I/ Santé des populations, priorités, plannification.

1) définition de la santé

C'est une ressource de la vie quotidienne et non un but en soi, qui donne à la personne «le pouvoir d'identifier et de réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et d'évoluer avec son milieu ou s'y adapter».

2) Transition épidémiologique

-> temps des épidémies et famine (avant 20ieme) : surveillance et protection.
-> phase de transition (1er moitié 20ieme) : prévention surveillance et protection.
-> installations des maladies liées au vieillissement/maladie chronique
=> promotion de la santé, prévention, surveillance et protection

3) Les 5 fonctions de la santé publique

-> surveillance de l'etat de santé de la pop
-> protection de la santé -> prévention
-> promotion de la santé -> organisation des services de santé

4) La charte d'ottawa (1986)

-> Elaboration de politiques publiques favorables à la santé
-> Créer des milieux favorables
-> Renforcer l'action communautaire
-> Acquérir des aptitudes individuelles
-> Réorienter les services de santé

5) Les déterminants de la santé

- Biologie humaine (génétique) -style de vie (cpt a risque, alimentation)
- Environnement (social, économique) -organisation des services de santé

6) La démarche de santé publique

- politique de santé publique : champs d'intervention, objectifs, moyens
- plan de santé publique : programme d'actions, choix stratégiques, priorités
- programme de santé publique : ensemble cohérent d'actions
- action de santé publique : mode d'intervention particulier

PROBLEME -> OBJECTIFS -> ACTIONS -> EVALUATION

7) Notion d'approche populationnelle

- Rendre accessible un ensemble de services sociaux et de santé en répondant aux besoins exprimés et non exprimé de la pop.
- Agir en amont sur les déterminants de la santé

II/ Raisonnement et décision en médecine.

1) Notion d'inférence

= action de mise en relation d'un ensemble de propositions aboutissant à une conclusion.

2) Finalité de raisonnements

- de nature épistémique (comprendre une situation + detecter les contradictions)
- de nature pragmatique (permet de faire des choix, de decider)

3) Processus de raisonnement non analytique

= reconnaissance de «pattern» (inexistant chez le novice)

4) Processus de raisonnement analytique

= processus hypothetico-deductif : application de règle causales ou conditionnelles et approche bayesienne.

5) Organisation des connaissances

- Aspects prototypiques = organisation sous forme de collection d'images
- Réseau sémantique = association entre les signes

III/ Dossier du patient (différent du dossier médical)

1) A quoi sert-il ?

-> communication -> prise de decision
-> enseignement -> recherche clinique
-> gestion hospitalière -> suivi
-> médico légale -> synthèse
-> mémorisation

2) A qui sert-il ?

A tous les professionels de santé autour du patient

IV/ La relation Médecine-Malade

1) Facteurs de la relation thérapeutique

- facteurs généraux : contexte culturel et technique + situation de maladie
- facteurs individuels : le malade (réaction particulière), le médecin.

2) Définition de la maladie

- diversité des situations : biologie, clinique, vecu de la pathologie par le patient
- maladie : situation limite : il ne faut pas se precipiter il faut etre patient
- dynamique : origine, évolution, le médecin accompagne entre écoute libre et directive souple

3) Quelles sont les 3 étapes de la dynamique de la maladie ?

- Etat initial négatif : phase de choc
- phase de réactions psychologiques
- la dynamique évolutive

4) Phase de réactions psychologiques

- la regression : position basse :
  positive (facilite le ttt) négative (perte de l'estime de soi)
- la projection : position haute :
  réaction agressive et négation/déni de la réalité
- la sublimation : résultat du travail psychologique, vers une coopoeration.

5) La dynamique évolutive

- désir de guérison
- coopération avec le médecin (alliance + réponse au besoin du malade)
- garanties

6) Particularités en fonction de l'âge

- relation asymétrique
- référence à l'entourage
- la souffrance s'exprime pas de la même facon
- s'adapter à son style de vie
- situation de dépendance
- éviter l'adultomorphie
- reconnaissance d'une personne à part entière

7) le vécu du médecin

sa théorie : ses motivations, son engagement, sa théorie
sa pratique : son style relationnel, sa capacité d'écoute
son objectif sa capacité d'accueil, son tact

8) le vécu du malade

vécu comme un mal : blessure narcissique, agression (victime), faute
vécu comme un bien : revalorisation, déculpabilisation, source d'avantages

9) L'alliance thérapeutique

Résistance à la maladie : refus de consulter, refus de sa faiblesse, optimisme, crainte du médecin
Accueil de la maladie : acceptation, besoin d'être soulagé et rassuré

10) Facteurs placebo

Le médecin : empathie envers le patient et conviction de l'efficacité de se prescription.
Le malade : de par sa personnalité et ses convictions
Le ttt : sa couleur et la modalité d'administration.

V/ Evaluation des soins, des technologies et des pratiques professionnelles

1) Qualité des soins, définition de l'OMS

- technique -> la prise en charge thérapeutique
- sécurité des soins -> ne pas générer de complications
- information -> contact avec le patient et satisfaction du patient

2) Pour quoi évaluer les pratiques professionnelles ?

- contraintes réglementaires et économiques
- variabilité des pratiques
- évolutions scientifiques et technologiques
- obligations éthiques et déontologiques
- évolution de l'environnement professionel et institutionnel
- consumérisme médical

3) Sur quoi s'appuie l'EPP

Evidence based médecine + recommandation

4) les pratiques professionnelles

Pratiques individuelles + collectives + dimension organisationnelle

5) Les 4 méthodes d'EPP

- Par comparaison à un référentiel :
  - audit clinique
  - revue de pertinence des soins
  - enquête de pratique
- Par processus : chemin clinque + analyse processus + AMDEC
- Par problème : revue de mortalité-morbidité
- Par indications : mise en place et analyse d'indicateurs, maitrise statistique des processus.

6) Les étapes des méthodes d'EPP

- Choix du sujet
- analyse du processus et des pratiques de soins
- analyse des recommandations
- bilan de l'existant
- plan de recommandations
- mesure des resultats
- suivi et maintien des resultats

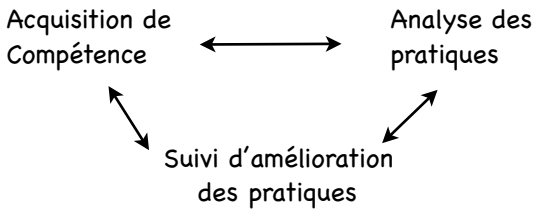
7) Développement professionnel continu (DPC)

- analyse de tous les professionnels de santé (pas que médecin) et de leur pratiques
- acquisition ou approfondissement de connaissances ou compétences
- obligation individuelle

8) Le programme de DPC

- conforme à une orientation nationale ou régionale
- comporte des méthodes et modalités validées par la HAS
- mis en oeuvre par un organisme DPC

9) Méthodes du DPC



VI/ La gestion des risques

1) Résultat d'une enquête sur les EIG (2009)

50% des EIG hospi jugés évitables
surtout les actes invasifs et infections
causes = défaillance humaine, supervision, communication insuffisante

2) Activité de soins en établissement de santé

- évolution rapide des connaissances et des techniques
- processus de soins plus complexes potentiellement plus dangereux
- évolution de l'organisation des soins
- variabilité des flux, urgence
- difficultés institutionnelles
- maitrise de la complexité

3) Evolution de la société face au système de santé

- technologies de la communication
- moindre tolérance envers les défaillances du système sanitaire
- poids accru des usagers et de leurs associations en matière de sécurité des soins
- évolution des sanctions pénales
- désengagement des companies d'assurance
- assurabilité plus couteuse
- classement des établissements de santé

4) Enjeux de la démarche de gestion des risques

sécurité des patients + responsabilité juridiques des acteurs + perennité de l'hopital

5) Démarche de maitrise des risques

identifier -> analyser -> traiter (prevention protection)

6) les 2 approches complementaires

approche a priori et approche a posteriori

7) Ou peut se produire le dysfonctionnement à l'origine de l'EIG ?

patient / professionnel de santé / individu / équipe / protocoles / conditions de travail / organisation / politique de l'établissement.

8) les vigilances sanitaires

- signalement et enregistrement des EI
- évaluation de ces informations dans un but de prévention
- réalisation et suivi des actions correctives
- tracabilité de certains produits
- capacité à répondre à une alerte sanitaire

VII/ Ethique

1) Différence entre morale et éthique

morale = sévie au corpus de règles
éthique = pratique individuelle, à des actes

2) Confusion entre éthique et juridique

L'éthique ne peut pas être définie comme le simple respect, la simple connaissance des règles de droit.

3) conflits entre éthique et juridique

ethique = réflexion sur ce qu'est un comportement conforme aux exigences morales/éthiques.
Attention une des exigences premières de l'éthique est de respecter les règles juridiques mais dans certains cas, l'éthique nous commande de ne pas respecter le droit.

4) Différences entre éthique et juridique

Droit : codification, publicisation, sanctions, interpretation officielles des textes
éthique : pas de sanction, liberté, décision individuelle

5) Définition négative de l'éthique

Ce qu'il reste une fois qu'on a passé le pb dans le filtre juridique et dans le filtre technique/scientifique.

6) Définition positive de l'éthique

recherche du mieux et du bien mais aux yeux du patient

7) CAT devant un patient ayant émis des directives anticipés

- respect inconditionnel de la volonté du patient : on respecte sa volonté écrite comme si il nous le demandait en face
- on peut considerer le document insignifiant car le patient n'était pas dans la même situation

8) Le raisonnement éthique

- éthique déontologiste : intentionnaliste : se soucie de la conséquence de l'acte isolé, ne pense pas réellement aux conséquences (principes universels)
- éthique conséquentialiste : utilitaire = absence de règles universelles, obtenir la meilleure situation possible, le meilleur résultat final.

9) Principe de justice

Permet d'encadrer 3 principes : autonomie de la volonté, non malfaisance, bienfaisance => arbitrage dans un esprit conséquentialiste.

VIII/ Loi Leonetti

1) Acharnement thérapeutique ou obstination déraisonnable

Réanimation, gérontologie, néonatologie, évolution terminale d'une maladie

2) Notion de refus d'admission en réanimation (7 a 63% de refus)

3 causes : pas assez grave, trop grave, correspond pas aux impératifs du service.

3) Notion de refus de ttt par le patient/la famille

-> pour ne pas alterer la dignité du patient

4) Notion de collégilaité

Aucune décision de poursuite ou d'arrêt de ttt chez un malade en fin de vie ne doit etre prise isolément.

5) Notion de soins palliatifs

Ils sont utilisés lorsque la guérison de la maladie est au dela des possibilités thérapeutiques (support, accompagnement)
Ils peuvent être suivis chez soi, dans les différents services à l'hopital

6) les lois

- touchent aux droits des malades
- à la reconnaissance du refus de l'obstination déraisonnable

7) Le pouvoir de décision de la société

Elle décide via la loi, fixe des normes générales sans caractère individuel.
Elle repose sur la relation médecin/malade.

8) Le pouvoir de décision du malade ou de sa famille

Différent éléments a prendre en compte :
- le contexte : affectif et emotionnel (frein a l'objectivité)
- éclairage : donné par le médecin (pas tjrs objectif)
- motivations : très variables, influent sur la décision
- lucidité du patient : autonomie du patient

9) le pouvoir de décision du médecin

Il prend la décision finale mais après discussions (a noter dans le DM)

10) Principes de base de la réflexion

«Une guérison ou une survie technique immédiate peut se transformer en échec thérapeutique à terme»
«un individu n'a pas d'existence statistique»
«accompagner, être à l'écoute, soulager».

11) Loi relative aux droits des malades et à la fin de vie

Patient en fin de vie conscient : respecter la volonté du patient + assurer sa dignité
Patient en fin de vie inconscient : avis ou information de la personne de confiance + directives anticipées + décision médicale collégiale.
Patient non en fin de vie conscient : tout mettre en oeuvre pour le convaincre d'accepter + après délai raisonnable arrete/limiter les ttt + décision collégiale
Patient non en fin de vie inconscient : directives anticipées + limitation/arret ttt possible.

12) Synthèse de la loi léonetti

- lutte contre l'obstination déraisonnable
- reconnaitre au malade le droit de vivre ou de preparer sa mort
- sérénité
- transparence et collégialité
- stratégie de prise en charge globale
- garantir les bonnes pratiques médicales
- améliorer la relation de confiance

13) Modalités sédation/analgésie

- doses non limitées
- analgésiques ou sédatifs
- double effet des méd = réduction de la douleur + accélération de la mort

14) loi de bioéthique 2011

- pas de critère scientifique pour determiner le seuil de transgression aux critères de l'obstination déraisonnable
- droit des malades à decider l'arret d'un ttt : responsabilité accrue ou liberté accrue.
- le refus du ttt par le malade est-il un désir de mourrir ?
- l'éclairage par le médecin donne-t-il la compétence de décider ?

15) L'euthanasie

geste actif entrainant la mort du patient selon son souhait, a plusieurs reprises exprimés, commis par un soignat

16) suicide assisté

le patient s'autoadministre une potion létale fournie par un tiers

17) Sédation

administration de médicament ayant un effet sedatif et analgésique jusqu'a la mort.

18) Mission Sicard (2012)

- penser solidairement la fin de vie
- respect de l'autonomie fondamentale du patient

IX/ Raisonnement éthique et aspects juridiques de la fin de vie

1) Ce qui n'est pas de l'éthique

- le droit (loi, jurisprudence)
- la déontologie (règles de groupes professionnels bien determinés)
- la morale

2) La méthodologie éthique

- aspects scientifiques
- aspects juridiques
- aspects éthiques

3) Réflexion sur l'aspect éthique

1) regarder les acteurs, leurs relations, leurs interets
2) poser le problème éthique
3) l'information de sa conscience
4) le débat (collégial++)
5) la décision
6) le feedback

4) Grands principes éthiques

la vie (principe au dessus de tout) mais osbstination déraisonnable.

5) Révisions 2011 des lois de Bioéthique

- interdiction des mères porteuses
- anonymat du don de sperme
- nécessité du consentement du patient au niveau génétique
- possibilité de don d'organe croisé

6) CCNE

multidisciplinaire, donne un avis mais ne s'impose pas. Rôle de reflexion, diffusion de l'information éthique.

X/ Cas clinique : Prélèvement d'organe

1) Donneurs d'organes

- donneurs vivants 10% (rein, foie, poumon, peau, Mo ect)
- donneurs dcd 90% par ME

2) Donneurs vivants

- majeur : père, mère et par dérogation enfant, frère, soeur...
- vie commune d'au moins 2 ans
- Lien affectif étroit et stable avec le donneur
- don croisé

3) Consentement du donneur vivant

- comité d'expert pour evaluation du rapport Bénéfice/Risque
- Procureur, président du tribunal de grande instance pour verifier le consentement éclairé.

4) Prélévements sur donneur vivant

os, peau, vaisseaux, valves, mbs amniotiques

5) Principes éthiques généraux de la loi de Bioéthique de 2011

1) protection du corps humain
2) protection des mineurs et adultes protégés -> autorisation parents ou protecteur
3) consentement présumé -> RNR dès 13 ans, entourage
4) principe de sécurité sanitaire -> pas transmettre de maladie
5) Non commercialisation, non rémunération
6) Anonymat receveur/donneur

6) Domaines d'activité de l'Agence de Biomédecine

- prélèvement et greffe d'organes/tissus/cellules
- assistance médicale à la procréation
- diagnostic prénatal et génétique
- recherche sur l'embryon et les cellules souches embryonnaires

7) Registres gênés par l'agence de biomédecine

- la liste nationale des patients en attente de greffes
- le registre national des refus
- le registre des donneurs vivants

8) Patients prioritaires pour les greffons

- ceux dont la vie est menacée à très court terme
- ceux pour lesquels la probabilité d'obtenir un greffon est très faible
- les enfants (<30ans)

9) Physiopathologie de la mort encephalique

-oedème cérébral : PIC>PPC
-vasoconstriction cérébrale : orage neurovégétatif
- 1% des décès, 50% prélevés

10) Causes de la mort encéphalique

Vasculaire (AVC), traumatique (AVP), anoxique, intoxication.
Il faut une absence de circonstance confondante = hypothermie, hémodynamique altérée, dépresseurs du SNC, myorelaxants, désordres métaboliques

11) Critères de ME à l'examen clinique

constat par 2 médecins :

- absence totale de conscience et d'activité motrice spontanée, coma profond, flasque aréactif, glasgow 3.
- Abolition des reflexes du TC
- Absence de ventilation spontanée

12) Examens paracliniques attestant le caractère irréversible de la ME

1 angiographie cérébrale avec arrêt net de la circulation à la carotide
2 EEG à 4h d'intervalle

13) CI absolues au prélévement d'organes

- absence d'identité
- creutzfeldt-jakob
- incertitude sur cause de la mort
- tuberculose active
- SIDA
- état septique non controlé
- Rage
- atcd de cancer
- encéphalites

14) Analyses biologiques obligatoires

Avant prélévement : VIH1, VIH2, VHB, VHC, HTLV, CMV, EBV
Après prélévement : toxoplasmose, syphilis

XI/ Cas clinique : Soins palliatifs

1) Fonctions nobles de la médecine

- prévention et maintien en bonne santé
- ttt curatif des maladies
- soulager = médecine palliative

2) Sources de souffrance du patient

physique, psychique, existentielle, sociale

3) Aborder la souffrance physique

- évaluer = écouter le malade / l'entourage / l'équipe soignante, échelles d'évaluation
- traiter = en lien avec le patient, rapport B/R, garder à l'esprit la globalité

4) Aborder la souffrance psychique

- écoute/dialogue, détecter et traiter les réactions pathos, psy/psychiatre

5) Aborder la souffrance existentielle

savoir recueillir, garder la neutralité, respecter les rituels

6) Aborder la souffrance sociale

écoute, assistante sociale, rompre l'isolement social

7) Définition des soins palliatifs

= soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. L'objectif est de soulager les douleurs physiques + autres symptomes et de prendre en compte les autres souffrances

8) Structures spécialisées

- soins à domicile (HAD)
- équipe mobile de SP
- Réseaux de SP
- unités d'hospitalisation de SP
- lits identifiés

9) CAT devant une demarche de mort en fin de vie

- recueillir la parole du patient
- lutter contre isolement
- évaluer sa souffrance globale
- éviter obstination déraisonnable
- respecter le choix du patient
- lutter contre dépersonnalisation

10) Conditions pour une médecine de qualité en SP

- Réflechir au deuil/à la mort à l'avance
- respecter le malade
- communiquer avec sincérité, bienveillance
- creer l'environnement propice (calme)
- favoriser les discussions

11) Annonce d'un pronostic fatal

- ne pas le faire dans une situation de crise
- être progressif
- dire quand on en sait pas
- ne jamais donner de pronostic chiffré
- partir de questions
- on peut etre confronté à des dénis

XII/ Recherche scientifique et évolution des connaissances confrontées à l'éthique médicale

1) L'expérimentation

- expérimentation thérapeutique = administrer un ttt pouvant être bénéfique pour la personne
- expérimentation cognitive = avancée des connaissances sans bénéfice pour la santé du sujet.

Pb : le sujet devient un moyen, un objet.
Solution : codification des principes de l'expérimentation

2) textes codifiant l'éthique

- serment d'hippocrate
- code de nuremberg
- déclaration universelle des droits de l'homme
- déclaration d'helsinki
- déclaration de tokyo, venise, hongkong
- principe directeurs internationaux d'éthique de la recherche biomédicale
- loi huriet-serusclat

3) Paradoxes des principes éthiques

Jean bernard : l'experimentation médicamenteuse est «moralement nécessaire et nécessairement immorale»
Hippocrate : «apporter un soin à un individu malade en faisant appel au médecin»
Kant : «toujours en même temps comme une fin et jamais simplement comme un moyen».

4) Les principes éthiques du principisme

1) respect de l'autonomie du patient
2) Bienfaisance à l'égard du patient
3) Non malfaisance à l'égard du patient
4) justice

5) L'éthique dans l'histoire

18ieme : scorbut (1er experimentation thérapeutique sur humains)
variole (inoculation de pus)=> 1er grand débat.

6) Codification epistémologique

=> passage d'un rapport individuel à un rapport statistique du patient

7) Codification éthique

-> Faire une expérience moralement acceptable
car : - les médecins sont eux même exposés aux pbs moraux
- la médiatisation des crises/crimes faits par les médecins

8) Code de Nuremberg

Les alexandre et Andrew Idy (voir fiche)

9) Rapport Médecin/patient

- naissace après le scandale de Tuskegee (USA) = inoculation de syphilis à des patients noirs.
- Le patient devient interlocuteur valable face au médecin.
- Disparition progressive du paternalisme du médecin.

10) Déclaration d'Helsinki = principe éthique de justice

1) consentement éclairé :
- le patient est informé des conflits d'intérets du médecin
- dimension thérapeutique : 1er soucis du médecin
- l'interet de la science et de la société ne doivent pas prévaloir sur la santé du sujet

2) Expérimentation sur les populations :
- 1e règle de justice populationnelle
- encadrement de la recherche médicale impliquant une communauté défavorisée ou le consentement n'est pas autonome
- nécessité pour tout protocole d'être soumis à un comité indépendant

11) Avantages de l'expérimentation

- ttt rigoureux scientifique et statistique de la recherche de connaissances
- obtenir des savoirs médicaux exacts

12) Inconvénients de l'expérimentation

- culturellement dévalorisante
- objectivation du patient.

XIII/ Serments et prières médicales dans l'antiquité et le moyen-age

1) les bases de l'éthique et de la déontologie

- Le serment d'hippocrate (V av JC) : prend les dieux a témoin, secret+++
- Le serment d'assaph (VI ap JC) : médecin juif, foi en dieu +++
- la prière médicale de Maimonide (XVIII) : médecin rabin, caractère divin, obligation de formation.

2) Origine des textes

-> courants religieux ou philosophiques
religieux : judaisme, christianisme
philo : stoicisme

3) Organes garants de l'éthique et de la déontologie

1804 : 1er serment prononcé en fac (montpellier)
1863 : croix rouge, neutralité blessés de guerre
1940 : conseil de l'ordre créé par vichy
1945 : création du 1er code de deontologie francais