléguer certaines de leurs tâches depuis la période Thatcher

- La période Blair a permis de créer des équipes de soins pluridisciplinaires de grande taille en première ligne avec des IDE
- Le parti conservateur a ensuite supprimé ces équipes de soins pluridisciplinaire et a remis l'État au centre des décisions pour diminuer les dépenses en santé. Cependant les généralistes restent en première ligne avec une vraie vocation de diminuer les soins hospitaliers.
- Les consultations spécialisées et les examens biologiques ne sont disponibles qu'à l'hôpital

Allemagne :

- Les caisses d'assurance maladie sont gérées par les représentants des employeurs et de salariés
- L'assurance maladie (publique ou privée) est obligatoire
- Il est possible de choisir une assurance privée si on gagne plus de 5.212,50 € par mois (10% de la population)
- Le choix d'une caisse publique ou privée est irréversible
- Autogestion de chaque caisse qui doit trouver un équilibre
- Engagement pour une diminution du nombre de lits d'hospitalisation

Coups de pouce du rédacteur :

- Connaitre les organismes qui mettent en œuvre la politique de santé publique au niveau national et local
- Connaitre les différents niveaux de soin
- Savoir que le système de santé est financé par l'assurance maladie
- Savoir que le système conventionnel fixe les modalités de remboursement des assurés et le financement des médecins ambulatoires
- Savoir comment fonctionne le parcours de soins coordonnés

Item 17 – TÉLÉMÉDECINE, TÉLÉSANTÉ ET TÉLÉSERVICES EN SANTÉ

GÉNÉRALITÉS A

Définitions	<p>Introduction de la télémédecine en 2004 dans la législation française</p> <p>Télésanté : regroupe la télémédecine et le télésoin</p> <p>Télémédecine : « Pratique de la médecine à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication » (article L. 6316-1 Code santé publique). La télémédecine comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Téléconsultation : consultation à distance entre un professionnel de santé et un patient ▪ Téléconsultation assistée : Consultation à distance entre un professionnel de santé et un patient avec présence d'un autre professionnel de santé avec le patient qui assiste et aide à la téléconsultation ▪ Téléexpertise : Sollicitation d'un avis d'expert par un professionnel de santé à un autre professionnel de santé ▪ Télésurveillance : Transmission de données médicales permettant à un professionnel de santé d'interpréter le suivi médical d'un patient à distance et éventuellement de prendre des décisions concernant sa prise en charge. ▪ Téléassistance : Assistance d'un professionnel de santé par un autre qui est à distance afin de réaliser un acte ▪ Régulation médicale : Télémédecine pratiquée par le centre 15. En 2019, 105 centre 15 ont répondu à près de 40.000 appels par jour. <p>Télésoins : « Forme de pratique de soins à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication » (article L. 6316-2 code santé publique)</p> <p>Outil de coordination : Ensembles d'outils pour coordonner l'ensemble des professionnels de santé qui sont impliqués dans un parcours de soins</p> <p>Messagerie sécurisée : MSSanté est le système national de messagerie sécurisée pour que les professionnels de santé puissent s'échanger des données sensibles</p> <p>Dossier médical partagé : Carnet de santé numérique qui conserve et sécurise les informations de santé des patients</p> <p>Agenda : Outil permettant de centraliser les RDV du patient à partir de son espace</p> <p>e-prescription : Ordonnance dématérialisée entre médecins et pharmaciens</p>
Responsabilité	<p>Il est du devoir du professionnel de santé d'évaluer la pertinence de la télésanté pour réaliser son acte médical, mais aussi de la capacité du patient à utiliser les outils numériques (ou d'un accompagnant) Il doit s'assurer de l'identité du patient et des professionnels de santé impliqués, et tracer dans un dossier patient la réalisation et les aboutissants de la consultation.</p> <p>Le consentement du patient libre et éclairé doit être recherché.</p> <p>Le secret professionnel doit être respecté et l'échange d'informations ne sont possibles qu'entre professionnels participant à la prise en charge d'une même personne. Le patient doit être informé des conditions de stockages des données médicales dans le dossier médical ou autre (ex. application de télésurveillance, web app, etc) et peut s'y opposer. Le professionnel de santé doit choisir l'outil numérique le plus approprié.</p> <p>Pour être remboursée, une téléconsultation doit être réalisée avec un outil de vidéotransmission qui permet au médecin de voir le patient</p>

Intérêts	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diminuer les inégalités d'accès aux soins notamment pour les territoires avec une faible densité de médecins ▪ Renforcer l'accès aux soins de qualité grâce à la télédépense ▪ Améliorer la continuité des soins grâce à la télésanté et la télésurveillance
Télémedecine	<p>La télémédecine est un véritable outil quant aux inégalités d'accès aux soins. En effet, dans les zones dites de "déserts médicaux", la téléconsultation permet un véritable maillage territorial de l'accès aux soins, mais aussi une réponse à certaines exceptions de parcours de soin lors d'absence de médecin traitant ou de remplacement.</p> <p>La qualité doit être au rendez-vous : télédépense et accès à un spécialiste à distance. Avec notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vidéotransmission : qui permet au médecin de voir le patient et inversement ▪ Partage des données : envoi d'un mail par messagerie sécurisée de santé, dossier médical partagé, e-prescription. Avec toujours le respect des obligations relatives au secret professionnel ▪ La continuité des soins constitue la finalité de ces téléconsultations, avec un suivi médical voir médico-social.
Réalisation d'un projet de télémédecine B	<p>Les étapes de création d'un projet de télémédecine dans un territoire ont été identifiées par la HAS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Phase de conception du projet : identification du besoin, description du projet, écriture des cahiers des charges, planification du stockage des données de santé, responsabilité professionnelle, formation des professionnels de santé ▪ Phase de déploiement : calendrier, gestion des risques, coordination de la télémédecine ▪ Phase de réalisation : Organisation de la télémédecine au sein des structures, protocole en cas de panne technique, organisation des sessions de télémédecine ▪ Phase d'expérience : Retour d'expérience et évaluation du projet
Exemples de mise en place	<p>Télépathologie : Mise en place dans les années 1990 en France pour aider à lire les lames à l'aide de numérisation des lames</p> <p>Téléradiologie :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Télédépense : Discussion entre radiologue sur l'interprétation d'une image difficile ▪ Télédagnostic : Lecture d'images lorsqu'il n'y a pas de radiologue sur place <p>Prise en charge de l'AVC :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ A Besançon, connexion d'hôpitaux de périphérie au CHU de Besançon afin que tous les patients puissent bénéficier de l'expertise centralisée du CHU ▪ Mise en commun de plusieurs CHU afin de partager les gardes et ainsi qu'un seul médecin puisse être référent de plusieurs services et puisse surveiller des patients dans d'autres hôpitaux ▪ Téléconsultation avec un neurologue ou un neuroradiologue pour établir un diagnostic ou discuter d'une prise en charge ▪ Télédépense entre un neurologue et un urgentiste ▪ Télédépense lors de la réalisation d'une thrombolyse <p>Santé des personnes détenues :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Téléconsultations entre le détenu et un spécialiste ▪ Télédépense entre les médecins d'une UCSA et des experts à distance ▪ Télédépense médicale pour aider à réaliser certains actes <p>Prise en charge d'une maladie chronique :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Télédialyse et insuffisance rénale ▪ Suivi des données d'un pacemaker... ▪ Suivi photographique d'une cicatrisation de plaies...

Cadre	<p>Un professionnel de santé ne peut pas faire de télémédecine plus de 20% de son temps d'activité Il doit être capable d'utiliser les outils numériques et de s'assurer que ses patients aussi. A défaut il doit s'assurer qu'un accompagnant soit disponible pour que la téléconsultation puisse se faire dans des conditions satisfaisantes.</p> <p>Le cadre doit être calme et adapté à la téléconsultation</p> <p>La téléconsultation doit permettre de répondre au problème de santé posé</p> <p>Le professionnel de santé doit s'assurer du consentement du patient et sa capacité à consentir à la téléconsultation</p> <p>La télémédecine doit s'incorporer dans les parcours de soins et les structures de soins conventionnelles déjà en place</p>
Évaluation d'un projet de télémédecine B	<p>Objectif : déterminer si le programme de télésanté a permis de répondre au problème qui a conduit à sa mise en place</p> <p>Comprends :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Une dimension technique : les moyens sont-ils adaptés ▪ La perception des professionnels de santé et des patients : est-ce acceptable ? ▪ De l'organisation et de son incorporation dans les prises en charge ▪ De la formation des professionnels et des patients ▪ Des difficultés administratives, économiques, techniques, sociales ou déontologiques éventuellement rencontrées



Coups de pouce du rédacteur :

- Savoir que la télémédecine se développe et que son développement est encadré par la HAS
- Connaitre les définitions
- Connaitre les avantages de la télémédecine mais aussi ses complications
- Connaitre le cadre légal et les obligations du professionnel de santé qui réalise un acte de télésanté
- Savoir que diverses pratiques sont comprises au sein de la télésanté

Item 18 – SANTÉ ET NUMÉRIQUE

DONNÉES PATIENTS A

Définitions B A B A B A A	<p>Ce sont les données relatives au patient et qui sont produites par les professionnels de santé lors des soins</p> <p>Données de routine : Données collectées en routine lors de la prise en charge des patients pour la traçabilité et la communication entre professionnels. Elles contiennent :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Information médico-administratives : identité, coordonnées, protections sociales... ▪ Informations médicales : clinique, soins, prescriptions, imagerie, biologie, ... <p>Données produites par le patient : Données produites par l'utilisation volontaire et consciente par le patient de dispositifs numériques (Ex : automesure tensionnelle, automesure de glycémies ...) </p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le patient doit être informé de l'utilité de ces automesures ▪ Les données ainsi produites sont régies par les lois Informatiques et Liberté de la CNIL ▪ Il faut veiller à une interopérabilité entre le logiciel du capteur du patient et le logiciel utilisé par le professionnel de santé qui devra interpréter les mesures <p>Données de biologie moléculaire : Ensemble des résultats produits par la biologie moléculaire (génomique, transcriptomique, métabolomique...). Données massives mais structurées entrant dans le champ des big datas et de la bioinformatique. Ces données comprennent :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le génome ▪ Le métagénome (ADN ou ARN ribosomal d'une population de micro-organisme) ▪ L'épigénome : modifications complexes de l'ADN comme la méthylation ▪ Le transcriptome : transcrits d'ARN messager ▪ Le protéome : ensemble des protéines produites par une cellule à un instant t donné ▪ Le métabolome : ensemble des produits métaboliques dans une cellule à un instant t donné <p>Mobile Health (m-Santé) : Pratiques médicales et de santé publiques qui reposent sur les dispositifs mobiles (smartphone, système de surveillance sans fil...). Regroupe les dispositifs médicaux (nécessitent un marquage CE) et les applications. Ces applications peuvent servir :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ A l'automesure ▪ A la communication entre patient et professionnel de santé : télémédecine, télésanté, téléservice ▪ A la diffusion d'informations de santé publique (Ex. application TousAntiCovid) ▪ Système d'aides à la décision pour les usagers ou les professionnels de santé <p>Système d'information : Ensemble des ressources matérielles, logicielles et humaines pour acquérir, stocker, traiter et partager les informations de santé. Ce système est divisé en plusieurs sous-systèmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Processus de soins : logiciel d'imagerie, logiciel de gestion du dossier patient, logiciel biologie... ▪ Processus support : logiciel d'admission, de gestion des plannings de consultations... ▪ Processus de pilotage : logiciel d'analyse des risques ou de l'activité...
--	--

	<p>Interopérabilité : Capacité à plusieurs systèmes d'informations à échanger ou utiliser les informations entre eux.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Interopérabilité technique : Possibilité technique (bonne connectique, logiciels compatibles) ▪ Interopérabilité syntaxique : Données compréhensibles par l'autre système (exemple comprendre que le sexe « M » et « masculin » et « Masculin » désignent des hommes) ▪ Interopérabilité sémantique : Les mêmes codages sont utilisés partout (exemple codage CIM-10 d'un côté et autre système de codage de l'autre)
Utilisation des données	<p>Les données peuvent être récupérées sous forme :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Structurées : tableau de données ▪ Non structurées : texte libre, image... ▪ Semi-structuré : documents non structurés mais dont les informations sont catégorisées <p>Seules les données structurées et codées peuvent être utilisés informatiquement</p> <p>Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) a pour but de transformer les données de routine en données codées et structurées exploitables informatiquement. Ce sont les Départements d'Information Médicale (DIM) qui sont chargés de ce programme</p> <p>Les informations ainsi codées sont toujours soumises au secret médical L'informatisation facilite le partage des informations médicales entre professionnels qui participent à la prise en charge conjointe d'un patient (= équipe de soins). Seules les informations nécessaires à la prise en charge du patient peuvent être visualisés par chaque professionnel de santé</p> <p>B</p> <p>Réutilisation des données : Utilisation de données existantes pour un autre but que celui pour lesquelles elles ont été initialement collectés (exemple utiliser des données de codage administratif pour de la recherche médicale). Peut poser un problème de qualité des données</p> <p>B</p> <p>Big data : Base de données caractérisés par un grand volume, une grande variété et une grande vélocité de production</p> <p>B</p> <p>Intelligence artificielle : Utilisation d'algorithme capables d'analyser des données complexes pour tirer des conclusions sans intervention humaine :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ IA forte : IA possédant une forme de conscience capable de raisonnement complexe (= Sciences fiction) ▪ IA faible : IA capable uniquement d'une tâche spécifiée (mais qui peut être complexe) <p>B</p> <p>Machine Learning : Utilisation d'une grosse base de données pour entraîner une machine à effectuer une tâche complexe bien spécifiée</p> <p>B</p> <p>Entrepôts de données : Lieu virtuel de stockage de l'ensemble de données produites par un système d'information.</p> <p>B</p> <p>La recherche clinique peut utiliser ces données ainsi produites et collectées mais doit s'assurer qu'elles sont non biaisées et permettent de répondre à la question posée</p>
Système d'aide à la décision médicale	<p>Système informatisé délivrant une information personnalisée en fonction du patient, de ses caractéristiques, afin d'améliorer les résultats de santé chez le patient, ce système permet :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ D'améliorer la conformité des décisions quant aux recommandations ▪ Entre dans le cadre de l'intelligence artificielle et donc dans le domaine de la recherche

	<ul style="list-style-type: none"> Permet d'octroyer un meilleur traitement pour un patient donné à un moment donné, sur la base de guidelines ou recommandations de bonne pratique <p>Il existe un logiciel d'Aide à la Prescription (LAP) qui est automatique et permet de déclencher une sorte d'alerte en cas d'anomalies détectées. Attention il ne vérifie pas les indications ou hypothèses médicales ni même le choix d'un traitement plutôt qu'un autre.</p> <p>Comme tout système, il existe des limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> L'erreur : tout système informatique peut planter Confiance : le clinicien à une confiance souvent très forte, il est important de conserver un bon sens critique Acceptabilité : inversement il existe des médecins qui ont une forte méfiance voire une phobie du développement technologique, et peuvent bloquer ce type de système
<p>Traitements des données</p> <p style="text-align: center;">B</p>	<p>Analyse descriptive : Représentation primaire des données afin de dégager des tendances et des corrélations à l'aide de graphique et d'indicateurs de positions et de dispersion (moyenne, médiane, écart-type...)</p> <p>Apprentissage automatique : Création d'un modèle à partir d'une base de données pour réaliser une tâche spécifique (comme de la prédiction)</p> <ul style="list-style-type: none"> Méthode supervisée : on cherche à prédire une variable connue à l'aide d'autres variables dites explicatives Méthode non supervisée : on cherche à prédire une variable mais qui ne peut être connue, basée sur des groupes d'individus qui ont des caractéristiques différentes <p>Ces méthodes peuvent être appliqués :</p> <ul style="list-style-type: none"> A l'échelle individuelle : suivi individuel, stratification d'un risque, aide diagnostic, aide à la décision, assistance ou télémédecine... A l'échelle populationnelle : veille épidémiologique, optimisation des soins A l'échelle de la recherche : suivi de cohorte, essais clinique, génération d'hypothèse de travail... <p>Règlementation sur le traitement des données : Règlement général sur la Protection des Données (RGPD) :</p> <ul style="list-style-type: none"> Renforce le contrôle de l'utilisation des données par les citoyens, responsabilisent les acteurs, uniformise la réglementation dans l'UE Le traitement doit être légal, la finalité doit être déterminé au préalable et autorisé, les données concédées doivent être uniquement celles nécessaire à la réalisation du travail et conservées pendant une période limitée et réglementaire, les données doivent être sécurisés Les citoyens peuvent accéder à leurs données, les rectifier, s'opposer à leur utilisation ou les effacer ou les transférer à un autre prestataire <p>Données à caractère personnel : données identifiables par le nom ou un numéro d'identifiant</p> <p>Commission nationale de l'information et des libertés : Autorité indépendante compétente sur le traitement des données personnelles. Elle propose un référentiel pour aider les professionnels à être en conformité et des méthodologies de référence pour la recherche</p> <p>Délégué à la protection des données : Les établissements de santé ont l'obligation d'avoir un DPD qui est en lien avec la CNIL</p> <p>Anonymisation des données : Processus qui rend impossible l'identification des personnes dont sont issus les données. Cela diminue le potentiel d'analyse des données</p>

	<p>Pseudonymisation des données : Processus qui remplace les identités par des pseudonymes rendant impossible l'identification directe mais qui préserve les capacités d'analyse</p> <p>Système d'aide à la décision médicale (SADM) : Système permettant de fournir une information personnalisée en fonction des caractéristiques du patient. Ces systèmes permettent :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Une aide diagnostic ▪ Une aide à la prescription ▪ Une aide à la prise en charge thérapeutique ▪ Une aide au suivi ou à la prévention ▪ De coter un score clinique <p>Ces systèmes doivent avoir une interface de récupération des données (saisie manuelle ou automatique) puis une méthode d'analyse et d'aide à la décision. 2 méthodes sont possibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Approche logico-symbolique : algorithme fondé sur les connaissances actuelles (règles) que l'on applique avec les caractéristiques du patient. Cet algorithme se base donc sur des recommandations de bonne pratique ▪ Approche par machine learning : Entrainement d'un algorithme à partir d'un échantillon puis évaluation de l'algorithme sur un autre échantillon puis application de l'algorithme à notre patient. Cette méthode se base sur une base de données de patients traités <p>Ces systèmes peuvent aussi être passif et surveiller le comportement de l'utilisateur pour faire une alerte en cas d'anomalie</p> <p>L'évaluation de ces systèmes repose sur leur performance (nombre d'erreur), l'acceptabilité par les cliniciens, le sens critique, l'adéquation aux recommandations, le bénéfice clinique pour les patients et leur applicabilité en pratique clinique</p>
--	---

S'INFORMER EN SANTÉ A

<p>Sources d'informations pour la pratique clinique</p> B	<p>Sites internet parlant de santé : les sites qui respectent un code de déontologie ont un HON code (Health on the Net)</p> <p>Base de données documentaires : Pubmed, Embase, Cochrane library, Cairn, Google Scholar...</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Littérature blanche : articles publiés dans une revue avec comité de relecture (peer-review) ▪ Littérature grise : articles publiés sans comité de relecture <p>Recommandations officielles : recommandations produites par la HAS permettant de synthétiser la littérature</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fiche de bon usage des médicaments ▪ Recommandation de bonne pratique
<p>Médias sociaux</p>	<p>Essor dans les années 2000 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Forums patients (Dosctissimo) ▪ Médias sociaux (Facebook, YouTube) <p>Permettent au patient de ne pas être seul et de faire des regroupements de malades</p> <p>Professionnalisation des forums à l'aide de community managers</p> <p>Certains médias sociaux peuvent émettre des avis négatifs envers les professionnels de santé (e-réputation)</p> <p>Littératie en santé : Capacité pour le patient de trouver et d'utiliser les informations nécessaires à sa propre santé</p> <p>Infodémie : Propagation rapide d'une information fausse en santé</p>

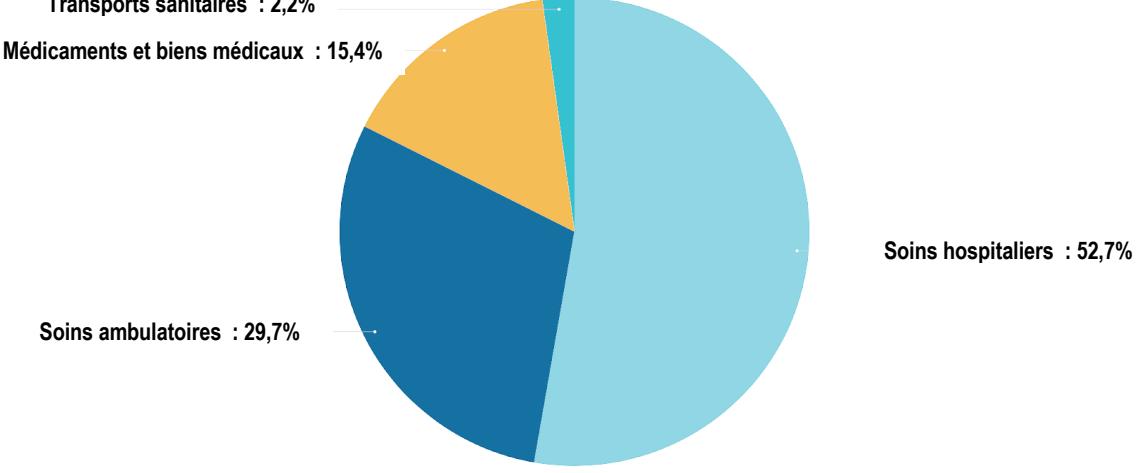
Coups de pouce du rédacteur :

- Chapitre avec beaucoup de définitions sur la santé numérique
- Savoir que tous les hôpitaux collectent des données médicales qu'il faut ensuite coder pour pouvoir exploiter
- Savoir que les données de santé doivent être sécurisés et qu'il existe des règles pour les collecter, les stocker et les exploiter
- Savoir que l'IA et les méthodes de big data permettent d'exploiter des volumes toujours plus importants de données médicales
- Savoir que les patients ont accès facilement avec internet à des informations médicales qui ne sont pas toujours de bonne qualité

FICHE E-LISA N°19

Item 19 – PROTECTION SOCIALE ET ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

PROTECTION SOCIALE EN FRANCE A	
Définition	<p>Protection sociale : Ensemble des moyens de protections à disposition des citoyens contre les risques sociaux et leurs conséquences financières</p> <p>Risques sociaux : situations telle que la vieillesse, la maladie ou encore le chômage susceptible de compromettre la sécurité financière d'un individu ou de sa famille en provoquant un déséquilibre à savoir : une baisse de ses ressources ou une hausse des dépenses</p>
Fonctionnement de l'assurance maladie	<p>Financement par les cotisations sociales prélevées sur les revenus</p> <p>Mutualisation des risques : Ceux à qui il n'est rien arrivé cotisent pour ceux à qui un risque est arrivé</p> <p>Protection contre la perte d'emploi, la maladie, la vieillesse ou les accidents de travail pour ceux qui cotisent et leurs ayants droit.</p> <p>Assistance sociale pour les plus démunis : Revenus de Solidarité Active, Allocation adultes handicapés</p> <p>Protection universelle pour certains risques : cas des allocations familiales non proportionnelles aux revenus</p> <p>Rôles de l'assurance maladie :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Définit quels actes sont remboursables et à quelle hauteur (plus simple depuis la tarification à l'acte car il permet de définir les actes, le tarif conventionné et le taux de remboursement) ▪ Négocie les conventions avec les médecins ambulatoires ▪ Planifie l'offre de soins en coopération avec les ARS ▪ Informent les assurés et les professionnels de santé du fonctionnement du système de protection sociale ▪ Réfléchissent à l'optimisation du système
Organisation de la sécurité sociale	<p>Systèmes de régimes en fonction de l'activité professionnelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Régime général : 88 % de la population (salariés, étudiants, simples résidents, indépendants) ▪ Régime agricole : 5 % ▪ 130 Régimes spéciaux : 7 % (fonction publique, collectivités territoriales, EDF, SNCF...) <p>Régime général :</p> <p>Composé de 4 branches autonomes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Maladie, maternité, invalidité, AT/MP : sécurité sociale 2. Famille : Caisse d'allocations familiales 3. Vieillesse : Assurance retraite 4. Recouvrement : URSSAF <ul style="list-style-type: none"> ▪ + branche autonomie en cours de constitution
Prestations sociales	<p>6 catégories de prestations sociales :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vieillesse : pensions de retraite (environ 50 %) 2. Santé : Remboursements de soins, indemnités journalières d'arrêt de travail, invalidité (env. 33%) 3. Famille : Allocations familiales et bourses de scolarité

	<p>Tiers payant : Possibilité que la sécurité sociale honore directement le praticien. Le patient n'a donc à avancer que le ticket modérateur et non</p>										
Dépense médicale	<p>La consommation de soins et de biens médicaux représente la valeur des biens et services médicaux consommés sur le territoire national par les résidents et non-résidents pour la satisfaction de leurs besoins de santé individuels, concourant au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé</p> <p style="text-align: center;">Répartition des dépenses de santé</p>  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Catégorie</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Soins hospitaliers</td> <td>52,7%</td> </tr> <tr> <td>Soins ambulatoires</td> <td>29,7%</td> </tr> <tr> <td>Médicaments et biens médicaux</td> <td>15,4%</td> </tr> <tr> <td>Transports sanitaires</td> <td>2,2%</td> </tr> </tbody> </table>	Catégorie	Pourcentage	Soins hospitaliers	52,7%	Soins ambulatoires	29,7%	Médicaments et biens médicaux	15,4%	Transports sanitaires	2,2%
Catégorie	Pourcentage										
Soins hospitaliers	52,7%										
Soins ambulatoires	29,7%										
Médicaments et biens médicaux	15,4%										
Transports sanitaires	2,2%										
Évolution des prestations sociales	<p>Les prestations sociales augmentent plus vite que la production de richesse nationale : 24 % du PIB en 1981 contre 31% en 2018</p> <p>La France est le pays européen où la plus grande partie de la richesse est convertie en prestations sociales : presque 1/3 de la richesse</p> <p>Les prestations vieillisses représentent la majorité des prestations sociales en 2018 : 81% (papy-boom)</p>										
Financement de la protection sociale B	<p>Cotisations sociales : versées obligatoirement par les salariés, travailleurs indépendants et employeurs. A noter aussi la journée de solidarité (ou contribution solidarité autonomie)</p> <p>Cotisations fiscales : Transfert de ressources vers la sécurité sociale, taxes (alcool, tabac), impôt sur le salaire, impôt sur le revenu (CSG et CRDS)</p> <p>Contribution publique de l'État</p> <p>Les cotisations sociales restent la première source de revenu, mais est en baisse par rapport aux cotisations fiscales.</p> <p>Les prestations sociales augmentent plus vite que la richesse nationale et donc que les cotisations sociales, d'où l'obligation d'avoir d'autres rentrées d'argent...</p> <p>La loi de financement de la Sécurité Sociale (LFSS) détermine les conditions générales de son équilibre financier en fonction des prévisions de dépenses et recettes. Elle est votée tous les ans. Elle permet de quantifier les objectifs de l'assurance maladie : dépenses de soins de ville, dépenses relatives à la T2A, dépenses des établissements de santé, dépenses pour les personnes âgées et handicapées...</p>										

Négociations conventionnelles	<p>Les conventions régissent comment les médecins ambulatoires conventionnés sont rémunérés et leurs patients remboursés. Les objectifs de ces dernières années sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcer l'accès aux soins pour les patients fragiles : doublement de la rémunération des généralistes qui font des visites à domicile des personnes âgées ou dépendantes, valorisation des constitutions de dossier pour la MDPH, augmentation des tarifs pour la pédiatrie et la psychiatrie ▪ Mise en place de services d'accès aux soins pour les consultations non programmées, revalorisation des astreintes ambulatoires le soir et le week-end par les médecins libéraux ▪ Consolidation du parcours de soins : majoration de la télé expertise et des avis ponctuels de consultants ▪ Accompagnement du virage numérique
Accès au système de protection sociale	<p>La protection universelle maladie (PUMA) couvre les frais de santé de toute personne qui travaille ou simplement réside de manière stable en France. Il n'y a donc plus besoin de justifier d'une activité minimale.</p> <p>L'Aide Médicale d'État est accordé aux étrangers en situation irrégulière qui sont sur le territoire français depuis plus de 3 mois afin de couvrir les frais de santé.</p>

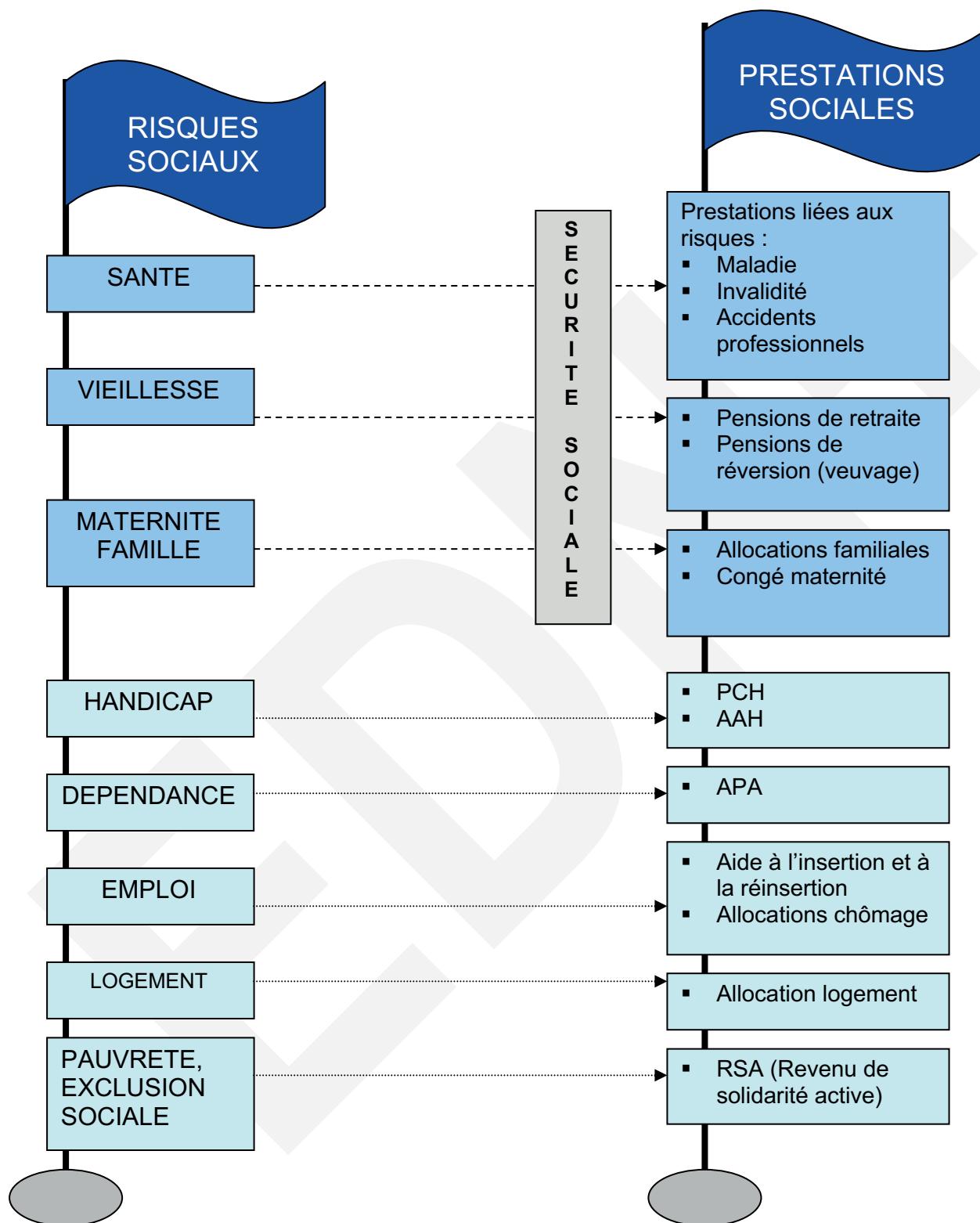
ÉCONOMIE DE LA SANTÉ B

Définition	<p>Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) : Valeurs des biens et services médicaux consommés sur le territoire (par les résidents et non-résidents). Comprends :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les soins hospitaliers (48,1%) ▪ Les soins ambulatoires (27,3%) ▪ Les médicaments (14,4%) ▪ Les transports (2,2%) ▪ En 2020 : 209,2 milliards d'euros soit 3.109 €/habitant. Forte augmentation du fait de l'épidémie de COVID-19 <p>Dépense courante en santé : Coût de toutes les dépenses engagées pour la santé (publiques et privées)</p> <p>A Il s'agit de l'agrégat le plus pratique pour les comparaisons internationales</p> <p>Il comprend : les dépenses hospitalières, ambulatoires, les biens médicaux, les dépenses pour les malades, les subventions au système de soins et la prévention ainsi que les couts de gestion.</p> <p>En 2020 : 284,5 milliards d'euros soit 12,4% du PIB.</p> <p>Les dépenses en santé vont augmenter du fait d'un vieillissement de la population, de l'innovation médicale qui va rendre certains soins très coûteux, d'une amélioration de l'accès aux soins, et d'un défaut de coordination du fait de la spécialisation des soins.</p> <p>Pour contrer ces coûts, les méthodes sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Logique de dissociation : diminuer le niveau de prise en charge, mais risque d'inégalité d'accès aux soins ▪ Logique d'encadrement : diminution du nombre de médecins et de structures ▪ Logique d'incitation : modifier le comportement des usagers et des prescripteurs ▪ Logique d'évaluation : Évaluer et améliorer les pratiques professionnelles des médecins ▪ Logique de coordinations : Optimisation des parcours de soins
-------------------	--

💡 Coups de pouce du rédacteur :

- Savoir que le système de sécurité social est un modèle mixte
- Connaitre les grandes lignes du fonctionnement de la sécurité sociale
- Savoir quelles sont les prestations de l'assurance maladie, et comment elles sont recouvertes
- Connaitre les grandes notions de l'économie de la santé

LA PROTECTION SOCIALE : RISQUES SOCIAUX ET PRESTATIONS SOCIALES



Item 20 – MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE EN SANTÉ

RECHERCHE EN SANTÉ A

Définitions sur la recherche

Recherche en santé : Ensemble des études visant le développement de connaissances en santé. Elle s'organise en fonction de la politique de recherche nationale, de la programmation des moyens, et de la mise en œuvre de la recherche par les laboratoires.

Méthodologie de la recherche en santé : Organisation rationnelle pour pouvoir répondre à une question scientifique

Cycle de la recherche :

B

1. Formulation d'hypothèse au vu des connaissances actuelles
2. Rédaction d'un protocole de recherche en vue d'obtenir des fonds
3. Sélection de protocoles de recherches qui se voient remettre des fonds
4. Phase de recherche
5. Rédaction d'articles médicaux et soumissions de ces articles à des journaux avec comité de relecture
6. Refus ou acceptation de la publication par les journaux. Les articles publiés permettent de formuler de nouvelles hypothèses de recherche

Recherche clinique : Études ou expérimentations pratiquées sur l'être humain afin de développer des connaissances biologiques ou médicales.

Promoteur : Personne physique ou morale qui conduit et gère la recherche. Responsable des obligations légales et de la contraction d'une assurance

Investigateur : Personne physique qui dirige et surveille la réalisation de la recherche et sa conformité au protocole sur le terrain

Sujet de recherche : Personne qui se prête à un projet de recherche. Doit avoir un numéro de sécurité sociale et donner son consentement libre et éclairé

Déterminant de santé : Caractéristique médicale ou comportementale d'un sujet

Objectifs de la recherche clinique :

- Décrire un phénomène de santé
- Expliquer un phénomène de santé
- Mettre au point ou évaluer un test diagnostic ou pronostic

Organisation

L'organisation Française de la recherche en santé chemine entre 3 types d'institution :

Qui ?	Quoi ?	Comment ?
Ministères de la santé et de la recherche	Définit la politique de la recherche au niveau national	Précise l'organisation et octroie l'allocations des moyens dédiés à la recherche sur le budget de l'État
Agence nationale de la recherche (ANR)	Programmation qui permet la répartition des moyens	Coopère avec des agences spécifiques, comme l'Agence nationale de recherche SIDA ou encore l'Institut national du cancer du Sein.
CHU, universités, INSERM, CNRS	Mise en place de l'étude / la recherche	Dépend du type d'étude (cf. plus bas)

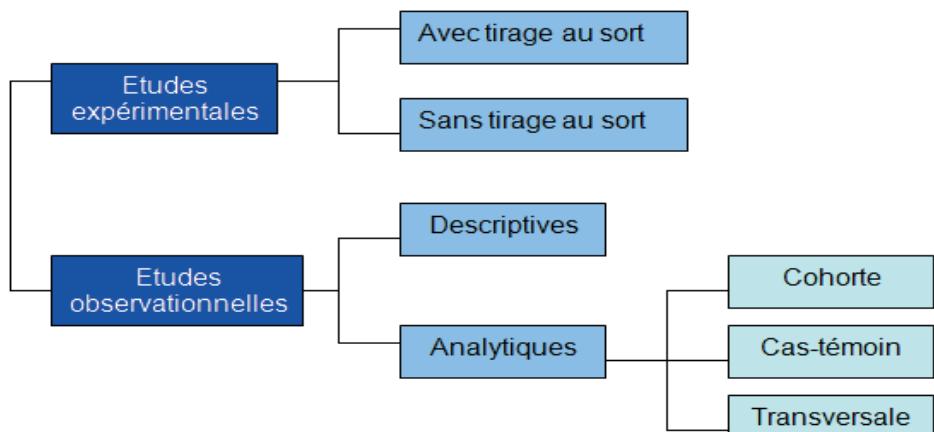
Types d'étude	<p>Étude épidémiologique : Recherche dont l'objectif est :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ De décrire l'état de santé d'une population ▪ D'analyser des déterminants de santé ▪ D'évaluer des interventions de santé <p>Étude épidémiologique descriptive : Décrivent des prévalences ou des incidences de déterminants de santé dans une population sans les expliquer (Ex. prévalence de patients séropositifs dans la population).</p> <p>Étude épidémiologique explicative : Recherche dont l'objectif et d'affirmer ou d'infirmer l'existence d'une association entre l'exposition à un déterminant de santé et l'apparition d'une maladie et de quantifier l'ampleur de cette association si elle existe</p> <p>Étude épidémiologique analytique : Étude qui évalue des associations entre des déterminants de santé et des facteurs de risques ou protecteurs (Ex. Facteurs de risque de contracter le VIH) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Étude de cohorte exposés – non exposés ▪ Étude cas-témoin </p> <p>Étude expérimentale : Réalisation d'une intervention non habituelle après randomisation des sujets qui participent à l'étude (Ex. Essai clinique)</p>
Biostatistiques B	<p>Ces méthodes de recherche en santé sont basées sur les biostatistiques.</p> <p>Dans la mesure où l'étude ne peut porter sur l'ensemble de la population, on travaille sur des échantillons qui peuvent fluctuer étant donné les fluctuations d'échantillonnage.</p> <p>Les biostatistiques permettent de déterminer si les différences retrouvées sont possiblement liées à ces fluctuations d'échantillonnages ou si elles sont liées à de vraies différences de santé dans les populations. Cela permet ainsi de savoir la force de l'inférence statistique, c'est-à-dire de la possibilité d'extrapoler ou non les résultats de notre étude à l'ensemble des sujets de la population dont est issu notre échantillon.</p> <p>Population : Ensembles d'individus qui partagent des caractéristiques d'intérêt communes</p> <p>Échantillon : groupe d'individus tiré au sort au sein d'une population source. La population source doit être choisie afin de ressembler au maximum à la population cible, c'est-à-dire la population pour laquelle on souhaite répondre à la question. L'échantillon doit être suffisamment conséquent et proportionné afin d'être révélatif de la population source au sein de laquelle elle a été sélectionnée</p> <p>Groupe d'intérêt : Population source dont est issu l'échantillon de travail et qui possède les caractéristiques d'intérêt pour l'étude</p> <p>Groupe comparateur : Dans les études expérimentales, il s'agit de la fraction de la population source qui ne bénéficie pas de l'expérimentation et qui va donc permettre de mesurer l'impact de cette expérimentation par comparaison des groupes comparateurs et expérimentaux. Le groupe comparateur n'existe donc pas dans les études descriptives</p> <p>Risque alpha : risque de conclure à tort à une différence qui n'existe pas</p> <p>Risque bêta : risque de ne pas conclure à tort à une différence qui existe bel et bien</p> <p>Puissance : risque de conclure à raison à une différence qui existe bel et bien</p>

Méthodologie de la recherche B	<p>Choix de la population : Critères d'inclusion permettant de savoir à qui s'adresseront les conclusions de l'étude.</p> <p>Protocole : Ensemble des procédures qui seront appliquées au cours de la recherche. Décrit l'ensemble des outils méthodologiques et statistiques qui seront utilisées Il n'est pas possible de le modifier en cours d'étude.</p> <p>Plan d'analyse statistique : Méthode d'analyses biostatistiques des résultats prévus avant le début de l'étude et décrit dans le protocole de recherche.</p> <p>Problématique de recherche : Question à laquelle on souhaite répondre. La question est formulée en fonction des connaissances actuelles (et donc d'un manque de connaissance sur cette question), mais aussi en fonction d'hypothèses de travail et de la possibilité de répondre à cette problématique (coût, existence de données et d'outils méthodologiques adéquats)</p> <p>Hypothèses de recherche : Supposition sur l'existence ou non d'association qu'il convient d'affirmer ou d'infirmier à l'aide d'une étude bien menée</p> <p>Critère de jugement principal : Critère sur lequel l'étude va conclure pour répondre à la question posée</p> <p>Critère de jugements secondaires : Critères accessoires mais jugés importants qui seront étudiés mais sur lesquels on ne pourra pas conclure pour répondre à la question posée</p> <p>Nombre de sujets nécessaires : Nombre de sujets qu'il faut inclure dans l'étude afin de pouvoir réaliser les statistiques qui permettront de juger du critère de jugement principal. Dépend du risque alpha, bêta, de l'incidence de l'événement attendu dans la population et de l'effet du traitement attendu</p> <p>Étude prospective : L'information sur l'exposition est recueillie au cours du temps, avant que l'événement du critère de jugement ne soit survenu</p> <p>Étude rétrospective : L'information sur l'exposition est recueillie après coup, après que l'événement du critère de jugement ne soit survenu</p> <p>Biais : Ensemble des écarts au protocole ou erreurs méthodologiques qui risquent de faire aboutir les chercheurs à de mauvaises conclusions</p> <p>Promoteur : Personne physique ou morale (entreprise) qui prend l'initiative de conduire la recherche. Il doit obtenir l'avis des CPP et des autorités compétentes, financer la recherche et souscrire éventuellement des assurances pour les recherches interventionnelles</p> <p>Investigateur : Personne physique qui surveille la réalisation de la recherche au sein d'un centre participant : inclus les sujets, opère le protocole de recherche, recueille les données, déclare les événements indésirables ou les écarts au protocole</p> <p>Personne se prêtant à la recherche : Personne adhérant à un protocole de recherche. Ces personnes doivent avoir une information claire et loyale avant l'inclusion (souvent orale avec un résumé écrit). En France, ces personnes doivent être affiliées à la Sécurité Sociale. Ces personnes peuvent retirer leur consentement à tout moment.</p>
Règlementation de la recherche clinique	<p>Loi Jardé : régit la recherche sur les personnes (Code santé publique L 1121-1 et suivants)</p> <p>Loi bioéthique : régit les recherches sur des collections biologiques</p> <p>Loi informatique et liberté : Régit les recherches sur les bases de données</p> <p>Recherche sur les personnes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Recherche interventionnelle : recherche avec intervention sur la personne humaine qui n'est pas habituelle et qui peut comporter un risque (Ex : essai clinique sur des médicaments)

	<ul style="list-style-type: none"> Recherche interventionnelle avec risques et contraintes minimes (Ex. rajout d'intervention minime) Recherche non interventionnelle : pas de modification des soins prodigués <p>Les études qui n'entrent pas dans le cadre de la Loi Jardé sont donc les études qui n'ont pas de finalité médicale : les recherches sur les produits cosmétiques, les enquêtes de satisfaction, l'évaluation de l'exercice des professionnels de santé, etc....</p> <p>Obligations légales avant de commencer une recherche médicale :</p> <ul style="list-style-type: none"> Avis du comité de protection des personnes (CPP) : avis sur l'aspect éthique et méthodologique du protocole, autorise ou refuse les projets de recherche. Obligatoire pour les recherches interventionnelles CNIL : Autorisation pour enregistrer ou récupérer des données informatiques ANSM : Autorisation pour utiliser des produits pharmaceutiques Accord écrit du patient obligatoire pour les recherches interventionnelles. 															
Principes de la recherche clinique	<p>Bienfaisance : Seuls les patients qui ont un intérêt individuel à participer à un programme de recherche peuvent y être inclus</p> <p>Non-malfaisance : Il faut interrompre toute recherche qui a des effets néfastes sur des personnes</p> <p>Autonomie : Chacun est libre de participer ou non à la recherche après information éclairée</p> <p>Justice : Tous les malades doivent avoir un accès égal à la recherche et à ses fruits</p> <p>Universel : L'accès ne diffère pas selon son origine géographique ou culturel</p>															
Phases de l'essai clinique	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>POPULATION</th><th>OBJECTIFS</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PHASE I</td><td>Volontaires sains Petit nombre (Malades dans certains cas, en cancérologie par exemple)</td><td> <ul style="list-style-type: none"> Tolérance (dose maximale tolérée) Toxicité Pharmacocinétique </td></tr> <tr> <td>PHASE II</td><td>Malades Petit nombre</td><td> <ul style="list-style-type: none"> Efficacité (dose efficace) Pharmacodynamie </td></tr> <tr> <td>PHASE III</td><td>Malades Grand nombre</td><td> <ul style="list-style-type: none"> Efficacité comparative Toxicité Rapport bénéfice/risque </td></tr> <tr> <td>PHASE IV</td><td>Population générale Après AMM</td><td> <ul style="list-style-type: none"> Pharmacovigilance Recherche de nouvelles indications </td></tr> </tbody> </table> <p>Pharmacocinétique = étude du devenir du médicament dans l'organisme : absorption, métabolisme, distribution et élimination</p> <p>Pharmacodynamie = effet du médicament sur l'organisme</p> <p>Toxicité = effets secondaires</p> <p>AMM = Autorisation de Mise sur le Marché</p>		POPULATION	OBJECTIFS	PHASE I	Volontaires sains Petit nombre (Malades dans certains cas, en cancérologie par exemple)	<ul style="list-style-type: none"> Tolérance (dose maximale tolérée) Toxicité Pharmacocinétique 	PHASE II	Malades Petit nombre	<ul style="list-style-type: none"> Efficacité (dose efficace) Pharmacodynamie 	PHASE III	Malades Grand nombre	<ul style="list-style-type: none"> Efficacité comparative Toxicité Rapport bénéfice/risque 	PHASE IV	Population générale Après AMM	<ul style="list-style-type: none"> Pharmacovigilance Recherche de nouvelles indications
	POPULATION	OBJECTIFS														
PHASE I	Volontaires sains Petit nombre (Malades dans certains cas, en cancérologie par exemple)	<ul style="list-style-type: none"> Tolérance (dose maximale tolérée) Toxicité Pharmacocinétique 														
PHASE II	Malades Petit nombre	<ul style="list-style-type: none"> Efficacité (dose efficace) Pharmacodynamie 														
PHASE III	Malades Grand nombre	<ul style="list-style-type: none"> Efficacité comparative Toxicité Rapport bénéfice/risque 														
PHASE IV	Population générale Après AMM	<ul style="list-style-type: none"> Pharmacovigilance Recherche de nouvelles indications 														
Niveaux de preuve HAS	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>Niveau 1</td><td> <ul style="list-style-type: none"> Essais comparatifs randomisés de forte puissance Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés Analyse de décision fondée sur des études bien menées </td></tr> <tr> <td>Niveau 2</td><td> <ul style="list-style-type: none"> Essais comparatifs randomisés de faible puissance Études comparatives non randomisées bien menées Études de cohortes </td></tr> <tr> <td>Niveau 3</td><td> <ul style="list-style-type: none"> Études cas témoins </td></tr> <tr> <td>Niveau 4</td><td> <ul style="list-style-type: none"> Études comparatives comportant des biais importants Études rétrospectives Séries de cas Études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale) </td></tr> </tbody> </table>	Niveau 1	<ul style="list-style-type: none"> Essais comparatifs randomisés de forte puissance Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés Analyse de décision fondée sur des études bien menées 	Niveau 2	<ul style="list-style-type: none"> Essais comparatifs randomisés de faible puissance Études comparatives non randomisées bien menées Études de cohortes 	Niveau 3	<ul style="list-style-type: none"> Études cas témoins 	Niveau 4	<ul style="list-style-type: none"> Études comparatives comportant des biais importants Études rétrospectives Séries de cas Études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale) 							
Niveau 1	<ul style="list-style-type: none"> Essais comparatifs randomisés de forte puissance Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés Analyse de décision fondée sur des études bien menées 															
Niveau 2	<ul style="list-style-type: none"> Essais comparatifs randomisés de faible puissance Études comparatives non randomisées bien menées Études de cohortes 															
Niveau 3	<ul style="list-style-type: none"> Études cas témoins 															
Niveau 4	<ul style="list-style-type: none"> Études comparatives comportant des biais importants Études rétrospectives Séries de cas Études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale) 															

MÉTHODOLOGIE DES DIFFÉRENTS TYPES DE RECHERCHE

Les différents types d'études épidémiologiques

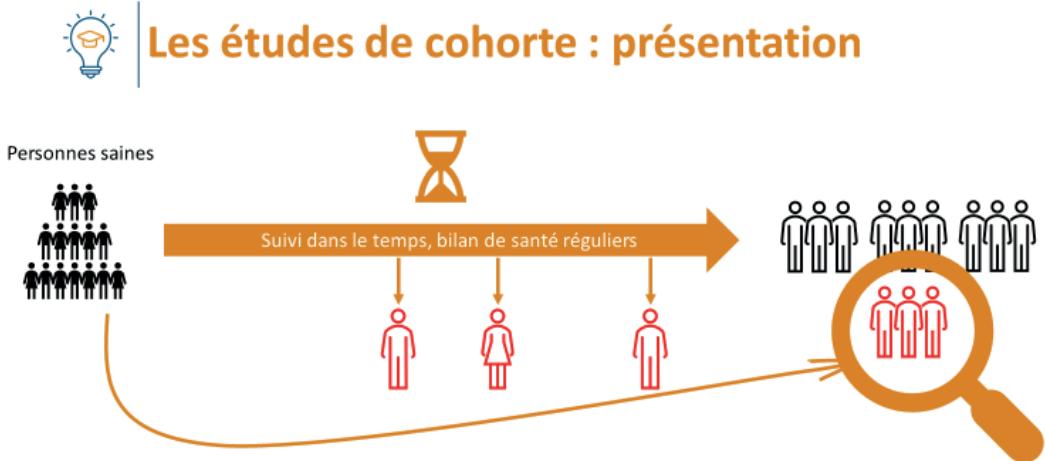


Objectifs des enquêtes observationnelles analytiques : étudier les liens entre une maladie (M) et une exposition (E)

Étude transversale

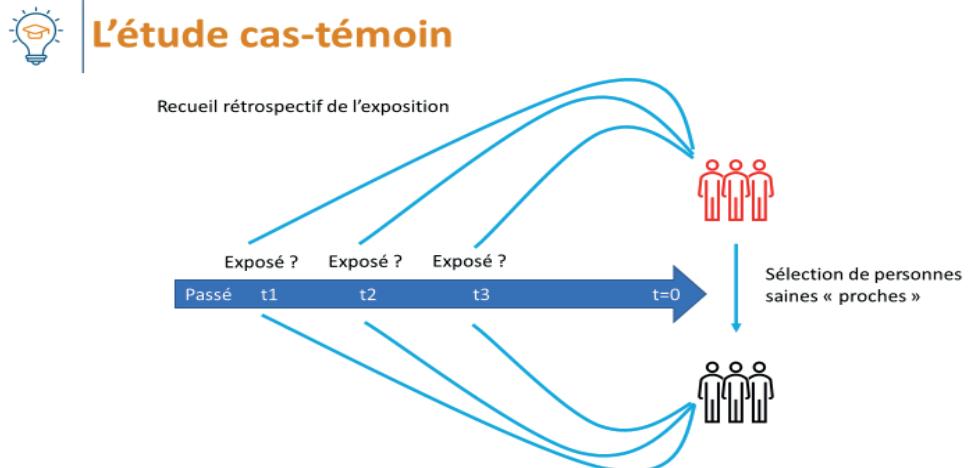
Vision instantanée à un instant t d'une situation épidémiologique sans suivi de la cohorte
Permet de calculer une incidence ou une prévalence à un instant t

Étude de cohorte



Niveau de preuve HAS : Niveau 2.

Étude cas-témoin



Niveau de preuve HAS : Niveau 3



Cohorte versus Cas-témoins

Comparaison cohorte et cas témoin

	Étude de Cohorte	Étude Cas-témoin
Adaptée aux maladies rares	Non, taille de la cohorte à adapter	Oui+++
Adaptée aux expositions rares	Oui +++	Non
Étude de plusieurs maladies	Oui	Non
Difficulté de mise en place	Importante selon la taille de la cohorte	Non
Biais	Faible si bonne méthodologie	Plus important
Résultats	RR et OR et incidence	OR, Incidence chez les témoins

Autres schémas de recherche

Cas-témoin niché : Enquête cas-témoin dont les cas et les témoins sont sélectionnés au sein d'une cohorte. Le caractère prospectif de la cohorte permet un recueil de données plus qualitatif

Cas-croisé : Enquête cas-témoin où chaque cas est aussi son propre témoin, mais à une autre période. Permet de limiter les risques de biais de confusion.

Cas-cohorte : Enquête de cohorte où au début de l'étude, on sélectionne une sous-cohorte. Cet échantillon pourra servir à réaliser une étude cas-témoin ultérieurement, en prenant tous les cas de l'étude et de les apparter aux témoins de la sous-cohorte.

Mesures d'association

Table de contingence :

	Malades	Non malades	TOTAL
Exposés	E+M+	E+M-	E+
Non-exposés	E-M+	E-M-	E-
TOTAL	M+	M-	T

Risque relatif (Risk Ratio) : Rapport entre l'incidence de la maladie chez les exposés et l'incidence de la maladie chez les non-exposés

$$RR = \frac{P(M^+ \setminus E^+)}{P(M^+ \setminus E^-)}$$

Rapport de cote (Odds ratio) : Rapport de la cote estimée chez les exposés et de la côte estimée chez les non-exposés

$$OR = \frac{\frac{E^+ M^+}{E^- M^+}}{\frac{E^+ M^-}{E^- M^-}} = \frac{(E^+ M^+ * E^- M^-)}{(E^- M^+ * E^+ M^-)}$$

OR proche de RR si maladie rare !

Réduction absolue du risque : $RAR = \frac{Incidence_{exposé}}{Incidence_{non exposé}}$

Réduction relative du risque : $RRR = 1 - RR$

Risque attribuable : proportion de cas attribuable au facteur de risque dans la population globale.

$$RA = \frac{f(RR-1)}{f(RR-1)+1} \quad (\text{avec } f \text{ prévalence de l'exposition dans la population}).$$

Fraction étiologique : proportion de cas attribuable au facteur de risque parmi la population exposée.

$$FR = \frac{RR - 1}{RR}$$

Interprétation des OR et RR	<p>⚠️ Les OR et RR s'interprètent en fonction de l'intervalle de confiance !</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si OR ou RR > 1, il s'agit d'un facteur de risque ▪ Si OR ou RR < 1, il s'agit d'un facteur protecteur <p>Si 1 est compris dans l'intervalle de confiance : le risque n'est pas significatif.</p>
Essai clinique	<p>Essai de supériorité : chercher à montrer l'efficacité d'une prise en charge par rapport à d'autre(s)</p> <p>Essai de non-infériorité : chercher à montrer l'absence de non-infériorité d'une prise en charge par rapport à d'autre(s)</p> <p>Méthodologie : On randomise les patients dans différents groupes. Chaque groupe subi une intervention différente.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Analyse en Intention de Traiter (ITT) : les patients sont analysés dans le groupe assigné dans la randomisation, même si le traitement n'a pas été pris ▪ Analyse en per-protocole (PP) : les patients sont analysés en fonction du traitement réellement pris, même si ce n'est pas le traitement assigné par la randomisation. Utile pour les analyses de non-infériorité ou pour les analyses des effets indésirables. ▪ Aveugle : Le patient ne sait pas quel traitement il prend. Peut nécessiter l'utilisation d'un placebo ▪ Double aveugle : Le patient et le médecin ne savent pas quel traitement est pris par le sujet. ▪ Analyse en sous-groupe : analyse sur seulement une partie de la population recrutée. Ne permet pas de tirer de conclusion formelle (car le nombre de sujets nécessaires n'est pas atteint) ▪ Analyse intermédiaire : analyse avant la fin du recrutement complet. Permet d'arrêter l'étude avant la fin pour toxicité trop importante ou pour efficacité
Principaux biais	<p>Biais de sélection : les patients sélectionnés ne sont pas représentatifs de la population cible</p> <p>Biais de classement : Le critère de jugement n'est pas bien mesuré</p> <p>Biais de suivi : Le suivi n'est pas identique chez tous les patients</p> <p>Biais de confusion : Un effet est attribué à tort à un déterminant de santé alors que cet effet et ce déterminant de santé sont en réalité causés par ce facteur de confusion</p> <p>Biais d'attrition : Différences entre les groupes du fait d'une analyse en per-protocole.</p> <p>Exemple d'une étude qui trouve que les statines sont associées à d'avantage de maladies cardiovasculaire (surprenant car les statines protègent des maladies cardiovasculaires) à cause d'un facteur de confusion non pris en compte : l'âge.</p> <pre> graph TD Statine[Statine] --> Maladies[Maladies cardiovasculaires] Age[Âge] --> Maladies Age --> Consommation[Les personnes âgées consomment plus de statine] Consommation --> Statine </pre> <p>L'appariement sur les facteurs de confusion dans les études cas-témoin, la stratification ou l'ajustement des analyses multivariées sur les facteurs de confusion permettent de prendre en compte les facteurs de confusion.</p>
Facteur d'interaction B	<p>Facteur qui module l'association entre un déterminant de santé et la maladie</p> <p>Exemple de la durée et de l'intensité de tabagisme sur le cancer du poumon :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La durée de tabagisme est un facteur de risque de cancer du poumon ▪ L'intensité de tabagisme est un facteur de risque de cancer du poumon ▪ Mais lorsqu'on fume depuis longtemps avec une intensité importante, on démultiplie le risque de cancer du poumon.

<p>Notion de causalité</p>	<p>La causalité est conclue à l'aide des critères de Bradford Hill :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Force de l'association : Plus l'OR ou le RR est important, moins cet effet peut être expliqué par des facteurs de confusion et donc il y a plus de chance qu'il s'agisse d'une cause ▪ Stabilité de l'association : Répétition dans le temps et dans l'espace ▪ Cohérence : Vrai quel que soit la population ▪ Spécificité : La cause est la seule explication de la maladie ▪ Temporalité : La cause doit précéder la maladie ▪ Relation dose-effet : Plus on est exposé, plus le risque est important ▪ Plausibilité / Preuve expérimentale : Connaissances physiopathologiques ▪ Analogie : Présence d'explications alternatives plausibles <p>La conclusion à la causalité résulte d'une discussion et tous les critères ne sont pas indispensable.</p> <p>⚠ Retenir qu'on ne peut généralement pas conclure à la causalité à l'aide d'une seule étude (même très bien menée !)</p>
-----------------------------------	---

💡 Coups de pouce du rédacteur :

- Connaitre les impératifs légaux à la recherche clinique
- Connaitre la méthodologie de la recherche clinique et expérimentale (LCA ++)
- Connaitre les différents types d'étude épidémiologiques (qui peuvent tous tomber en LCA !)
- Connaitre les avantages et les inconvénients des études cas-témoin et des études de cohorte
- Savoir comment on conclue à la causalité (et qu'on le fait rarement en LCA à la lecture d'un seul article !)
- Connaitre la définition des différents biais et savoir ce qu'est une interaction

Item 21 – MESURE DE L’ÉTAT DE SANTÉ D’UNE POPULATION

MESURE DE L’ÉTAT DE SANTÉ D’UNE POPULATION A

Indicateur de santé	<p>Indicateur : Variable quantitative mesurable qui décrive l'état de santé d'une population. Ces indicateurs permettent de décrire, de comparer ou de suivre l'état de santé d'une population. Un bon indicateur doit être valide (mesure correctement ce qu'il est censé mesurer), sensible au changement (se modifie quand l'état de santé de la population est modifié) et fiable (même résultats dans des situations identiques)</p> <p>Ces indicateurs sont gérés par les structures régionales (ARS, observatoires régionaux), nationales (Santé publique France, INSEE) ou internationales (OMS).</p> <p>Les indicateurs sociodémographiques sont produits annuellement par l'INSEE, soit par recensement exhaustif pour les communes < 10.000 hab, soit par sondage de 8% des logements pour les autres communes.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Exemple : indicateur de mortalité : informations recueillies grâce au CépiDC qui collecte les informations du volet anonyme épidémiologique des certificats de décès <p>Il est nécessaire de coupler plusieurs indicateurs de santé afin d'avoir une vision d'ensemble de l'état de santé d'une population.</p> <p>Limites des indicateurs de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nécessité de coupler plusieurs indicateurs de santé afin d'avoir une vision d'ensemble de l'état de santé d'une population ▪ Attention aux indicateurs de mortalité qui comporte peu d'information sur les pathologies non létales et sur l'impact économique/la qualité de vie des pathologies chroniques ▪ Poids des décès dans la population âgée étant plus important il fausse la moyenne, ainsi le taux de mortalité globale est peu utile pour rendre compte de la mortalité dans la population d'une certaine tranche d'âge (par exemple chez les jeunes) ▪ L'indicateurs de morbidité est lui un reflet partiel de l'impact des pathologies car il ne prend pas en compte l'incapacité, le handicap et donc la qualité de vie. Il vaut mieux coupler cela avec les échelles/scores des différentes maladies afin d'évaluer de manière entière la morbidité associé <p>Exemples d'indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Espérance de vie : durée de vie moyenne d'une génération fictive soumise aux conditions de mortalité de l'année de naissance. Elle est en augmentation depuis la seconde guerre mondiale jusqu'à la pandémie de COVID19. Aujourd'hui, elle est de 79,2 ans pour les hommes et 85,3 ans pour les femmes ▪ Espérance de santé : Durée de vie moyenne dans un état de santé déterminé pour une génération fictive soumise aux conditions de santé de l'année de naissance. Par exemple on peut avoir l'espérance de vie sans incapacité ou l'espérance de vie sans maladie chronique. ▪ Taux brut de mortalité : nombre de décès sur une période. Il y a eu 9,9 décès pour 1.000 habitants en 2020. On peut aussi calculer le taux de décès pour une maladie en particulier. Il se calcule en divisant le nombre de personnes décédées par l'effectif moyen de la population sur la période
----------------------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Taux spécifiques de mortalité : Taux de mortalité stratifié pour l'âge, le sexe, la catégorie socioprofessionnelle ou une autre caractéristique d'intérêt ▪ Taux de mortalité prématurée : taux de décès survenu avant l'âge de 65 ans. Il est deux fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes ▪ Années potentielles de vie perdue : Nombre d'année qu'un sujet décédé prématulement n'a pas vécu pour atteindre l'âge de 65 ans ▪ Mortalité évitable : Mortalité liée à des habitus à risque (ex. tabagisme) ou liée à une inefficacité du système de santé. Il est 3 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes ▪ Taux de létalité d'une maladie : Nombre de décès parmi les sujets atteints de cette maladie. ▪ Taux de mortalité infantile : Nombre d'enfant décédés avant l'âge 1 an divisé par le nombre de naissances vivantes dans la période considérée. 3,79/1.000 ▪ Taux de mortalité néonatale : Taux d'enfants décédés pendant les 28 premiers jours de vie parmi les naissances vivantes. 2,74/1.000 ▪ Taux de mortalité post-néonatale : Taux d'enfants décédés entre 28 et 365 jours parmi les naissances vivantes. 1,05/1.000 ▪ Taux de mortalité périnatale : Taux d'enfants nés sans vie ou décédés au cours des 7 premiers jours de vie parmi les naissances > 22SA : 8,5/1.000
Standardisation B	<p>Pour comparer des taux de mortalité de de morbidité, il faut que les populations soient comparables (il paraît peu opportun de comparer une population jeune et une population âgée par exemple). Pour rendre des populations comparables, on peut standardiser :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Standardisation directe : On calcule les taux de décès pour chaque classe d'âge et on les applique à une population de référence. On obtient alors le taux standardisé de mortalité. La population de référence peut être la réunion des deux populations que l'on souhaite comparer, ou une autre population (la population nationale par exemple) <ul style="list-style-type: none"> - La différence des taux spécifiques dans les deux populations doit être constante ▪ Standardisation indirecte : On applique les taux de mortalité pour chaque classe d'âge d'une population de référence à la population que l'on souhaite étudiée, ce qui nous donne un Standardized Mortality Ratio (SMR), et on compare ce SMR au taux de décès réellement observé dans la population. <ul style="list-style-type: none"> - Le rapport des taux spécifiques entre les populations à comparer doit rester constante <p>Pour réaliser une standardisation, il faut donc connaître les effectifs par classe d'âge et la distribution du nombre de décès pour chaque classe d'âge et ce pour chacune des populations de travail</p> <p>La méthode indirecte est utile lorsqu'une population semble référente par rapport à l'autre. (Exemple lorsqu'on compare une région par rapport aux données nationales, la population nationale faisant alors office de population de référence). Sinon on préférera une standardisation directe.</p>
Exemple avec le handicap	<p>Handicap : Déficience d'un organe qui induit une incapacité (incapacité à réaliser une activité) et confèrent ainsi à l'individu un désavantage social</p> <p>Le lien entre la maladie et le handicap peut être décrit par la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF, source OMS) qui nous permet d'évaluer les plans d'expérience du handicap, selon les fonctions et structures corporelles, les activités de la vie courante et la participation sociale.</p>

Exemple avec le handicap	<p>La définition du handicap permet de calculer la prévalence dudit handicap et donc d'attribuer les prestations</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 40% ont une déficience (en tête motrice, viscérale et intellectuel/psy) ▪ 20% ont une incapacité ▪ 10% ont un désavantage social <p>2,9% de la population mondiale a un handicap sévère d'après l'OMS, 15,3% un handicap modéré En France, les troubles de l'audition, de la vue et les troubles mentaux sont les causes les plus fréquentes de handicap.</p> <p>Le coût du handicap est élevé mais difficile à quantifier :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Coûts directs : prestations en espèce ou en nature ▪ Coûts indirects : perte de productivité et de qualité de vie. <p>90% des coûts liés au handicap sont dues aux revenus versés (pension d'invalidité, AAH)</p>
Priorités de santé publique	<p>Définition : Domaine de santé jugé important pour l'ensemble de la population et dont des moyens particuliers plus importants (économiques, matériels et humains) sont mis en œuvre pour améliorer la situation dans ce domaine</p> <p>Les problèmes de santé relevant des priorités de santé publiques doivent avoir une gravité médicale importante et une fréquence élevée, un coût important mais avec des possibilités d'amélioration à coût acceptable, et une bonne acceptabilité sociale des politiques mises en œuvre.</p> <p>2 situations sont possibles :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Soit on est en face d'un problème touchant beaucoup de personnes mais dont les moyens mis en œuvre pour lutter contre ce problème sont insuffisant 2. Soit il est possible de disposer d'une solution afin de mieux prendre en charge un problème ou d'optimiser les coûts si on consent aujourd'hui à investir (temporellement et économiquement) dans la mise en œuvre ou le développement de cette solution <p>B Créé par les ordonnances Juppé de 1996, la Conférence Nationale de Santé est un organisme consultatif sous la responsabilité du ministère de la Santé qui doit formuler des avis sur l'amélioration du système de santé, contribuer à l'organisation du débat public sur les questions de santé et élaborer un rapport annuel sur le respect des droits des usagers. Le CNS participe donc directement à l'identification des priorités de santé publique.</p> <p>B C'est ensuite le Haut Conseil de Santé Publique qui évalue les actions entreprises mises en place pour lutter face aux priorités de santé publique</p>



Coups de pouce du rédacteur :

- Connaitre la définition d'un indicateur de santé et les définitions des indicateurs de santé de cette fiche (les autres ne sont pas au programme a priori)
- Savoir qu'il n'est pas possible de comparer des taux de mortalité ou de morbidité de deux populations directement sans procéder à une standardisation directe ou indirecte
- Savoir la définition du handicap et que des indicateurs permettent de mesurer le handicap d'une population
- Savoir que le handicap a un coût important pour la société
- Savoir ce qu'une une priorité de santé publique

FICHE E-LISA N°29

Item 29 – RISQUES PROFESSIONNELS ET GROSSESSE

GÉNÉRALITÉS	
Épidémio A	Depuis les 80's, âge de la 1 ^{ère} grossesse de plus en plus tardif et progression de l'emploi (F) : 70% des F travaillaient pendant une partie de leur grossesse en 2010 (560.000/800.000). Exposition professionnelle → risque pour le fœtus : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Établi pour certains agents ▪ Suspecté pour d'autres
AUX RISQUES	
En anténatal A	Débats autour du travail et de la fertilité depuis plus de 20 ans : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Homme : baisse du nombre et de la qualité des SPZ par exposition aux « perturbateurs endocriniens », mais impact inconnu sur la fertilité ▪ Danger théorique des rayonnements ionisants sur la fertilité pour les 2 sexes Selon les substances, impact réversible ou irréversible sur les fonctions reproductives
Risque chimique A	> 260 substances reconnues à risque pour l'enfant, divisées en catégories 1 et 2 (+ catégories pour l'allaitement) avec le plomb, le CO, le mercure, certains HAP (benzo(a)pyrène)/phtalates/solvants (N-méthyl-2-pyrrolidone)/herbicides (linuron). Période à risque de malformations = T1 +++ (organogenèse) mais aussi plus tard (++ atteintes du SNC) selon un effet seuil : dose > seuil → embryo-/fœto-toxicité. ⚠ Accumulation de certains toxiques (Pb) lors d'expositions antérieures → risque malgré une absence d'exposition au cours de la grossesse. Exposition → ≠ risques : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Malformations ▪ Avortements ▪ Hypotrophie (solvants organiques) ▪ Troubles neurocomportementaux (Pb, OH) ▪ Atteintes de la fertilité si exposition <i>in utero</i> ▪ Cancers : leucémies (certaines peintures avant/pendant la grossesse) ▪ <i>Atteinte du système immunitaire et/ou endocrinien – débattu</i> ▪ <i>Transmission de mutations génétiques à leur propre descendance – débattu</i> NB : le plomb peut s'accumuler dans l'organisme alors même que l'exposition a cessé engendrant des risques durant la grossesse.
Risque physique A	<ol style="list-style-type: none"> 1. Activité physique au travail, ++ charges lourdes/station debout prolongée → FR de : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hypotrophie fœtale et prématurité, ↑ avec le degré de contraintes ▪ HTAg ± prééclampsie (RR moins marqué), avortements 2. Grossesse → fragilisation des articulations et tendons : toute posture professionnelle générant des contraintes articulaires, rachidiennes ou pelviennes peut provoquer/↑ des algies (++ : lombalgies, sd du canal carpien, tbs musculosquelettiques). De plus, contrainte posturale → même risques de complication que l'AP intense. 3. Vibrations (ex : trajet routier, marteau-piqueur) → risque de MAP mais seuil de danger difficile à évaluer. Bruit (basses fréquences++) → altération de l'audition si exposition > 27 SA (oreille interne mature vers M6), hypotrophie fœtale (stress maternel → ↑ des catécholamines → vasoconstriction placentaire).

	<p>4. Conduite auto, contraintes thermiques → pas d'étude fiable (notamment pour le froid). À priori, chaleur → malformations.</p> <p>5. Champs électromagnétiques → Ø d'effet avéré chez l'homme mais malformations, avortements et MAP chez l'animal en cas d'hyperthermie. Pas d'étude fiable pour le risque de cancer lié à la multiplication des ondes.</p> <p>6. Rayonnements ionisants → impact selon l'âge de la grossesse : grave si exposition dans les 2 premiers mois +++ mais radiosensibilité tout au long de la grossesse (effets sur le SNC ++). Effets chez l'homme : FCS, malformations, RCIU/retard mental, cancers (enfance et vie entière).</p>
Risque biologique A	<p>2 types :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pathologies infectieuses de gravité particulière pour la mère : grippe, varicelle (tableau professionnel pour les professions exposantes). Origine pro difficile à prouver. 2. Pour le fœtus, fièvre seule = FR de FCS, RCIU, anomalie du développement, MAP voire prématurité avérée. De plus, certaines infections → conséquences graves sur le développement fœtal : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Transmission interhumaine : rubéole, CMV, parvo B19 ▪ Zoonoses : brucellose (risque de FCS), fièvre Q (risque de FCS mais aussi de passage à la chronicité → complications lors de grossesses ultérieures) <p>Autres infections (listérose, toxoplasmose) : imputabilité alimentaire et non professionnelle.</p>
Autres risques A	<p>Risques organisationnels et psychosociaux : horaires, rythme de travail → influence sur le déroulement de la grossesse :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Travail posté, travail de nuit → FCS/MAP ▪ Nombre d'heures par semaine → hypotrophie (jusqu'à -200 g) ▪ Stress → RCIU/MAP <p>→ Pas de lien établi entre les conditions de travail et les troubles de type HTAg</p>
Professions exposées A	<p>Voici une liste exhaustive des principales professions exposées :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Personnel des laboratoires d'analyses médicales ou des laboratoires de chimie ▪ Coiffeuses, esthéticiennes, etc... ▪ Salariées des industries chimiques, des entreprises de peintures et solvants, etc. ▪ Personnel soignant (infirmières, aides-soignantes, anesthésistes, etc.) ▪ Salariés des entreprises de nettoyage à sec, pressing, blanchisseries, etc. ▪ Employées intervenant auprès d'enfants (personnel des écoles et crèches, nourrices, etc.) ▪ Employées du secteur vétérinaire ▪ Employées de l'imprimerie de labeur ▪ Salariées des jardineries, espaces verts, agriculture ▪ Ainsi que les autres professions entraînant une charge mentale importante et/ou de la pénibilité : responsabilités, délais, station debout prolongée, public, horaires décalés, etc... <p>Danger possible dans toute profession :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Milieu de la santé +++ (600.000 F) : IDE, AS, kiné, médecins et dentistes → risques multiples : rayonnements ionisants, port de charges lourdes, travail debout/de nuit, produits cytotoxiques et anesthésiants, agents bio... Mais études anciennes donc difficiles à interpréter ▪ Métiers au contact des animaux ++ (2.000 F) : vétérinaires, éleveurs... → risque bio (zoonose), port de charges lourdes ▪ Métiers de la petite enfance (27.000 F) → risque bio, travail physique ▪ Contact avec les enfants en bas âge → infection à CMV ++ & autres ▪ Métiers esthétiques/coiffeuses (80.000 F) → produits chimiques, station debout ▪ Métiers du transport (35.000 F) → vibrations et pollution ▪ Métiers de la vente → station debout, port de charges, horaires contraignants ▪ Métiers en voie de féminisation (peu étudiés) : soudeuses → exposition au chaud, aux produits chimiques et travail physique ; couvreuses → travail physique, Pb...

Allaitement A	<p>Passage possible dans le lait de certains produits chimiques, bio ou radioactifs, à risque de contaminer le bébé voire de l'intoxiquer.</p>
PRÉVENTION DES RISQUES	
Bilan des risques A	<p>Évaluation des risques par l'employeur ± service de santé au travail :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Présence d'un agent dangereux ≠ risque ▪ Risque = contact avec le danger potentiel + seuil d'exposition suffisant : identifier le danger, déterminer l'exposition et connaître la relation dose-effet/le seuil à risque
	<p>Nuisances potentielles divisées en 4 catégories :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nuisances connues pour altérer le développement de l'enfant 2. Nuisances ne présentant aucun signe d'alerte d'après des études fiables 3. Nuisances présentant des signaux d'alerte mais effets sur la grossesse non prouvés, ne permettant pas de conclure sur un réel danger 4. Nuisances ne présentant aucun signe d'alerte mais peu documentées <p>Évaluation systématique de certains agents : rayonnements ionisants, produits chimiques, bruit... Cependant, évaluation spécifique pour la F enceinte difficile (ex : rayonnements sur corps entier et non sur l'exposition fœtale, mesure en dB pas toujours réalisée, difficultés pour harmoniser le port de charges lourdes et la pénibilité...).</p> <p>Existence d'un seuil pour la plupart des expositions : dose < seuil → Ø de conséquences, mais seuil souvent mal défini ou inconnu.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Substances chimiques : seuil = VTR (Valeur Toxicologique de Référence), disponible pour très peu d'agents mais base de la mesure du risque pro ▪ Produits chimiques non dose-dépendants mais génotoxiques → risque de cancers transmis à la descendance ▪ ↑ de la T embryonnaire par rayons EM prouvée chez l'animal et retrouvée chez l'H avec certains types de rayonnements mais absence de preuve pour élaborer une prévention ▪ Rayonnements ionisants : seuil = 100 mGy mais dose reçue par l'embryon non mesurable en pratique → recours à des modélisations informatiques selon l'irradiation maternelle totale ▪ Risques bio : pas de dose-effet mais certaines professions à risque de surexposition, parfois difficile à distinguer de l'exposition communautaire (ex : CMV et parvo B19) ▪ Bruit (basses fréquences++) → altération de l'audition de l'enfant mais seuil inconnu. Autres contraintes physiques : même considération <p>Co-exposition aux ≠ risques → conséquences > expositions isolées mais non quantifiable.</p>
	<p>Prévention :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Changement de poste si ce dernier les expose à des risques, afin de diminuer la charge mentale/psychique, envisagez le travail à domicile si possible ▪ Aménager le poste de travail et les horaires pour éviter la station debout prolongée et les efforts physiques importants ainsi que les déplacements (cf. médecine du travail) ▪ Mettre à disposition un local/ une chaise pour se reposer allongée ▪ Prendre en compte les examens médicaux lors de la création du planning ▪ Réexaminer et adapter les rythmes de travail en prenant en compte les temps de trajet domicile ▪ Aménager les horaires de travail pour celles ayant des temps de trajet domicile/travail très longs
Protection de la femme enceinte A	<p>Réglementation légale :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Principe général de non-discrimination dans le Code du travail pour protéger la F enceinte, ne s'opposant pas à la possibilité d'un TTT spécial si une exigence pro le légitime. Être enceinte ≠ élément déterminant dans la décision d'embauche, mutation, résiliation ou renouvellement de contrat, rémunération, formation... Si litige → employeur doit prouver qu'il n'a pas discriminé la F enceinte

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Déclaration de la grossesse à l'employeur non obligatoire, sauf si demande de dispositions légales pour la protection des Femmes enceintes : véritable droit au silence, mais possible exposition à des risques fœtaux dans cette période ▪ Obligation de l'employeur à informer les Femmes sur les risques encourus en cas de grossesse dès que possible, en donnant des possibilités d'adaptation et les travaux interdits
Rôle du médecin du travail A	<p>Surveillance médicale renforcée en cas de grossesse, ↑ des moyens dans ce but : autorisation d'absence pour se rendre aux examens médicaux, sans conséquence sur la paie ou les congés. Aménagement possible du poste, voire mutation, dont doit tenir compte l'employeur.</p> <p>3 cas indiquant un changement temporaire d'affectation :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nécessité médicale 2. Travail de nuit 3. Exposition à des risques particuliers <p>Impossibilité de reclassement → arrêt de travail et garantie de rémunération.</p>
Travaux interdits A	<p>Afin de protéger la femme enceinte contre certains risques particuliers, il existe une liste assez détaillée des travaux qui sont interdits d'être effectués par une femme enceinte :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Travaux à l'aide d'engins mus à l'air comprimé du type marteau-piqueur ▪ Produits chimiques : agents classés toxiques pour la reproduction de catégorie 1 ou 2, benzène, esters thiophosphoriques (préparation et conditionnement), mercure, plomb métallique et ses composés, silice, produits antiparasitaires susceptibles de provoquer des altérations génétiques héréditaires ou des malformations congénitales, hydrocarbures aromatiques, si les opérations ne sont pas réalisées en appareils clos (dérivés nitrés et chloronitrés des hydrocarbures benzéniques, dinitrophénol, aniline et homologues, benzidine et homologues, naphtylamines et homologues) ; ▪ Rayonnements ionisants : si l'exposition est > 1 mSv pendant la durée de la grossesse ▪ Agents biologiques : rubéole et toxoplasmose, en cas de risque d'exposition (retrait du poste sauf si la salariée est immunisée) ▪ Travaux en milieu hyperbare : dès lors que la pression est > 1,2 bar ▪ Journée de travail > 10 heures ▪ Pendant une période de 8 semaines au total avant et après l'accouchement, et dans les 6 semaines suivant l'accouchement. ▪ Travail de nuit : si le médecin du travail constate que le poste de nuit est incompatible avec la grossesse ▪ Exécution de tâches pénibles ▪ Transport sur tricycle à pédales ou sur diable ▪ Emploi aux étalages extérieurs des magasins et boutiques après 22 h ou lorsque la température est < 0 °C
Actions pratiques à proposer A	<p>Inventaire des dangers potentiels</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Limitation de l'exposition des Femmes enceintes à tout agent potentiellement dangereux ▪ Proposition systématique de changement de poste si poste à risque ▪ Aménagement du poste pour éviter les risques (station debout, charges, AP...) ▪ Aménagement des horaires pour permettre de s'absenter (examens médicaux) ▪ Aménagement des horaires si temps de trajet très long ▪ Réexamen et adaptation du rythme de travail (horaires, gardes, astreintes...) ▪ Journées de travail à domicile si possible ▪ Organisation du travail limitant les déplacements routiers ▪ Mise à disposition d'un local pour se reposer en position allongée ▪ Diminution de la charge mentale (responsabilités, délais, poste de sécurité, contact avec le public) et psychique (ambiance, stress...)

Congés A	<p>Toute F enceinte peut suspendre son contrat pour une durée déterminée, avant et après son accouchement, sans conséquence. Droit légal de repos = congé de maternité. En théorie, employeur non tenu de maintenir le salaire mais très souvent fait en pratique.</p> <p>Congé maternité = 6 semaines de congé prénatal (réductibles à 3) + 10 semaines de congé postnatal (\pm 3 de rattrapage). Congé plus long selon le contexte :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #003366; color: white; text-align: center;"> <th style="padding: 5px;">SITUATION DE FAMILLE</th><th style="padding: 5px;">DURÉE DU CONGÉ PRÉNATAL</th><th style="padding: 5px;">DURÉE DU CONGÉ POSTNATAL</th><th style="padding: 5px;">DURÉE TOTALE DU CONGÉ MATERNITÉ</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">Vous attendez votre premier enfant</td><td style="padding: 5px; text-align: center;">6 semaines</td><td style="padding: 5px; text-align: center;">10 semaines</td><td style="padding: 5px; text-align: center;">16 semaines</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Vous attendez un enfant et vous avez déjà 1 enfant à votre charge (1)</td><td style="padding: 5px; text-align: center;">6 semaines</td><td style="padding: 5px; text-align: center;">10 semaines</td><td style="padding: 5px; text-align: center;">16 semaines</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Vous attendez un enfant et vous avez déjà au moins 2 enfants à votre charge (1)</td><td style="padding: 5px; text-align: center;">8 semaines</td><td style="padding: 5px; text-align: center;">18 semaines</td><td style="padding: 5px; text-align: center;">26 semaines</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Vous attendez des jumeaux</td><td style="padding: 5px; text-align: center;">12 semaines</td><td style="padding: 5px; text-align: center;">22 semaines</td><td style="padding: 5px; text-align: center;">34 semaines</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Vous attendez des triplés ou plus</td><td style="padding: 5px; text-align: center;">24 semaines</td><td style="padding: 5px; text-align: center;">22 semaines</td><td style="padding: 5px; text-align: center;">46 semaines</td></tr> </tbody> </table> <p>Le caractère pathologique de la grossesse/accouchement/post-partum joue aussi.</p> <p>Assurance maternité = sécurité maternelle et financière sur toute la période de suspension du contrat, par des prestations en :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nature : couverture des frais médicaux, parfois étendue à l'entourage (futur papa, autres enfants du couple) si les EC permettent d'affiner la PEC de la grossesse (Rh, caryotype...) ▪ Espèces : indemnité journalière correspondant au congé maternité <p>Retour au poste initial garanti après le congé maternité ou intégration d'un emploi similaire avec rémunération \geq poste antérieur, avec le droit aux mêmes primes/augmentations dont la F aurait pu bénéficier en absence de grossesse.</p> <p>Surveillance médicale au sein de l'entreprise : visite médicale de reprise obligatoire avec le médecin du travail dans les 7j au retour du congé maternité. Allaitement dans l'entreprise possible avec mise à disposition de locaux dédiés et temps disponible.</p>	SITUATION DE FAMILLE	DURÉE DU CONGÉ PRÉNATAL	DURÉE DU CONGÉ POSTNATAL	DURÉE TOTALE DU CONGÉ MATERNITÉ	Vous attendez votre premier enfant	6 semaines	10 semaines	16 semaines	Vous attendez un enfant et vous avez déjà 1 enfant à votre charge (1)	6 semaines	10 semaines	16 semaines	Vous attendez un enfant et vous avez déjà au moins 2 enfants à votre charge (1)	8 semaines	18 semaines	26 semaines	Vous attendez des jumeaux	12 semaines	22 semaines	34 semaines	Vous attendez des triplés ou plus	24 semaines	22 semaines	46 semaines
SITUATION DE FAMILLE	DURÉE DU CONGÉ PRÉNATAL	DURÉE DU CONGÉ POSTNATAL	DURÉE TOTALE DU CONGÉ MATERNITÉ																						
Vous attendez votre premier enfant	6 semaines	10 semaines	16 semaines																						
Vous attendez un enfant et vous avez déjà 1 enfant à votre charge (1)	6 semaines	10 semaines	16 semaines																						
Vous attendez un enfant et vous avez déjà au moins 2 enfants à votre charge (1)	8 semaines	18 semaines	26 semaines																						
Vous attendez des jumeaux	12 semaines	22 semaines	34 semaines																						
Vous attendez des triplés ou plus	24 semaines	22 semaines	46 semaines																						
Accident du travail / maladie pro A	<p>Aucun tableau spécifique n'existe actuellement pour les impacts professionnels sur la reproduction.</p>																								

Item 57 – MALTRAITANCE

GÉNÉRALITÉS A

Définition	<p>Situation de violence physique, sexuelle, psychologique, toute négligence lourde avec conséquences graves sur la santé de l'enfant ou son développement physique ou psychologique</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Violence physique : coups, claques... ▪ Violence sexuelle : participation de l'enfant à des activités sexuelles inappropriée pour son âge ou son développement, qu'il subit sous la contrainte, la violence, la séduction... ▪ Violence psychologique : dénigrement, humiliation, injonction paradoxale, rejet affectif, punition inadaptée à l'enfant ou à ses possibilités ▪ Violence conjugale : exposition de l'enfant à des violences de couple ▪ Cyberviolence : violences liées aux nouvelles technologies : exposition aux images violentes ou pornographiques, sexting, happy slapping (enregistrement d'agression de toutes natures), cyber-harcèlement ▪ Violences institutionnelles : violences subies à l'école par les instituteurs ▪ Négligences : absence de réponse aux besoins fondamentaux de l'enfant <p>Enfants à risque : enfants qui ne sont pas maltraités mais dont les conditions d'existence risquent de mettre en danger leurs santé, sécurité, moralité ou éducation</p>
Épidémiologie B	<p>100.000 enfants en danger 20.000 maltraités, 80.000 en risque de danger 110.000 enfants ont été judiciarialisés 75% des enfants hospitalisés ont < 3 ans, 50% < 1 an 1,8% des < 21 ans ont une mesure exercée par l'ASE 2 enfants meurent par jour de maltraitance 11-15% des enfants ont subi de la maltraitance l'année précédente</p>
Quand y penser ?	<p>L'enfant est accompagné aux urgences car une situation de maltraitance a été suspectée ou détectée L'enfant a révélé des signes de maltraitance au cours de la consultation Consultation pour un motif en rapport ou non avec un examen clinique qui retrouve des stigmates de maltraitance</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lésions d'allures traumatiques, ecchymose, plaie sur la partie médiane avant l'acquisition de la marche ▪ > 15 lésions chez un enfant déambulant sans trouble de l'hémostase avec histoire clinique peu clair ▪ Lésions en forme de doigts, main, ceintures, bâton... ▪ Lésions sur les joues, oreilles, cou, tronc, fesses, arrière des cuisses... ▪ Signes psychologiques : traumatisme, attachement indifférent, colère, irritabilité... ▪ Délai important entre l'incident et la consultation médicale, incohérence dans l'anamnèse, manque d'intérêt pour les lésions, responsabilité reportée sur autrui
Facteurs de risque de maltraitance B	<p>Dans 80% des cas c'est l'entourage qui est responsable de maltraitance. Voici une liste de facteurs de risque mais sachez que la maltraitance existe dans TOUS les milieux sociaux.</p> <p>Antécédents familiaux : grossesse précoce ou non désirée, addiction, pathologie psychiatrique, maltraitance, violence, deuil, difficultés économiques, chômage, isolement familial, mort inattendue du nourrisson</p>

	<p>Antécédents personnels : prématurité, séparation néonatale, handicap, maladie psychiatrique, troubles du comportement.</p> <p>Structure familiale : jeune âge parental, monoparentalité, famille nombreuse, séparation familiale</p> <p>Contexte psychologique : psychose, état dépressif, sévices subis dans l'enfance</p> <p>Enfants : prématuré, handicapé, trouble du comportement/ du sommeil, pleurs incessants</p> <p>ATCD familiaux médicaux : hospitalisation répétées, MNI inexpliquée</p> <p>ATCD familiaux : placements, décisions judiciaires</p>
Examens paracliniques B	<p>NFS + Hémostase (dont facteur XII)</p> <p>Recherche de toxiques urinaires et sanguins</p> <p>Si lésion osseuse : bilan phosphocalcique, PTH, 25OH-vitamine D, vitamine C si carence, ionogramme sanguin</p> <p>Si traumatisme abdominal : BU + BH + lipase + échographie abdominale</p> <p>Si anomalie neurologique : TDM cérébral en urgence +/- FO</p> <p>< 2 ans : radiographie de squelette complet et scintigraphie osseuse + IRM cérébrale</p> <p>Si hématome sous-dural : Cuivre + céruleoplasmine + chromatographie des acides organiques urinaires</p>
Prise en soins	<p>Si danger immédiat : Hospitalisation + Appel au procureur pour OPP</p> <ul style="list-style-type: none"> Signalement : rapport de situation administrative et médicale envoyée au procureur de la république pour demande d'OPP <p>Si situation moins urgence : IP à la CRIP + évaluation de la fratrie</p> <ul style="list-style-type: none"> Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP) : centralise les IP au niveau départemental, organise la protection administrative et les enquêtes sociales Information préoccupante (IP) : Renseignements administratifs + coordonnées du médecin + éléments d'inquiétude (anamnèse, rapport des tiers, examen clinique et paraclinique) <p>Certificat demandé par un tiers :</p> <ul style="list-style-type: none"> Peut être demandé par un tiers : rapporter l'identité du médecin + faits allégués par le tiers au conditionnel + examen clinique et paraclinique + date + « établie à la demande de [...] et remis en mains propres le [...] » Peut être demandé par réquisition : demander par l'autorité judiciaire. Le médecin doit répondre à la question posée et décrire la durée d'ITT = durée pendant laquelle l'enfant n'est plus capable de réaliser les gestes de la vie courante

SYNDROME DU BÉBÉ SECOUÉ A

Définition B	Traumatismes crâniens infligés par des secouements
Physiopathologie	Poids élevé de la tête + faiblesse des muscles cervicaux => création de déchirures vasculaires
Épidémiologie	200 cas / an en France
Clinique	Bombement de la fontanelle antérieure, convulsions, hypotonie axiale, troubles de la vigilance, irritabilité Pâleur, malaise grave, vomissements, pauses respiratoires Augmentation du périmètre crânien Ecchymoses du thorax et des bras (points d'enserrement)

Diagnostic B	IRM ou TDM cérébral : Hématomes sous-duraux pluri-focaux avec hémorragies sous-arachnoïdienne A défaut Fond d'œil : hémorragies rétiennes jusqu'en périphérie et œdème papillaire si HTIC
Examens paracliniques B	IRM cérébral + cervical si non réalisé pour le diagnostic Radiographies du squelette avec scintigraphie osseuse (fracture) NFS + Hémostase (déficit de coagulation)
VIOLENCES SEXUELLES A	
Définition	<ul style="list-style-type: none"> Participation de l'enfant à des activités sexuelles inappropriée pour son âge ou son développement, qu'il subit sous la contrainte, la violence, la séduction...
Épidémiologie	<ul style="list-style-type: none"> Souvent commises au sein de la famille Les fausses allégations par un enfant sont rares
Diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> Anamnèse
Clinique	<ul style="list-style-type: none"> Douleurs abdominales ou pelviennes Cystite ou vulvite récurrente Énurésie secondaire Saignements génitaux ou rectaux Comportements à connotation sexuelle (masturbation, jeux érotiques) Agressivité, dépression, mutisme, anorexie, tentative de suicide...
Examens paracliniques	<ul style="list-style-type: none"> Bilan d'IST Examen gynéco chez la fille
Prise en soins	<ul style="list-style-type: none"> Prélèvements sur réquisition après signalement s'il n'y a pas eu de plante Constater les lésions d'allure traumatique Référer à une équipe spécialisée UAPED Contraception d'urgence et thérapie antirétrovirale

💡 **Coups de pouce du rédacteur :**

- La maltraitance est plus fréquente que ce que l'on croit...
- Toujours y penser devant des lésions suspectes, des lésions en nombre important, un enfant au comportement inhabituel ou une anamnèse de permettant pas d'expliquer la clinique
- La plupart des violences sont intra-familiales...
- Toujours penser à protéger l'enfant. Cela diffère du degré d'urgence (signalement pour OPP versus IP)
- Il n'y a pas de risque pour le médecin à faire une IP par excès en cas de suspicion de maltraitance finalement infondée.

FICHE E-LISA N°59

Item 59 – SUJETS EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

RECHERCHE CLINIQUE A

Définition	<p>Seuil de pauvreté : Correspond à 60% du revenu médian après impôt et prestations sociales (1008 €/mois en 2019)</p> <p>Précarité : Situations diverses caractérisées par une insécurité sociale et financière</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prévalence : 9 millions en 2016 (14,7% de la population) vivent sous le seuil de pauvreté ▪ Concerne beaucoup les familles monoparentales avec enfant et les migrants. Mais peut aussi concernez des travailleurs précaires avec temps partiel contraint... <p>Il est interdit de refuser des soins à une personne précaire sous prétexte qu'elle ne peut pas les payer</p>
Facteurs de risque de précarité	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comportements de santé à risque (malnutrition, consommation de psychotropes, etc.) ▪ Personne de nationalité étrangère avec pratiques discriminatoires et conditions de travail à risque ▪ Difficultés dans l'accès aux soins de santé et surtout à la prévention notamment en raison du faible niveau de ressource
Conditions indispensables à la santé pour l'OMS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Logement décent ▪ Accès à l'éducation et à l'information ▪ Nourriture en quantité et en qualité convenable ▪ Disposer d'un revenu suffisant et stable dans la durée ▪ Écosystème stable et protecteur ▪ Justice sociale et traitement équitable
Évaluation de la précarité en épidémiologie B	<p>Dans les études françaises, on peut utiliser le score EPICES (évaluation de la précarité et des inégalités de santé dans les centres d'examen de santé) : 4 réponses péjoratives posent le diagnostic de précarité</p>
Conséquences sur la santé B	<p>Espérance de vie plus faible : conditions de travail plus difficiles, plus de pollution, malnutrition, transport plus long et plus pénible, plus grande consommation de produits toxiques</p> <p>Moins bon accès aux soins et à la prévention (notamment prévention des cancers)</p> <p>Moins bonne couverture vaccinale</p> <p>Malnutrition et carences</p> <p>Exposition au froid si logement précaire ou SDF</p> <p>Si SDF : troubles respiratoires, parasitoses, traumatismes, intoxications...</p> <p>Prévalence plus importante des pathologies :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cardiovasculaires ▪ Maladies métaboliques (diabète et obésité) ▪ Infectieuses (tuberculose, VIH, ...) ▪ Consommations de toxiques (alcool tabac drogue) ▪ Cutanées : gale, pédiculose ▪ Psychiatriques ▪ Gynécologiques ▪ Traumatismes

Aides sociales B	<p>Revenu de Solidarité Active (RSA) : Somme d'argent allouée mensuellement par le département si</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Âge > 25 ans ou > 18 ans si ayant déjà travaillé ou parent isolé ▪ Résidant en France (Possible pour les étrangers en situation régulière) ▪ Ressources inférieures à un plafond <p>Autres allocations :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Handicap : Allocation Adulte Handicapé (AAH) ▪ Séniors : Allocation de Solidarité ▪ Logement : Allocation Logement Social (ALS) ou Aides Personnalisées pour le Logement (APL) <p>Protection Universelle Maladie (PUMA) : Assurance maladie de base pour toutes les personnes qui travaillent en France ou résidant de manière stable en France. Elle assure le remboursement des frais de santé en cas de maladie ou de maternité</p> <p>Complémentaire santé solidaire (CSS) : Accordé sous conditions de ressources à toute personne vivant en France de façon stable et régulière. Permet la prise en charge sans avance de frais des soins, alloue des forfaits pour la dentisterie, les lunettes et les prothèses auditives et exonère de la franchise pour les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires</p> <p>Aide à la Complémentaire Santé (ACS) : aide financière accordée aux personnes ne pouvant bénéficier de la CMU complémentaire mais qui ont des revenus inférieurs à un plafond afin de financer leur complémentaire santé.</p> <p>Aide Médicale d'Etat (AME) : aide destinée aux étrangers en situation irrégulière sur le sol français depuis au moins 3 mois et donc les revenus ne dépassent pas le plafond de la CMU complémentaire. Elle permet la prise en charge à 100% des soins médicaux et d'hospitalisation dans la limite des tarifs de la sécurité sociale sans avance de frais. Elle peut être aussi accordée à titre exceptionnel à des personnes avec un visa touristique qui font face à une situation médical exceptionnelle (AME humanitaire)</p>
Dispositif de soins	<p>Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) : Permet l'accès intégral aux soins pour les personnes dépourvues d'assurance santé (consultation, accueil diagnostic, délivrance de médicaments, IVG et contraception). Ces permanences sont présentes au sein des hôpitaux publics et de certains établissements privés</p> <p>Lits Halte Soins Santé (LHSS) : lits d'hospitalisations pour des personnes sans domicile fixe et ayant une pathologie qui ne nécessite pas d'hospitalisation, mais qui est incompatible avec la vie dans la rue. Ces lits permettent une évaluation paramédicale et sociale.</p> <p>Équipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP) : Équipes mobiles qui vont à la rencontre des patients précaires et qui ont peu ou pas accès aux soins afin de réaliser de la prévention, du dépistage précoce, de l'évaluation et de la réorientation vers les structures de soin.</p> <p>Samu social (115) : Structure médico-sociale parisienne permettant d'orienter les personnes démunies</p> <p>Services Sociaux Ambulatoires :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Centre communal d'action sociale (CCAS) ▪ Assistance sociale des caisses primaires d'assurance maladie ou du département ▪ Associations humanitaires : Travailleurs sociaux donc les associations caritatives (Croix-Rouge, secours catholique, resto du cœur ...) ▪ Centres de dépistages anonymes et gratuits (CDAG), dispensaires municipaux... <p> Il n'est pas éthique et il est contraire au code de santé publique de refuser de prodiguer des soins ou d'hospitaliser une personne sous prétexte qu'elle ne peut pas payer les soins réalisés !</p>

 **Coups de pouce du rédacteur :**

- Connaître la définition de la pauvreté d'un point de vue socio-économique (revenu inférieur au seuil de pauvreté)
- Savoir que la précarité peut se rencontrer sous de multiples formes et qu'elle impacte la santé
- Connaître les différentes aides qui sont disponibles en fonction de la situation du patient afin de lui assurer le meilleur parcours de soins possibles.
- Savoir qu'il est illusoire de prendre en charge la santé d'un patient précaire d'un point de vue uniquement médical sans s'occuper de la dimension sociale
- Savoir qu'il est interdit de refuser les soins à un patient sous prétexte qu'il ne peut pas les payer

Item 145 – SURVEILLANCE DES MALADIES INFECTIEUSES TRANSMISSIBLES

GÉNÉRALITÉS	
Définitions A	<p>Maladie infectieuse transmissible =</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Causée par un agent infectieux ▪ Et capable de se transmettre à plusieurs individus/entre individus <p><i>Ex : tétanos et botulisme ne sont pas transmissibles entre humains.</i></p> <p>Épidémie = ↑ rapide de l'incidence d'une maladie transmissible dans une zone géographique. Pandémie = propagation mondiale d'une nouvelle maladie. Taux d'attaque = nombre de nouveaux cas/nombre de contacts non infectés.</p>
Structures de surveillance B	<p>En France, surveillance principalement assurée par :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Santé Publique France : agence nationale de santé publique, placée sous la tutelle du ministère chargé de la santé ; centre de référence et d'expertise en santé publique qui s'appuie sur le Réseau National de Santé Publique (RNSP) et les CIRE (Cellules Inter Régionales d'Épidémiologie) ▪ Les ARS au travers notamment du système de déclaration obligatoire des maladies (MDO) ▪ Les Centres Nationaux de Référence (CNR) : laboratoires et services cliniques (localisés au sein d'établissements publics ou privés de santé, d'enseignement ou de recherche) dont l'une des missions est la surveillance épidémiologique ▪ Les réseaux de surveillance nationaux : RéPIAS (Réseau de Prévention des Infections Associées aux Soins), Sentinelles
Missions de Santé Publique France B	<p>Veille sanitaire assurée par Santé Publique France, reprenant les missions de l'InVS :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Surveillance permanente de l'état de santé de la pop : épidémo par l'intermédiaire de correspondants, sur la prévalence de résistance aux ATB, l'incidence des maladies à DO, la couverture vaccinale... ▪ Vigilance sanitaire : analyse/actualisation des connaissances sur les risques sanitaires, détection des FR en santé ▪ Alerte sanitaire du ministre de la Santé en cas de menace, recommandations pour prévenir ou atténuer cette menace ▪ Gestion des situations de crise sanitaire : validation des critères définissant un cas suspect d'être atteint de maladie émergente (ex : Ebola) <p>Champs d'action de SPF = maladies infectieuses, environnementales, professionnelles et les traumas ; ainsi que les risques internationaux (infectieux ou non).</p>
Indicateurs de suivi A	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prévalence : nombre de personnes atteintes d'une maladie dans une population à un moment donné ▪ Incidence : nombre de nouveaux cas d'une maladie dans une population pendant une période donnée sur l'ensemble de la population suivie pendant la période ▪ Taux d'attaque : nombre de nouveaux cas d'infection durant une période déterminée sur nombre total des contacts non infectés au début de la période ; utilisé en période épidémique pour caractériser, au cours du temps et/ou au sein des différents groupes à risque, la transmissibilité du phénomène.

	<ul style="list-style-type: none"> ■ Nombre de reproduction de base (R_0). R_0 = nombre moyen attendu de nouveaux cas d'une maladie transmissible directement générés par une personne contagieuse ■ Mortalité : nombre de décès dans une période donnée (généralement un an) sur l'ensemble d'une population (généralement rapporté pour 100 000 personnes). ■ Létalité : nombre de décès dans une période donnée sur l'ensemble de la pop atteinte de l'affection en question
Source infectieuse A	<p>Microbiote = 10^{13} à 10^{14} microorganismes commensaux (peau, muqueuses) pouvant devenir des agents pathogènes <u>endogènes</u> par :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Prolifération excessive : <i>Candida</i> / <i>C. Difficile</i> après ATB ■ Effraction des barrières : drogues IV, IAS sur pose de KT, acte chir, perforation dig ■ Déficit immunitaire : infections opportunistes <p>Transmission possible de ces agents (ex : <i>C. Difficile</i>).</p> <p>Infections transmissibles = exogènes +++, provenant d'un réservoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Humain +++ : tuberculose, méningocoque... Agent infectieux adapté à l'H, parfois à l'exclusion des autres espèces (rougeole, polio, variole), permettant théoriquement son éradication ■ Animal = zoonoses : listériose, fièvre jaune... ■ Environnemental : sol (tétanos), air (aspergillose), eau (légionellose)
Modalités de transmission A	<p>1. Transmission directe = réservoir → hôte :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Air : particules de petite taille en suspension pendant plusieurs min et > 1m (tuberculose, rougeole, varicelle) ■ Gouttelettes : particules de grande taille émises à la toux/éternuement, ne restant pas en suspension et < 1 m (méningocoque, grippe, VRS...) ■ Contact (manuportage ++) : infections virales respiratoires (RP), orofécales, BMR, gale ■ Contact avec le réservoir animal : bartonellose, rage ■ Sexuelle : syphilis, VIH, VHB, HPV, <i>Chlamydia</i> ■ Sanguine : VIH, VHB, VHC ■ Verticale : lors de la grossesse (toxoplasmose) ou de l'accouchement (VIH) <p>2. Transmission indirecte = réservoir → vecteur → hôte :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Eau et aliments contaminés : typhoïde, choléra, gastroentérite ■ Eau en aérosol : légionellose ■ Sol : tétanos, parasitoses digestives (anguillulose, strongyoïdose) ■ Arthropodes : <ul style="list-style-type: none"> - Moustiques : dengue, paludisme, fièvre jaune - Tiques : borréliose de Lyme - Mouches : onchocercose, trypanosomiase
Éviction A	<p>Exclusion temporaire d'une personne atteinte d'une maladie infectieuse transmissible. La première problématique étant l'emplacement ; en effet l'éviction n'est pas possible partout (ex : EHPAD) et doit parfois être remplacée par des mesures d'isolement.</p> <p>Il existe actuellement 52 maladies nécessitant des mesures d'éviction ou d'isolement en collectivité. Mais pour certaines maladies l'éviction n'est pas recommandée mais la fréquentation de la collectivité à la phase aiguë n'est pas souhaitable (ex : varicelle)</p>
Maladies à déclaration obligatoire A	<p>36 maladies à déclaration obligatoire dont 34 infectieuses (encadré du collège de Santé Publique, auquel il faut ajouter la rubéole, West-Nile et l'encéphalite à tiques) :</p>

Liste des 33 maladies à déclaration obligatoire

<ul style="list-style-type: none"> • Botulisme • Brucellose • Charbon • Chikungunya • Choléra • Dengue • Diphtérie • Fièvres hémorragiques africaines • Fièvre jaune • Fièvre typhoïde et fièvres paratyphoïdes • Hépatite aiguë A • Infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B • Infection par le VIH quel qu'en soit le stade • Infection invasive à méningocoque • Légionellose • Listériose • Orthopoxviroses dont la variole • Mésothéliomes 	<ul style="list-style-type: none"> • Paludisme autochtone • Paludisme d'importation dans les départements d'outre-mer • Peste • Poliomyélite • Rage • Rougeole • Saturnisme de l'enfant mineur • Schistosomiase (bilharziose) urogénitale autochtone • Suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob et autres encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles humaines • Tétanos • Toxi-infection alimentaire collective • Tuberculose • Tularémie • Typhus exanthématique • Zika
---	--

Pour la plupart, **signalement nominatif** sans délai par tout moyen à l'ARS en informant le patient, afin d'assurer la **prévention autour du cas**. Données nominatives détruites ensuite.

Signalement parfois effectué avant confirmation diagnostique (dengue, Zika, Chikungunya).

Signalement non nécessaire pour le VIH, le tétanos, le VHB aigu et le mésothéliome car aucune mesure urgente.

En outre, **notification détaillée** par formulaire spécifique anonyme à visée épidémio, pour toute maladie à DO.

Pour certaines maladies, **éviction de la collectivité obligatoire** (angine à SGA) **ou recommandée** (varicelle, bronchiolite, gastroentérite) ainsi que la durée d'éviction après le diagnostic et/ou l'instauration d'un TTT. Liste tenue par le **HCSP** (site : www.hcsp.fr, [guide pour la CÀT et l'éviction](#))

2 Acteurs de surveillance

B

- 1- Sentinelles = réseau de recherche et de veille** en med G/ped depuis 1984, géré par l'Inserm et regroupant 2% des med G/4% des pédiatres soient 1.500 médecins. Objectifs :
 - Constitution de **grandes bases de données** en med G et en ped
 - Développement d'**outils de détection et de prévision** épidémique
 - Mise en place d'**études cliniques et épidémi**o
- 2- CNR = laboratoires publics ou privés** nommés pour 5 ans par le ministre de la santé avec 4 missions :
 - **Expertise** de la microbio et de la pathologie des agents infectieux ; développement, optimisation, validation et diffusion des EC de biologie médicale ; identification et confirmation des pathogènes
 - **Surveillance** épidémio par :
 - Animation d'un réseau de labo pouvant réaliser les examens nécessaires
 - Réalisation d'analyses de surveillance des pathogènes
 - **Conseil** du ministre, de SPF et des professionnels de santé
 - **Alerte** immédiate de SPF, du ministre et de l'ARS en cas de risque/menace pour la santé de la pop

Item 179 – RISQUES SANITAIRES LIÉS À L'EAU ET À L'ALIMENTATION

RISQUES SANITAIRES A

Définition	<p>Risques sanitaires liés à l'eau et à l'alimentation :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Biologique : bactéries, virus, parasites, fongiques, agents transmissibles non conventionnels ▪ Physique : brûlure, radioactivité, catastrophes naturelles ▪ Chimique : métaux lourds, pesticides, additifs alimentaires, médicaments ▪ Autres : allergies, réservoir de pathologies transmissibles <p>A noter, la sécurité sanitaire en Europe est régie par le « paquet hygiène » qui est un ensemble de règlements européen sur l'hygiène des aliments</p>
Risques liés à l'eau	<p>Les risques peuvent être liés à l'eau alimentaire, mais aussi à l'eau agricole ou de loisir, etc...</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Risques physiques : Brûlure à l'eau chaude, noyades, accident de natation ou de plongée ▪ Risques chimiques : pollution minérale (calcium, sodium, métaux lourds) ou organiques (pesticides, nitrides, hydrocarbures polycycliques aromatiques ou matières organiques complexes) ▪ Risques infectieux : bactéries (fièvre typhoïde, choléra, gastro-entérite, pathologies opportunistes), virus (hépatites A et E, gastro-entérites), parasites (gastro-entérites, giardiose, pathologies opportunistes), prions <p>Sources de pollution de l'eau :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Domestique : eau de lavage ou des toilettes ▪ Agricole : pesticide, déchets d'élevage ▪ Industrielle : rejets de polluants industriels <p>Prévention des risques sanitaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Assainissement : collecte, traitement et évacuation des déchets liquides ou solides de l'eau ▪ Garantie de la potabilité : protection des réserves naturelles d'eau ▪ Contrôle de la potabilité de l'eau : vérification du respect des normes en vigueur (diligenté par l'ARS)
Potabilité de l'eau B	<p>La potabilité de l'eau est définie sur les critères :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Microbiologique : absence d'agent pathogène (E. coli, entérocoques, bactéries coliformes et sulfitoréductrices < 0/100 mL. Germes aérobies < rapport 10 par rapport à la valeur habituelle) ▪ Organoleptique : eau clair, fraîche, sans odeur ▪ Physico chimiques : absence de polluant chimique ou physique
Risques liés à l'alimentation	<p>2 risques importants :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Salubrité alimentaire : absence de risque infectieux, chimique ou physique 2. Qualité nutritionnelle : risque allergique ou d'obésité / carence

Toxi-infections alimentaires collectives	<p>TIAC : Apparition d'au moins 2 cas d'une même symptomatologie digestive chez des personnes ayant consommé des aliments en commun. Maladie à Déclaration obligatoire à l'ARS.</p> <p>Clinique : 2 présentations digestives</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Entéro-invasif = lié à une bactérie. Fièvre, douleurs abdominales, diarrhée glairo-sanglante. Incubation >24 heures. (Salmonelles, Campylobacter, Shigella, Yersinia, Listeria, STEC, vibrio para-hémolytique) 2. Entéro-toxinogène = lié à une toxine préformée et ingérée. Diarrhée généralement non glairo-sanglante et vomissement. Apyréxie. Incubation courtes <24 heures (Staph aureus, bacillus cereus, clostridium, ETEC) <p>Manifestations extradigestives :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Flush cutanée et histamine ▪ Tableau neurologique et toxine de Clostridium difficile ▪ Paresthésie péri-buccale et hyperlacrymation et ataxie et ciguatoxine <p>Les salmonelles sont les plus fréquemment impliqués dans les pays industrialisés</p>
PEC d'une TIAC B	<p>⚠️ Toute TIAC doit être déclarée à l'ARS par le médecin en charge du patient dans les plus brefs délais.</p> <p>Une TIAC doit être envisagée dès qu'au moins 2 cas groupés dans le temps et l'espace sont diagnostiqués. Il faut alors chercher d'autres cas et une origine alimentaire commune.</p> <p>Le signalement peut se faire par tout moyen disponible (fax, téléphone, mail...)</p> <p>L'ARS va ensuite recenser les cas, appeler la cuisine de conserver les plats afin de les analyser. En parallèle l'ARS va interroger toutes les personnes présentes pour savoir ce qu'elles ont mangé. Une enquête épidémiologique (cohorte si nombre de personnes impliqués < 30 ou cas-témoin si nombre de personnes > 30) permettra de retrouver les associations entre infection et aliments incriminés. Cela permettra de calculer des OR du risque de devenir malade en fonction de chaque aliment ingéré et un taux d'attaque (incidence de la maladie sur un temps très court).</p> <p>L'ARS rédigera enfin un rapport pour comprendre les raisons de cette infection.</p> <p>En parallèles les patients infectés seront réhydratés, bénéficieront tous d'une coproculture. Les antidiarrhéiques et antispasmodiques sont contre-indiqués. Les antibiotiques seront utilisés en 2^{ème} intention selon les résultats de la coproculture ou l'évolution clinique.</p> <p>Attention :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les antidiarrhéiques sont à éviter voire contre-indiqués 2. Les antibiotiques c'est pas automatique ! Non indiquée en première intention



Coups de pouce du rédacteur :

- Savoir que l'eau et l'alimentation sont porteur de maladies pour la santé humaine
- Savoir que le principal risque infectieux de l'alimentation est la toxiinfection alimentaire
- Savoir prendre en charge une TIAC (d'un point de vue médical et épidémiologique avec DO à l'ARS)

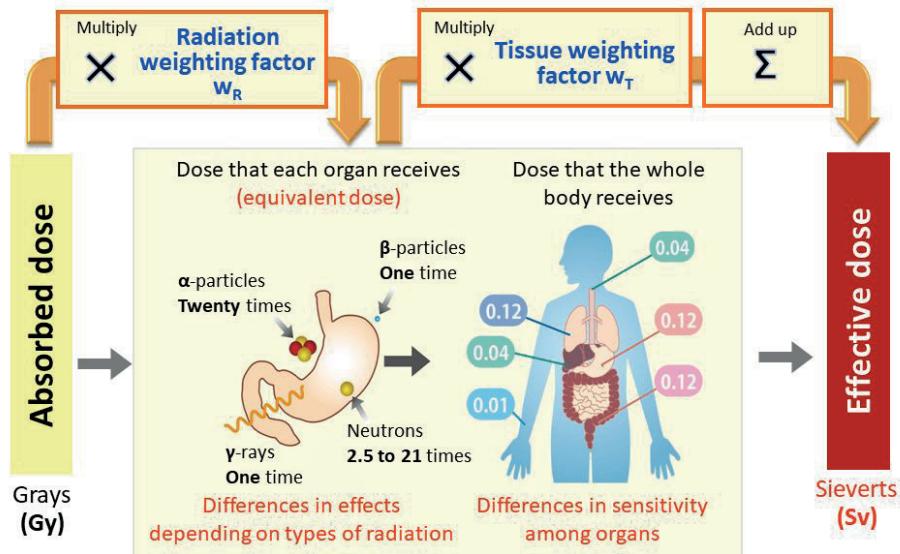
Item 180 – RISQUES SANITAIRES, IRRADIATION ET RADIOPROTECTION

GÉNÉRALITÉS

Définitions A	<p>Rayonnements ionisants = énergie radiante émise par une source, suffisante pour créer des phénomènes d'ionisation dans la matière vivante ; dont on distingue les rayonnements directement ionisants (particules chargées : électrons, positons, protons, α) et indirectement ionisants (photons, neutrons).</p> <p>Particules chargées émises lors de transformations radioactives (particules α, β- (électrons négatifs), β+ (positons)), ou lors de la désexcitation des noyaux (électrons de conversion, alternative à l'émission γ) ou des atomes (électrons Auger, alternative à l'émission X de fluorescence).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ B Rayonnement primaire = émis spontanément par une source radioactive vs rayonnement secondaire = résultat de l'interaction de rayonnements primaires avec la matière. Ex : rayon X secondaire, diffusé ou réfléchi par les obstacles (murs, sols ou plafonds). ▪ Activité = émission de rayonnements par une source, diminuant avec le temps et spécifique à chaque radioélément. ▪ Période radioactive = temps au bout duquel le nombre de noyaux instables dans un échantillon radioactif aura décrue de moitié 				
Exposition aux rayonnements A	<p>2 origines de rayonnements ionisants :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; background-color: #f2f2f2;">Naturelle</th><th style="text-align: center; background-color: #f2f2f2;">Artificielle</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">Rayonnement cosmique, variable selon la latitude et l'altitude (photons et particules) Rayonnement tellurique (roches) Incorporation d'éléments naturels dans l'air, l'eau ou la chaîne alimentaire Radon, émis par la couche terrestre</td><td style="padding: 5px;">Médicale : actes à fin diagnostique (faibles doses, < 100 voire < 10 mSv) ou thérapeutique (dose *100) Exposition par des sources industrielles ou militaires : Tchernobyl, Fukushima...</td></tr> </tbody> </table> <p>Au total, exposition naturelle de ~3 mSv/an mais dose cumulée annuelle variable selon les situations d'exposition (lieu d'habitation, mode de vie, tabac...), allant de <u>1,5 à 6 mSv/an</u>. Exposition artificielle en nette augmentation au cours des dernières décennies par augmentation de l'exposition médicale (développement des examens d'imagerie +++).</p>	Naturelle	Artificielle	Rayonnement cosmique, variable selon la latitude et l'altitude (photons et particules) Rayonnement tellurique (roches) Incorporation d'éléments naturels dans l'air, l'eau ou la chaîne alimentaire Radon, émis par la couche terrestre	Médicale : actes à fin diagnostique (faibles doses, < 100 voire < 10 mSv) ou thérapeutique (dose *100) Exposition par des sources industrielles ou militaires : Tchernobyl, Fukushima...
Naturelle	Artificielle				
Rayonnement cosmique, variable selon la latitude et l'altitude (photons et particules) Rayonnement tellurique (roches) Incorporation d'éléments naturels dans l'air, l'eau ou la chaîne alimentaire Radon, émis par la couche terrestre	Médicale : actes à fin diagnostique (faibles doses, < 100 voire < 10 mSv) ou thérapeutique (dose *100) Exposition par des sources industrielles ou militaires : Tchernobyl, Fukushima...				
Doses et unités A	<p>Les particules chargées déposent 100 % de leur énergie sur des courtes distances dans la matière, de l'ordre de quelques micromètres pour les particules alpha et de quelques millimètres pour les électrons.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Puissance et énergie émises par une source sont mesurées respectivement en watts (W) et en joules (J) ▪ Activité d'un corps radioactif (A) : quantifiée en Becquerel (Bq) = nombre de désintégrations par seconde. Réduite de moitié au bout d'une période radioactive ▪ Dose absorbée par un organisme vivant (D) : quantifiée en Gray (Gy), énergie absorbée par unité de masse. Dose (Gy) = Énergie (Joule) / Masse (kg) ▪ Dose équivalente (Ht) : quantifiée en Sievert (Sv). Dose équivalente = Dose absorbée x facteur de pondération radiologique (Wr), dépendant du type de rayonnement et de leur « nocivité » (1 pour les rayons X, β, γ ; 20 pour les α ; variable pour les neutrons). En effet, à dose absorbée égale, les effets biologiques dépendent de la nature des rayonnements. Dose équivalente dite « engagée » si elle résulte de l'incorporation dans l'organisme de radioéléments (ex : inhalation exemple) jusqu'à l'élimination complète de ceux-ci, soit par élimination biologique, soit par décroissance physique 				

- **Dose efficace (E)** : quantifiée également en **Sievert (Sv)** = **somme des doses équivalentes pondérées** délivrées aux différents tissus et organes selon un **facteur de pondération tissulaire (Wt)** → évaluation de la **dose reçue corps entier**
- En **radiodiagnostic**, grandeurs dosimétriques opérationnelles :
- **Produit Dose × Surface (PDS)** en imagerie de projection, en $\text{mGy} \cdot \text{cm}^2$
 - **Index de dose scanographique volumique (IDSV ou CTDI)** en TDM qui tient compte du profil de coupe en tomodensitométrie sans refléter la dose totale reçue par le patient.
 - **Produit Dose × Longueur (PDL)** en $\text{mGy} \cdot \text{cm}$ = dose totale reçue par le patient

Units of Radiation Conversion from Gray to Sievert



EXPOSITION AUX RAYONNEMENTS IONISANTS

Modes d'exposition A	<p>3 modalités possibles :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Irradiation = exposition externe sans contact cutané 2. Contamination externe = contact cutané, à risque de contamination interne par pénétration à travers la peau du radioélément (plaie, peau lésée voire peau saine, rare) 3. Contamination interne = pénétration du radioélément par inhalation, ingestion, voie oculaire ou per-cutanée <p>Mode d'exposition → nature et importance des effets : B rayonnements β plus dangereux lors d'exposition interne > externe. En milieu pro, majorité des expositions = externes. Exposition fonction de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nature du rayonnement (activité et nature du radioélément) ▪ Distance à la source : plus l'organisme est éloigné moins la dose absorbée sera grande (fonction inverse du carré de la distance → si distance x2, la dose est /4) ▪ Durée d'exposition ▪ Épaisseur et composition d'éventuelles couches de protection
Secteurs concernés B	<p>Multiples secteurs d'activité utilisant des rayonnements ionisants, à risque pour le patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Médical : radiothérapie, radiodiagnostic, médecine nucléaire... ▪ Industrie nucléaire : combustibles, déchets... ▪ Secteur industriel dans son ensemble +++ ▪ Laboratoires de recherches et d'analyses
Effets biologiques A	<p>Transfert d'énergie → effets bio, affectant les cellules/tissus/organes avec risque de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ionisation des molécules (radiolyse), modifiant leurs propriétés chimiques ▪ Altération de l'ADN = ruptures ++, pouvant être réparées rapidement pour les simples brins mais de réparation incomplète pour les doubles brins avec risque d'empêcher reproduction cellulaire ou d'entraîner la mort de la cellule (nombre de cellules tuées directement proportionnel à la dose reçue). Par ailleurs, risque de cancers à long terme en cas de mauvaise réparation des ruptures

	<p>Facteurs influençant l'importance et nature des lésions :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mode d'exposition : externe ou interne ▪ Nature des rayonnements ▪ Débit de dose reçue (une même dose reçue est plus toxique si elle est brève) ▪ Certains facteurs chimiques ou physiques (température, présence de certaines substances chimiques telles que l'oxygène) ▪ Type de cellules exposées : cellules à potentiel de multiplication important (« indifférenciées », telles les cellules de la moelle osseuse) d'autant plus « radiosensibles » <p>Tableaux n°6 et 20 dédiés aux maladies professionnelles liées aux rayonnements ionisants (à déclarer +++).</p>																		
<p>Conséquence sur la santé</p> <p style="text-align: center;">A</p>	<p>2 types :</p> <ol style="list-style-type: none"> Effets à court terme (déterministes) : liée directement aux lésions cellulaires. <ul style="list-style-type: none"> - A partir d'un certain seuil d'irradiation - Tissus sensibles : tissus reproducteurs = rate, moelle osseuse, peau. - Irradiation locale : Érythème, ulcération, nécrose. - Irradiation globale : pronostic vital lié à l'importance de l'atteinte des tissus les plus radiosensibles (moelle osseuse, tube digestif) - Si exposition > 4,5 Gy : > 50% de mortalité en l'absence de ttt Effets à long terme et aléatoire (stochastiques) : <ul style="list-style-type: none"> - Cancer et anomalies génétiques - Délai de survenue : 5 ans pour les leucémies, jusqu'à 50 ans pour les cancers. - Pas de seuil - Toute dose peut entraîner un risque accru de cancer <table border="1" data-bbox="300 1008 1536 1233"> <thead> <tr> <th></th><th>Déterministes</th><th>Stochastiques</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fréquence</td><td>Obligatoires dès 200 Gy</td><td>Aléatoires, mais fréquence ↑ avec la dose</td></tr> <tr> <td>Unité de dose</td><td>Gy</td><td>Sv</td></tr> <tr> <td>Gravité</td><td>Proportionnelle à la dose</td><td>Indépendante de la dose</td></tr> <tr> <td>Temporalité</td><td>Précoce (heures à mois)</td><td>Tardive +++</td></tr> <tr> <td>Causalité</td><td>Facile à prouver</td><td>Difficile à prouver : cancers, fertilité...</td></tr> </tbody> </table>		Déterministes	Stochastiques	Fréquence	Obligatoires dès 200 Gy	Aléatoires, mais fréquence ↑ avec la dose	Unité de dose	Gy	Sv	Gravité	Proportionnelle à la dose	Indépendante de la dose	Temporalité	Précoce (heures à mois)	Tardive +++	Causalité	Facile à prouver	Difficile à prouver : cancers, fertilité...
	Déterministes	Stochastiques																	
Fréquence	Obligatoires dès 200 Gy	Aléatoires, mais fréquence ↑ avec la dose																	
Unité de dose	Gy	Sv																	
Gravité	Proportionnelle à la dose	Indépendante de la dose																	
Temporalité	Précoce (heures à mois)	Tardive +++																	
Causalité	Facile à prouver	Difficile à prouver : cancers, fertilité...																	
<p>Prévention</p> <p style="text-align: center;">A</p>	<p>4 grands principes régissent toute démarche de prévention, dans cet ordre :</p> <ol style="list-style-type: none"> Évaluer le risque Éliminer le risque autant que possible Mettre en place des équipements de prévention collective pour les personnes exposées Assurer la protection individuelle de chacun 																		
<p>Radioprotection</p> <p style="text-align: center;">A</p>	<p>3 idées maîtresses en termes de radioprotection :</p> <ol style="list-style-type: none"> Justification : bénéfice prouvé, supérieur au risque lié à l'utilisation des rayonnements ionisants Optimisation : réduire au maximum les expositions, concept ALARA = As Low As Reasonably Achievable Limitation des doses : respecter des seuils empêchant la survenue d'effets déterministes et rendant les effets stochastiques aussi peu probables que possible. 																		
<p>Grossesse et travail</p> <p style="text-align: center;">A</p>	<p>Tout travailleur exposé doit être informé des effets néfastes sur l'embryon, afin de sensibiliser les femmes sur la nécessité de déclarer le plus précocement possible leur état de grossesse pour éviter d'exposer l'enfant à naître.</p> <p>B Par ailleurs, femmes allaitantes sont exclues des postes avec risque de contamination interne.</p>																		

Coups de pouce du rédacteur :

- Item pas très important à mon sens mais le lire une fois ne fait pas de mal
- L'exposition au rayonnement ionisant peut se faire selon **3 modes** : externe sans contact cutané (irradiation), externe par contact cutané et interne.
- Les affections provoquées par les expositions professionnelles au rayonnement ionisant sont couvertes par les tableaux de maladies professionnelles.
- Toute dose peut entraîner un risque accru de cancer

FICHE E-LISA N°181

Item 181 – SÉCURITÉ DES PRODUITS DESTINÉS À L'HOMME. VEILLE SANITAIRE

VEILLE SANITAIRE A

Définition	<p>Sécurité sanitaire : Protection de la santé de l'homme contre les risques de la société (alimentation, environnement, hygiène...)</p> <p>Crise sanitaire : Situation imprévue où la santé d'humain est mise en danger et qui nécessite des moyens de gestion exceptionnels et transversaux.</p> <p>Veille sanitaire : Processus continu de détection, de recueil et d'évaluation des risques sur la santé humaine.</p> <p>Surveillance sanitaire : Recueil, analyse, interprétation et communication systématiques des données de morbidité et de mortalité</p> <p>Vigilance sanitaire : Dispositif de surveillance et de recueil des incidents qui interviennent sur la santé humaine (problème sur un produit de santé, infections nosocomiales, événements indésirables graves...)</p> <p>Produits de santé destinés à l'homme : Médicaments, produits biologiques, dispositifs médicaux, cosmétiques.</p>
Sécurité sanitaire B	<p>Principe d'évaluation : Détection et analyse des risques sur la santé humaine. Les autorités sanitaires doivent connaître les effets et risques des décisions qu'ils prennent. Obligation de connaître les effets des décisions prises, de les évaluer en amont et en aval pour constamment réévaluer la balance bénéfice risque.</p> <p>Principe de précaution : L'absence de certitude ne doit pas retarder la prise de décision qui préviendrait d'un risque grave sur la santé humaine</p> <p>Principe d'impartialité : Les autorités sanitaires doivent être indépendantes et sans lien d'intérêt.</p> <p>Principe de transparence : La population doit être informée des risques détectés et de l'impact des mesures prises. Prendre des décisions adaptées à la situation à un moment T et donc les réévaluer à chaque fois que cela est nécessaire</p> <p>La sécurité sanitaire nécessite des compétences pluridisciplinaires basé sur des bases scientifiques solides</p>
Agences en charge de la sécurité sanitaire B	<p>Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) :</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Garantie la sécurité des produits de santé depuis les essais cliniques jusqu'à la pharmacovigilance▪ Recueille les événements indésirables▪ Inspecte les laboratoires en charge de la fabrication des médicaments et produits de santé▪ Élabore des notices d'utilisation des médicaments et formule des recommandations▪ Elle a en charge la pharmacovigilance (médicaments pharmacologiques), l'addictovigilance (risque d'addiction), l'hémovigilance (produits transfusionnels), la matériovigilance (dispositifs médicaux), la réactovigilance (outils de diagnostic in vitro), la cosmétovigilance (cosmétiques), la tatouvigilance (dispositifs de tatouage), la vigilance des essais cliniques

	<p>Santé publique France :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Issu en 2016 de la fusion de l’Institut National de Veille Sanitaire et de l’Institut National de Prévention et d’Éducation à la Santé et de l’Établissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires ▪ Anticipe les risques sanitaires via la surveillance de l’état de santé des Français (surveillance et veille sanitaire) via des réseaux de surveillance (réseau Sentinel, registres de morbidité) ▪ Analyse les données recueillies pour comprendre la raison des risques et les modifications de comportement des Français ▪ Action pour la promotion de la santé et les modifications environnementales en faisant remonter des alertes en cas de danger. <p>Agence Nationale de Sécurité sanitaire et alimentaire nationale (ANSES) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mission d’expertise et de recherche sur la santé humaine, animale et végétale ▪ Recueil des alertes de toxicovigilance et les activités des centres antipoison ▪ Assure la nutrивigilance (denrées et compléments alimentaires) ▪ Assure la pharmacovigilance vétérinaire et la phytopharmacovigilance (médicaments pour les plantes) <p>Agence de la biomédecine :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mission d’expertise sur le champ de la greffe et des tissus, ainsi que sur les cellules souches, l’assistance médicale à la procréation, la génétique et l’embryologie ▪ Assure la biovigilance ▪ Assure l’AMPvigilance (vigilance pour l’assistance à la procréation) <p>Haute autorité de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Assure la promotion de la qualité des soins et recueil les événements porteurs de risque associés aux soins ▪ En charge
Risques liés à l’alimentation	<p>2 risques importants :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Salubrité alimentaire : absence de risque infectieux, chimique ou physique 2. Qualité nutritionnelle : risque allergique ou d’obésité / carence
Toxi-infections alimentaires collectives	<p>TIAC : Apparition d’au moins 2 cas d’une même symptomatologie digestive chez des personnes ayant consommé des aliments en commun. Maladie à Déclaration obligatoire à l’ARS.</p> <p>Clinique : 2 présentations digestives</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Entéro-invasif = lié à une bactérie. Fièvre, douleurs abdominales, diarrhée glairo-sanglante. Incubation >24 heures. (Salmonelles, Campylobacter, Shigella, Yersinia, Listeria, STEC, vibrio parahémolytique) 2. Entéro-toxinogène = lié à une toxine préformée et ingérée. Diarrhée généralement non glairo-sanglante et vomissement. Apyréxie. Incubation courtes <24 heures (Staph aureus, bacillus cereus, clostridium, ETEC) <p>Manifestations extradigestives :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Flush cutanée et histamine ▪ Tableau neurologique et toxine de Clostridium difficile ▪ Paresthésie péricibulacae et hyperlacrymation et ataxie et ciguatoxine <p>Les salmonelles sont les plus fréquemment impliqués dans les pays industrialisés</p>

PEC d'une TIAC

B

⚠️ Toute TIAC doit être déclarée à l'ARS par le médecin en charge du patient dans les plus brefs délais.

Une TIAC doit être envisagée dès qu'au moins 2 cas groupés dans le temps et l'espace sont diagnostiqués.

Le signalement peut se faire par tout moyen disponible (fax, téléphone, mail...)

L'ARS va ensuite recenser les cas, appeler la cuisine de conserver les plats afin de les analyser. En parallèle l'ARS va interroger toutes les personnes présentes pour savoir ce qu'elles ont mangé. Une enquête épidémiologique (cohorte si nombre de personnes impliqués < 30 ou cas-témoin si nombre de personnes > 30) permettra de retrouver les associations entre infection et aliments incriminés. Cela permettra de calculer des OR du risque de devenir malade en fonction de chaque aliment ingéré et un taux d'attaque (incidence de la maladie sur un temps très court).

L'ARS rédigera enfin un rapport pour comprendre les raisons de cette infection.

En parallèles les patients infectés seront réhydratés, bénéficieront tous d'une coproculture. Les antidiarrhéiques et antispasmodiques sont contre-indiqués. Les antibiotiques seront utilisés en 2^{ème} intention selon les résultats de la coproculture ou l'évolution clinique.

Attention :

1. **Les antidiarrhéiques sont à éviter voire contre-indiqués**
2. **Les antibiotiques c'est pas automatique ! Non indiquée en première intention**



Coups de pouce du rédacteur :

- Savoir que l'eau et l'alimentation sont porteur de maladies pour la santé humaine
- Savoir que le principal risque infectieux de l'alimentation est la toxiinfection alimentaire
- Savoir prendre en charge une TIAC (d'un point de vue médical et épidémiologique avec DO à l'ARS)

Item 182 – SANTÉ AU TRAVAIL

GÉNÉRALITÉS

Relation santé et travail

A

Relation à étudier dans les 2 sens :

1. **Travail → santé :** la pathologie dont souffre mon patient peut-elle être la **conséquence de ses expositions professionnelles** actuelles ou antérieures ou, peut-elle être **aggravée par son travail** ?
2. **Santé → travail :** la pathologie de mon patient, qu'elle soit ou non liée à son travail, **retentit-elle sur sa capacité de travail** ? Si le patient n'est plus en état d'occuper son poste, il faut alors **se préoccuper de l'aménagement de son poste de travail ou de son reclassement professionnel**

IMPACT DU TRAVAIL SUR LA SANTÉ

Interrogatoire

A

Salarié à temps plein > 1.600 heures/an au travail : connaître la profession actuelle et antérieure d'un patient peut permettre d'évoquer une **étiologie professionnelle de sa pathologie** → il faut **interroger** sur :

- L'ensemble des **postes déjà occupés** (dresser un *curriculum laboris*) : l'exposition à des carcinogènes peut déclencher un **cancer des années/décennies plus tard** (ex : mésothéliome +++, pneumoconioses)
- La **situation de travail, les expositions professionnelles** associées et les **contraintes physiques/psy**
- Le **retentissement des activités sur l'état de santé, l'état de base** du patient (demande de RQTH = Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé, maladie pro figurant dans un tableau...)
- La **chronicité/rythmicité** des symptômes et leur **corrélation avec le temps/horaires de travail** = existence d'un **rythme professionnel** (ex : asthme et dermites +++)
- L'existence **d'autres pathologies professionnelles** (ex : plaques pleurales chez un patient diagnostiqué de CBP = argument en faveur d'une exposition à l'amiante)
- La notion de **données collectives** provenant du médecin du travail

Pathologies professionnelles

B

Exemples de pathologie professionnelle par métier disponible sur le site internet de la **CRAMIF** **A** (Caisse régionale d'assurance maladie d'Île de France) :

- **Tbs musculosquelettiques** (TMS) liés aux travaux répétitifs = **1^{ère} famille de maladies reconnues** en MP (maladie professionnelle), malgré une sous-déclaration certaine, avec ≥ 40.000 TMS des membres/an ainsi que des pathologies lombaires (ex : hernie discale sur port de charges lourdes)
- **Pathologies allergiques** (dermatoses, rhinite, asthme) : rechercher un rythme professionnel
- **Infections** : tuberculose, brucellose, hépatites virales...
- **Pneumoconioses** : asbestose, silicose, berylioze
- **Néoplasies**
- **Surdité** par exposition au bruit
- Nombreuses autres pathologies, dont **psychiatriques**, ne figurant encore sur aucun tableau

IMPACT DE LA SANTÉ SUR LE TRAVAIL

<p>Pronostic médical et professionnel</p> <p style="text-align: center;">A</p>	<p>À l'embauche, face à une personne en situation de handicap ou pour préparer la reprise du travail après un arrêt de travail, il est nécessaire d'anticiper les problèmes médicosociaux liés aux pathologies pouvant retentir sur la capacité de travail. Quelques exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pathologies limitant les postes de « sécurité » = risque d'accident grave en cas de "défaillance" subite de l'opérateur (chauffeur poids lourd, conducteur de centrale nucléaire...) : épilepsie, diabète (perte brutale de connaissance) ▪ Pathologies contre-indiquant les efforts physiques (ex : port de charge) : affections cardiaques ▪ <u>Diabète et épilepsie</u> peuvent nécessiter un travail à horaires fixes, voire être incompatibles avec certains postes <p>Dans tous ces cas, une adaptation ou un changement de poste sont à envisager avec le médecin du travail qui veillera à prescrire la périodicité et les modalités du suivi santé-travail.</p> <p>Visite de pré-reprise proposée à l'initiative du médecin traitant, du médecin-conseil ou du patient (<u>médecin du travail et employeur ne pouvant solliciter un salarié en arrêt</u>), en principe en cas d'arrêt > 3 mois pour préparer le retour au poste mais tout salarié peut demander une visite.</p> <p>Objectif = évaluer, d'une part, les capacités de travail du patient selon les éléments médicaux et d'autre part, les contraintes du poste de travail → préconisations pour l'aménagement du poste, le changement de poste ou la formation professionnelle le cas échéant, avec l'aide d'autres professionnels B si besoin : IDE, ergonome, psychologue ; ou intervenants spécialisés dans le maintien dans l'emploi et extérieurs au service de santé au travail (organismes de placement spécialisés (OPS) présents dans chaque département (remplacent les anciens Cap Emploi et SAMETH)).</p> <p>B Ensuite, préconisations transmises à l'employeur avec l'accord du salarié :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aménagement ou adaptation du poste, par exemple recommandations d'aménagement ergonomique ▪ Changement pour un poste adapté aux capacités dites "restantes" du salarié ▪ Formations professionnelles à organiser en vue de faciliter le reclassement du salarié ou sa réorientation professionnelle
<p>Reprise du travail</p> <p style="text-align: center;">A</p>	<p>Nouveau décret : La visite de reprise doit être organisée par l'employeur dans les 8 jours à compter de la reprise du travail, elle est obligatoire pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tout congé maternité ▪ Toute maladie professionnelle ▪ Arrêt maladie non professionnel de plus de 60 jours ▪ Arrêt en accident du travail de plus de 30 jours <p>Dès la date de fin d'arrêt de travail connue, l'employeur saisit le service de santé au travail qui organise une visite de reprise avec le médecin du travail dans les huit jours suivant la reprise, afin de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vérifier si le poste de travail ou de reclassement est compatible avec l'état de santé du patient ▪ Examiner les propositions d'aménagement, d'adaptation du poste ou de reclassement faites par l'employeur à la suite des préconisations émises par le médecin du travail lors de la visite de pré-reprise ▪ Préconiser l'aménagement, l'adaptation du poste ou le reclassement du travailleur ▪ Émettre le cas échéant un avis d'inaptitude, procédure très encadrée réglementairement avec la réalisation d'une étude de poste et l'obligation de recherche de poste de reclassement. L'employeur est tenu de prendre en considération les propositions du médecin du travail et, en cas de refus, de faire connaître les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite. ▪ Plusieurs options B : <ul style="list-style-type: none"> - Adaptation du poste de travail occupé auparavant par le salarié : même emploi et qualification - Mutation sur un autre poste dans l'entreprise, pouvant impliquer une diminution de salaire et l'obligation d'un contrat de formation dans un centre de reclassement professionnel ; avec une protection renforcée au maintien dans l'emploi (indemnités de licenciement doublées) - Licenciement pour inaptitude médicale - Statut de travailleur handicapé si taux d'IP > 10%

Maintien dans l'emploi B	<p>Plusieurs aides disponibles pour maintenir le travailleur dans son emploi :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Temps partiel thérapeutique (TPT) B = arrêt de travail à temps partiel pour un retour progressif au travail, dont le pourcentage d'activité (ex : 50%, 60%, 80%) peut être progressif jusqu'à la reprise à temps complet. Depuis le 1 janvier 2020, le TPT peut être mis en œuvre dès la survenue du problème de santé, il n'est pas nécessairement précédé d'un arrêt de travail à temps complet préalable. Prescription par le médecin traitant avec accord du médecin-conseil, du médecin du travail et de l'employeur pour une durée maximale de 12 mois ▪ RQTH, en cas de difficultés au poste de travail liées à l'état de santé. <ul style="list-style-type: none"> - Aider le salarié à rester au travail - Aide financière : adaptation de poste ou reconversion - Le salarié est libre d'informer ou non son employeur -
Réduction ou cessation d'activité B	<p>Reprise du travail impossible ou partiellement possible du fait d'un état de santé global trop dégradé → droit à une invalidité de l'assurance maladie (branche maladie) accordée par le médecin-conseil lorsque le patient a perdu plus des 2/3 de ses capacités de travail, avec une rémunération de l'ordre de 30 à 50% de son salaire selon la catégorie d'invalidité (3 catégories)</p>

Item 183 – SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL

GÉNÉRALITÉS	
Définition et rôle A	<p>Médecin du travail = médecin spécialiste du lien santé-travail. En France, spécialité quasi-exclusivement tournée vers les salariés avec des missions spécifiées dans le code du travail. Afin d'assurer le suivi médical des salariés, le Code du travail impose à tout employeur ayant au moins un salarié d'organiser ou d'adhérer à un service de santé au travail (SST), dont le rôle est de conseiller les employeurs, les travailleurs et leurs représentants afin d'éviter toute altération de la santé par le travail.</p>
Organisation B	<p>2 possibilités, au choix de l'employeur :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Service autonome, SST implanté dans l'entreprise : effectif important > 500 salariés 2. SST inter-entreprises (SSTI), pouvant aller jusqu'à plusieurs centaines pour un médecin <p>Pour préserver la santé des travailleurs et promouvoir la santé en milieu de travail, les SST :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conduisent les actions de santé au travail, dans le but de préserver la santé physique et mentale des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel ▪ Conseillent les employeurs, les travailleurs et leurs représentants sur les dispositions et mesures nécessaires afin d'éviter ou de diminuer les risques professionnels, d'améliorer les conditions de travail, de prévenir la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail, le harcèlement sexuel ou moral, de réduire la pénibilité au travail et la désinsertion professionnelle et de contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs ▪ Assurent la surveillance de l'état de santé des travailleurs en fonction des risques concernant leur santé au travail et leur sécurité et celle des tiers, de la pénibilité au travail et de leur âge ▪ Participent au suivi et contribuent à la traçabilité des expositions professionnelles et à la veille sanitaire <p>Missions assurées par une équipe pluridisciplinaire de santé au travail comportant des médecins du travail (ainsi que des internes et des médecins en reconversion = collaborateurs médecins), des IDE et des Intervenants en Prévention des Risques Professionnels (IPRP) = ergonomes, ingénieurs, psychologues... et parfois des assistantes sociales ; le tout coordonné par le médecin du travail.</p>
LE MÉDECIN DU TRAVAIL	
Secret médical A	<p>Médecin du travail = salarié protégé, ne pouvant être licencié qu'après avis du médecin inspecteur du travail et autorisation de l'inspecteur du travail. Par ailleurs, médecin indépendant de l'entreprise et de son activité +++, soumis à un double secret : médical et professionnel.</p> <p>⚠ Le médecin traitant et le médecin du travail ne peuvent échanger des informations que par l'intermédiaire du patient : le médecin du travail n'est pas considéré comme participant aux soins.</p> <p>NB : <i>Le médecin du travail ne pratique pas la médecine des soins courants et ne PEUT PAS prescrire de médicament ni d'arrêt de travail au salarié.</i></p>

<p>Modes d'action A</p>	<p>1- Activités de terrain B : au moins un tiers du temps consacré à l'analyse des conditions de travail dans les entreprises avec les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire dans les SSTI. Pour exercer leurs missions et répondre efficacement aux besoins des entreprises, médecin du travail et son équipe exercent des actions directement sur le milieu de travail, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identification et évaluation des risques professionnels, si besoin avec réalisation d'analyses/mesures (par ex : bruit, substances chimiques dans des prélevements atmosphériques, etc...). ▪ Conseiller sur l'organisation des secours et des services d'urgence. ▪ Mener des actions de promotion de santé. <p>→ Conseille l'employeur sur la réduction des risques professionnels qu'il constate.</p> <p>2. Consultations : surveillance de la santé des salariés lors des visites d'embauche, périodiques, de reprise, de pré-reprise ou occasionnelles à son initiative ou la demande de l'employeur/du salarié. Médecin = juge du contenu des modalités de surveillance, s'appuyant sur les recos si elles existent. Consultations parfois en partie déléguées à un médecin en formation (collaborateur ou interne), ou à un infirmier de santé au travail dans le cadre de visites individuelles d'information et de prévention (VIP).</p> <p>3. Deux types de suivis sont organisés selon les risques auxquels sont exposés les salariés :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Poste de travail présentant des risques particuliers (agents cancérogènes (ex : amiante) ou toxiques pour la reproduction, certains risques bio...) ou affectant sa sécurité (ex : montage d'échafaudages) ou celles de ses collègues/tiers → suivi individuel renforcé, comprenant examen médical d'aptitude avant l'embauche (médecin du travail) et un suivi périodique, au moins /4 ans ± visites intermédiaires confiées par le médecin aux infirmiers du SST. Objectifs de l'examen médical d'aptitude : <ul style="list-style-type: none"> - S'assurer de l'aptitude médicale du travailleur au poste affecté - Rechercher si le travailleur n'est pas atteint d'une affection dangereuse pour les autres salariés - Proposer, éventuellement, les adaptations du poste ou l'affectation à d'autres postes - Informier le travailleur sur les risques d'exposition au poste et le suivi médical nécessaire - Sensibiliser le travailleur sur les moyens de prévention à mettre en œuvre <p>Au terme de cet examen médical, délivrance d'un avis d'aptitude ou d'inaptitude transmis au salarié et à l'employeur puis versé au dossier médical.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Salariés « hors poste de travail à risque » : VIP à l'embauche et de façon périodique, au moins /5 ans (sauf travailleurs handicapés, titulaires d'une pension d'invalidité ou travailleurs de nuit : /3 ans), assurée par le médecin du travail (ou en formation) ou déléguée à un infirmier du SST qui adressera le salarié au médecin du travail si besoin. Objectifs de cette VIP : <ul style="list-style-type: none"> - Interroger le salarié sur son état de santé - Informier le salarié sur les risques éventuels auxquels l'expose son poste de travail - Sensibiliser le salarié sur les moyens de prévention à mettre en œuvre - Identifier si l'état de santé du salarié ou les risques auxquels il est exposé nécessitent une orientation vers le médecin du travail, si ce n'est pas lui qui réalise la visite - Informier le salarié sur les modalités du suivi de son état de santé par le service de santé au travail et sur la possibilité dont il dispose, à tout moment, de bénéficier d'une visite à sa demande avec le médecin du travail <p>Au terme de cette VIP, délivrance d'une attestation de suivi transmise au salarié et à l'employeur.</p>
------------------------------------	--

	<p>Fenceinte : orientation à tout moment vers le médecin du travail pour adapter/changer le poste.</p> <p>Récap du suivi obligatoire :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Situations</th><th>Suivi</th><th>Quand ?</th><th>Quoi ?</th><th>Qui ?</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">Risques pro particuliers</td><td rowspan="2">Suivi Individuel Renforcé</td><td>Avant l'embauche</td><td>Examen d'aptitude</td><td>Méd du travail</td></tr> <tr> <td>/4 ans</td><td>Examen d'aptitude</td><td>Méd du travail</td></tr> <tr> <td></td><td>Visite intermédiaire</td><td>Entretien infirmier</td><td>Infirmier / med si besoin</td></tr> <tr> <td>Hors poste à risque</td><td>VIP</td><td>Embauche + /5 ans</td><td>Entretien infirmier</td><td>Infirmier / med si besoin</td></tr> </tbody> </table>	Situations	Suivi	Quand ?	Quoi ?	Qui ?	Risques pro particuliers	Suivi Individuel Renforcé	Avant l'embauche	Examen d'aptitude	Méd du travail	/4 ans	Examen d'aptitude	Méd du travail		Visite intermédiaire	Entretien infirmier	Infirmier / med si besoin	Hors poste à risque	VIP	Embauche + /5 ans	Entretien infirmier	Infirmier / med si besoin
Situations	Suivi	Quand ?	Quoi ?	Qui ?																			
Risques pro particuliers	Suivi Individuel Renforcé	Avant l'embauche	Examen d'aptitude	Méd du travail																			
		/4 ans	Examen d'aptitude	Méd du travail																			
		Visite intermédiaire	Entretien infirmier	Infirmier / med si besoin																			
Hors poste à risque	VIP	Embauche + /5 ans	Entretien infirmier	Infirmier / med si besoin																			
	<p>4- Consultation de pré-reprise, pour un arrêt > 3 mois : réalisée avant la reprise (donc en cours d'arrêt), sur demande du med G/patient/médecin-conseil, afin de préparer le retour au poste et envisager les mesures nécessaires à l'adaptation du poste, le cas échéant. Un employeur/médecin du travail n'a pas le droit de solliciter un salarié en arrêt → rôle du med G d'encourager cette visite +++.</p>																						
	<p>5- Consultation de reprise, obligatoire après un arrêt :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pour cause de maladie professionnelle ▪ Pour une durée > 60 jours, quelle qu'en soit la cause ▪ Pour congé maternité 																						
	<p>6- Consultation à la demande :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ De l'employeur : salarié en activité uniquement ▪ Du salarié : en activité ou en arrêt 																						
Documents B	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dossier médical de santé au travail : informations relatives à l'état de santé du travailleur, aux expositions professionnelles et recueil des propositions formulées par le médecin du travail ▪ Fiche d'entreprise : liste des expositions et des salariés exposés, avis sur les contraintes/dangers dans l'entreprise. Fiche donnée à l'employeur et présentée en CSE (Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail) afin d'aider à la prévention des risques ▪ Fiche d'aptitude/inaptitude : uniquement pour les salariés exposés à des risques particuliers. <ul style="list-style-type: none"> - Fiche est transmise à l'employeur ± accompagnée de préconisations sur adaptation de poste (sans information sur la pathologie du salarié) - Si inaptitude : Obligation de l'employeur à chercher un autre poste pour le salarié. Si pas de poste compatible → Licenciement pour inaptitude médicale. <p>⚠ Le médecin du travail ne peut communiquer directement avec le médecin traitant d'un salarié, mais il peut remettre des documents que le patient décidera ou non de transmettre.</p>																						
Prévention A	<p>Mission principale du médecin du travail +++ :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prévention 1^{aire} = éviter l'apparition d'effets délétères chez les salariés exposés à un risque → évaluation des risques et mise en place/amélioration des protections (collectives > individuelles si possible) afin de ↓ l'incidence des pathologies ▪ Prévention 2^{ndaire}, médicale ++ au cours du suivi : dépistage des pathologies au stade le plus précoce possible par recherche d'effets cliniques (audiométrie), biologiques (atteinte hépatique) ou fonctionnels (somnolence) résultant de l'exposition aux risques professionnels. Ainsi, médecin du travail autorisé à prescrire tous les examens complémentaires jugés nécessaires ▪ Prévention 3^{aire}, médicale et technique : permettre aux salariés porteurs d'une déficience de se maintenir dans l'emploi ou d'en trouver un nouveau. Bilan médical et professionnel indispensable au préalable 																						

Évaluation des risques B	<p>4 étapes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identification et caractérisation des dangers : connaissance de la composition des produits chimiques, évaluation de l'environnement de travail... 2. Évaluation de l'exposition des salariés, à partir de mesures d'ambiance/individuelles et d'indicateurs biologiques d'exposition 3. Définition des relations dose-réponse 4. Estimation des risques encourus, par comparaison entre exposition et seuil limite d'exposition : fondée sur des relations dose-réponse publiées dans la littérature. Existe pour un grand nombre d'agents chimiques dangereux (l'amiante, le bruit, les rayonnements ionisants...) <p>→ Alors, plan d'action défini pour limiter les risques selon les priorités.</p>
Limitation des risques A	Actions à entreprendre dans un ordre hiérarchisé : <ol style="list-style-type: none"> 1. Remplacement des produits dangereux 2. Limitation des émissions à la source et de leur dispersion dans l'environnement par des équipements de protection collective 3. Limitation de l'exposition des salariés par le port d'équipement individuel adapté 4. Évaluation de l'efficacité des mesures : suivi des niveaux d'exposition, surveillance bio...
Suivi de santé A	<p>3 objectifs :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dépister des maladies pouvant être liées aux expositions professionnelles, des maladies dangereuses pour l'entourage ou les tiers, ou des maladies pouvant impacter la capacité de travail 2. Identifier les risques auxquels est exposé le salarié, en complément de la démarche d'évaluation des risques sur le terrain 3. Informier le salarié sur les moyens de prévention qu'il doit utiliser, et contribuer à la promotion de la santé au sens large

Item 184 – ACCIDENTS DU TRAVAIL, MALADIES PROFESSIONNELLES

POINTS-CLÉS A

- **Accident de travail** = accident survenant sur le lieu de travail, pendant le temps de travail ou le temps de trajet ; bénéficiant de la présomption d'imputabilité → pas de pouvoir d'appréciation du médecin ou de l'employeur lors de la déclaration. En cas d'accident, rédaction d'un **CMI** (certificat medical initial, descriptif et objectif) puis employeur tenu de déclarer l'accident de travail
- **Maladie professionnelle** = résultat d'une exposition habituelle au risque incriminé, souvent prolongée. **Liste de tableaux** indiquant la maladie et son **délai de prise en charge** (fin exposition → 1^{er} examen médical), avec **présomption d'origine**. Hors tableaux, systèmes dédiés pour la reconnaissance (cf. infra)

Bénéfices de la reconnaissance en AT/MP = prestations :

- En nature : soins gratuits
- En espèce : meilleures indemnités journalières pendant l'arrêt, puis indemnisation (rente à vie ou capital) selon le taux d'IP et le salaire antérieur

En France, **plusieurs régimes couvrent le risque AT/MP** (régime général, agricole, fonction publique & certains régimes spéciaux) mais pas de couverture pour les libéraux/travailleurs indépendants qui peuvent souscrire à une assurance privée ou cotiser pour le régime général (plus rare).

ACCIDENT DU TRAVAIL

Définitions A	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Code de la Sécurité Sociale : "Est considéré comme accident du travail quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant à quelque titre que ce soit pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise." ▪ Fait accidentel = évènement soudain et brutal, de cause souvent extérieure (ex : chute d'une poutrelle sur un salarié) à l'origine de lésions corporelles et/ou psychiques. Ainsi, <u>IDM ou hernie inguinale = AT possibles</u>. Critère de soudaineté = distinction AT vs MP, plutôt lente et évolutive. ▪ Lésion de l'organisme = résultat d'une blessure consécutive à l'action d'une machine/outil ou provenant de l'environnement de travail (ex : froid, agents chimiques) : cas de l'infection au VIH lors d'un AES. ▪ Pendant le temps de travail : aucun problème d'interprétation si AT survenu au poste habituel mais constitue « un AT, tout accident survenu chez un travailleur alors qu'il est soumis à l'autorité ou à la surveillance de son employeur » = salarié en mission (voyage professionnel, RDV chez un client...), lors du passage au parking, au vestiaire, pause repas dans les locaux de l'entreprise... ▪ Présomption d'imputabilité = si AT survenu sur le lieu et pendant le temps de travail de l'intéressé alors relation travail-lésion supposée établie, sans avoir à fournir de preuve. Si l'employeur ou la CPAM veulent contester, ils doivent prouver l'absence de lien donc que la victime se livrait lors de l'AT à une activité totalement étrangère au travail ou bien que la lésion n'est pas corrélée à l'AT.
Accident de trajet A	<p>Accident de trajet = AT survenu pendant le trajet aller-retour entre :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La résidence principale ou secondaire et le lieu de travail ▪ Le lieu de travail et le restaurant, la cantine ou autre lieu où le salarié prend son repas ✖ Les détours (ex : récupérer ses enfants à l'école) sont aussi inclus dans ce trajet s'ils sont « logiques » <p>L'accident de trajet bénéficie désormais lui aussi de la présomption d'imputabilité.</p>

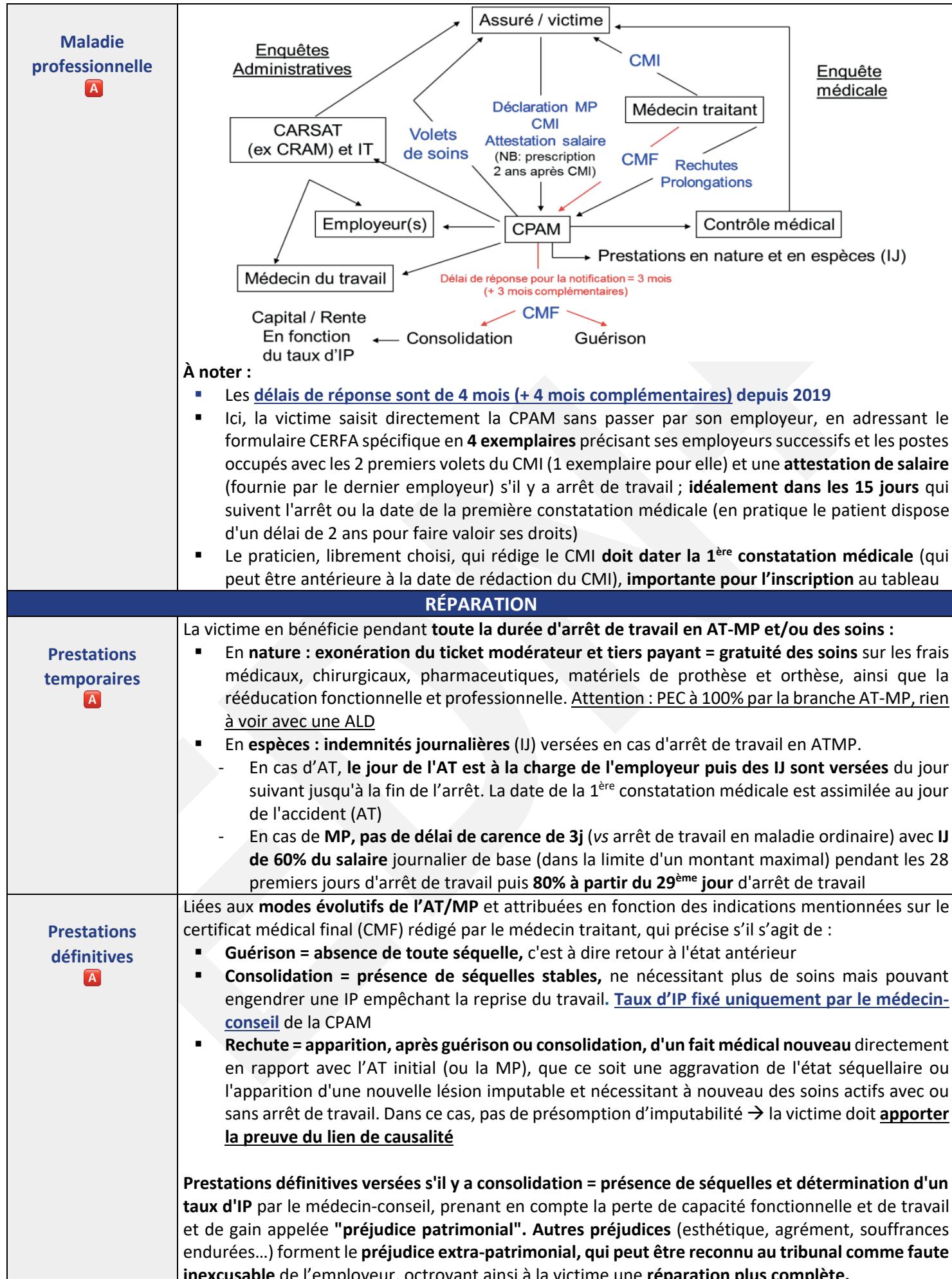
Épidémio B	<p>Sur 18 millions de salariés en 2015 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 621.000 AT entraînant un arrêt de travail ou une IP avec 3,7 milliards d'€ et 38,5 millions de journées de travail perdues par incapacité temporaire ; 530 décès ▪ 87.000 accidents de trajet entraînant un arrêt de travail ou une IP avec 800 millions d'€ et 6 millions de journées de travail perdues par incapacité temporaire ▪ Travailleurs les plus affectés = jeunes, sujets peu/pas qualifiés, travailleurs temporaires ; moins informés. ▪ Lésions les plus fréquentes = mains, pieds, yeux et rachis / tête moins fréquente mais plus grave. ▪ Secteurs les plus concernés = BTP > métallurgie > industrie du bois > transports > manutention. 												
MALADIE PROFESSIONNELLE													
Définition A	<p>MP = état pathologique d'installation progressive, résultant de l'exposition habituelle à un risque déterminé dans le cadre de l'exercice d'une profession. "C'est une maladie qui, vraisemblablement, ne se serait pas produite dans un autre métier".</p> <p>MP indemnisable = reconnue comme telle par un régime de couverture sociale et réparée avec les mêmes prestations qu'un AT (en nature et en espèce). Dans le régime général et agricole, est présumée d'origine professionnelle toute maladie désignée par un tableau et contractée dans les conditions mentionnées sur ce tableau (actuellement, 112 tableaux de 1 à 98 avec parfois des bis et des ter).</p> <p><i>NB</i> : les autres régimes de couverture (fonctions publiques, régimes spéciaux) n'ont pas de système de tableaux mais peuvent s'y référer sans forcément appliquer le principe de présomption d'origine.</p>												
Tableaux A	<p>Organisation en 3 colonnes :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #d3d3d3;"> <th colspan="3" style="text-align: center;">Titre</th> </tr> <tr style="background-color: #d3d3d3;"> <th style="text-align: center;">Désignation maladie/symptômes</th> <th style="text-align: center;">Délai de prise en charge</th> <th style="text-align: center;">Liste de travaux (limitative ou indicative)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="vertical-align: top;">Plusieurs catégories de maladies, dont la positivité de certains examens peut être exigée pour le diagnostic positif</td><td style="vertical-align: top;">Délai maximal entre exposition et 1^{ère} constatation médicale Durée d'exposition minimale pour la reconnaissance, parfois</td><td style="vertical-align: top;">Divers métiers ou circonstances d'exposition professionnelle</td></tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"><i>Sciatique par hernie discale L4-L5 ou L5-S1 avec atteinte radiculaire de topographie concordante.</i></td><td style="vertical-align: top;"><i>6 mois (sous réserve d'une durée minimale d'exposition de 5 ans)</i></td><td style="vertical-align: top;"><i>Travaux de manutention habituelle de charges lourdes (avec liste limitative de secteurs)</i></td></tr> </tbody> </table>	Titre			Désignation maladie/symptômes	Délai de prise en charge	Liste de travaux (limitative ou indicative)	Plusieurs catégories de maladies, dont la positivité de certains examens peut être exigée pour le diagnostic positif	Délai maximal entre exposition et 1 ^{ère} constatation médicale Durée d'exposition minimale pour la reconnaissance, parfois	Divers métiers ou circonstances d'exposition professionnelle	<i>Sciatique par hernie discale L4-L5 ou L5-S1 avec atteinte radiculaire de topographie concordante.</i>	<i>6 mois (sous réserve d'une durée minimale d'exposition de 5 ans)</i>	<i>Travaux de manutention habituelle de charges lourdes (avec liste limitative de secteurs)</i>
Titre													
Désignation maladie/symptômes	Délai de prise en charge	Liste de travaux (limitative ou indicative)											
Plusieurs catégories de maladies, dont la positivité de certains examens peut être exigée pour le diagnostic positif	Délai maximal entre exposition et 1 ^{ère} constatation médicale Durée d'exposition minimale pour la reconnaissance, parfois	Divers métiers ou circonstances d'exposition professionnelle											
<i>Sciatique par hernie discale L4-L5 ou L5-S1 avec atteinte radiculaire de topographie concordante.</i>	<i>6 mois (sous réserve d'une durée minimale d'exposition de 5 ans)</i>	<i>Travaux de manutention habituelle de charges lourdes (avec liste limitative de secteurs)</i>											
Présomption d'origine A	<p>Dans le système des tableaux, présomption d'origine si les 3 colonnes du tableau répondent aux critères. Dans ce cas, affection systématiquement "présumée" d'origine professionnelle sans qu'il soit nécessaire d'en établir la preuve et sans tenir compte d'éventuels facteurs extra-professionnels (dont ATCD perso).</p>												
Système complémentaire A	<p>2 situations :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Maladie non inscrite au tableau mais source de décès ou d'IP $\geq 25\%$ 2. Maladie inscrite mais critères non remplis <p>Dans ce cas, avis d'un comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) : maladie directement causée par le travail habituel de la victime, avec un lien direct et essentiel entre la nuisance incriminée et la pathologie pour permettre la reconnaissance.</p> <p>CRRMP composé de 3 médecins :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Médecin-conseil régional du régime de sécurité sociale concerné 2. Médecin inspecteur du travail (MIT) 3. PU-PH ou PH "particulièrement qualifié en matière de pathologie professionnelle" 												
Maladies à caractère professionnel A	<p>Maladie à caractère professionnel = toute pathologie en rapport avec l'activité professionnelle mais ne faisant pas l'objet d'un tableau. D'après le code de la Sécu : "en vue tant de la prévention des maladies professionnelles que d'une meilleure reconnaissance de la pathologie professionnelle ou de l'extension ou de la révision des tableaux, est obligatoire pour tout docteur en médecine qui peut en connaître l'existence, notamment les médecins du travail, la déclaration de tout symptôme d'imprégnation toxique et de toute maladie lorsqu'ils ont un caractère professionnel et figurent sur</p>												

	<p>une liste établie par arrêté ministériel. Il doit également déclarer tout symptôme et toute maladie non comprise dans cette liste, mais qui présentent à son avis un caractère professionnel".</p> <p>Déclarations anonymes adressées à l'inspection du travail qui en informe le médecin inspecteur du travail, afin de recueillir des infos pour éventuellement ajouter de nouvelles MP indemnisables aux tableaux.</p> <p>NB : autrement dit, une maladie à caractère professionnel ne donne aucun droit au patient (absence de reconnaissance en MP, pas d'indemnisation).</p>
Épidémio B	<p>Sous-déclaration importante des MP liée à plusieurs facteurs : réparation jugée peu satisfaisante, crainte de perdre son emploi, procédure de déclaration mal connue... Ainsi, < 100 cancers de vessie en MP/an vs > 1.000 cas liés au travail. Par ailleurs, statistiques faites sans compter les maladies à caractère professionnel. Statistiques des MP établies par la CNAM-TS pour le régime général en 2015 :</p> <ul style="list-style-type: none"> 52.000 MP ayant entraîné un arrêt de travail ou une incapacité permanente, dont 87 % de TMS et 7% de maladies liées à l'amiante ; 368 décès 10,5 millions de journées de travail perdues par incapacité temporaire

PROCÉDURES DE DÉCLARATION

Accident du travail A	<p>Diagramme des procédures de déclaration pour un accident du travail (AT) :</p> <ul style="list-style-type: none"> Assuré / victime (AT bénins) et Registre d'infirmérie sont liés. Employeur : <ul style="list-style-type: none"> Signale l'AT (24 h) Enquêtes administratives Ingénieurs CARSAT (ex CRAM) + IT Déclaration (48 h) Médecin traitant : <ul style="list-style-type: none"> Avec les volets CMI (24 h) CMF (Rechutes, Prolongations) Contrôle médical Guérison CPAM : <ul style="list-style-type: none"> Assuré / victime CARSAT (ex CRAM) + IT CMF Capital / Rente ← Consolidation (En fonction du taux d'IP) Prestations en nature et en espèces (IJ) Enquête médicale est effectuée par le CPAM. <p>À noter :</p> <ul style="list-style-type: none"> L'employeur doit déclarer dans les 48h, mais dispose de 10 j pour contester la véracité de l'AT. Il remet à la victime une feuille de soins AT-MP permettant la PEC de ses frais de santé La CPAM dispose de 30 j pour demander des examens complémentaires La CPAM dispose de 90 j pour statuer sur le caractère professionnel de l'AT
--------------------------	--

Consultation médicale au cours de l'AT A	<p>Rôles du médecin consulté par la victime :</p> <ul style="list-style-type: none"> Établir le CMI sur formulaire CERFA dédié, document descriptif et objectif ne devant pas chercher à confirmer ou infirmer le caractère professionnel de l'AT. Il doit bien dater l'accident et décrire toutes les lésions observées (difficile de faire prendre en charge ultérieurement une lésion non décrite sur le CMI), mais seulement celles-ci, et être signé par le praticien Adresser au moins un exemplaire du CMI au médecin conseil de la CPAM et l'autre à la victime Prescrire librement les thérapeutiques nécessaires, dont arrêt de travail, sur le CMI directement Noter son ou ses actes sur la feuille de soins AT-MP, le salarié n'effectuant aucune avance d'argent Rédiger, à la fin des soins, un certificat médical final descriptif décrivant les séquelles éventuelles en cas de consolidation ou attestant de la guérison. Ce CMF permettra au médecin conseil de fixer un taux d'incapacité permanente (IP) en cas de consolidation avec séquelles et donc une indemnisation <p>Dans tous les cas, la CPAM vérifie la matérialité de l'accident (service administratif) et la réalité des lésions physiques imputables à l'AT (rôle du médecin conseil).</p>
---	---



	<p>Selon le taux d'IP :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ IP < 10% : capital perçu en une seule fois ▪ IP ≥ 10 % : rente à vie proportionnelle au salaire antérieur et au taux d'IP, débutant à la date de la 1^{ère} constatation médicale. En cas de décès de l'assuré, les ayants-droit (conjoint, enfants à charge) peuvent bénéficier d'une rente de réversion partielle. Toute modification de l'état de santé de la victime peut donner lieu à une réévaluation de l'IP (augmentation ou diminution) après rédaction par le praticien d'un certificat médical de demande de réévaluation du taux d'IP <p>Prestations en espèces désormais imposées à 50% de leur montant.</p>
Cas particulier de l'amiante A	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indemnisation par le FIVA (Fonds d'Indemnisation pour les Victimes de l'Amiante), visant à permettre la réparation intégrale des préjudices quel que soit le régime social des victimes ayant été exposées sur le sol français. Barèmes selon l'âge et la pathologie du patient. Selon la situation : <ul style="list-style-type: none"> - Patient reconnu en MP : le FIVA complète l'indemnisation de la CPAM et répare également d'autres préjudices (dont extra patrimoniaux) - Patient non reconnu en MP : indemnisation intégrale par le FIVA ▪ Cessation anticipée d'activité, ouverte en cas de MP liée à l'amiante et reconnue : droit à cesser son activité à partir de l'âge de 50 ans en percevant 66% de son salaire jusqu'à l'âge théorique de départ en retraite. Disposition également ouverte pour les sujets ayant exercé dans une entreprise exposant à l'amiante avec une liste limitative au JO (même sans reconnaissance en MP).
Protection de l'emploi A	Une victime d'AT/MP bénéficie de mesures de protection pendant toute la durée de l'arrêt de travail, ainsi qu'à la reprise s'il existe une inaptitude résiduelle (imposant un reclassement par l'employeur). Si licenciement nécessaire, indemnités doublées par rapport à un licenciement ordinaire.
Litiges B	<p>A partir du 1^{er} janvier 2019, ensemble du contentieux général transféré au tribunal de grande instance.</p> <p>Contestations de l'employeur relevant du contentieux général :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Matérialité de l'accident ou de la lésion ▪ Caractère professionnel de l'accident ou de la maladie ▪ Imputation de l'état de rechute à un précédent accident ▪ Bien-fondé d'une prolongation de soins ou d'un arrêt de travail ▪ Date de consolidation fixée par le médecin traitant ▪ Reconnaissance d'une faute inexcusable
Suivi post-professionnel A	<p>Action de prévention 2^{nde}aire consistant à dépister des pathologies liées au travail après cessation de l'emploi (retraité, demandeur d'emploi). En effet, certaines pathologies liées au travail, cancéreuses ++, peuvent se révéler longtemps après (temps de latence).</p> <p>Organisation définie par le code de SS avec la liste précise des agents cancérogènes concernés (amiante, amines aromatiques, benzène, chrome, poussières de bois, rayonnements ionisants...) mais aussi des agents responsables de pneumoconioses (silice, fer, charbon) et des modalités d'examens médicaux correspondantes (nature et fréquence variables selon le type de risque).</p> <p>Surveillance médicale réalisée par le médecin de son choix, mais dépenses prises en charge par le fonds national des accidents du travail. Suivi accessible avec une attestation d'exposition remplie par l'ancien employeur et complétée par le médecin du travail pour les données médicales. En pratique, le salarié demande à sa CPAM de bénéficier de cette surveillance. Enjeux =</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Maintenir un suivi médical lorsque le risque d'apparition de la maladie subsiste ▪ Dépister des pathologies à un stade précoce plus facilement curable

Coups de pouce du rédacteur :

- Item très important !!!, pouvant faire l'objet de nombreuses QI ou questions de fin de DP, notamment sur les délais réglementaires, les modalités pratiques de déclaration d'AT/MP et la réparation pour la victime. Checkez en même temps l'item sur les cancers professionnels car certains dépistages sont à connaître !
- Pour l'instant, le nouveau collège de médecine du travail n'est pas sorti donc nous ne pouvons pas vous garantir que tout le rang C a été supprimé, mais nous mettrons la fiche à jour dès que possible. Bon courage !

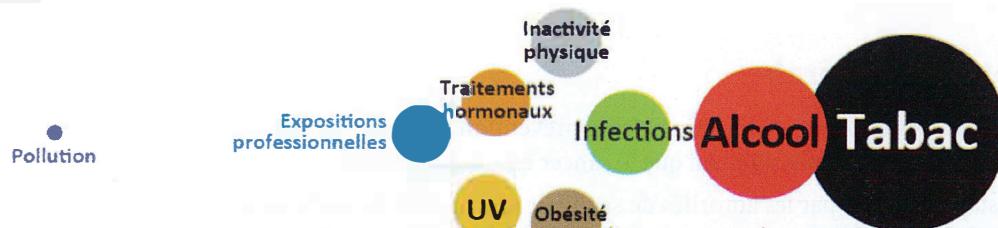
Item 290 – ÉPIDÉMIOLOGIE, FDR ET PRÉVENTION DES CANCERS

- Incidence = **382.000 cas/an** : en ↗ chez les femmes (↗ cancers du poumon), stable chez les hommes ; estimée à partir des registres départementaux
- Mortalité = **157.000 décès/an** : en diminution, 1^{ère} cause de mortalité, estimée à partir du CépiDC-Inserm
- Pathologie du sujet âgé : **âge moyen de survenue toutes localisations confondues = 68 ans chez l'homme, 67 ans chez la femme**

/an	Homme		Femme		Total		Survie à 5 ans
	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	
TOTAL	210.000	85.000	175.000	65.000	382.000	157.000	
Prostate	50.430	8.115			50.430	8.115	80%
Sein			58.459	12.146	58.459	12.146	80%
Poumon	31.231	22.766	15.132	10.356	46.363	31.122	15%
Colorectal	23.216	9.209	20.120	7.908	43.336	17.117	60%

⚠	Fréquence	Mortalité
Cas général	Prostate > sein > poumon > colorectal	Poumon > colorectal > sein > prostate
Homme	Prostate > poumon > colorectal > vessie > VADS	Poumon > colorectal > prostate > foie > pancréas
Femme	Sein > colorectal > poumon > utérus > thyroïde	Sein > poumon > colorectal > pancréas > ovaire
Variation d'incidence	<ul style="list-style-type: none"> Sein (en stabilisation) et prostate : vieillissement de la population Poumon, vessie chez la femme : ↗ tabac Mélanome : exposition solaire 	<ul style="list-style-type: none"> Estomac : meilleure conservation des aliments Col de l'utérus : dépistage, vaccination HPV VADS, œsophage : ↘ consommation d'alcool

- Âge** : facteur de risque principal
- FdR majeurs : **tabagisme** (25% des cancers, 1^{er} facteur de risque évitable), **alcool** (7%), infection = **VHB, VHC, HPV, Helicobacter pylori, EBV** (4%)
- FdR mineurs : **exposition professionnelle, obésité, sédentarité** (2%), **traitement hormonal substitutif ou pilule contraceptive, rayons UV** (1%), **caractéristiques de la vie reproductive chez la femme** (0,4%), **polluants** (0,2%)



200 2 000 20 000

Nombre de cas attribuables à chaque cause

Nombre de cas de cancers attribuables aux différents facteurs de risque de cancer en France en 2000

FACTEURS DE RISQUE A		
Facteurs environnementaux	<p>= Principal agent carcinogène : 15% de la mortalité annuelle globale, 40% de la mortalité par cancer</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cancers : <ul style="list-style-type: none"> - 85% des cancers du poumon - 40% des cancers de vessie et des voies urinaires - 50-90% des cancers des VADS - Autres : œsophage, estomac, colorectal, foie, pancréas, rein, utérus, sein, ovaire ▪ Potentiel cancérogène : selon la durée (âge de début), la dose quotidienne totale (en paquets- années) et l'association avec l'alcool pour certains cancers ; pas de seuil de consommation sans risque ; risque présent avec le tabagisme passif 	
	<p>= 10% des décès par cancer, avec une relation dose-effet (en g/j) sans dose seuil</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cancers : VADS, œsophage, estomac, foie, pancréas, colorectal, sein (1^{er} cancer attribuable à l'alcool en nombre de cas) 	
	<p>= 20-25% des décès par cancer favorisés par une mauvaise alimentation</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ FdR : <ul style="list-style-type: none"> - Régime alimentaire hypercalorique, riche en graisse animale : cancer du sein, de la prostate, du côlon, de l'ovaire et de l'endomètre - Obésité : cancer hormonodépendant chez la femme (sein, endomètre) - Alimentation trop salée ou riche en nitrosamine et en nitrite : cancer du pharynx, de l'estomac et de l'œsophage - Viande rouge : colorectal ▪ Facteurs protecteurs : alimentation riche en fruits et légumes, en fibres alimentaires, allaitement, activité physique 	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rayons UV : cancers cutanés (carcinome spinocellulaire, basocellulaire, mélanome) ▪ Cancers radio-induits : leucémie, cancer de la thyroïde, cancer du sein, cancer cutané, sarcome... 	
Agents infectieux B	<p>= 4% des décès par cancer, chez des sujets immunodéprimés ou non</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Virus : <ul style="list-style-type: none"> - HPV 16-18 (col utérin, cavité buccale, oropharynx, larynx, sphère ano-génitale), - HTLV (lymphome), EBV (naso-pharynx, lymphome de Hodgkin et de Burkitt), VIH (lymphome malin, cancer du col utérin), HHV8 (sarcome de Kaposi), ▪ Bactérie : Helicobacter pylori (cancer de l'estomac, lymphome gastrique) ▪ Parasite : bilharziose (cancer de vessie épidermoïde et urothelial) 	
Exposition professionnelle B	<p>= 2% des décès par cancer, 5.000 à 8.000/an (3% des cancers incidents/an ; 50% = poumon) : bâtiment, réparation auto, métallurgie et santé ++</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Amiante (isolation, industrie du verre, centrales thermiques, chantier naval) : plèvre, poumon ▪ Poussières de bois (menuisier) : adénocarcinome de l'éthmoïde ▪ Amines aromatiques (peintures, textiles) : vessie ▪ Rayonnement ionisant (paramédical) : cancer cutané, hémopathie 	
Facteurs iatrogènes B	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Chimiothérapie : cyclophosphamide (cancer de vessie), hémopathie ▪ Anti-œstrogène (tamoxifène) : cancer de l'endomètre ▪ Traitements hormonaux substitutifs : faible ↗ du risque de cancer du sein ou de l'endomètre ▪ Immunosuppresseurs : lymphomes, cancers solides ▪ Irradiation : leucémie, cancer de la thyroïde, du sein, cutané, sarcome 	
Pathologie B	<ul style="list-style-type: none"> ▪ MICI (cancer colorectal), cirrhose (CHC), endobrachyœsophage par RGO (ADK de l'œsophage) ... 	

	Lésion pré-cancéreuse B	<ul style="list-style-type: none"> Dysplasie (de bas ou haut grade) ou carcinome <i>in situ</i> Lésions spécifiques : hyperplasie canalaire atypique (sein), polype adénomateux (colorectal)... 																
	Facteurs généraux	<ul style="list-style-type: none"> Âge et sexe Origine ethnique 																
	Facteurs génétiques	<p>= 10% des cancers, le plus souvent par mutation d'un gène suppresseur de tumeur :</p> <ul style="list-style-type: none"> ATCD familiaux simples (agrégation familiale sans mutation identifiée) : prostate, sein, colon... Prédisposition : <ul style="list-style-type: none"> Mutation génétique ou anomalie chromosomique identifiée (mutation héréditaire sans expression phénotypique) : BRCA1-2, chromosome Philadelphie. Syndrome héréditaire prédisposant (manifestations cliniques) : syndrome de Lynch, PAF, maladie de Von-Hippel-Lindau, Xeroderma pigmentosum... <p>→ Suspicion de cancer familial héréditaire : consultation d'oncogénétique pour rechercher une mutation génétique (après information et consentement écrit et signé) ± dépistage des apparentés</p>																
<p>4 types de prévention :</p> <ul style="list-style-type: none"> Primaire : prévenir apparition de la maladie en agissant sur les FdR (e.g. alcool, tabac, obésité, etc) Secondaire : détecter la maladie à un stade précoce (i.e. avant l'apparition des signes cliniques) voire à un stade précancéreux (e.g. lésions précancéreuses) et traiter le + précoce possible. Tertiaire : agir sur les effets chroniques des traitements des maladies et notamment prévenir et limiter le handicap fonctionnel séquellaire (e.g. réhabilitation après chirurgie, projet de réinsertion professionnelle, suivi du patient au décours de la séquence thérapeutique afin de détecter une rechute), Quaternaire : agir pour identifier et limiter le risque de surmédicalisation et d'actes invasifs et disproportionnés qui n'auront pas pour conséquence d'améliorer l'état du patient. <p>Dépistage = Prévention 2^{nde}aire : dépistage des cancers au stade infra-clinique pour proposer un ttt précoce</p> <ul style="list-style-type: none"> Dépistage systématique (le plus exhaustif possible : test de Guthrie...) : aucun exemple en cancérologie Dépistage de masse = organisé : proposé à l'ensemble de la population à risque (selon un critère d'âge) = action de santé publique, prise en charge à 100% Dépistage individuel = opportuniste : réalisé chez un individu présentant des facteurs de risque personnels, à l'initiative du médecin et du patient, sans prise en charge à 100% 																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Maladie</th> <th>Population</th> <th>Test de dépistage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Critères OMS</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Pb de santé publique (fréquent, grave) - Histoire naturelle connue - Évolution lente, signes tardifs - Traitement existant - Pronostic amélioré par un TTT précoce </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Population cible identifiée et sensibilisée - Accès aux moyens diagnostiques et thérapeutiques </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Valide (sensibilité) et reproductible - Acceptable par la population - Coût supportable </td></tr> <tr> <td>Biais</td> <td>Avance au diagnostic</td> <td>Évolutivité</td> <td>Sur-diagnostic</td></tr> <tr> <td></td> <td>Diagnostic plus précoce sans retardement du décès</td> <td>Dépistage préférentiel des tumeurs d'évolution plus lente</td> <td>Dépistage de tumeurs indolentes, non responsables du décès du patient</td></tr> </tbody> </table>				Maladie	Population	Test de dépistage	Critères OMS	<ul style="list-style-type: none"> - Pb de santé publique (fréquent, grave) - Histoire naturelle connue - Évolution lente, signes tardifs - Traitement existant - Pronostic amélioré par un TTT précoce 	<ul style="list-style-type: none"> - Population cible identifiée et sensibilisée - Accès aux moyens diagnostiques et thérapeutiques 	<ul style="list-style-type: none"> - Valide (sensibilité) et reproductible - Acceptable par la population - Coût supportable 	Biais	Avance au diagnostic	Évolutivité	Sur-diagnostic		Diagnostic plus précoce sans retardement du décès	Dépistage préférentiel des tumeurs d'évolution plus lente	Dépistage de tumeurs indolentes, non responsables du décès du patient
	Maladie	Population	Test de dépistage															
Critères OMS	<ul style="list-style-type: none"> - Pb de santé publique (fréquent, grave) - Histoire naturelle connue - Évolution lente, signes tardifs - Traitement existant - Pronostic amélioré par un TTT précoce 	<ul style="list-style-type: none"> - Population cible identifiée et sensibilisée - Accès aux moyens diagnostiques et thérapeutiques 	<ul style="list-style-type: none"> - Valide (sensibilité) et reproductible - Acceptable par la population - Coût supportable 															
Biais	Avance au diagnostic	Évolutivité	Sur-diagnostic															
	Diagnostic plus précoce sans retardement du décès	Dépistage préférentiel des tumeurs d'évolution plus lente	Dépistage de tumeurs indolentes, non responsables du décès du patient															

Dépistage de masse	Cancer du sein <ul style="list-style-type: none"> = Examen clinique et mammographie bilatérale tous les 2 ans, avec 2 incidences et double lecture des clichés (par radiologue agréé), pour toutes les femmes de 50 à 74 ans sans autre facteur de risque que l'âge <ul style="list-style-type: none"> ▪ ↘ la mortalité par cancer du sein de 20% (sans efficacité sur la mortalité globale)
	Cancer colorectal <ul style="list-style-type: none"> = Recherche de sang occulte dans les selles tous les 2 ans, par test immunologique, pour toutes les personnes de 50 à 74 ans à risque moyen, sans symptômes évocateurs
	Cancer du col de l'utérus <ul style="list-style-type: none"> = Frottis cervico-vaginal lors de la consultation gynécologique : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Entre 25 et 29 ans révolus : examen cytologique tous les 3 ans, après 2 frottis négatifs à 1 an d'intervalle ▪ Entre 30 et 65 ans révolus : test HPV (frottis, alternative = auto-prélèvement vaginal) tous les 5 ans ▪ La vaccination ne sursoit pas au dépistage
	Cancer de la prostate <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dépistage systématique non recommandé par les autorités sanitaires ▪ Information sur la démarche et ses conséquences pour tout patient souhaitant réaliser un dosage de PSA ▪ Si dépistage réalisé : TR + PSA annuel, chez tous les hommes de > 50 ans (ou > 45 ans si à risque)
	Poumon <ul style="list-style-type: none"> ▪ Non recommandé au 1^{er} janvier 2021

Coups de pouce du rédacteur :

- Apprendre par cœur les cancers les + fréquents par sexe.
- Apprendre par cœur les principaux FdR par cancer.
- Apprendre par cœur les 4 types de prévention.
- Apprendre par cœur l'exposition professionnelle car tout dossier peut évoluer sur des questions de médecine du travail/santé publique (spés très en vogue depuis 2018)

FICHE E-LISA N°323

Item 323 – ANALYSER ET UTILISER LES RÉSULTATS DES ÉTUDES CLINIQUES

ÉTUDES ET NIVEAUX DE PREUVE A

Essais cliniques	<p>L'Evidence Based Medicine implique de se tenir informer et d'interpréter les résultats des études scientifiques, notamment des essais cliniques.</p> <p>Objectif des essais clinique : évaluer le bénéfice-risque d'un médicament :</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Étude prospective, randomisée▪ Randomisation : tirage au sort, de façon automatisée pour éviter les biais, le traitement à donner à chaque patient afin d' obtenir des populations comparables <p>Permet de limiter les biais (erreur systématique) de confusion :</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Schéma d'étude : essai en groupes en groupes parallèles qui ne se croisent pas = les patients ne reçoivent un seul traitement pendant toute la durée de l'étude▪ Études en cross-over : traitements reçus en alternance avec période intermédiaire (wash-out). Attention à respecter un certain délai avant de passer du traitement A ou B car on risque de créer un biais de classement. <p>Le développement d'un médicament suit plusieurs étapes :</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Évaluation précliniques (biologie et biochimie)▪ Essais de phase I : Essai du médicament sur un petit groupe de volontaires sains (sauf chimiothérapie) afin d'évaluer la pharmacocinétique du médicament.▪ Essais de phase II : Essai du médicament sur un petit groupe de malades afin d'évaluer la pharmacocinétique et de commencer les évaluations pharmacodynamiques et d'efficacité. Permet aussi de trouver la dose qui servira pour l'essai de phase III▪ Essais de phase III : Essai de grande ampleur avec groupe contrôle pour évaluer l'efficacité du nouveau médicament contre placebo ou contre traitement de référence s'il existe.▪ Obtention de l'AMM si l'essai de phase III est concluante (permettant la vente et l'utilisation du médicament en pratique courante)▪ Essais de phase IV : Pharmacovigilance en utilisation réelle du médicament. <p>Il est important pour le médecin de comprendre et d'analyser les essais de phase III</p>
Placebo B	<p>Placebo : Molécule dépourvue de mécanisme pharmacodynamique sur la santé humaine</p> <p>Effet placebo : Effet thérapeutique causé par une molécule dépourvue de propriété pharmacodynamique et liée au psychologisme. Il peut être positif pour le patient (effet placebo) ou lui causer des événements indésirables (effet nocebo)</p> <p>L'effet placebo dépend du malade (anxiété +++); de la pathologie (les malades chroniques ou sévères semblent mieux répondre), du médicament (la voie intraveineuse ou les médicaments oraux de mauvais goût semblent plus à risque), et de la relation médecin malade (confiance ou méfiance envers le prescripteur)</p> <p>Les médicaments placebo existent mais sont très peu recommandés en pratique médicale et peuvent mettre à mal la relation médecin-malade.</p>

Lien d'intérêt	<p>Des liens d'intérêt peuvent exister chez les auteurs d'un essai clinique mais ceux-ci ne doivent pas mettre en péril l'analyse et le message d'une étude.</p> <p>De nombreux liens d'intérêt peuvent exister : rémunération, subventions, emploi, biens en nature (matériel), reconnaissance professionnelle, promotion, relations personnelles ou amicales...</p> <p>Les liens d'intérêt doivent être mentionnés dans l'article et ce quel que soit le type d'étude afin que le lecteur puisse juger de l'éventuel impact sur l'interprétation des auteurs.</p> <p>La base de données publiques Transparence-Santé recueille l'ensemble des avantages dès lors qu'ils dépassent le montant de 10 €. Elle est accessible publiquement</p> <p>L'ensemble des informations recueillies au cours de l'étude doivent être communiqués par souci de transparence avec les sujets qui ont participé à l'étude et le lecteur.</p>
Réalisation d'un essai clinique	<p>Essai de supériorité : chercher à montrer l'efficacité d'une prise en charge par rapport à d'autre(s)</p> <p>Essai de non-infériorité : chercher à montrer l'absence de non-infériorité d'une prise en charge par rapport à d'autre(s). Utile lorsque le nouveau traitement est moins cher ou est moins contraignant que le traitement de référence</p> <p>Validité interne : Contrôle des différents biais lors de la planification du protocole de recherche (= rigueur méthodologique).</p> <p>Validité externe : Cohérence avec les données connues de la littérature</p> <p>Randomisation : Création de groupes comparables à l'aide de tirages au sort aléatoires. Plus les groupes seront de fort effectif, plus la probabilité que les groupes soient réellement comparables sera grande.</p> <p>La randomisation peut se faire à l'aide d'une randomisation informatisée ou de tables de nombres aléatoires</p> <p>La randomisation peut être centralisée (par téléphone ou internet), où faire appel à des enveloppes numérotées séquentiellement opaques.</p> <p>Il convient toujours de vérifier la comparabilité initiale des groupes en vérifiant à l'œil les caractéristiques des patients selon leur bras de traitement</p> <p>Randomisation par bloc de taille n : Randomisation où à chaque fois que l'on inclus n patients, une part égale est inclue dans chaque groupe (par exemple pour une randomisation par bloc de taille 6 dans 2 groupes parallèles, 3 patients seront affectés dans le bras A et 3 dans le bras B à chaque fois que l'on inclura 6 nouveaux patients).</p> <p>Il est possible d'avoir une taille n variable au cours du temps afin que les investigateurs ne puissent pas deviner l'assignation du patient qu'ils incluent.</p> <p>Randomisation par minimisation : Randomisation où l'inclusion de chaque patient est réalisée afin de limiter les différences entre les différents groupes au cours du temps.</p> <p>Assignation secrète : Le patient et l'investigateur ne doit pas pouvoir deviner dans quel groupe un sujet sera affecté</p> <p>Principe d'équipoise : Chaque sujet inclus dans une étude doit pouvoir être assigné à n'importe quel bras de traitement (et donc ne doit pas présenter de contre-indication à l'un des traitements assignables)</p> <p>Aveugle : Le patient ne sait pas quel traitement il prend. Peut nécessiter l'utilisation d'un placebo lorsque le traitement en cours d'étude n'est pas comparé à un traitement de référence</p> <p>Double aveugle : Le patient et le médecin ne savent pas quel traitement est pris par le sujet.</p> <p>Essai en ouvert : Essai clinique où le patient et le médecin connaissent le traitement pris par le sujet. L'aveugle n'est pas toujours possible (parfois pour des raisons éthiques, il n'est pas possible de faire une fausse intervention chirurgicale placebo).</p>

Niveau de preuve	Le niveau de preuve dépend du type d'étude et de la rigueur méthodologique à éviter les biais de l'étude.																			
	Niveau 1	Reco grade A	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Essais comparatifs randomisés de forte puissance ▪ Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ▪ Analyse de décision fondée sur des études bien menées 																	
	Niveau 2	Reco grade B	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Essais comparatifs randomisés de faible puissance ▪ Études comparatives non randomisées bien menées ▪ Études de cohortes 																	
	Niveau 3	Reco grade C	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Études cas témoins 																	
	Niveau 4		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Études comparatives comportant des biais importants ▪ Études rétrospectives ▪ Séries de cas ▪ Études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale) 																	
<p>Attention à ne pas confondre niveau et grade source de piège à l'ECN (++ LCA)</p> <p>Les essais cliniques, de par l'utilisation d'un groupe contrôle avec randomisation, permettent d'assurer s'ils sont bien menés que les différences observées sont liées au traitement (lien de causalité)</p>																				
Interpréter les résultats d'une étude	<p>Il faut évaluer la pertinence de la question posée : intérêt clinique ?</p> <p>Il faut s'assurer que le protocole mis en place permette de répondre efficacement à la question posée.</p> <p>Il faut s'assurer que le groupe contrôle a eu une prise en charge adaptée : traitement de référence s'il existe. Si l'essai a été réalisé contre placebo, il n'est pas possible de savoir si le nouveau traitement est meilleur que la prise en charge actuelle.</p> <p>Il faut s'assurer que le critère de jugement principal soit cliniquement pertinent et permette de juger l'efficacité du nouveau traitement.</p> <p>Il faut s'assurer que la durée de suivi soit suffisante pour se rendre compte de l'effet et des effets indésirables les plus fréquents des différentes prises en charge testées.</p> <p>Au final, malgré quel que soit l'effet du nouveau traitement, il faut les mettre en regard aux effets indésirables et évaluer le rapport bénéfice-risque pour le patient.</p>																			
Transposabilité des résultats	<p>Pour appliquer les résultats d'une étude à ses patients, il faut s'assurer qu'ils soient transposables. En effet, les résultats d'une étude ne s'appliquent qu'à la population qui a servi pour l'étude.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les études monocentriques sont plus difficiles à généraliser (les centres spécialisés travaillent différemment des centres généralistes) ▪ La population à laquelle on s'intéresse devait être dans les critères d'inclusion et être réellement incluse (difficile d'extrapoler à la pédiatrie des résultats d'essais qui n'ont inclus que des adultes). ▪ Le protocole utilisé doit être reproductible dans le centre où l'on travaille. 																			
Mesures d'association	<p>Table de contingence :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Malades</th> <th>Non malades</th> <th>TOTAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Exposés</td> <td>E+M+</td> <td>E+M-</td> <td>E+</td> </tr> <tr> <td>Non-exposés</td> <td>E-M+</td> <td>E-M-</td> <td>E-</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>M+</td> <td>M-</td> <td>T</td> </tr> </tbody> </table>					Malades	Non malades	TOTAL	Exposés	E+M+	E+M-	E+	Non-exposés	E-M+	E-M-	E-	TOTAL	M+	M-	T
	Malades	Non malades	TOTAL																	
Exposés	E+M+	E+M-	E+																	
Non-exposés	E-M+	E-M-	E-																	
TOTAL	M+	M-	T																	

	<p>Risque relatif (Risk Ratio) : Rapport entre l'incidence de la maladie chez les exposés et l'incidence de la maladie chez les non-exposés</p> $RR = \frac{P(M^+ \setminus E^+)}{P(M^+ \setminus E^-)}$ <p>Rapport de cote (Odds ratio) : Rapport de la cote estimée chez les exposés et de la côte estimée chez les non-exposés</p> $OR = \frac{\frac{E^+ M^+}{E^- M^+}}{\frac{E^+ M^-}{E^- M^-}} = \frac{(E^+ M^+ * E^- M^-)}{(E^- M^+ * E^+ M^-)}$ <p>OR proche de RR si maladie rare !</p> <p>Réduction absolue du risque : $RAR = \frac{Incidence_{exposé}}{Incidence_{non exposé}}$</p> <p>Réduction relative du risque : $RRR = 1 - RR$</p> <p>Risque attribuable : proportion de cas attribuable au facteur de risque dans la population globale.</p> $RA = \frac{f(RR-1)}{f(RR-1)+1} \text{ (avec } f \text{ prévalence de l'exposition dans la population).}$ <p>Fraction étiologique : proportion de cas attribuable au facteur de risque parmi la population exposée.</p> $FR = \frac{RR - 1}{RR}$
Méta-analyses B	<p>Plusieurs études peuvent avoir tenté de répondre à une même question de recherche. La méta-analyse est une méthode de recherche qui se base sur des études préexistantes</p> <p>Méthodologie :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1^{ère} étape : revue de la littérature pour sélectionner de manière exhaustive toutes les études qui tentent de répondre à la question. Cette recherche doit se faire sur les bases scientifiques (MEDLINE, Embase, ...) mais aussi prendre en compte les études non publiées ▪ 2^{ème} étape : Méta-analyse en compilant les données recueillies de chaque étude. Cette analyse doit prendre en compte le fait que la variance entre deux sujets venant d'une même étude est différente de la variance entre deux sujets venant de deux études différentes (=hétérogénéité des résultats). On présente aussi souvent les résultats pour chaque étude à l'aide d'un forest plot. <p>Les méta-analyses permettent d'améliorer la précision de l'analyse statistique en augmentant la puissance statistique mais aussi en incluant des patients venant de populations différentes.</p> <p>Le principal biais des méta-analyses est le biais de publication : les études avec des résultats négatifs sont moins souvent publiés et peuvent donc ne pas être retrouvés lors de la revue de littérature. Il faut donc s'assurer que la littérature grise a été étudiée.</p>
Pharmacovigilance B	<p>Les essais cliniques n'incluent pas suffisamment de patients et ne durent pas suffisamment longtemps pour analyser tous les effets indésirables (notamment les EI rares), et notamment sur les populations plus rares (personnes âgées, pédiatrie).</p> <p>Les études de pharmacovigilance (ou phase IV) ont donc pour objectif de décrire les associations entre médicaments et effets indésirables à l'aide d'études observationnelles (cohorte ou cas-témoins). Elles visent aussi à évaluer le respect des recommandations et évaluer les bénéfices du traitement. Ces études sont construites à partir des données médico-administratives (assurance maladie, SNIIRAM pour les ALD, ...)</p> <p>Ces études doivent faire attention aux biais de confusions qui sont fréquents : les sujets qui prennent les médicaments le font parce qu'ils sont malades et ont donc des caractéristiques particulières. Il existe un biais de confusion qui risquerait d'associer un effet indésirable au médicament alors qu'il est associé à la maladie.</p>

 **Coups de pouce du rédacteur :**

- Fiche qui rappelle les connaissances qui doivent être assimilées pour la LCA
- Savoir que les liens d'intérêt sont fréquents en recherche mais qu'il est obligatoire de les déclarer et qu'ils ne doivent pas mettre en péril l'interprétation des résultats de l'étude
- Savoir ce qu'est un médicament placebo et son importance en recherche.

Item 325 – RISQUES LIÉS AUX BIOMATÉRIAUX ET MÉDICAMENTS

RISQUES LIÉS AUX MÉDICAMENTS ET BIOMATÉRIAUX A	
<p>Définition</p> <p>Toute utilisation de médicaments ou de biomatériaux comporte des risques La gestion des risques consiste à prévenir l'ensemble des risques inhérents à l'utilisation de ces médicaments ou dispositifs</p> <p>Médicament : Substance ou composition ayant des propriété curative ou préventive pour des maladies humaines ou animales ou permettant d'établir un diagnostic ou modifier une fonction physiologique</p> <p>Iatrogénie : Complication liée à l'effet pharmacologique d'un médicament. N'est absolument pas un synonyme d'erreur médicale. Attention à bien différencier iatrogénie et intoxications / toxicomanies</p> <p>Événement indésirable médicamenteux : Dommage lié à une prise en charge médicamenteuse avec soins inappropriés. Cela comporte les effets indésirables (attendus ou non), les mésusages (utilisation non conforme à l'AMM) et les abus (usage excessif intentionnel).</p> <p>Évènement Indésirables Associés aux Soins (EIAS) : Tout acte de soin comporte un risque de complication. La réalisation de ce risque forme un EIAS</p> <p>Évènement indésirable Grave (EIG) : EIAS qui entraîne des conséquences (soins supplémentaires, prolongement d'une hospitalisation, séquelles, décès)</p> <p>Biomatériaux : Matériau non vivant utilisé dans un dispositif médical en interaction avec des tissus biologiques pour appareillage ou substitution d'un tissu ou d'un organe</p> <p>Dispositif médical : Appareil ou produit (hors origine humaine) y compris les logiciels et accessoires, destinés à être utilisé chez l'homme à des fins médicales et dont l'action n'est pas obtenue par moyen pharmacologique, immunologique ou métabolique.</p>	
<p>Épidémiologie B</p> <p>Entre 275.000 et 395.000 événements indésirables graves ont lieu en France et un tiers sont évitables</p> <p>La majorité des erreurs de médicaments sont liés à une mauvaise prescription du médecin, et un tiers sont liés à une mauvaise administration par les IDE, 4% sont liés à une mauvaise dispensation par le pharmacien</p> <p>Erreur de dose > erreur d'administration > allergie connue non respectée</p> <p>Plus de la moitié des EIG sont évitables</p> <p>Plus de 140.000 hospitalisations sont dues à des événements indésirables liés à des médicaments.</p> <p>Certains événements iatrogéniques sont inhérents aux médicaments et sont donc inévitables. Les études épidémiologiques permettent de déterminer les associations entre médicament et risque iatrogène ainsi que leurs fréquences.</p>	

Événements indésirables médicamenteux	<p>Ils sont plus fréquents chez les personnes âgées (polymédication et polypathologies plus fréquentes).</p> <p>Les EIM évitables sont liés à un défaut de surveillance, d'information, d'éducation ou de coordinations entre prescripteurs.</p> <p>La conciliation médicamenteuse consiste à prendre en compte l'ensemble des traitements déjà pris par le patient et le patient lui-même</p>
Mécanisme des EIM B	<p>Toxicité : liée à la dose et/ou la durée. Ces effets indésirables sont souvent liés à l'action pharmacologiques et sont connus à la prescription du médicament. Si survenue, il faut diminuer la dose ou arrêter le médicament.</p> <p>Immuno-allergie : surviennent après un premier contact avec le médicament ou le dispositif médical. Peut induire une réaction cutanée, un syndrome de Lyell ou Steven-Johnson, un œdème de Quincke, un choc anaphylactique, une hépatite...</p> <p>Idiosyncrasique : Surviennent en fonction du terrain génétique des personnes.</p>
Surveillance des médicaments	<p>Pharmacovigilance : Surveillance, recueil, et analyse des effets indésirables secondaires à l'utilisation de médicaments ou de produits à usage humain. Il existe deux types de pharmacovigilance :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Type A "Augmented" : Conséquence de l'effet pharmacodynamique du principe actif du médicament ou des excipients ▪ Type B "Bizarre" : non expliqué par les propriétés pharmacologiques du médicament <p>Il convient de déclarer tout effet indésirable suspecté être lié à un médicament, qu'il soit survenu suite à un usage conforme, non conforme ou une erreur.</p> <p>Tout le monde peut déclarer : professionnel de santé, patients, associations de patients, entreprises pharmaceutiques (qui ont l'obligation de déclarer les EIG).</p> <p>La déclaration se fait au centre régional de pharmacovigilance (CRPV).</p> <p>Il convient de déclarer l'identité du déclarant, l'identité du patient ayant subi l'événement indésirable, le nom et le lot du produit suspecté, la nature de l'effet indésirable et la date de survenue de manière précise. Les caractéristiques du patient (âge, sexe, comorbidité) et de l'événement indésirable doivent être précisées</p> <p>Le CRPV peut ensuite référer les informations recueillies à l'ANSM</p> <p>Addictovigilance : Surveillance des phénomènes comportementaux, physiques et cognitifs qui aboutissent à une situation où un produit pharmacologique devient un désir obsessionnel d'un patient.</p> <p>De la même façon, tout situation d'abus ou de dépendance doit être déclarée et ce par n'importe qui a un centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance-addictovigilance (CEIP-A). Ces informations peuvent ensuite être transmises à l'ANSM</p> <p>Matériovigilance : Surveillance des effets indésirables secondaires à l'utilisation d'un dispositif médical.</p> <p>Les professionnels de santé hospitaliers signalent les EI au correspondant local de matériovigilance.</p> <p>Les professionnels de santé libéraux et les fabricants signalent les EI à l'ANSM</p> <p>Circuit du médicament : Processus comprenant la prescription, la dispensation, l'administration et le suivi du patient</p>

	<p>Règle des 5 B : Lors de l'administration d'un médicament, il faut s'assurer qu'il s'agisse : du Bon patient, du Bon médicament, de la Bonne dose, de la Bonne voie et du Bon moment.</p> <p>Erreur médicamenteuse : Erreur involontaire d'un professionnel, d'un patient ou d'un tiers au cours du circuit du médicament. Il s'agit d'un événement indésirable qui peut occasionner un effet indésirable.</p> <p>L'erreur peut être avérée (a eu lieu), potentielle (erreur interceptée avant sa réalisation), ou latente (situation pouvant occasionner une erreur médicamenteuse).</p> <p>Les erreurs qui ont occasionné un effet indésirable doivent être signalées selon les règles de la pharmacovigilance.</p> <p>Les autres erreurs médicamenteuses peuvent être transmises au Guichet Erreurs médicamenteuses de l'ANSM</p>
Responsabilité sans faute B	<p>Aléa thérapeutique : Événement indésirable ayant entraîné un préjudice au patient mais qui n'est pas secondaire à une faute d'un médecin</p> <p>Les préjudices des aléas thérapeutiques sont indemnisés par l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM) si :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique > 24% ▪ OU arrêt temporaire des activités professionnelles pendant plus de 6 mois consécutifs ou plus de 6 mois non consécutifs sur une période d'un an ▪ OU gênes temporaires constitutives d'un déficit fonctionnel temporaire $\geq 50\%$ pendant au moins 6 mois consécutifs ou 6 mois non consécutifs sur un an ▪ OU exceptionnellement lorsque le patient ne peut plus exercer son métier ou qu'il occasion des troubles graves <p>Le patient doit pour ce faire saisir la Commission de Conciliation et d'Indemnisation (CCI) qui évaluera le préjudice et les conséquences du préjudice. Le CCI doit aussi déterminer s'il s'agit d'une faute médicale ou d'un aléa thérapeutique. Le délai de recours est de 10 ans. Le fait doit être survenu après le 05/09/2001. Une procédure à l'amiable est ensuite tentée pour trouver un arrangement. Cependant les victimes d'aléa thérapeutique répondant aux critères peuvent bénéficier d'une compensation par l'ONIAM au titre de la solidarité nationale.</p> <p>En cas de désaccord entre les partis, il est possible de saisir le tribunal compétent pour instruire davantage le dossier et demander une décision judiciaire.</p>
Contrefaçon de médicaments B	<p>Médicaments ou dispositifs médicaux imitant ceux qui ont l'autorisation de vente en France. Souvent vendus sur Internet.</p> <p>Ils échappent à la surveillance des autorités régulatrices.</p> <p>Ils peuvent être toxiques, inefficaces, ou comporter des impuretés chimiques ou biologiques.</p>



Coups de pouce du rédacteur :

- Savoir que l'utilisation de médicaments ou de dispositifs médicaux comporte des risques
- Savoir les parcours de pharmacovigilance, de matériovigilance et d'addictovigilance qui surveillent et encadrent les risques
- Savoir que les professionnels de santé doivent déclarer les événements indésirables
- Savoir la définition de l'aléa thérapeutique et qu'il existe une possibilité d'indemnisation par l'ONIAM
- Savoir qu'il existe des médicaments contrefaçons et que leur utilisation comporte des risques

FICHE E-LISA N°367a

Item 367 – SANTÉ ET ENVIRONNEMENT

SANTÉ ET ENVIRONNEMENT A	
Définition	<p>Exosome : Ensemble des expositions environnementales depuis la période prénatale. Comporte l'alimentation, l'activité physique, les polluants, les médicaments, l'habitus...)</p> <p>Xénobiotique : Polluant qui peut pénétrer dans un organisme vivant mais qui n'est pas produit par cet être vivant et qui n'est pas présent dans l'alimentation de cet être vivant.</p> <p>Expologie : Science de la mesure des expositions. On distingue la dose externe (dose à laquelle l'individu est exposé), et la dose interne (dose qui passe les barrières de protection (peau, muqueuse) et qui contaminent l'individu))</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La mesure peut être à l'échelle individuelle : questionnaires, mesures biologiques, exposimètre individuel ▪ Semi-individuelle : exposition professionnelle à partir de matrices d'exposition (plus simples à mettre en place) ▪ Populationnelle : exposition de groupe d'individus en fonction des mesures réalisées sur un territoire puis modélisation de l'exposition.
Pollution de l'air	<p>Pollution de l'air : Gaz et particules présents en suspensions et qui sont nuisibles pour la santé et l'environnement.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Polluants gazeux : oxydes d'azote, oxydes de soufre, monoxyde de carbone ▪ Composés organiques : solvants, ... ▪ Métaux lourds (Plomb) ▪ Méthane ▪ Biocontaminants (moisissures, allergènes...) <p>On peut classer les polluants par leur taille : particules fines (< 2,5 µm), particules en suspension (< 10 µm)</p> <p>L'air intérieur est 5 à 10 fois plus pollué que l'air extérieur du fait des bâtiments et du mobilier. Le tabagisme intérieur est très polluant.</p> <p>Les gaz hydrosolubles sont normalement bloqués par le mucus mais les asthmatiques y sont plus susceptibles</p> <p>Les particules fines peuvent pénétrer jusqu'aux alvéoles pulmonaires même chez le poumon sain</p>
Pollution des sols	<p>Pollution liée à l'industrie, à l'agriculture ou à l'enfouissement de déchets.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Métaux (Plomb, Zinc, Arsenic) ▪ Composés organiques (hydrocarbures, solvants) <p>Toutes les entreprises à risque de pollution des sols doivent être classées.</p>
Contamination de l'eau et de l'alimentation	<p>Eau potable : eau qui peut être consommée sans entraîner d'effet néfaste pour la santé</p> <p>Les polluants de l'eau sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les contaminants biologiques : bactéries, virus, parasites ▪ Les contaminants chimiques : métaux lourds, pesticides, polluants organiques, médicaments

	<p>Les polluants de l'alimentation peuvent être :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nitrates ▪ Métaux ▪ Pesticides et antibiotiques agricoles ▪ Additifs, acrylamides industriels ▪ Contamination par des agents pathogènes lors de la préparation des aliments <p>Un appareil digestif sain possède une barrière efficace contre beaucoup de polluants chimiques et biologiques qui restent alors dans la lumière du tube.</p>
Son	<p>L'oreille humaine entend de 2.000 à 20.000 Hz et de 0 à 120 dB</p> <p>3.000 zones de bruits critiques (zone à niveau sonore > 70 dB)</p> <p>80% des bruits proviennent des transports</p>
Champs électro-magnétiques	<p>Champs constitués d'une onde électrique et d'une onde magnétique.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Basse fréquence : 3-300 Hz ▪ Haute fréquence : 9.000 Hz – 300 GHz <p>Liés aux réseaux électriques, aux réseaux de transport et aux radiofréquences (WiFi, ...)</p>
Autres polluants	<p>Pollution par voie cutanée : la peau est le plus grand organe et représente 10% du poids. Barrière efficace sauf lorsqu'elle est atteinte d'une pathologie.</p> <p>Les rayons UV peuvent toutefois traverser une peau saine.</p> <p>Pollution transversale par voie transplacentaire : de nombreux polluants chimiques ou biologiques peuvent passer le placenta.</p>
Épidémiologie B	<p>Risque attribuable : proportion de cas attribuable au facteur de risque dans la population globale.</p> $RA = \frac{f(RR-1)}{f(RR-1)+1} \text{ (avec } f \text{ prévalence de l'exposition dans la population).}$ <p>Fraction étiologique : proportion de cas attribuable au facteur de risque parmi la population exposée.</p> $FR = \frac{RR - 1}{RR}$ <p>A l'exception du mésothéliome et de l'amiante, il est difficile d'affirmer qu'une maladie est lié à l'environnement d'un point de vue individuel.</p> <p>A l'échelle populationnelle, la pollution atmosphérique augmente le risque de pathologies respiratoires.</p> <p>Seules des études épidémiologiques en population qui analysent l'association entre la pollution de certains territoires et les comorbidités des populations qui y vivent permettent de répondre à la question</p> <p>Ces études en population ont pu établir que 9% de la mortalité en France et 41,1% des cancers sont liés à l'environnement. Le tabac et l'alcool sont les principales causes évitables de cancer.</p> <p>Biosurveillance : Mesure de l'imprégnation de la population aux polluants chimiques à partir du recueil, de l'analyse, et de la mise en place d'actions de prévention.</p>

	<p>Cette biosurveillance se réalise à partir de l'analyse d'échantillon de population où on analyse :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Des marqueurs d'exposition : dosage du polluant dans le sang ou les urines ▪ Des marqueurs d'effet : exemple du rétinol binding protein pour mesurer l'exposition au cadmium ▪ Des marqueurs de susceptibilité : capacité des êtres vivants à répondre ou non à une exposition <p>Cependant la mesure de ces marqueurs a un coût et peut ne pas être disponible pour certains polluants</p>
Maladies professionnelles B	<p>Certaines maladies comme le mésothéliome ou le cancer du poumon peuvent être reconnus comme des maladies professionnelles lorsque l'exposition est liée à l'emploi.</p> <p>La reconnaissance en maladie professionnelle peut se faire de facto à l'aide des tableaux de la sécurité sociale, ou après évaluation par un centre régional de pathologies professionnelles et environnementales</p>

Coups de pouce du rédacteur :

- Savoir que les polluants peuvent avoir un impact sur la santé
- Savoir que l'environnement associe polluants, habitus, alimentation
- Savoir que la vie professionnelle modifie l'environnement dans lequel on vit et peut induire des maladies professionnelles
- Savoir que l'analyse de l'association entre exposition et maladie est souvent complexe du fait de la multi-factorialité des maladies et qu'elle est déterminée à partir d'études épidémiologiques

Item 367 – IMPACT DE L’ENVIRONNEMENT SUR LA SANTÉ

GÉNÉRALITÉS	
Contexte B	<p>Maladies chroniques plurifactorielles et survenant après un long délai : développement probabiliste :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Risque = probabilité d’apparition ou aggravation d’un évènement défavorable (maladie, décès...) ▪ Fraction attribuable = proportion de cas de la maladie dans la pop G imputable à un FR <p>Europe : 1,4 millions de décès/an (15% des décès) liés à des facteurs envt évitables ou éliminables !</p>
Santé environnementale A	<p>Étude de l’impact de l’environnement sur la santé selon différentes approches :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Toxicologie, biologie : effets à l’échelle des molécules, cellules, organes... ▪ Données d’ordre médical : effets cliniques des nuisances (ex : intoxications aiguës) <p>FR envt pour la santé = origine naturelle (ex : radon) ou anthropologique avec des natures diverses : agents chimiques, bio, physiques, climatiques mais aussi psychosociaux et socio-économiques (pauvreté, emploi, famille...) ; souvent opposés entre nuisances « globales » vs « locales ».</p>
Épidémio B	<p>À l’échelle des populations, épidémio pour les effets des expositions en pop G ou en sous-groupes. Lien de causalité difficile à établir entre un FR et une maladie, mais critères (Bradford-Hill) établissant un faisceau d’arguments en faveur de cette causalité, de <u>façon proportionnelle</u> au nombre de critères remplis. Estimation du risque/fraction attribuable = élément important pour prioriser les risques et élaborer des politiques de prévention (ex : 5-10% des cancers seraient liés à des facteurs environnementaux).</p> <p>Études épidémio = analyses toxico pouvant donner des indications sur le risque attribuable des facteurs de l’envt et les pathologies respi, CV ou cancéreuses mais avec une <u>grande marge d’incertitude</u>.</p> <p>Lien de causalité souvent difficile à établir dans ce cas car :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Risques relatifs faibles (souvent < 1,3) ▪ Délai long avant apparition de la maladie (âge médian de survenue du CBP = 67 ans), propice à l’influence de facteurs de confusion (ex : tabac pour le CBP) ▪ Manque de spécificité des pathologies (excepté le mésothéliome) ▪ Manque de connaissance des vrais niveaux d’exposition <p>Malgré ça, pollutions environnementales = 5-15% des pathologies les plus fréquentes, ++ chroniques et non transmissibles, en forte augmentation depuis un demi-siècle (onco, métabo, neurodégénératives...). Près de 25% des français souffrent d’allergies respi (*2 en 10 ans) → surveillance et contrôle qualité de l’air.</p> <p>Données récentes : valeurs sous-estimées, OMS : pollution générale = déterminant le plus important de la mortalité mondiale, devant le tabac et le groupe SIDA/tuberculose/palu réunis.</p> <p>Impact de nouveaux agents à démontrer au cours d’expérimentations (cellules ou animaux de labo) mais difficile à extrapolier à l’homme. Résultats des études épidémio souvent observés trop tardivement, ++ pour les effets chroniques mais cela conduit à une controverse sur la santé environnement.</p> <p>Populations à risque = personnes les plus vulnérables aux FR de l’envt = celles chez qui la probabilité d’apparition ou aggravation d’un pb de santé est plus importante : personnes âgées, personnes malades ou en situation de précarité sociale, nouveau-nés, enfants...</p>

Principales sources d'exposition A	<p>Expositions à différentes échelles :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Globale : changement climatique, perte de biodiversité ▪ Locale : milieu urbain, milieu de travail, air intérieur, transports ▪ Facteurs d'exposition : chimique, physique, biologique <p>Du point de vue des populations, échelles → multiples sources d'exposition :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sources naturelles : pollens, feux de forêt, feux de cheminée, vents de sable, moisissures... ▪ Sources industrielles : industrie pétrolière, charbon, chimique ▪ Sources agro-alimentaires : engrains, pesticides, transformation des aliments, cuisson... ▪ Transports : énergie thermique, microparticules <p>À l'échelle globale :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Réchauffement climatique associé à une surmortalité lors des épisodes de canicule ou de phénomènes météorologiques extrêmes. De plus, répartition géographique de certains vecteurs des maladies parfois modifiée par les changements climatiques (ex : déforestation, diminution de la couche d'ozone, déplacement des moustiques...) ▪ Incinération des déchets → production de cancérogènes transportés à distance du site d'émission ▪ Pollution atmosphérique → maladies respi ou CV ▪ Accidents industriels et nucléaires → accroissement des pathologies et cancers, parfois à distance du site <p>À l'échelle locale : facteurs de risque chimiques, biologiques et physiques ; mais distinction entre échelle globale vs locale parfois ténue en raison de la diffusion possible des substances, qu'elle soit favorisée par des phénomènes naturels (masses d'air) ou anthropologiques (mondialisation, commerce...). Exemple des polluants atmosphériques : sources très nombreuses et naturelles (éruptions volcaniques, vents de sable du Sahara, érosion des sols, incendie) ou anthropiques comme :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Transports routiers : <ul style="list-style-type: none"> - Échappement des véhicules diesel et essence, usure des pneus et freins, évaporation de l'essence, climatisation du véhicule, entretien des voies routières & abords - Trafic routier = 12%, 54% et 40% des émissions moyennes métropolitaines des particules fines PM2,5, NOX et carbone élémentaire respectivement B ▪ Chauffage : <ul style="list-style-type: none"> - Résidentiel au bois et au fuel domestique - France : émissions de PM2.5 issues du chauffage au bois en baisse depuis les 90's mais secteur résidentiel = 52% des émissions nationales, à tel point que les <u>émissions issues de la combustion de biomasse = 1^{ère} source de rejets de particules</u> dans l'air de certains territoires B ▪ Agriculture : élevage, épandage, fertilisation, labours... ▪ Émissions industrielles : industries manufacturières, chimiques et agroalimentaires, raffinage du pétrole, métallurgie, centrales thermiques... principales sources d'émission du SO₂ surtout en hiver
--	---

VOIES D'EXPOSITION	
Risques pour la santé A	<p>Plusieurs facteurs influencent l'impact des FR environnementaux sur la santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Caractéristiques du facteur considéré ▪ Voies de pénétration dans l'organisme ▪ Mode d'exposition : niveau, fréquence ▪ Moment et durée d'exposition ▪ Etat de santé de la personne concernée : pathologies existantes...

Pénétration dans l'organisme B	<p>5 voies d'entrée pour les matières chimiques :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inhalation : pollution de l'air sur les bronches et les poumons → maladies respi, systémiques et CBP 2. Ingestion : alimentation = principale contamination, avec voie manuportée orale → maladies systémiques ou localisées (diarrhée) 3. Contact cutané ou dermique : sources particulières (cosmétiques, professionnelles) → pathologies locales irritatives ou allergiques, parfois systémiques 4. Voie transplacentaire 5. Autres : voies auditives (→ surdité), visuelles (→ cataracte, DMLA) <p>Pénétration dans l'organisme de certains facteurs limitée par des barrières (intestinale, cutanée...).</p>
MÉTROLOGIE DES EXPOSITIONS	
Définition A	<p>Métrologie = science de la mesure permettant de connaître de façon +/- précise/certaine des valeurs, fondée sur des connaissances scientifiques, des matériels et des procédures d'analyse : relations entre les niveaux d'exposition et la survenue d'effets sur la santé définies sur des données type dose-réponse.</p>
Mise en œuvre A	<p>2 types de mesures :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Expositions environnementales (source) → meilleure définition de l'origine 2. Au niveau interne (matrices humaines) → meilleure intégration des différentes expositions et étude du rôle des voies d'absorption, de transport, de métabolisme et d'excration <p>Outils au niveau environnemental :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Satellites : météo, particules, espaces verts et bleus... ▪ Détecteurs environnementaux : particules, produits chimiques, bruits, UV... ▪ Détecteurs individuels : produits chimiques, particules, bruits, mesures physio... <p>Au niveau individuel, mesure quantitative de substances chimiques dans les tissus (sang, urines, cheveux, phanères, méconium...) dans le cadre d'études de biosurveillance, d'épidémio ou de clinique.</p> <p>Mesures effectuées :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pour l'ensemble d'un lieu d'environnement : mesure des niveaux sonores, de l'éclairage... ou mesures atmosphériques d'un composé chimique ▪ Pour des expositions individuelles, au travers d'indicateurs biologiques d'exposition ou de dosimétrie <p>Méthodes de métrologie :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Exposition aux produits chimiques : méthodes de prélèvement, d'échantillonnage et d'analyse des substances toxiques dans l'air par mesure de polluants dans l'environnement général (ex : urbain) ou professionnel (atelier) ; pour le bruit, utilisation de sonomètres/audiomètres ▪ Métrologie des agents biologiques : mesure d'agents ou de toxines dans l'air, les liquides, les surfaces ▪ Métrologie de l'exposition aux rayonnements ionisants (dosimétrie) : <ul style="list-style-type: none"> - Surveillance de l'exposition externe : dosimètres passifs individuels portés à la poitrine : contrôle différé de la dose cumulée reçue ; ou dosimètres actifs individuels avec lecture immédiate - Surveillance de la contamination interne : anthroporadiométrie = mesure directe de radio-nucléides dans le corps entier ou des organes particuliers ; ou analyses radiotoxicologiques ▪ Métrologie des ambiances lumineuses : photométrie de l'éclairage d'un envt <p>Pour la pollution atmosphérique, outils de surveillance de la qualité de l'air :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Stations de mesures fixes (chalet, cabine métallique) avec dispositifs de prélèvement d'air et analyseurs en continu, spécifiques des polluants et mesurant 24/7 les concentrations ; avec des stations de fond (air moyen) et des stations de proximité (étude des émissions de sources spécifiques) ▪ Stations de mesures mobiles (camions, remorques) ▪ Campagnes de mesures avec des capteurs spécifiques, parfois portatifs sur des polluants ciblés ▪ Modélisation de la pollution à différentes échelles : cartographie, outils de calculs et de modélisation

<p>Surveillance bio des expositions B</p>	<p>Surveillance bio = biométrie ou biosurveillance = outil de prévention pour l'évaluation des expositions environnementales et de leur effet sur la santé des populations, par mesures de substances identifiées ou de leurs métabolites dans les tissus/phanères/excrétats ou l'air expiré afin d'évaluer l'exposition et les risques pour la santé en comparant les valeurs mesurées à des valeurs biologiques d'interprétation (références scientifiques ou réglementaires), ++ les valeurs limites biologiques.</p> <p>Intérêt tout particulier pour les expositions à des produits :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Faiblement volatils ou à bonne pénétration cutanée ▪ Ayant des effets toxiques cumulatifs dans des situations où la mesure des concentrations n'est pas possible dans l'atmosphère
<p>Structures de PEC B</p>	<p>En cas de doute sur une origine environnementale, dont professionnelle, adresser au Centre Régional de Pathologies Professionnelles et Environnementales (CRPPE) : 28 en France rattachés au CHU. Depuis 2021, mission de ces centres étendue aux maladies environnementales et à la PEC de pathologies complexes, en lien avéré ou supposé avec l'environnement général. Rôle aussi dans la prévention des risques d'atteintes à la santé du fait de l'environnement. À côté de ces structures, centres AP et de toxicovigilance (CAP-TV), services cliniques (allergies, pathologies respiratoires...) et biologiques (toxicologie...). ANSES : rôle aussi dans la PEC.</p>