



***Hadjer Sebiki***

***Cours résumés en :***

- ✓ ***Histoire de LA médecine***
- ✓ ***SANTé publique***
- ✓ ***Economie de SANTé***
- ✓ ***SANTé et culture***
- ✓ ***Déontologie médicale***

***QCM classées PAR chapitre***

# Préface

---

Je tiens à vous partager ici ce petit bouquin qui collecte mes résumés des cours d'SSH de la 1<sup>ère</sup> année médecine .

Il est organisé en « cours» assemblés à partir des supports officiels de la faculté de médecine d'Alger, résumés et accompagnés par des QCM à la fin de chaque chapitre.

Je ne peux finir cette préface qu'en vous souhaitant de très bon courage durant votre année universitaire et en espérant que j'ai pu –à travers ce bouquin- vous faciliter quand même l'apprentissage de ce module.

Bonne lecture,

Hadjer Sebihi

# Table des matières

---

A. Histoire de la médecine	
Histoire de la médecine .....	04
La médecine est une science ou un art .....	06
Déterminant de la pratique vaccinale .....	08
La pratique médicale en Algérie pendant la période coloniale.....	10
Les épidémies ayant séviés en Algérie .....	12
Histoire des hôpitaux.....	15
Les médecines alternatives non conventionnelles .....	17
QCM+ corrigé type.....	19
B. Santé publique	
Santé publique.....	24
La surveillance épidémiologique .....	26
Déterminants de la santé.....	29
Les indicateurs de santé.....	31
La transition épidémiologique .....	34
C. Economie de santé	
Dépense de santé .....	36
Organisation du système de santé .....	38
QCM+ corrigé type.....	39
D. Santé et culture	
Santé et culture .....	42
Relation soignant – soigné .....	44
Décision médicale .....	47
Du norme au pathologie .....	50
QCM+ corrigé type.....	52
E. Déontologie médicale	
Droit médicale .....	59
Les principes généraux de la responsabilité médicale.....	60
La non – assistance à une personne en péril .....	61
Contrat du soin .....	61
QCM+ corrigé type.....	62

# CHAPITRE 01

## Histoire de la médecine

---

- A. Histoire de la médecine
- B. La médecine est une science ou un art
- C. Déterminent de la pratique vaccinale
- D. La pratique médicale en Algérie pendant la période coloniale
- E. Les épidémies ayant sévies en Algérie
- F. Histoire des hôpitaux
- G. Les médecines alternatives non conventionnelles
- H. QCM

**A. Définition**

**En grec** signifie « l'art de couper en morceaux ».

**De Ribet**: science qui a pour objet l'étude de la forme, les rapports réciproques et la structure finale des organes des êtres organisés, parmi eux : l'homme

**La conception hippocratique sur la dissection cadavérique :**

Dans la grèce antique → était interdit

**Ptolémée 1er** autorisa la dissection de condamnés à mort et même leur vivisection dans le Musée .

**Ptolémée III** : sont de nouveau interdites. Les observations sont faites sur des animaux. Les examens anatomiques n'étaient autorisés que sur les cadavres de grands criminels et d'enfants perdus

**Hippocrate** considérait la médecine comme une branche de la philosophie et préférait utiliser le raisonnement à l'expérience . Pour lui, la santé et la maladie sont matière à penser, à interpréter et raisonner . Il reste ainsi plus dans le domaine de la philosophie que de la science.

**Aristote** c'est le fondateur de l'anatomie comparée, il utilise pour la 1 fois le terme d' « anatomie ».

**Décrire l'apport de l'école d'Alexandrie dans le développement de l'anatomie.**

**Hérophile** décrit de nombreuses structures : le cerveau, les méninges, les sinus veineux de la base du crâne, les nerfs crâniens...

**Eristrate** pratique environ 600 dissections:

- il décrit les valvules du coeur,
- il distingue les nerfs moteurs des nerfs sensitifs et suppose que l'intelligence est proportionnelle au nombre de circonvolutions cérébrales ...

**B. Connaître l'anatomie selon Galien et le principal frein au développement de cette science.**

Il pratique des dissections sur le singe.

Il décrit les fonctions des muscles et des articulations, les viscères thoraciques, le tronc cérébral

Il reconnut les artères pour des vaisseaux sanguins et désigna le cerveau comme l'origine des nerfs.

C'est le premier à étudier les glandes.

**NB :Après Galien, les doctrines religieuses vont s'opposer à l'essor des sciences et la dissection cadavérique sera considérée comme une profanation.**

**C. Décrire l'apport d'Ibn Nafis en anatomie.**

Ibn Al Nafis dans son ouvrage « Commentaires sur l'Anatomie du Canon d'Ibn Sina » interprète de façon critique les descriptions anatomiques d'Avicenne basé sur les écrits de Galien.

**D. Attitude de la charia islamique vis-à-vis de la pratique de la dissection cadavérique.**

✚ Dans le monde arabo-musulman, le Coran interdit les dissections sur le cadavre d'un musulman mais non sur le corps d'un infidèle → les médecins musulmans ouvert des cadavres sur les champs de batailles,

Les grands médecins musulmans qui s'occupèrent d'anatomie furent :

**Al-Razi** décrit le rôle moteur et sensitif des nerfs en identifiant sept des nerfs crâniens et 31 des nerfs spinaux par un nombre référant à leur position anatomique depuis le nerf optique jusqu'au nerf hypoglosse .

**Ibn Sina**, Avicenne Dans cet ouvrage, il a recueilli de nombreuses observations anatomiques, sur les animaux

✚ Il faut considérer 3 situations :

**1er** : l'autopsie pour but la vérification et l'investigation criminelle.

**2ème** : pour but le diagnostic des maladies contagieuses, pour que des mesures préventives soient mises en place pour s'en protéger.

**3ème** : la dissection pour raisons scientifiques et d'enseignement.

- Dans les 2 premiers cas , le comité juge qu'ils sont permis vu leurs grands bénéfices
- Dans le 3ème cas , la dissection pour des raisons scientifiques, vu que la charia islamique prend énormément soin de la dignité du musulman mort, et vu que la dissection constitue une profanation vis-à-vis de sa dignité, il a été donc dit que : la nécessité est absente .

**E. Connaître l'apport d'André Vésale à l'anatomie et à la médecine en générale.**

En 1543, il publie " De humani corporis fabrica " -> l'histoire de la médecine".

Vésale proposait une " technique de la dissection des corps morts et vivants Il fait de l'anatomie une science en osant s'opposer aux dogmes médicaux et philosophiques de son temps et ses travaux remplacent les conceptions anatomiques de Gallien.

**F. Décrire l'apport du laboratoire d'anatomie d'Alger**

Au laboratoire d'anatomie d'Alger, on a disséqué des cadavres depuis 1857 à 1976. Mais depuis 1976 , on ne pratique plus de dissection sur cadavre.

- À l'absence de cadavre,
- À la remise en question des dissections dans les études médicales,
- À l'introduction des techniques modernes de visualisation (TDM, IRM , ETG, endoscopie )

**G. Décrire les conséquences du développement des dissections anatomiques :**

**L'utilisation des corps non réclamés :** Les cadavres de ceux qui ont été exécutés, pour la plupart des prisonniers politiques, ont été mis à la disposition des Anatomical Institutes à des fins scientifiques.

**Le don de corps** constitue la principale source de cadavres humains dans les écoles de médecine pour assurer de bonnes pratiques dans le domaine

**Trafic d'organes :** malgré la loi sur le consentement présumé dans plusieurs pays occidentaux, il existe une pénurie d'organes, ce qui est à l'origine:

- d'un trafic international d'organes
- d'un phénomène nouveau le tourisme de transplantation

**Greffes d'organes** une fois admis le principe de prélèvement d'organes sur un être humain mort, Avec les greffes d'organes , le cadavre devient au XXème siècle utile pour les vivants des banques d'organes apparaissent

**H. La Renaissance**

- Peu à peu, les universités et à cause de la nécessité de l'enseignement pratiquent de l'anatomie
- Léonard de Vinci qui est le 1er à réaliser une étude très précise des muscles. Il dissèque une trentaine de cadavres et ne se base que sur son observation directe, sans tenir compte des dogmes en cours.
- Pendant ce XVIème siècle , l'imprimerie va faciliter la diffusion, mais surtout la collaboration des artistes avec les anatomistes et le monde médical va rendre très performantes les représentations anatomiques (Léonard de Vinci, Michel Ange , Paul Véronèse)

**I. La méthode anatomoclinique**

Le médecin compare les signes observés sur le malade avec les lésions constatées après la mort.

La méthode anatomoclinique va remplacer la théorie des humeurs.

Durant le XVIIe siècle, les dissections étaient effectuées sur des criminels le plus souvent jeunes et en bonne santé, Morgagni veut comparer les organes malades et sains pour la compréhension de la maladie.

**G. L'anatomie actuelle**

L'enseignement didactique de l'anatomie se poursuit et évolue, par exemple en utilisant moins la dissection et plus la modélisation 3D pédagogiques.

**A. La médecine : soulager la souffrance**

Le soulagement n'est pas suffisant pour la définition de la médecine. Pourtant, guérir n'étant pas toujours possible, c'est donner des soins au malade.

**B. Le médecin dans la Grèce antique**

Le médecin sait en principe mieux que tout un chacun qui est en bonne santé et qui ne l'est pas, et ce qu'il faut prescrire dans ce dernier cas.

- Le Corpus hippocratique signe ainsi l'acte de naissance de la clinique.

La médecine selon Hippocrate

- Il considèrerait la médecine comme une branche de la philosophie .....(cours précédant)

**C. Selon Aristote**

La pratique de la médecine (phronesis) : le raisonnement pratique et la sagesse fondés en partie sur la science, mais principalement sur l'expérience et le jugement..

**D. Le serment d'Hippocrate**

JE FAIS CES PROMESSES sur mon honneur, solennellement, librement

**E. Selon platon**

La médecine est un art fondé sur un savoir, et non un ensemble de recettes.

Le soulagement de la souffrance s'est également imposé comme un objectif médical à travers des solutions chimiques ( produits pharmaceutiques) mais également par la relation médecin-patient.

Et la pensée médicale, peut être conçue comme «pensée d'une découverte de l'humain » du fait qu'elle participe à la découverte de l'homme qui se révèle aux yeux d'un certain spécialiste de l'humain ( le médecin).

- F. Selon Stricto** : Plutôt qu'une science sensu la médecine serait alors à entendre comme une technique ou un art au carrefour de plusieurs sciences

**Les 07 compétences « ETOILES »**

1. Expert médical ,
2. Communicateur,
3. Collaborateur,
4. Leader,
5. Promoteur de la santé
6. Erudit
7. Professionnel,

**G. La justification de l'activité médicale**

- La médecine est l'art même de soigner le corps, qui doit avoir autorité sur tous les autres arts car le médecin détient la connaissance effective de ce qui est bon ou mauvais, connaissance que les autres hommes ignorent.
- Hippocrate pose les bases d'un véritable art médical où il dégage l'intérêt des techniques du diagnostic et des soins, qu'il rattache également à une vision philosophique et éthique du vivant.

La pratique médicale

- Le médecin peut se fourvoyer, il peut commettre des erreurs.

**H. Le médecin aujourd'hui**

- Le problème crucial de la médecine de notre époque réside dans l'écoute et la compréhension du vivant.
- Le « bon vieux médecin », qui « rendait visite » aux familles savait écouter. Il était aussi l'ami, le conseiller, le confesseur.

**I. Le médecin dans la société**

Le médecin est sollicité par la société dont il fait partie pour donner son opinion sur toute une série de questions qui débordent le champ de la guérison et qui lui imposent de faire des choix politiques et éthiques.

**J. La communication du malade**

- Le malade a une expérience unique de sa souffrance et il cherche à la communiquer.
- Le soignant ne peut pas se contenter de comprendre les paroles du soigné, il doit les interpréter

**K. L' environnement du patient**

Cet individu est un sujet avec une histoire personnelle où agissent d'autres sujets (couple, famille, amis, milieu professionnel, vie associative ...). Le traitement une fois décidé et lancé, le médecin l'accompagne en continuant d'interpréter les discours et les attitudes du patient pour s'assurer de l'efficacité de sa prise en charge

**L. La science ?**

La science est " que l'on sait pour l'avoir appris, ce que l'on tient pour vrai au sens large, l'ensemble de connaissances, d'études d'une valeur universelle, caractérisées par un objet et une méthode déterminés, et fondés sur des relations objectives vérifiables".

**M. La médecine est-elle une science ?**

La biologie, ou science des êtres vivants, comprend de nombreuses disciplines dont certaines comme l'anatomie, la physiologie la biologie moléculaire ou la biologie du développement sont directement à la base de la connaissance de notre organisme. Ces disciplines utilisent les méthodes des sciences dites exactes, mathématiques, physique, chimie, statistiques, qui ont été théorisées, au service de la connaissance de la nature.

**Les développements de la biologie**

- **La médecine clinique**, s'est par l'observation méthodique des malades, avec notamment la sémiologie, la nosologie, le diagnostic différentiel
- **La thérapeutique** était laissée à l'appréciation de chaque médecin qui s'appuyait sur sa propre expérience ou sur celle de ses maîtres quand il débutait.
- **La méthode expérimental EBM** : Son principe est d'administrer à des groupes comparables de malades tirés au sort (randomisation) des traitements différents, et de comparer les résultats au moyen de méthodes statistiques.

**Ce qu'il faut retenir :**

**Non** la médecine n'est pas une science puisqu'elle ne donne pas lieu à des découvertes scientifiques obtenues à partir de méthodes d'investigations rigoureuses, vérifiables et reproductibles.....

Ce ne sont pas des mathématiques.

Elle n'est pas non plus capable de diagnostiquer à coup sûr une maladie ni de soigner toutes les personnes atteintes d'une même pathologie avec un même remède.

la médecine est un art ou une technique au carrefour de plusieurs sciences

Entendons-nous sur le mot « art » : ici, il ne s'agit pas d'expression artistique ou de processus esthétique.

**C'est l'adaptation de généralités à des cas particuliers qui fonde l'art médical.**

Il faudrait former les futurs médecins à faire appel non seulement :

à des savoirs issus des diverses sciences biologiques et de l'épidémiologie pour s'occuper de la maladie,

**mais** aussi à des savoirs issus des sciences humaines (sociologie, anthropologie, psychologie) et de la philosophie (notamment l'éthique) pour répondre à sa vocation première, qui est de soulager la souffrance d'individus tous différents.



**A. Définition :**

**La vaccination** : procédé consistant à introduire un agent extérieur (vaccin) dans un organisme vivant afin de créer une réaction immunitaire positive contre une maladie infectieuse.

**B. De l'inoculation à la vaccination.**

La variole, maladie hautement contagieuse, a tué près de 400 000 Européens chaque année facile à diagnostiquer avec ses pustules sur tout le corps, hautement contagieuse et fournissant, une protection à ceux qui survivent à ses atteintes.

**C. Edouard Jenner et la vaccination antivariolique**

- La possibilité d'immuniser les humains de la variole en leur inoculant la variole des vaches (Cow Pox), a été réalisé en 1796 par E. Jenner.
- La vaccine jennérienne fut adoptée par de nombreux états qui, sensibilisés aux méfaits de la variole, y virent un moyen de protéger la population.
- Le vaccin devient obligatoire dès 1807 en plusieurs pays

**D. Les sociétés devant la vaccination**

Les populations suivirent inégalement le mouvement et pratiquement **en Algérie** : la vaccination fut introduite vers 1802/1803, à l'occasion d'une épidémie de variole .

Les populations avaient une tradition locale de variolisation qui entra en compétition avec la vaccine et appréhendaient cette dernière comme une innovation à la fois inefficace et dangereuse.

La variolisation utilisait le fluide d'une variole spontanément bénigne, qu'ils appelaient la variole de Dieu « djidri Allah ». La vaccine, elle, n'était guère que « djidri El beylik » pour eux. Mais puis en février 1902, une loi relative à la protection de la santé publique, rend obligatoire la vaccination antivariolique et sera applicable à l'Algérie par le décret du août 1902.

**E. La vaccination par le BCG**

Le BCG, produit par l'atténuation d'un bacille tuberculeux bovin à l'Institut Pasteur de Paris, et administré pour la première fois en 1921, par voie orale, à un nourrisson de famille tuberculeuse.

Calmette était convaincu qu'il avait trouvé un vaccin efficace contre la tuberculose mais le problème pour lui était à la fois politique et pratique:

- Il y avait peu d'endroits où il pouvait mener une telle étude.
- Il savait que les médecins français et leurs syndicats puissants bloqueraient ses efforts en France.

Dans cette colonie française, la Casbah d'Alger représentait le terrain idéal : la tuberculose avait des taux dévastateurs dans la population musulmane. C'est ainsi que débuta l'essai BCG d'Alger , cet essai du BCG dans la population d'Alger était, à l'époque, la plus grande étude menée dans le monde .

**F. Les vaccins viraux et la vaccination antipoliomyélitique**

La poliomyélite est une maladie virale qui tue et estropie les enfants d'âge scolaire.

Face au grand succès américain, l'Union Soviétique opta en 1955 pour le vaccin vivant atténué, administré par voie orale, d'Albert Sabin. Dans les années qui suivirent, les États-Unis se ravisèrent et jugèrent le vaccin Sabin plus efficace et plus facile à administrer..

**G. La multiplication des vaccins**

Le but principal des vaccins est d'induire la production par l'organisme d'anticorps, agents biologiques naturels de la défense du corps vis-à-vis d'éléments pathogènes identifiés.

À la fin du XIXe siècle, avec le développement de la microbiologie, il devient possible d'isoler chez les malades, des germes, de les cultiver et de les modifier en laboratoire, pour atténuer leur virulence et les inoculer à des fins prophylactiques.

**H. La conférence d'Alma-Ata, au Kazakhstan**, désigne la vaccination comme un élément clé des « soins de santé primaires » prioritaires dans les pays pauvres, en raison de son « universelle » applicabilité, de son faible coût et de sa propagation aisée par des équipes formées sur le tas.

**I. Le programme élargi de vaccination, en Algérie (PEV)**

En Algérie, les objectifs fixés par le PEV visent :

- l'atteinte d'un taux national et par wilaya de couverture vaccinale d'au moins 95 % pour tous les vaccins,
- l'éradication de la poliomyélite,
- l'élimination du tétanos néonatal et de la rougeole,

- l'élimination de la diphtérie,
- ainsi que la réduction de la mortalité et de la morbidité des infections dues au virus de l'hépatite B.

#### J. L'attitude actuelle du citoyen vis-à-vis des vaccins, craintes et fantasmes.

L'adoption des vaccins comme outil de santé publique a fait partie intégrante des responsabilités de l'État moderne, censé superviser leur production, surveiller leur application et, quand il les rend obligatoires, assumer la gratuité de leur distribution et la responsabilité des accidents et effets indésirables survenus.

**En Algérie également**, le citoyen devient de plus en plus méfiant vis-à-vis de la vaccination:

- en 2010, ouverture d'un procès lié au scandale des vaccins périmés de l'IPA
- 2 000 000 de doses de DTCoq importées de Cuba, transférées vers un dépôt alors que la chaîne du froid était rompue.
- septembre 2016: DG de l'IPA relevé à la suite du décès, deux mois auparavant de deux nourrissons, après avoir été vaccinés au Pentavalent.

#### L'attitude de certains membres du corps médical vis-à-vis des vaccins.

En matière de vaccins, il s'agit désormais d'informer, voire de restaurer la confiance dans les vaccins actuellement existants.

#### De la santé publique à la santé globale.

Depuis le début du XIXème siècle, la contrainte sanitaire a fini par imposer la vaccination en dépit des résistances.

À la fin de la 2ème guerre mondiale, devant l'asymétrie choquante entre pays pauvres et nantis, l'OMS choisit le vaccin de masse comme la meilleure stratégie face aux maladies infectieuses..

#### Ethique et politique vaccinale

La politique vaccinale s'inscrit dans une activité de protection de santé publique. Elle est de la responsabilité de l'État.

Quand une vaccination s'avérerait être un moyen indispensable pour lutter contre le développement d'une maladie ou dans le but d'éviter la propagation d'une épidémie → la vaccination obligatoire ..

#### Ce qu'il faut retenir :

La vaccination sert comme un moyen de lutte contre les maladies infectieuses

La vaccin contre la Variole c'était découverte par Calmette essayée en Algérie et rétablie en Algérie depuis 1902 La population algérienne a refusé la vaccination au début et elle était pour eux « Djidri el bayle » mais c'était la force de la loi qui a rendu **OBLIGATOIRE** la vaccin

Pour assurer la prévention contre les maladies infectieuses et une bonne diffusion des vaccin dans le monde et aussi face à l'asymétrie entre les pays pauvres et nantis l'OMS a déclaré la gratuité de la vaccination .

**A. L'Algérie durant la période ottomane**

Après 3 siècle d'occupation ottomane , il ne restait rien de la brillante médecine arabo-musulmane.

- C'était le plus souvent , le règne des Tebibs et apothicaires .
- La guérison devait s'obtenir par la purification des organes à l'aide de plantes médicinales et de bains.

**B. La pratique médicale avant 1830**Médecine ottomane

- Orientée vers les aspects militaires
- Bachdjerrah : Amin des médecins

Médecine occidentale

- Réservée aux captifs en grande partie européens.
- Dispensée dans les bagnes
- Quelques médecins rattachés aux consulats européens.
- Un médecin allemand attaché au Dey .

Médecine populaire

- Tebib exerçant les jours de marché
- El Hakim à la réputation acquise et aux connaissances étendues.
- El djerrah et El Kabla

**C. Le service de santé des armées en Algérie**

1830 : l'armée française débarque à Alger avec 300 médecins ( dont 144 chirurgiens ) , 5 hôpitaux mobiles (1 ambulance par division).

1er hôpital (mosquée de Sidi Yakoub) puis résidence d'été du Dey ( actuel CHU Lamine Debaghine).

1er hôpital civil (420 lits) : hôpital Caratine construit par Hassan , fils de Kheireddine Barberousse.

Les services médicaux des débuts de la colonisation, limités et marqués par une nette division sociale:

- Services curatifs destinés aux européens .
- Mesures d'hygiène et de prévention menée dans la population autochtone.

Ces mesures avaient plus pour but de protéger les européens contre les maladies transmissibles que de protéger les autochtones eux-mêmes.

**D. Création des bureaux arabes ( 1844-1870 )** :en vue d'établir un contact avec la population indigène selon le principe : « Soigner les indigènes, assurer leur hygiène, les préserver des épidémies est le moyen le plus sage et le plus raisonnable de nous protéger nous-mêmes, nos troupes et nos administrateurs ».

**E. Initiative de formation de médecine indigènes**Initiative de l'archevêque Lavigner:

Durant la famine de 1865-1870 : 600 orphelins éduqués et convertis dont 4 pour une formation médicale accélérée à la faculté catholique de Lille sur les 4 médecins formés , un seul revient en Algérie:

- Vital revient s'installer en Algérie mais en banlieue d'Alger et non au Bled.
- Michel ,s'installe en Tunisie.
- Frédéric si mohamed , s'installe à Mayenne en France.
- Jean-Lin Abdelkader Ben Heni prend un poste à Jaffa en Palestine et ne cesse de déguiser ses origines

Initiative du Gouvernorat Général ( général Chanzy):

–Sélection d'une dizaine d'enfants doués, auxquels on offre une bourse pour l'école de médecine afin d'obtenir de titre d'officier de santé ; tous se plaignent de la rareté des postes dans les structures sanitaires publiques .

**F. Le corps des médecins de colonisation : crée en 1853 dont les principales fonctions étaient**

Consultations gratuites à l'infirmerie indigène 1fois/semaine, aidé par l'auxiliaire médical musulman;

Une tournée médicale hebdomadaire;

Une inspection scolaire mensuelle ;

Une inspection de la qualité des aliments et de l'eau

Établir des rapports à l'administration .

- A partir de 1944 ils deviennent des médecins de l'assistance médico-sociale ( AMSA).
- En 1961, on comptait 2057 médecins civils ( 337 israélites et 126 musulmans) qui officiaient pour les 9/10 pour la minorité française

**G. Le corps des auxiliaires médicaux indigènes**

**Circulaire 05/12/1904**: programme académique de 2 ans orienté vers les particularités de la pathologie « indigène » et « algérienne » pour « un diplômé d'une école primaire française, une jeune personne, idéalement malléable, fondée sur les bases de l'orthographe et de l'histoire française ».

Les auxiliaires devaient être employés exclusivement sous la supervision du médecin de colonisation au niveau de l'infirmerie indigène.

**H. Le premiers médecins musulmans de la faculté de médecine d'Alger**

En 1906, une compilation d'intellectuels franco-musulmans établie par Ismaïl Hamet ( officier et interprète de l'armée) répertoriait 8 médecins musulmans en exercice :

1. Amor M. originaire de Bône , établi dans cette ville;
2. Barchi Ali , médecin de colonisation à Fondouk( Khemis El Khechna)
3. Belarbey Med Seghir de Cherchell, médecin de colonisation, ayant exercé à la Casbah ;
4. Bentami Belkacem de Mostaganem, exerçant à la Casbah;
5. Boudierba Ali d'Alger , exerçant à Alger;
6. Bouziane Abdelkader de Tlemcen , exerçant à Alger;
7. Morsly Tayeb d'Oran , médecin à l'hôpital de Constantine
8. Nekkache Mohamed de Nedroma, médecin de colonisation à Hillil ( Oran)

Ce n'est qu'à la fin de la 1ère guerre mondiale qu'on commence à retrouver sur les bancs de la faculté de médecine les 1ers étudiants autochtones.

**I. UGEMA : union générale des étudiants en médecine algériens**

19 mai 1956 : appel à la grève : « Avec un diplôme en plus, nous ne ferons pas de meilleurs cadavres ! A quoi donc serviraient ils ces diplômes qu'on continu à nous offrir pendant que nos mères, nos épouses nos soeurs sont violées, pendant que nos enfants, nos vieillards tombent sous les mitrailles, les bombes de napalm ?... Il faut désertier les bancs de l'Université pour le Maquis ! ».

La grève est levée par le comité directeur de l'UGEMA en septembre 1957 permettant la reprise des cours et des examens à partir de la rentrée 1957/1958.

Les autorités françaises vont procéder à la dissolution de l'UGEMA le 28/1/1958.

**J. La pratique médicale au Maquis**

La Grève de mai 56 a été un facteur déterminant ayant permis une amélioration remarquable du système de santé dans le maquis et développer l'esprit de collégialité dans le cadre du programme de développement sanitaire .

**OCFLN** : soutien au FLN sous forme de cotisations, envoi de médicaments et matériel médical .

**A l'indépendance**

Mise en place du corps des adjoints techniques de santé publique ( AMSP ) , formés à l'Institut Technologique de Santé Publique fondé en 1963 à Médéa.

- 2 premières promotions : 30 étudiants
- 3ème promotion recrutée en 1966 transférée à l'hôpital Birtraria .
- 1968: transfert de l'Institut à l'aérium de Jean Bart à El Marsa .
- en 1972 le corps des AMSP atteignait le chiffre de 306 contre 624 médecins algériens et 1199 professionnels étrangers.

**Ce qu'il faut retenir :**

La pratique médicale en Algérie pendant la période coloniale était sous la dominance française avec la création des bureaux arabes pour une minorité algérienne qui exerce l'infirmerie

Les mesures de santé avaient plus pour but de protéger les européens contre les maladies transmissibles que de protéger les autochtones eux-mêmes.

**A. Introduction :**

Face à une menace vitale, les sociétés ont appliqué les mesures pratiques que leur compétence autorise.

**La quarantaine :** Il s'agit d'une période d'isolement imposée à toute personne et à toute marchandise contaminée par une peste, pour en éviter la contagion.

Sa durée devait couvrir l'incubation la plus longue constatée pour cette maladie. Se protéger d'un mal contagieux est une démarche très ancienne de l'humanité : Moïse recommandait après tout contact avec un lépreux 40 jours de purification.

Progressivement, la quarantaine évolua vers un principe plutôt qu'un laps de temps, dont la durée était appréciée au cas par cas.

**B. Les répercussions des maladies infectieuses sur le déroulement du hadj**

Afin d'éviter qu'une catastrophe d'une même ampleur ne se reproduise lors du pèlerinage de 1866, le gouvernement français provoque la réunion d'une nouvelle Conférence sanitaire internationale à Constantinople en prenant des mesures d'isolement drastiques dans les lieux saints.

1- interdire définitivement le pèlerinage à La Mecque

2- Des structures de quarantaine sont mises en place au niveau de la mer Rouge

**En Algérie :** les autorités coloniales sont très critiques à l'égard de cette organisation quarantenaire.

1- les pèlerins algériens étaient internés au fort de Sidi-Ferruch pour une période d'observation de 3 à 5 cinq jours

2- un nouveau lazaret est inauguré à l'extrémité du cap Matifou en 1884 afin de pallier les déficiences du lazaret d'El-Tor, sur la mer Rouge( en service à 1914)

3- une circulaire de 1873 vient imposer une obligation de visa et la justification des ressources nécessaires, la menace sanitaire intervient fort à propos l'année suivante.

4- La survenue d'une épidémie de peste en Libye, en 1874, sera l'occasion pour le GG d'Algérie d'interdire le départ à la Mecque cette année là.

**C. Les épidémies de peste en algérie**

Parmi les épidémies qui ont touché l'Algérie, on peut citer, au mois de juin 1556, l'épidémie qui sévissait à Alger et fut à l'origine du décès de Salah Rais, le Dey d'Alger .

En 1794, à Oran, des pèlerins revenant de la Mecque apportèrent une nouvelle épidémie qui fera désertir la ville.

Mais l'épidémie qui laissa le plus de séquelles dans la population fut certainement celle de 1867-1868, car elle survint pendant la colonisation française et frappa des tribus parvenues au dernier degré de la misère, dont on avait saccagé les abris et les sources de vie, et était associée à d'autres calamités telles sécheresse, famine, épidémie de choléra et de typhus.

**Cette catastrophe humanitaire avait atteint un point tel que Jules Verne écrivit en 1869 : « la population arabe est condamnée à disparaître dans un court espace de temps ».**

**D. Les épidémies de choléra-morbus**

L'origine du choléra-morbus provient d'un foyer endémique situé en Inde.

L'Algérie, de part sa vocation de port ouvert sur la Méditerranée, a été particulièrement exposée.

Par sa soudaineté et la rapidité avec laquelle il entraîne le décès, le choléra avait marqué la population de l'époque : la mort survenait 48 heures après une incubation de quatre jours

**1ère choléra en 1934** à l'hôpital militaire d'Oran, à la suite d'immigrants venus de Gibraltar. L'épidémie se propage dans la ville tuant près de 1000 personnes. Elle s'étendra à Mascara, Mostaganem, Médéa et Miliana et on dénombrera près de 1500 victimes.

**en 1835**, Alger est atteinte par une épidémie importée de Marseille et de Toulon. Bilan 12000 décès dans l'Algérois et 14000 décès dans le Constantinois.

**C'est de 1849** que date la 2ème épidémie massive qui atteint Oran et qui marquera les esprits. c'est de France qu'arrive le choléra. il éclate de façon foudroyante dans divers points de la ville d'Oran . Les migrations de population entraîneront l'extension de l'épidémie aux communes voisines, et autres villes de l'Oranie.. Une pluie s'abat sur la ville nettoyant les égouts, délivrant enfin Oran de l'épidémie. Le bilan de cette épidémie donnait 882 décès militaires et 2472 civils.

**Solution :** La prévention demeure le moyen le plus efficace pour empêcher la propagation de l'épidémie.

### E. Le paludisme en algérie

Avant l'occupation coloniale, le paludisme est signalé en Algérie au 12ème siècle, époque pendant laquelle les guerres continuelles entre tribus accélèrent son éclosion et sa dissémination dans un pays où famine, guerres et épidémies de fièvre entravèrent considérablement le développement.

Dès les premiers mois de colonisation française, les troupes du corps expéditionnaire subirent d'énormes pertes dues à la fièvre palustre.

#### La lutte :

1-la ténacité et l'obstination des colons européens qui, en s'ingéniant à défricher et à assécher les marais.

2-la méthode du drainage et de l'assèchement des terres marécageuses fut la première mesure de lutte antipaludique qui porta ses fruits.

3-la perspicacité de grands médecins tels Laveran et Maillot qui s'illustrèrent, le premier en découvrant l'agent causal un parasite, l'hématozoaire, le second en améliorant le traitement de la maladie par la quinine, un remède très efficace: le sulfate de quinine.

4-la méthode des frères Sergent qui contribuèrent à l'étude des techniques paludométriques, les index endémiques, ainsi qu'au développement et à l'application des méthodes de la prophylaxie.

### F. La tuberculose en Algérie

#### **Au début de la colonisation française**

Les médecins débarqués avec l'armée française s'étonnaient de ne pas rencontrer la tuberculose ou du moins de ne la rencontrer que rarement.

**Lors du congrès de la tuberculose en 1905**, le Dr. Gillot a présenté un rapport où il mentionnait que « lorsque les français pénétrèrent en Algérie en 1830, ils trouvèrent le pays entier à l'abri de la tuberculose ».

#### **Au début du 20ème siècle**

Cette rareté de la tuberculose fut interprétée de diverses façons :

- intervenir le climat chaud auquel était attribué des qualités curatives et prophylactiques.
- invoquèrent un véritable antagonisme entre la tuberculose et l'impaludisme, deux maladies de nature différentes

#### **La tuberculose en Algérie pendant et après la 1ère guerre mondiale**

La grande guerre va amplifier les tendances: la mortalité par TB a explosé. Dans les années 20, à l'hôpital Mustapha la TB 15% des décès chez les européens et 30 % chez les musulmans .

#### La lutte :

##### **1. Avant le BCG**

1-**au début des années 1900** : Isolement des tuberculeux à l'hôpital Mustapha

2-**Création à Hussein Dey** (futur CHU N. Laliem) , d'un asile de convalescents de graves maladies infectieuses afin de les prémunir d'une contamination par les tuberculeux.

3-**Construction d'une infirmerie-sanatorium** au pied de la montagne de la Bouzaréah (CHU de Béni-Messous)

4-**Instructions rédigés en 3 langues** (français, espagnol, italien) distribuées par les médecins lors de consultations gratuites , indiquant les mesures à prendre pour éviter la contagion.

5-**Création de la ligue** ouvrière antituberculeuse.

##### **2. La découverte du BCG**

Essai du BCG dans la population d'Alger (on avait parlé de ça dans le cours 3) était, à l'époque la plus grande étude menée dans le monde avant l'essai sur la poliomyélite menée aux USA dans les années 50.

Cette vaccination par le BCG a réduit le taux général de mortalité de 60% chez les enfants de moins de 11 ans.

#### **Au lendemain de l'indépendance**

Dans les grandes villes convenablement équipées

Mortalité passe de 14% en 1943, à 4% en 1952 et 2,9% en 1954.

1962: Tuberculose problème majeur de santé publique.

1963 : démantèlement partiel des organismes de lutte antituberculeuse dans les villes , dans les campagnes capacité hospitalière dérisoire, personnel médical spécialisé parti,

**Manque de médicaments** non-fonctionnement de la plupart des dispensaires

**Stratégie nationale de lutte antituberculeuse :**

- organisation pyramidale , fondée sur les services hospitaliers de phtisiologie:  
**Au sommet** les hôpitaux régionaux et le CHU.  
**Au-dessous** ,des services spécialisées en phtisiologie Des DAT fonctionnant en étroite relation avec les hôpitaux.
- Traitement extrahospitalier organisé avec des centres de distribution de médicaments au niveau des quartiers ou village.
- Recrutement de médecins phtisiologues de santé publique à temps plein afin de pourvoir les postes vacants.
- Formation accélérée de personnel paramédical , spécialisé dans la lutte antituberculeuse , à laquelle participe l'IPA.
- G. La ligue algérienne contre la tuberculose** : organisme central , dont le rôle sera :
  - Établir un bilan permanent avec mise à jour périodique des moyens de lutte antituberculeuse.
  - Campagne de masse pour:
    - ✓ Évaluer la morbidité et l'endémicité tuberculeuse par sondages, enquêtes qui s'appuieront sur les structures existantes dont l'IPA .
    - ✓ formation du personnel spécialisé
- La vaccination par le BCG est intégrée au programme élargi de vaccinations obligatoires.



**A. Développement historique des hôpitaux**

- La création d'établissements pour les voyageurs, pèlerins et malades pauvres remonte à la création des grands monastères bouddhiques en Inde à partir du 3<sup>siècle</sup> av. J.C.
- Dans la Grèce ancienne, les pèlerins venaient consulter dans des asklepieia
- À la période romaine existaient des maisons de santé destinées aux esclaves et aux militaires -valetudinaria.
- À l'époque byzantine, se développent des lieux d'accueil destinés aux pauvres, aux vagabonds, et aux victimes des famines.

**B. Les hôpitaux dans le monde arabo-musulman**

Dans le monde islamique (du 7 au 12<sup>siècle</sup>) le "bîmâristân", ou "mâristân" désigne un établissement hospitalier pour les malades dont on espère la guérison.

Le calife omeyyade al-Walid serait le 1<sup>er</sup> à bâtir un bîmâristân en terre d'Islam, à y avoir nommé des médecins et à leur avoir alloué un traitement.

harun Er-Rachid a créé, à Bagdad, un bîmâristân ayant pour modèle l'hôpital de Jundishapur, qui exerça une profonde influence sur la médecine arabe.

**C. Les hôpitaux en Europe à l'époque médiévale**

L'hôpital apparaît avec l'avènement du christianisme, comme une expression concrète du principe de la charité évangélique.

Les maisons de charité apparaissent d'abord dans l'Orient chrétien, puis en Occident à partir du 5<sup>siècle</sup>

Les noms donnés aux premières maisons d'hospitalité du monde occidental rappellent leur origine orientale et les catégories de population concernées : Exemple : orphanotrophium (orphelins),

Dès le 11<sup>e</sup> siècle, le mot « hôpital » se fixe dans les principales langues européennes (hospital, ospedale).

**D. Hôpital en croix de la Renaissance**

À la renaissance, l'hôpital inspiré du modèle italien, adopte de nouvelles formes : la croix et la cour.

**E. Hôpital hygiéniste de la fin du 18<sup>ème</sup> siècle**

En France, l'incendie qui embrase les bâtiments de l'Hôtel-Dieu déclenche une prise de conscience, sur l'état déplorable de l'hygiène hospitalière cherche à répondre à de nouveaux besoins logistiques et sanitaires : installation de bains, de cabinets d'aisance, de buanderies, d'étuves à désinfection

**En 1788**, le médecin Jacques Tenon propose, pour reconstruire l'Hôtel-Dieu, un modèle inspiré de l'infirmierie royale de Stonehouse à Plymouth.

**F. Centres d'enseignement clinique,**

Les hôpitaux deviennent aussi des lieux où s'élabore une nouvelle méthode scientifique, l'anatomoclinique, fondée sur la confrontation entre les observations cliniques relevées au lit du malade et les données anatomiques recueillies sur le cadavre.

**G. L'hôpital pavillonnaire de la fin du 19<sup>ème</sup> Siècle**

La découverte de la transmission des germes révolutionne la conception hospitalière. Et c'était les travaux de Louis Pasteur qui ont démontré la nécessité de combattre la contagion en séparant les malades et en stérilisant les outils médicaux ce qui a défini l'éclatement de la composition architecturale en pavillons multiples facilite l'intégration dans son environnement de l'hôpital conçu comme un quartier, voire une cité-jardin.

**NB : En Algérie, les hôpitaux Mustapha d'Alger et l'hôpital saint Lazare d'Oran sont construits sur le modèle pavillonnaire.**

**H. L'hôpital Monobloc : symbole de la médecine triomphante**

Dans la première moitié du 20<sup>siècle</sup>, les victoires contre la contagion hospitalière remettent en cause le principe de l'isolement et de la limitation des étages et engendrent un nouveau modèle, conçu aux États-Unis, dans lequel la rationalisation des fonctions et des coûts s'exprime par la verticalité : l'hôpital bloc est né.

**I. L'hôpital polybloc ouvert sur la ville**

Ils choisissent de prolonger la ville dans l'hôpital en organisant les fonctions le long d'une vaste rue intérieure.

**J. Les hôpitaux en Algérie**

La première structure hospitalière ottomane fut construite en 1550 par Hassan,. Cet hôpital, qui était situé à la basse-casbah près de la rue Bab Azzoun, continua de fonctionner pour la population civile jusqu'en 1854 sous l'appellation d'Hôpital Caratine.



Avec l'occupation française, on voit apparaître les 1ers hôpitaux militaires dans un premier temps puis des hôpitaux mixte et enfin des hôpitaux civils destinés d'abord aux colons et par la suite à la population autochtone

Les hôpitaux en Algérie après l'indépendance : 176 hôpitaux régionaux avec un total 13 CHU avec 15842 lits, 21 hôpitaux spécialisés avec 5913 lits.

#### **K. Les différentes catégories d'hôpitaux en Algérie**

Il y a lieu de distinguer :

1. **Les hôpitaux généraux (EPH)** : reçoivent les patients jour et nuit pour une aide médicale
2. **Les hôpitaux spécialisés (EHS)** : de psychiatrie, d'oncologie, de rééducation fonctionnelle, mère & enfant, clinique des brûlés...) : dispensent des traitements et des soins aux personnes atteintes de pathologies spécifiques (troubles psychiques, affections néoplasiques, etc.)
3. **Les hôpitaux universitaires (CHU, EPHU, EHSU)** traitent et soignent des patients, bien sûr, mais ils ont également pour mission de contribuer à la formation des médecins d'être actifs dans le domaine de la recherche scientifique et de participer au développement de nouvelles technologies.

#### **L. La conception de l'hôpital au 21ème siècle l'hôpital moderne :**

Les hôpitaux modernes sont conçus pour minimiser les efforts du personnel médical et réduire les risques de contamination, tout en optimisant l'efficacité du système dans son ensemble.

Le bâtiment doit intégrer des départements lourds, comme la radiologie et les blocs opératoires.

#### **M. L'hôpital dans la société**

L'hôpital demeure un miroir des problèmes sociaux à un moment donné. Les soins qui y sont dispensés sont accessibles à tous.

**A. Introduction :**

Acupuncture, mésothérapie, homéopathie, hydrothérapie, aromathérapie, naturopathie, phytothérapie, Roquia, Hidjama, médecine prophétique (tibb ennabaoui).

Tous ces termes désignent des pratiques de soins dites non conventionnelles, parfois appelées « médecines alternatives », « médecines complémentaires », « médecine naturelles » .

Leur point commun est qu'elles ne sont ni reconnues, au plan scientifique, par la médecine conventionnelle, ni enseignées au cours de la formation des professionnels de la santé.

**B. Définition :** pour comprendre la médecine non conventionnelle dite alternative il faut d'abord définir la médecine officielle dite conventionnelle

Cette médecine **-la médecine officielle-** part du symptôme pour aller au traitement en passant par le diagnostic. Seuls les titulaires d'un diplôme de docteur en médecine sont habilités à poser un diagnostic en reposant sur une physiologie qui explique le fonctionnement des organes.

Tous les médecins ont appris la même physiologie, qui est la base scientifique de la médecine, qui n'est pas une science exacte, malgré ses bases scientifiques et donc elle s'appuie sur des traitements qui ont toujours obtenu une validation scientifique, soit par des essais cliniques, soit parce qu'ils bénéficient d'un consensus professionnel fort.

Les essais cliniques sont soumis à des autorisations et à des contrôles rigoureux sur le plan de l'éthique, des conditions de réalisation et de la pertinence scientifique.

**Et donc** le terme de médecine alternative et complémentaire regroupe les médecines dites alternatives, complémentaires, douces, holistiques, naturelles, parallèles ou encore traditionnelles.

**L'OMS** inclut toutes ces formes de médecine dans les médecines traditionnelles.

**C. Les pratiques de soins non conventionnelles**

**Leur efficacité** dépend de trois conditions qui doivent être réunies:

- que le malade croie que le guérisseur va le guérir,
- que le guérisseur croie qu'il peut guérir son malade,
- que la méthode thérapeutique soit acceptée par le milieu social où vivent le malade et le thérapeute.

Certaines de ces pratiques non conventionnelles ont peut être une efficacité sur certains symptômes, mais celle-ci est insuffisamment ou non démontrée.

Certaines pratiques n'ont pas d'efficacité sur certains symptômes mais ne présentent pas non plus de risques pour la santé. Elles peuvent cependant entraîner une perte de chance pour les personnes qui seraient atteintes de maladies graves (cancer par exemple), en retardant la prise en charge du malade en médecine conventionnelle.

**D. Les différentes médecines :****a. La médecine douce :**

« Les médecines douces sont celles qui n'utilisent pas des médicaments et des molécules chimiques pour soigner les patients.

Les médecines manuelles telles que l'ostéopathie, la chiropraxie ou l'étiopathie sont des médecines douces qui abordent le corps dans sa globalité.

La médecine traditionnelle chinoise avec l'acupuncture et le shiatsu l'hypnose et la kinésiologie sont tous d'autres médecines douces avec leurs propres conceptions de la maladie et des soins .

**b. La « médecine naturelle »**

Elle respecte le fonctionnement naturel du corps, elle cherche à guérir principalement au moyen des plantes et des techniques manuelles.

**c. La « médecine alternative »**

Par « médecine alternative », certains entendent et/ou proposent un corpus de théories, de savoirs et de pratiques de soins susceptibles de prendre le relais ou de supplanter une démarche thérapeutique classique quand elle est en échec. Le plus souvent ses praticiens ne sont pas médecins.

**d. Les « médecines complémentaires »**

Les « médecines complémentaires » sont appuyées le plus souvent sur le socle des savoirs et des pratiques médicales officiellement enseignées et reconnues par le système de protection sociale.

Leur objet est d'améliorer, d'enrichir, de réorienter parfois les stratégies habituelles de traitement. Moins que de rupture, il s'agit, notamment pour les médecins pour lesquels ce concept est particulièrement bien adapté et accueilli, de compléter harmonieusement la panoplie des moyens de soigner.

#### **e. Médecines traditionnelles**

L'OMS regroupe sous ce terme les « pratiques, méthodes, savoirs et croyances en matière de santé qui impliquent l'usage à des fins médicales de plantes, de parties d'animaux et de minéraux, de thérapies spirituelles, de techniques et d'exercices manuels – séparément ou en association – pour soigner, diagnostiquer et prévenir les maladies ou préserver la santé ».

Elles peuvent être écrites, enseignées dans des écoles ou à l'université comme la médecine chinoise, ou orales, enseignées seulement aux initiés.

#### **E. « Efficacité » des médecine non conventionnelles**

L'effet placebo est très souvent l'effet principal des médecines alternatives.

« La réponse placebo est la réduction de l'un des symptômes à la suite de la perception par le sujet des facteurs liés à l'intervention thérapeutique ». Il y a plusieurs éléments qui rentrent en jeu dans le fonctionnement de l'effet placebo :

**Le rituel thérapeutique** : plus le patient appréciera le rituel proposé, plus il y aura de chance d'avoir un bon effet placebo.

**Les conditions environnementales** : croyances du patient et de son entourage, l'attention de l'équipe soignante... Plus les conditions sont favorables au consommateur, meilleur sera l'effet placebo.

**La relation patient/thérapeute** : plus le patient aura confiance en son thérapeute, meilleur sera l'effet placebo.

#### **F. Médecines non conventionnelles pratiquées par des médecins**

les médecins qui utilisent les médecines « complémentaires » pourraient nuire aux patients en retardant le recours aux soins médicaux finalement nécessaires pour une maladie aggravée.

On ne pas en dire autant des non médecins qui pratiquent « ces médecines ». Ils sont d'ailleurs passibles de sanctions pénales pour exercice illégal de la médecine.

#### **G. La réticence des médecins**

3 raisons majeures expliquent la réticence des médecins à l'égard des médecines non conventionnelles.

**La 1ère** est que l'idée que des non médecins exercent une forme quelconque de médecine est inconcevable.

**La 2ème** est l'absence de publications scientifiques sérieuses qui viendraient valider ces pratiques. Dire que « cela fonctionne » (comme dans certaines pubs pour des méthodes amaigrissantes) n'est pas un argument scientifique recevable.

**La 3ème** raison s'explique par la physiologie : il est difficile, intellectuellement, à un médecin d'adhérer simultanément à deux conceptions divergentes voire contradictoires de la physiologie, et de prescrire, par exemple, indifféremment un traitement allopathique ou un traitement homéopathique, car ces deux méthodes reposent sur des bases physiologiques qui, a priori, s'excluent mutuellement.

#### **H. Qui peut dispenser des soins en Algérie**

L'exercice des professions médicales est encadré par la loi. Les professionnels de santé sont titulaires d'un diplôme qui sanctionne des études dont le programme est validé par le Ministère de la Santé et/ou le ministère de l'Enseignement Supérieur.

**L'exercice de la médecine est réservé aux seuls médecins.**

## QCM du chapitre

1) A propos de l'histoire de la médecine : (cochez la ou les réponses justes)

- A- La médecine a pris naissance au moyen-âge
- B- La médecine n'existait pas à l'âge de bronze
- C- La médecine primitive est la première forme de médecine à exister chez l'homme
- D- La médecine du moyen âge a pris racine des connaissances de la Grèce et de la Rome antique
- E- La médecine magique était basée sur un monde rationnel

2) La 2ème phase de la médecine arabo-islamique comprend toutes les avancées suivantes, sauf une, laquelle :

- A- La médecine écrite
- B- La médecine enseignante
- C- La médecine traduite
- D- La médecine diplômante
- E- La médecine innovante

3) Le déclin de l'activité scientifique de la médecine arabo-islamique a eu lieu :

- A- Au VII ème siècle
- B- Au VIII ème siècle
- C- A sa troisième phase
- D- Au IX ème siècle
- E- Au XIII ème siècle

4) La découverte de la vaccination s'est faite vers la fin du :

- A- XVI ème siècle
- B- XVII ème siècle
- C- XVIII ème siècle
- D- XIX ème siècle
- E- XXe ème siècle

5) La médecine prémoderne est caractérisée par la ou les avancées suivantes, laquelle (lesquelles) :

- A- La réalisation du premier microscope
- B- L'invention du stéthoscope
- C- La découverte des antibiotiques
- D- Les greffes d'organes
- E- La découverte du BK tuberculinique

6) Concernant l'histoire de l'anatomie, cochez la réponse fausse :

- A- L'anatomie signifie étymologiquement « dissection »
- B- S'est confrontée à des obstacles d'ordre éthique et morale au temps de la Grèce antique
- C- La première description anatomique de l'oeil fut faite par Ibn Al-Haitham
- D- Léonard de Vinci fut le premier à réaliser une étude précise des muscles
- E- Toutes les réponses sont justes

7) La dissection humaine fut officiellement explorée pour la première fois par :

- A- Gallien
- B- Ambroise Paré
- C- André Vésale
- D- Léonard de Vinci
- E- Ibn Sina

8) La neurologie fut décrite pour la toute première fois au :

- A- XV ème siècle
- B- XVI ème siècle
- C- XVII ème siècle
- D- XVIII ème siècle
- E- XIX ème siècle

9) Thomas Willis fut le premier à créer le terme de :

- A- Pneumologia
- B- Neurologia

## QCM du chapitre

- C- Cardiologia
  - D- Gastrologia
  - E- Urologia
- 10) La trompe d'Eustache fait communiquer : A-  
L'oreille interne au pharynx  
B- L'oreille moyenne au larynx  
C- L'oreille externe au pharynx  
D- L'oreille moyenne au pharynx  
E- L'oreille externe au larynx
- 11) L'anatomiste Algérien à nous avoir quitté le 29 novembre 2016 fut : A- Pr.Si  
Salah Hammoudi  
B- Pr.Slimane Chitour  
C- Pr.Allaoua Lehtihet  
D- Pr.Rabah Sellmna  
E- Pr.Sidi Mohamed Boukerche
- 12) Au cours de son histoire, se sont succédées, en Algérie, des épidémies de : A-  
Peste  
B- Choléra  
C- De paludisme  
D- De tuberculose  
E- Toutes les réponses sont justes
- 13) La dernière épidémie infectieuse à avoir sévit en l'Algérie, en Aout 2018, fut celle : A- De  
la Leishmaniose  
B- Du choléra  
C- Du paludisme  
D- De la tuberculose  
E- De la giardia
- 14) Concernant la tuberculose (cochez la réponse fausse) : A- Est  
une maladie infectieuse potentiellement chronique  
B- Ne touche que les poumons  
C- Est due au Bacille anaérobie de Koch  
D- Bénéficie d'un programme de lutte national de lutte contre la tuberculose (PLANT) depuis 1965  
E- Son traitement est devenu gratuit depuis 1967
- 15) Le vaccin contre la tuberculose (BCG) fut élaboré la première fois au début du : A-  
XVIIème siècle  
B- XVIIIème siècle  
C- XIXème siècle  
D- XXème siècle  
E- XXIème siècle
- 16) Le choléra est une maladie : A-  
Infectieuse endémo-épidémique B-  
Virale endémo-épidémique  
C- Fongique endémo-épidémique  
D- À transmission aérienne  
E- À transmission hydrique
- 17) En Algérie, l'organisme international de référence chargée de lutter et de prévenir des maladies  
infectieuses et épidémiques est :  
A- L'institut Fleming  
B- Les EPS  
C- Les cliniques privées  
D- L'institut Pasteur  
E- Aucune des organismes suscités
- 18) La malaria est synonyme de :

## QCM du chapitre

- A- Peste
- B- Paludism
- C- Typhoïde
- D-Tuberculose
- E- Choléra

19) Le Dey d'Alger est mort suite à une épidémie de :

- A- Tuberculose
- B- Paludisme
- C- Choléra
- D- Typhoïde
- E- Pest

20) Le foyer endémique du choléra est situé en : A-

- Egypte
- B- Malaisie
- C- Inde
- D- Soudan
- E- Chine

21) La première école de médecine fut ouverte à l'hôpital du Dey de BEO en : A- 1810

- B- 1832
- C- 1865
- D- 1903
- E- 1960

### Corrigé type :

Qst1 : ACD

Qst2 : C

Qst3 : CE

Qst4 : C

Qst5 : BCDE

Qst6 : E

Qst7 : C

Qst8 : C

Qst9 : B

Qst10 : D

Qst11 : A

Qst12 : E

Qst13 : B

Qst14 : B

Qst15 : D

Qst16 : AE

Qst17 : D

Qst18 : B

Qst19 : E

Qst20 : C

Qst21 : B

# CHAPITRE 02

## Santé publique

---

- A. Santé publique
- B. La surveillance épidémiologique
- C. Déterminants de la santé
- D. Les indicateurs de santé
- E. La transition épidémiologique



**A. Santé publique :****a) Définition :**

La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

**b) Concept de santé**

- 1- Regroupement des humains: du danger et de l'atteinte à leur intégrité morale et physique, donc, à leur santé
- 2- Engagement des administrations, plus tard : Engagement des stratégies collectives de prise en charge des maladies puis de protection de la santé

**c) Type de santé****1) Santé publique traditionnelle**

- hygiène du milieu
- lutte contre les maladies transmissibles et les épidémies.

**2) Santé publique moderne**

- discipline autonome
- tous les problèmes de santé de la population
- approche globale : aspects curatifs, préventifs, éducatifs, socio-économiques et politiques.

**d) OMS 1952**

La santé publique, est la science et l'art de prévenir les maladies ,prolonger la vie et améliorer la santé et la vitalité mentale et physique des individus, par les moyens d'une action concertée visant à assainir le milieu ,lutter contre les maladies, enseigner les règles d'hygiène personnelle, organiser les services médicaux et infirmiers

en vue d'un diagnostic précoce et du traitement préventif des maladies assurer à chaque membres de la collectivités un niveau de vie compatible avec la conservation et la promotion de la santé.»

**e) Objectifs de la santé publique**

Approche de prise en charge

- collective : problèmes de la santé des populations
- globale : aspects
- curatifs, préventifs, éducatifs, sociaux...etc

**f) OMS1985**

- Diminuer la morbidité et l'incapacité au sein de la collectivité
- Réduire la mortalité prématurée
- Assurer l'égalité dans la santé à l'ensemble de la population

**B. Les outils de la santé publique :** L'épidémiologie est la science qui représente le principal outil.

**a. Définition :** l'étude de la fréquence et de la répartition dans le temps et l'espace des problèmes de santé dans des populations humaines, ainsi que des facteurs qui les déterminent. »

**b. Les branches de l'Epidémiologie****1-Epidémiologie descriptive**

**Objectif:** Etudier la fréquence et la répartition des problèmes de santé dans les populations selon des caractéristiques :

**- de personnes**

(âge, sexe, ethnie, instruction, comportement, profession, conditions socioéconomiques, antécédents familiaux et personnels....)

**- de temps**

(date, durée, chronologie, période, tendance, rythme

**- et de lieux**

(origine géographique, environnement, relief, climat, habitat, urbain, rural, lieu du diagnostic, le lieu d'emploi, les destinations de voyage récentes, ...)

**2- L'épidémiologie analytique**

- Analyse le rôle des facteurs d'exposition, appelés facteurs de risque, susceptibles d'être associés à la survenue d'une maladie particulière.

- Cherche à mettre en évidence, voire à prouver l'existence de cette relation ou association causale entre les facteurs de risque et la maladie.

Pour mettre en évidence la possible relation causale qui pourrait exister entre un facteur de risque (exposition) et l'apparition d'une pathologie qui lui soit associée on organise, des enquêtes épidémiologiques dites analytiques ou explicatives ou étiologiques

Les enquêtes épidémiologiques sont de 2 types :

#### **Enquêtes exposés non exposés ou de cohorte**

##### **Principe :**

Suivre 2 groupes de populations dans le temps dont :

- l'un est exposé à un facteur supposé de risque et donc associé à l'apparition de la maladie donnée
- et le deuxième groupe non exposé à ce facteur

#### **Enquêtes cas-témoin**

##### **Principe (démarche inverse)**

On peut aboutir à la même conclusion par la démarche inverse Comparer deux groupes de personnes dont

- l'un est constitué de malades (cas)
- et l'autre de témoins non malades (témoins)

On enquête et on les interroge sur leurs passés et leurs antécédents d'exposition au facteur supposé responsable de la maladie.

#### **3- L'épidémiologie évaluative**

Dans le domaine médical, on évalue en général

- les structures sanitaires (le bon fonctionnement d'un hôpital...)
- les stratégies médicales (coût/efficacité, coût/bénéfice),
- les interventions et actions de santé publique en termes de mortalité, de morbidité ou de qualité de vie.

**L'évaluation des interventions** est un processus scientifique rigoureux qui permet d'apprécier dans quelle mesure celles-ci ont atteint les objectifs qui leur étaient assignés au départ :

- guérir ou prévenir une maladie
- réduire la mortalité prématurée
- diminuer la douleur
- améliorer le confort du malade
- répondre au besoin de la collectivité...

#### **C. Evolution de la santé publique dans le monde :**

**En Algérie/Théorie de la "transition épidémiologique"** d'Abdel Omran : L'amélioration de l'espérance de vie chez les humains serait liée

- à la transition sanitaire
- et aux progrès de la santé publique réalisés depuis la révolution industrielle du 18<sup>e</sup> siècle en Europe et en

**Amérique du Nord :** La dynamique et l'évolution au cours du temps est décrite par Abdel Omran en 1971 par 3 phases 'âges'

#### **D. Les 3 phases de la transition épidémiologique**

**L'âge de la peste et de la famine » (15<sup>ème</sup> au 18<sup>ème</sup> siècle) :** caractérisé par: la prédominance des maladies infectieuses, endémo-épidémiques, auxquelles s'associaient les famines, la mortalité était importante

**L'âge du recul des maladies infectieuses :** durant lequel, la médecine s'est montrée plus efficace, notamment dans sa partie préventive, les grandes épidémies maîtrisables, L'espérance de vie augmente à 50 ans, cette période de "transition" débuta en Europe au 18<sup>ème</sup> siècle.

**L'âge des maladies dégénératives et chroniques :** la mortalité se stabilise, mais où la médecine recule devant l'apparition des maladies

- Chroniques générées par un nouvel environnement à risque (industrialisation, mutations sociales, comportements, alimentation...)
- Les maladies infectieuses continuent à reculer mais leur impact sur le progrès de l'espérance de vie est limité par la mortalité due au nouveau contexte épidémiologique (augmentation de la fréquence des maladies chroniques cardiovasculaires, métaboliques, tumorales...)

**A. Définition de la surveillance épidémiologique :**

L'observation attentive et continue de leurs distributions et de leurs tendances à travers la collecte systématique, la compilation et l'analyse des données de morbidité, de mortalité et d'autres données pertinentes ainsi que la dissémination régulière et à temps à ceux qui ont besoin de savoir.

**B. La surveillance épidémiologique est dite :**

- ✓ **passive** si ses responsables attendent pour recevoir les notifications des maladies sans intervenir pour les recueillir
- ✓ **active** si la collecte de données est réalisée de façon périodique par un contact régulier avec les services concernés pour s'enquérir de la présence ou de l'absence de nouveaux cas d'une pathologie particulière.

**C. Les objectifs de la surveillance épidémiologique :** sont donc de collecter, d'analyser, et d'interpréter, les pathologies émergentes en fonction de leurs caractéristiques de personnes, de temps et de lieux, pour informer ceux qui ont besoin de ces connaissances pour prendre des décisions et des mesures de prévention en santé publique.

**D. Situation épidémiologique d'un phénomène de santé et diagnostic sanitaire collectif.**

consiste en la description de la fréquence et de la répartition de phénomènes de santé ou de déterminants de santé dans les populations, en fonction de caractéristiques humaines, spatiales et temporelles.

C'est le principe général de l'épidémiologie descriptive qui se base sur l'utilisation d'indicateurs simples

**E. Définition d'un programme de santé publique :**

Ensemble organisé, cohérent et intégré d'activités et de services réalisés simultanément ou successivement avec les ressources nécessaires dans le but d'atteindre des objectifs déterminés en rapport avec des problèmes de santé précis et ce pour une population définie

Le programme de santé s'applique aussi bien aux actions de prévention et de santé publique qu'à celle des soins de santé. Il constitue un cadre qui permet de réunir de façon cohérente et organisée les trois éléments qui compose une intervention sanitaire programmée :

- ✓ Etablissement des objectifs
- ✓ Identification des activités requises
- ✓ Détermination des ressources nécessaires
- ✓ Evaluation

**F. Les méthodes de prévention des maladies transmissibles (MT).**

Les maladies transmissibles sont dues à des bactéries, virus, parasites ou champignons qui est l'agent pathogène, et sont transmises, soit de l'homme à l'homme, soit de l'animal à l'homme, soit par les insectes ou enfin par d'autres éléments de la nature : l'eau, les aliments, l'air..

Selon la fréquence à laquelle elles sont observées dans une population on parlera :

**De cas sporadiques :** De rare cas de maladies isolés dans le temps et dans l'espace sont observés et n'ont aucun lien entre eux. Cas de rage en Algérie.

**D'épidémie :** C'est l'apparition d'un nombre anormalement élevé de cas d'une maladie par rapport à la situation antérieure au sein d'une collectivité, dans une région donnée au cours d'une période déterminée.

**D'endémie :** La maladie existe habituellement dans une région donnée (limitée dans l'espace) plusieurs mois voire plusieurs années (persistant dans le temps) ex: Tuberculose, fièvre typhoïde, leishmanioses, dans notre pays

**De pandémie :** C'est une épidémie qui envahit plusieurs continents à la fois (illimité dans l'espace et limité dans le temps) ex: le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ou le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), la grippe aviaire dans le monde.

**D'endémo-épidémie :** C'est la survenue d'épidémies d'une maladie qui sévit déjà sur fond d'endémie dans la région considérée.

**D'anadémie :** maladie épidémique non contagieuse qui atteint simultanément plusieurs membres d'une collectivité qui s'infectent à la même source. Exemple : légionellose.

**La prévention selon l'OMS,** est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre ou la gravité des maladies ou accidents .

**G. Mesures préventives :**

- 1. Action sur le réservoir :** Le réservoir est le lieu écologique où l'agent infectieux vit, se multiplie et se pérennise. C'est souvent l'homme ou l'animal et parfois l'environnement.

Actions sur le réservoir humain :

**L'isolement du malade :** obligatoire pour les maladies contagieuses.

**L'éviction scolaire :** de durée variable selon la maladie.

**Traitement du malade.**

**Déclaration des cas à l'autorité sanitaire.**

**Désinfection :** pour bloquer la transmission à l'entourage.

- ✓ La désinfection en cours de maladie :
- ✓ Les locaux où a séjourné le patient en cas de contamination aérienne.
- ✓ Les objets utilisés par le malade.
- ✓ Les rejets, exsudats infectieux, excréments intestinaux et liquides de vomissements du malade.
- ✓ La désinfection terminale : en milieu hospitalier ou à domicile pour le linge, la literie...

Actions en direction du réservoir animal : il a permis l'éradication de maladies telles que la rage en Grande Bretagne, ou le kyste hydatique en Islande par :

- ✓ La vaccination, le contrôle alimentaire et la surveillance des animaux domestiques.
- ✓ l'abattage des animaux errants et sauvages.

Actions en direction du réservoir environnemental : Elles concernent l'hygiène du milieu et de l'environnement

## **2. La prophylaxie de la transmission :**

- Dans les maladies à transmission directe, d'homme à homme, comme la grippe, la rougeole ou la méningite : information, éducation, communication (IEC) en direction de la population.
- Dans les maladies à transmission hydrique (MTH) : assainir et pratiquer l'hygiène du milieu et l'hygiène individuelle. Ex : choléra, typhoïde.
- Dans les maladies à transmission vectorielle : par la désinsectisation (paludisme) ou la dératisation (peste).
- Dans les maladies contrôlables par la vaccination : élever le niveau de couverture vaccinale.
- Dans les infections nosocomiales : Surveillance, traitement, et déclaration de toute surinfection.
- Dans les maladies sexuellement transmissibles (MST) : Pratiquer des traitements synchronisés avec les partenaires. L'éducation sanitaire est le pilier de la prévention des MST.

## **3. La prophylaxie de la réceptivité :**

Mesures de prévention et d'hygiène :

Mesures générales : tous les aspects de salubrité publique, l'enlèvement des ordures ménagères, et l'assainissement de l'environnement.

Mesures individuelles : l'hygiène corporelle, et l'hygiène alimentaire.

Mesures spécifiques : diffère selon la maladie.

**Immunsation passive** ou séroprophylaxie est notamment utilisée dans la prévention du tétanos chez une personne non ou incorrectement vaccinée, en cas de plaie suspecte.

**Immunsation active :** acquise après la maladie, elle est souvent protectrice à vie comme dans le cas de la rougeole. **Acquise après vaccination complète,** c'est-à-dire avec le nombre de rappels nécessaires elle protège longtemps.

**Chimio prophylaxie :** surtout pour le paludisme et la méningite cérébro-spinale. Technique de prophylaxie consistant à administrer à une personne des médicaments, ou autres produits pour diminuer son risque de développer une maladie donnée.

## **4. Les méthodes de prévention des maladies non transmissibles (MNT)**

**Prévention primaire :** Comprend les actes destinés à réduire le risque d'apparition de nouveaux cas, donc à diminuer l'incidence de la maladie dans la population.

**Prévention secondaire :** Comprend tous les actes destinés à réduire l'évolution et la durée de la maladie, donc à diminuer sa prévalence dans la population.

**Prévention tertiaire** : Comprend tous les actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques dans une population en diminuant les invalidités fonctionnelles consécutives à une maladie.

#### **H. L'évaluation en santé publique**

1. L'évaluation de type expérimental : cherche à démontrer scientifiquement, dans le cadre d'une expérimentation, l'efficacité de certaines méthodes d'intervention ou de traitement avant leur application et leur généralisation
2. L'évaluation de type observationnel. Elle cherche à vérifier, sur le terrain, les performances obtenues par l'application de méthodes d'intervention comparatives. Ces performances sont représentées par l'efficacité, les bénéfices, voire les effets indésirables et l'impact d'une intervention ou d'un programme de santé dans une population.

#### **I. Les types d'évaluation en santé publique**

On distingue :

##### **les évaluations strictement comparatives :**

La méthode "avant/après" compare la situation épidémiologique d'avant à celle obtenue après intervention. La méthode "ici/ailleurs" compare deux situations épidémiologiques sur deux sites géographiques différents dont l'un a subi l'intervention et l'autre ne l'ayant pas subi pour juger de l'impact de l'intervention.

**les évaluations analytiques** qui recherchent des causes de dysfonctionnement ou de changement

**les évaluations dynamiques** qui modifient l'action en cours au fur et à mesure de son déroulement.

#### **J. Les étapes d'une évaluation en santé publique**

**1ère étape** : évaluation préliminaire. Cette phase préalable est essentielle. Elle représente un état des lieux. Elle mettra en place le type d'évaluation à réaliser, les modalités d'action à mener et les indicateurs à rechercher.

**2ème étape** : évaluation intermédiaire. Elle examine le déroulement des actions, mesure la concordance des moyens et des ressources, elle réévalue l'efficacité des objectifs initiaux et les réoriente éventuellement.

**3ème étape** : évaluation finale. La collecte et l'interprétation des indicateurs mesurent les effets directs et indirects sur la population-cible, sur les services de santé, ou les conditions de réalisation de l'intervention et aboutissent à des recommandations en santé publique.

**A. Définition :** Le déterminisme est une doctrine philosophique selon laquelle tous les événements humains sont liés et déterminés par l'enchaînement de type cause à effet entre deux ou plusieurs phénomènes.

**En santé publique** un déterminant de la santé, est un facteur qui influence l'état de santé d'une population soit isolément, soit en association avec d'autres facteurs.

**B. Les facteurs de risque** ce sont des facteurs qui ne font référence qu'à une probabilité plus élevée de la maladie chez les sujets exposés. La notion de déterminant implique donc un sens causal établi à la relation entre deux phénomènes liés à la santé.

**DONC** Les déterminants de la santé sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent, ainsi que les systèmes de santé mis en place pour faire face à la maladie. Ces circonstances sont ainsi représentées par plusieurs éléments qui interagissent de façon complexe entre eux et ont pour résultante un type de santé. Parmi ces déterminants on cite :

**a. Les déterminants liés à la biologie**, à la génétique et à l'hérédité, à la psychologie des individus comme l'âge, le sexe, l'obésité. Beaucoup de maladies sont totalement héréditaires, non modifiables par l'individu, d'autres nécessitent une prédisposition génétique à laquelle s'ajoutent d'autres déterminants comportementaux et environnementaux évitables

**b. Les déterminants liés aux comportements :** Ce sont les facteurs individuels de mode de vie tels que les habitudes alimentaires, la sédentarité, comportement sexuel à risque, les addictions (tabac, drogue), et la nature de l'hygiène de vie

**c. Les déterminants liés à l'environnement :** Ce sont les conditions de vie ou de travail, le milieu d'habitat, le relief, le climat etc. L'accès au travail, aux services sociaux et aux équipements essentiels : eau, habitat, services de santé, nourriture, éducation et conditions et type de travail.

**d. Les déterminants socio-économiques et culturels** concernent souvent la société entière. Le niveau socio-économique du pays et ses traditions culturels sont déterminant pour l'ensemble de sa population. Le niveau de vie atteint par une société, peut par exemple influencer sur les coûts et les possibilités d'acquisition de biens et de logements, de trouver un emploi, ainsi que sur les habitudes en matière de consommation (alimentation, loisirs etc.) De même, les croyances socio-culturelles sur les modes de vie, la place des médecines traditionnelles ou celle des femmes dans la société, peuvent influencer directement ou indirectement sur la santé des populations.

**e. Les déterminants liés au système de santé :** Ce sont les qualités ou défaillances du système de santé pouvant modifier l'état de santé de la population. C'est toute la politique de santé d'un pays. Les systèmes de soins constituent des déterminants de la santé, dans la mesure où l'accessibilité et la qualité des services de santé, le coût économique et l'efficacité des soins permettent de prévenir, de guérir la maladie et de promouvoir la santé.

### **C. Notions de besoin de soins.**

Idéalement, les besoins de santé à évaluer sont les besoins réels de la population. Cependant ceux-ci étant difficilement mesurables on les approche par trois types de besoins de santé :

- **Besoin latent** : c'est un besoin qui n'est pas encore perçu par la population ni par les professionnels de santé. Le but sera de faire ressentir ce besoin par la population en demandant une analyse approfondie.

- **Besoin ressenti** : c'est un besoin perçu soit par la population ou soit par les professionnels de santé. Il reflète la manière dont la population perçoit la santé

- **Besoin exprimé** : c'est un besoin pouvant être transformé en demande de soin curatif ou préventif

### **D. objectifs de en santé publique :**

- Planifier l'action sanitaire
- Déterminer et répartir quantitativement et qualitativement l'offre de soins
- Déterminer des priorités de santé
- Demande de santé potentielle, exprimée et déviante (non adaptée)

### **E. Notion de demande et d'offre de soin :**

La définition usuelle du mot demande est l'action de faire connaître ce que l'on désire. C'est aussi le souhait d'utiliser un service et d'améliorer sa situation, ici sa santé. La demande peut être :

- **Potentielle** : demande de services de santé correspondant à l'écart entre les besoins perçus et les besoins déterminés par les techniciens de santé.
- **Exprimée** : demande adressée aux services de santé mis à la disposition de la population.
- **Demande déviante, non adaptée**, qui ne correspond pas à un besoin prioritaire nécessite une réponse adaptée parfois de type éducation pour la santé de la part des décideurs et des planificateurs de santé.

### Ce qu'il faut retenir

L'offre de soins en fonction de l'analyse de la demande et des besoins santé.

L'existence et la légitimité des services de santé d'un pays est justifiée par l'objectif de satisfaire les besoins de santé et de soins curatifs et préventifs d'une population, exprimés ou non, des personnes qui y vivent.

Ces besoins renvoient au concept de demande des sciences économiques (offre et demande). L'offre consiste en l'ensemble des services auxquels il est possible de faire appel.

Les notions de «besoin», «demande» et «offre» sont en relation les unes avec les autres.

Le besoin existe, la demande est exprimée, aucune offre (aucun service) n'est disponible : insatisfaction ;

Le besoin existe, l'offre (le service) est disponible, la demande n'est pas exprimée : sous-utilisation ;

La demande est exprimée, l'offre (le service) est disponible mais il n'y a pas de besoin réel : gaspillage, inefficacité ;

Le besoin existe, la demande est exprimée, l'offre (le service) est disponible : situation idéale.



**A. Introduction :**

Mesurer l'état de santé en donnant un instrument pour définir une politique de santé au niveau de la collectivité et pour la surveillance des résultats des programmes de santé mis en place.

Cette mesure sert à la:

- Prévention de maladie
- Promotion de la santé
- Planification sanitaire.

**B. Définition :**

**La santé:** Etat de bien être total physique, social et mental de la personne (OMS).

**Un indicateur de santé :** Données ou regroupement de données permettant d'identifier, de qualifier et quantifier une situation particulière et les modifications apportées à cette situation .

**C. Un descripteur de l'activité ou de l'état d'un système :** Une tentative pour mesurer quantitativement l'état de santé

**La démographie:** est l'étude de la population selon différentes caractéristiques telles que l'âge, le sexe, le niveau socio-économique ou l'instruction des personnes. C'est un outil de mesure, d'analyse de données concernant le nombre, la structure, la dynamique de la population humaine.

**La dynamique de la population:** est la variation de taille et de structure d'une population.

La population croît avec les naissances et l'immigration, décroît avec les décès et l'émigration

**Une population cible:** c'est un ensemble d'individus constituant une collectivité à laquelle l'intervention est destinée, elle doit être bien définie.

**Un rapport :** un procédé courant qui consiste à exprimer la fréquence des cas observés (numérateur) par rapport à un ensemble d'observations (dénominateur) dont les cas observés en font partie ou pas.

**Un effectif :** appelé aussi fréquence absolue; c'est le nombre d'individus appartenant à une modalité donnée.

**Une fréquence:** c'est le rapport entre l'effectif d'une modalité de la variable étudiée et l'effectif total de la population ou plus généralement de l'échantillon sur lequel cette variable est mesurée.

- Le numérateur fait obligatoirement partie du dénominateur.

**Un ratio:** désigne un rapport entre deux entités possédant chacune des caractères distincts.

**Un taux:** est la mesure de la fréquence à laquelle un événement survient dans une population définie dans une période définie (exp: le nombre de décès par cent mille Algériens dans une année).

- Un taux comprend une dimension temporelle, tandis qu'une proportion (exp: le nombre d'Algériens atteints de cancer divisé par la population totale) n'en comprend pas.

**Une proportion :** c'est une fréquence exprimée en fraction ; c'est un rapport dont le numérateur appartient au dénominateur sans dimension temporelle.

**Un indice :** est un paramètre servant à estimer un taux dans le cas où le dénominateur de ce dernier ne peut pas être correctement mesuré

**a. Indicateurs démographiques**

**Sources:** recensements (RGPH) – MDO - registres des maladies – enquêtes épidémiologiques.

**Utilité:**

Identifier certaines caractéristiques particulières de sous-groupes de la population (lieu de résidence, éducation, habitudes particulières)

Décrire la population avec ses caractéristiques.

**Pyramide des âges**

**Source:** données recensement

Répartition par sexe et âge de la population à un instant donné.

Elle est constituée de deux histogrammes juxtaposés, un pour chaque sexe (par convention, les hommes à gauche et les femmes à droite), où les effectifs sont portés horizontalement et les âges verticalement.

La forme de la pyramide dépend des interactions passées de 3 principaux facteurs :

- ✓ la fécondité
- ✓ la mortalité
- ✓ la migration.

**Natalité**



Taux brut de natalité (TBN) = [ Nombre de naissances vivantes une année donnée / population moyenne de la même année] X1000

### **Fécondité**

Taux brut de fécondité (TBF) = [ Nombre de naissances vivantes une année donnée / Nombre de femmes en âges de procréer(15-49ans) de la même année] X1 000

### **Accroissement naturel**

Accroissement Naturel (AN)= Naissances vivantes – Décès en une année dans une population

Taux d' Accroissement Naturel (TAN)= [accroissement naturel de la population] / [ population moyenne] X1 000

Ou [ Taux Brut de Natalité - Taux Brut de Mortalité ]

### **Espérance de vie**

La probabilité du nombre d'années à vivre à partir d'un âge donné.

C'est aussi la moyenne d'âge au décès d'une génération fictive soumise aux conditions de mortalité de l'année.

C'est un indicateur global de santé extrêmement précieux.

Le plus connu est l'espérance de la vie à la naissance.

## **b. Indicateurs Epidémiologiques**

### **1) Indicateurs de mortalité**

**Taux brut de mortalité :** (TBM) = [Décès pendant une période / population moyenne] X1000

C'est l'indicateur le plus facile à obtenir et le plus fréquemment utilisé.

Il est généralement calculé pour 1.000 habitants.

Il exprime le niveau de la mortalité toutes causes confondues.

Il est influencé par la structure par âge de la population.

**Taux de mortalité maternelle (TMM)** = (Décès de femmes pendant leur grossesse ou dans un délai de 42 jours après l'accouchement / Nombre de naissances vivantes) X1000.

**Taux de mortalité infantile (TMI)** = [Décès enfants âgés moins 1 an / Naissances vivantes] X1000

**Taux de mortalité néonatale : (TMN)** = [Décès Nouveaux nés moins de 28 jours / Naissances vivantes] X1000

Taux de mortalité périnatale : (TMPN)= [(Morts nés + Décédés pendant la 1ère semaine)/ toutes les naissances (morts nés + naissances vivantes)] X1000

**Le taux spécifique de mortalité**= [ Nombre de décès dans un sous-groupe de la population pendant une période donnée / effectif moyen du sous-groupe pendant la même période ] x 1000.

**Exemple:** Le taux spécifique de mortalité par cause = [ nombre de décès dû à une cause donnée pendant une période donnée / effectif moyen de la population pendant la même période ] x 1000.

Le taux de mortalité par cause permet de savoir quelles sont les affections responsables des plus nombreux décès et donc quelles sont les actions prioritaires si l'on veut diminuer rapidement la mortalité.

**Taux de létalité :** le rapport entre

Nombre de décès par une maladie/Nombre de personnes atteints de la même maladie

Est la proportion des décès consécutif à une maladie.

Il s'exprime en pourcentage.

Il dépend de la gravité de la maladie et des capacités de sa prise en charge.

### **2) Indicateurs de morbidité**

**Prévalence:** (TP)= [Ensemble des cas d'une maladie/ Population Moyenne] X1000

**Prévalence instantanée:** (TPI) = [Ensemble des cas d'une maladie à un instant donné/ Population Moyenne] X1000

**Prévalence périodique:** (TPP)= [Ensemble des cas d'une maladie pendant une période donnée/ Population Moyenne] X1000

### **Utilité:**

Planification des services de soins

Mesure de la charge d'une maladie

**Incidence:** (TI) = [Nouveaux cas d'une maladie / Population Moyenne]

### **Utilité:**

Besoins en soins préventifs

Utile pour les maladies aiguës et chroniques.

Évaluer l'efficacité des mesures de contrôle d'une Le taux d'incidence cumulée: = [malades observés / Population au début de la période d'observation ] X1000

Très utile lors d'une épidémie, qui est dénommé taux d'attaque.

**Le taux de densité d'incidence:**:= [nombre de nouveaux cas d'une maladie donnée / la somme des personnes-temps à risque] X1000

**A. Définition :**

La transition épidémiologique est la période de baisse de la mortalité qui accompagne la transition démographique. Elle s'accompagne d'une amélioration de l'hygiène, de l'alimentation et de l'organisation des services de santé et d'une transformation des causes de décès, les maladies infectieuses disparaissant progressivement au profit des maladies chroniques et dégénératives et des accidents.

**B. Définition des maladies infectieuses émergentes et réémergences**

Les maladies infectieuses émergentes sont des infections nouvellement identifiées et inconnues auparavant. Elles entraînent des problèmes de santé publique au niveau local, régional ou international. L'exemple récent de maladie émergente est celui de la nouvelle variante de la maladie de Creutzfeldt-Jacob,

Les maladies infectieuses réémergences c'est la réapparition, ou une augmentation, d'infections connues mais devenues si rares qu'elles n'étaient plus considérées comme des problèmes de santé publique.

La diphtérie au début des années 1990, la rougeole et le choléra en 2018 sont des maladies réémergences qu'on pensait avoir bien contrôlées.

**C. Définition des maladies chroniques :**

Une maladie chronique correspond à une maladie de longue durée, évolutive, souvent associée à une invalidité et à la menace de complications graves. Elles sont en pleine expansion dans tous les pays.

**D. Les maladies chroniques se placent au centre des préoccupations de santé publique.**

Les maladies chroniques présentent plusieurs des caractéristiques suivantes :

- permanentes,
- laissent des handicaps résiduels
- sont causées par une altération irréversible,
- exigent une éducation spécifique par la réhabilitation,
- peuvent imposer une longue période de supervision, d'observation ou de soins
- Leurs points communs : retentissent systématiquement sur les dimensions sociale, psychologique et économique de la vie du malade » (OMS, 2005)

**E. Les différents niveaux de leur prévention :**

La prévention des maladies chroniques procède de celle des maladies non transmissibles (primaire, secondaire et tertiaire) qui a été déjà exposée.

# CHAPITRE 03

## Economie de santé

---

- A. Dépense de santé
- B. Organisation du système de santé
- C. QCM

**A. Système de santé****a. Difficultés :**

Adaptation continue du système face à des coûts de plus en plus importants du fait de :

- Le développement des maladies chroniques
- Maladies dégénératives de longues durées et surtout mortelle
- L'allongement de l'espérance de vie à la naissance
- La dégradation de l'hygiène alimentaire de vie
- L'urbanisation
- L'alphabétisation accrue et la baisse de la fécondité

**b. Politique de santé :**

Une politique de santé vise à déterminer quels sont les problèmes de santé les plus importants et d'établir des programmes d'action et des prévisions en fonction d'une part de cet état de santé et d'autre part des moyens disponibles.

**c. Définition :**

Il peut être défini comme l'ensemble des moyens (organisationnels structurels humains financiers) destiné à réaliser les objectifs d'une politique de santé .Il constitue un sous système du système économique général.

Un système de santé doit être :

- Efficace sur le plan technique et économique
- Accessible sur le plan géographique
- Economique et Acceptable
- Planifiable et évaluable
- Souple et modifiable

**d. Les objectifs d'un système de santé :**

- La restauration de la santé c'est-à-dire la distribution des soins à l'individu malade
- La prévention qui est l'ensemble de mesures qui visent à éviter ou à réduire le nombre et la gravité des maladies et des accidents
- La promotion de la santé qui correspond à l'ensemble des moyens destinés à augmenter le capital santé de la population
- L'éducation pour la santé dont l'objectif est de mettre à portée de tous l'information nécessaire à des choix adaptés à la santé présente et future.

**e. Les dépenses de santé :**

**Le premier problème** est la disponibilité des ressources.

**Le deuxième problème** est l'obligation de payer directement pour des services au moment de besoin même empêchant des millions de personnes de recevoir les soins médicaux qui leur sont nécessaires

**Le troisième problème** à aller plus rapidement vers la couverture et inéquitable de ressources

Le financement de la santé joue un rôle majeur dans l'ensemble des efforts pour garantir la couverture sanitaire.

**f. Facteurs de la couverture sanitaire :**

**Facteurs sociaux :** la consommation de soins varie selon le revenu des individus leur niveau d'études et les catégories socioprofessionnelles.

**Niveau de protection social :** un niveau de protection sociale élevé facilite l'accès aux soins . les personnes n'ayant pas de couverture médicale consultent moins souvent.

**Facteurs liés à l'offre :** le progrès et les coûts de l'innovation augmentent les prix des prestations et des médicaments

**Facteurs liés à la demande :** la demande est souvent soumise aux prix des prestations sanitaires.

**Démographie :** ne forte consommation pendant les 5 premières années de vie une consommation plus faible jusqu'à l'âge de 20ans augmente progressive jusqu'à n âge plus avancé .

La consommation médicale est influencée par plusieurs facteur :

Les dépenses liées aux soins reçus par les usagers se divisent en 4 grandes catégories :

Les soins hospitaliers (public et privé)

Les soins ambulatoires : médecine chirurgie (dont dentaire) auxiliaires médicaux (infirmiers kinésithérapeute)

**B. Dépense de santé :**

**Le tarif** : est le montant défini par une organisation ou les pouvoirs publics dans le domaine de la santé on a souvent recourt au tarifs pour pallier les déficiences du marché afin d'améliorer l'équité et subventionner les populations vulnérables.

**Le prix** : est la valeur monétaire ou réelle d'une ressource marchandise ou service déterminé par les forces du marché. C'est le résultat de la confrontation entre l'offre et la demande.

**La santé n'a pas un prix mais un cout**

**Le cout** est l'ensemble des dépenses nécessaire à la production un bien ou service c'est aussi la valeur monétaire des ressources utilisés pour produire un bien ou service donné.

**Quand le prix=cout.....pas de bénéfice**

**But : non lucratif**

**Quand prix > cout.....bénéfice**

**But : lucratif**

**Quand prix < cout ..... Travail à perte .**

**A. OMS :** définit le système de santé comme l'ensemble des organisations et ressources

**B. Valeur du système de soins :**

- qualité
- pertinence
- équité
- efficacité ....meilleur moyens et moins coutant

**C. Qualité d'un système de santé :**

- la globalité
- l'accessibilité : financière – géo
- l'acceptabilité
- l'efficacité .....efficace.....technique.....économique
- la souplesse ....il n'est pas fixe
- un bon système de santé.....de bonne offres et services

**D. Composants d'un système de santé :**

les pouvoirs publics ....donnent normes

demandes de soins ...malades

offre de soins... ..... médecins

financement ..... l'état va le faire

elles sont reliées par le flux

flux d'argent de personnes et d'informations

système de production sociale

**bismarckien :** ce lui qui travaille est assuré qui ne travaille pas n'est pas assuré plus il cotise plus il est remboursé

**beveridgien**

universalité : tout le monde est assuré

uniformité : taux fixe

unité : financement à base impôt

libéral : capitalisation

emprunt

assurance

protection sociale

**E. Ses modèles :**

système centralisé ou étatique : l'état joue de rôle plus important

système libérale : décentralisé .. la loi du marché

système mixte : centralisation ( l'état) et décentralisation (libre)

système de santé en Algérie : mixte

**F. Offre de soins :**

secteur public

secteur parapublic

secteur privé

**Le financement :** le budget de l'état

**Organisation :** MSPRH/ ministère de la santé :

Elle améliore la couverture sanitaire

Elle améliore la qualité des persistances

Prendre en charge les transitions démographique et épidémiologique.

Rationaliser la gestion

**G. Les organismes de sécurité sanitaire**

INSP et LCPP

1- Centre nationale de pharmacovigilance et de matériovigilance

2- Centre national de toxicologie

3- Les organismes d'appui logistique : institut de pasteur

## QCM du chapitre

1) Concernant la sécurité sociale, cochez la ou les réponse(s) fausse(s) :

- A- Permet à leur bénéficiaire un accès aux soins et/ou à des revenus de remplacement
- B- Rembourse au minimum 80 % des présentations médico-pharmaceutiques
- C- Couvre uniquement les salariés
- D- Est majoritairement financé par l'état
- E- Permet dans certains une prise en charge à l'étranger

2) Concernant les personnes légalement couvertes pour les prestations de santé, on note :

- A- Les travailleurs salariés
- B- Les travailleurs non-salariés
- C- Les filles majeures non mariées
- D- Conjoint non-salarié
- E- Les moudjahidines

3) La sécurité sociale tire son financement :

- A- Des impôts
- B- Des salarié
- C- Des non salarié
- D- Des taxes hydrocarbures
- E- Des importateurs et distributeurs de médicaments importés

4) Une consultation dans un cabinet chez un médecin gastro-entérologue par un jour férié coïncidant avec le vendredi est codifié par le sigle suivant :

- A- CJF
- B- CN
- C- CDS
- D- CSJF
- E- VDJF

5) Parmi les actes professionnels suivants, lequel est faux :

- A- NP : néphrologie
- B- RH : rhumatologue
- C- AL : laboratoire
- D- GY : gynécologie
- E- DE : dermatologie

6) Concernant l'assurance maternité :

- A- Est légalement fixée à 14 semaines
- B- Peut dépasser le délai légal en cas de grossesse multiple et/ou compliquée
- C- Assure un remboursement de 90%
- D- N'est délivrée que sous réserve de conditions : grossesse déclarée, suivi médical de la grossesse, accouchement médicalisé
- E- Toutes les réponses sont justes

7) Concernant l'assurance en cas d'accidents de travail :

- A- Est recevable dans l'heure qui suit l'embauche
- B- Couvre entre autre les étudiants et élèves en formation
- C- N'est recevable que si l'accident a lieu en milieu de travail
- D- Est délivrée après détermination par le médecin conseil de la CNAS
- E- Toutes les réponses sont justes

8) Les travailleurs non-salariés sont affiliés à l'un des organismes suivants, lequel :

- A- La CNAS
- B- La CASNOS
- C- La CNR
- D- La CNAC
- E- Ne sont pas affiliés

9) Parmi les maladies professionnelles laquelle n'est pas couverte par la sécurité sociale :

- A- La silicose
- B- Les dermatoses



- C- Les intoxications au plombs
- D- Les intoxications à l'amiante
- E- Le cancers broncho-pulmonaire familiale

### Corrigé type

Qst1 : CD

Qst6 : ABD

Qst2 :ABCDE

Qst7 :ABD

Qst3 :ABCDE

Qst8 :B

Qst4 :D

Qst9 :E

Qst5 :C

# CHAPITRE 04

## Santé et Culture

---

- A. Santé et culture
- B. Relation soignant – soigné
- C. Décision médicale
- D. Du norme au pathologie
- E. QCM

**A. Définition :**

**La santé** est un état de complet bien-être

- physique, BIO
- mental et PSYCHO
- social, SOCIAL

**OMS:** La santé est: L'un des droits fondamentaux de tout être humain quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale »

**La culture** est l'ensemble des techniques, coutumes, institutions et croyances selon lesquelles les hommes vivent collectivement »

**B. Notion de culture dans espaces thérapeutiques****a. Culture du patient**

Doit être prise en compte :

- Comportements du patient Vis-à-vis santé, maladie, soin
- Grandement influencés par
- Appartenance culturelle
- Notion de singularité

**b. Culture du Médecin****1. Le concept de compétence culturelle**

- Il est basé sur la capacité du médecin à :
- Prendre conscience de son propre bagage culturel
- Rendre compte, comprendre et reconnaître le bagage culturel du patient
- Mettre en place des interventions thérapeutiques culturellement adaptées.

**2. La culture organisationnelle :** fournit des modèles de comportements à suivre dans différentes situations de soins. Il s'agit d'une notion dynamique c'est-à-dire qui évolue dans le temps.

Culture

Elle repose sur des

- Principes de base
- Appris par un groupe
- Au cours de son histoire
- pour faire face à ses problèmes d'adaptation externe et interne

**3. Corps biologique et vécu de la maladie :** possède un double statut :**1) Le statut culturel:** à travers les représentations du corps, propres à chaque société. Chaque société structure

le corps en créant ses normes d'habillement, d'esthétique, de poids, d'alimentation. C'est la culture qui fournit au corps le cadre d'expression autorisé, capable de respecter ses valeurs et ses traditions. Une tendance au corps parfait colore les normes sociales actuelles. Elles renvoient l'image d'un corps jeune, beau et en bonne santé.

**2) Le statut biologique:** où le corps est objet d'attention de la médecine et sujet de ses soins. Pour le médecin:

le corps a une représentation anatomique et physiologique, en passant par tous les âges et en traversant toutes les conditions de santé et de maladie. La médecine s'intéresse au corps, à la maladie, non au malade et qui écarte la singularité de l'homme souffrant.

Il s'agit des trois termes

- DISEASE : terme qui renvoie à la composante biologique de la maladie
- ILLNESS : correspond au vécu subjectif de la personne malade
- SICKNESS : correspond à la description de la maladie sur un plan social.

**4. Douleur et souffrance :** La souffrance ne se limite pas à la douleur.

**Le visage physique :** il s'agit de douleur physique : « J'ai mal ».

**Le visage psychique :** renvoie à la détresse psychologique.

**Le visage social :** peut renvoyer à des notions, socialement inscrites, de : virilité, courage Exemple : « Les hommes ne doivent pas montrer leur souffrance »

**Le visage spirituel** : il s'agit là du sens spirituel que le patient donne à sa souffrance. La dimension religieuse occupe une place importante dans notre culture et la souffrance est intégrée dans le registre de l'épreuve et du test

**5. Dignité humaine** « La dignité humaine est une valeur commune reconnue par tous en chacun »  
L'expression « dignité humaine » renvoie au respect que mérite toute personne humaine (quelle soit vivante ou morte).

Dans le contexte des soins, l'attention portée à la dignité humaine est primordiale. Elle est une valeur basée essentiellement sur :

- le respect de l'autre ;
- le confort d'autrui ;
- la garantie de l'intimité ;
- la préservation de la pudeur.

### C. Déterminants sociaux de la santé

**Un déterminant de santé** est un facteur qui influence l'état de santé d'une population soit isolément, soit en association avec d'autres facteurs. Il s'agit de facteurs

- individuels,
- sociaux,
- économiques
- et environnementaux

qui sont associés à la santé individuelle ou globale (état de santé globale d'une population).

Les déterminants de la santé sont distribués sur quatre champs qui agissent sur l'état de santé de la population qui constituent l'une des principales causes des inégalités de santé .

- 1) Caractéristiques individuelles
- 2) Milieux de vie
- 3) Systèmes
- 4) Contexte global

L'exemple ci-dessous illustre comment les déterminants de la santé agissent sur la santé des individus.

#### **Exemple 1**

- Monsieur Ahmed est âgé de 40 ans.
- Il souffre d'une schizophrénie depuis 20 ans.
- Il est célibataire et n'a jamais travaillé.
- Il vit avec sa mère, âgée de 78 ans, dans un petit F2.
- ses ressources se limitent à la pension de retraite de son père, décédé il y a quelques années.
- Ses 5 sœurs sont toutes mariées.
- Il arrête souvent son traitement à cause des effets secondaires qu'il présente.
- N'étant pas assuré socialement, il ne peut bénéficier d'un nouveau traitement.
- Sa mère craint beaucoup pour lui et s'inquiète de son devenir.

Principaux déterminants sociaux de la santé en cause :

- ✓ Absence de proche aidant à proximité
- ✓ Manque de ressources financières
- ✓ Absence d'aide sociale
- ✓ Absence d'emploi
- ✓ Carence des services de sécurité sociale

### A. Rencontre clinique

C'est un moment crucial de la relation de soin déterminant pour ce qui suivra de l'impression générale conservée dépendra l'engagement (ou non) du processus de soin. se conçoit comme une rencontre humaine. Il est question d'entrer en relation avec une personne et non pas avec un diagnostic, un dossier...ou un numéro de chambre.

- accueillir avec sourire et bienveillance,
- en assurant un contact visuel direct,
- se présenter et inviter à s'asseoir pour se placer au même niveau visuel.
- s'adresser à la personne en la vouvoyant (si l'entretien se déroule en français)
- utiliser son nom de famille précédé du titre de civilité.
- Premières marques de respect, d'attention et de reconnaissance de la personne humaine
- Indices non verbaux exprimant l'attention ex : position de corps tourné vers le patient et en parlant avec un débit qui donne le temps au patient de comprendre le message.

### B. Dimensions communicationnelles

1. **Tenue vestimentaire** : c'est une forme de communication. Elle joue un rôle suffisamment important dans la relation soignant-soigné
  - Porter une blouse blanche nette et non froissée
  - Sur des vêtements propres et corrects (pas de jean déchiré par exemple).
2. **Distance interpersonnelle** : Dans le contexte de la relation soignant-soigné, il est important de respecter une distance convenable et confortable

Quatre types de distances: qui ont pu être déterminés pour décrire le type de relations interpersonnelles.

Type de distance	Zones	Types de relations
<b>Distance intime</b>	A l'intérieur de 45 cm	Interactions amoureuses, amicales, sport de contact
<b>Distance personnelle</b>	Entre 0,5 et 1,2 mètre	Le touché est limité Le regard prend plus d'importance dans la communication
<b>Distance sociale</b>	Entre 1,2 et 3,7 mètres	Interaction formelles Ex : relations d'affaires
<b>Distance publique</b>	3,7 mètres et plus	Interactions occasionnelles, brèves Ex : saluer connaissance dans la rue

### 3. Dialogue et paroles

#### a. La rétroaction

Dans une communication verbale: chaque interlocuteur exerce une influence sur l'autre commentaire, un avis, une réponse, à la parole qui précède. La rétroaction fait partie intégrante de la communication.

Le médecin par sa réponse (rétroaction),signale nettement au patient qu'il n'accepte pas sa familiarité.

#### b. La gestion

Entre les deux interlocuteurs, le médecin et le patient, il y a une certaine coordination dans la gestion du dialogue.

La communication comporte une cogestion de l'interaction.

#### c. Interaction complémentaire :

cas le plus fréquent dans la relation médecin-malade. Le comportement de l'un des deux interlocuteurs complète celui de l'autre. Cette interaction se fonde sur A B l'optimisation de la différence.

Dans une relation complémentaire, il y a deux positions différentes possibles :

- ✓ une position désignée comme supérieure ;
- ✓ une position correspondante dite inférieure.

Ex. : mère-enfant, médecin-malade, Professeur-étudiant.....

#### d. Interaction symétrique :

Les partenaires ont tendance à adopter un comportement en miroir. Cette interaction se caractérise par: l'égalité et la minimisation de la différence.

**e. L'irréversibilité**

Il est impossible de retirer ses paroles une fois qu'elles sont exprimées. La formule « je n'ai rien dit, je retire » ne sert à rien. L'interaction avance même si elle revient sur elle-même. L'individu est influencé par chaque information qu'il reçoit

**La complexité**

La communication est en réalité un processus assez complexe. On n'en prend pas toujours conscience. Ex. dans une interaction, on tient toujours compte: des impressions qu'on a de l'autre et des impressions qu'on suppose que l'autre a de nous. Il arrive que l'usage des mots ne soit pas tout à fait partagé

- 4. Stratégies communicationnelles :** Pour communiquer avec le patient, il y a certaines stratégies de base qu'il est important de connaître.

**a. L'écoute active**

**Les facilitateurs :** Invitation et encouragement faits au patient pour l'aider à préciser ses plaintes par hochement de tête, « continuez », « je vous écoute », « pouvez-vous m'en dire plus »...

**Questions Ouvertes/Fermées****5. Approche centrée sur la personne malade**

Il s'agit d'une approche qui véhicule des valeurs relationnelles centrées sur une philosophie de soins.

- ✓ Explorer la maladie et l'expérience de la maladie vécues par la personne malade
- ✓ Comprendre la personne dans sa globalité bio-psycho-sociale prend en considération
- ✓ S'entendre avec la personne malade sur le problème, les solutions et le partage des responsabilités
- ✓ Valoriser la prévention et la promotion de la santé
- ✓ Etablir et développer la relation soignant-soigné

**6. Faire preuve de réalisme :**

Consultation centrée sur la maladie	Consultation centrée sur la personne malade
P : J'ai du mal à avaler et je suis fatigué	Parlez-moi de votre difficulté à avaler
M : depuis quand ?	Que pouvez-vous me dire sur votre fatigue ?
P : quelques jours	
M : Votre difficulté concerne les boissons ou les aliments solides ?	Comment tout cela a-t-il commencé ?
P : plus les aliments solides	Avez-vous eu de la fièvre ?
M : Avez-vous de la fièvre ?	
P : Oui Docteur	Avez-vous des inquiétudes particulières par rapport à votre état ?
M : Avez-vous pris un traitement ?	
P : Oui... de l'aspirine	
M : Avez-vous senti une amélioration ?	Selon vous, c'est dû à quoi ?
P : très peu	

**C. La demande de soin:** faite par le patient lui-même ++

Il est plus facile de demander de l'aide pour un problème physique que pour une situation psycho-sociale compliquée.

Le patient peut parfois avoir recours à la dramatisation pour avoir:

- ✓ les avantages d'un RDV proche,
- ✓ une réduction de la durée de l'attente aux urgences.

**Définition de l'émotion :** est une réaction transitoire, bio-psycho-sociale, conçue pour aider un individu à s'adapter et à faire face à des événements qui ont des implications pour sa survie et son bien-être »

**D. Déterminants émotionnels****L'anxiété :**

- une hyper-vigilance,
- une préoccupation excessive ou
- une attention sélective à toute nouvelle sensation somatique

**La dépression :**

- Peut précéder l'atteinte physique ou lui succéder
- Elle est le plus souvent intriquée.

- Des symptômes comme la fatigue, l'insomnie, la tristesse, l'anhédonie (incapacité à ressentir des émotions positives) sont souvent retrouvés.
- Il peut s'agir d'une authentique dépression, masquée par les plaintes somatiques qui sont au premier plan.
- Face à ces émotions identifiées,

**Empathie** : la capacité, l'aptitude et la disposition du médecin à comprendre le patient, à essayer de s'imaginer à sa place et en prendre conscience

- Présente quatre dimensions

<b>Dimension affective</b>	la capacité de partager les sentiments de l'autre
<b>Dimension morale</b>	la motivation à vouloir le bien de l'autre
<b>Dimension cognitive</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- capacité de voir et de saisir les émotions de l'autre.</li> <li>- la compétence à pouvoir imaginer l'émotion éprouvée par l'autre sans la ressentir soi-même</li> <li>- Personne ne peut ressentir exactement ce que l'autre ressent</li> </ul>
<b>Dimension comportementale</b>	la capacité du médecin à exprimer clairement au patient la compréhension qu'il a des émotions de celui-ci.

### Dimensions de la gravité et de la chronicité

Face à une maladie grave ou chronique (la chronicité n'excluant pas la gravité), le patient présente des réactions normales de:

**Peur** : de l'inconnu de son avenir

**Colère** contre la maladie et même les médecins

**Culpabilité** d'avoir fait quelque chose pour mériter cela

**Tristesse** : rien ne sera plus jamais comme avant

Le médecin doit tenir compte, dans sa relation avec le patient, de tous ces mouvements affectifs.

**Perte de l'estime de soi** : auto-dévalorisation

**Sentiment de dépendance** en cas de perte d'autonomie

**Atteinte de l'image du corps** en cas de changements morphologiques occasionnés par la maladie

### A. Définition

Prendre la meilleure décision possible pour le patient qui exige une garantie d'équilibre entre une utilisation optimale des connaissances scientifiques, en développement continu en évaluant le rapport bénéfices / risques pour le patient .elle est impérativement précédée par une relation médecin-malade où :

**le soigné:** en position d'une demande de soins

**le soignant:** dans celle de l'offre de soins.

tient compte:

- ✓ des connaissances scientifiques du médecin,
- ✓ de son expérience clinique,
- ✓ des croyances et des résistances du patient et de ses proches,
- ✓ de leurs contraintes et de leurs attentes.

### B. Démarche clinique

Le médecin conçoit la maladie comme un dysfonctionnement organique. Son rôle:

- ✓ établir un diagnostic
- ✓ conforme à une démarche clinique
- ✓ qui reproduit les étapes d'une démarche scientifique

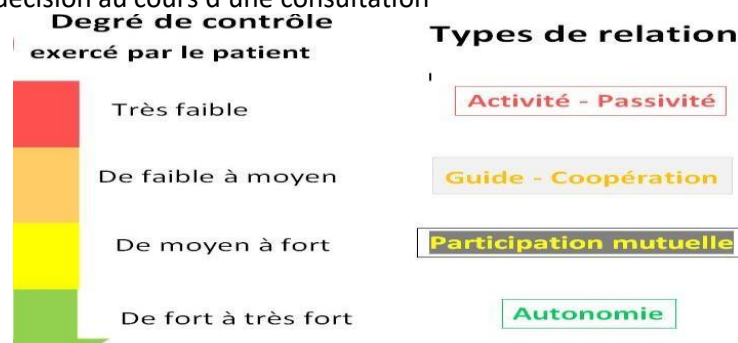
Cette conception aboutit à un choix thérapeutique conforme à des données scientifiques prouvées.

Cependant, l'accélération des connaissances scientifiques a des conséquences sur l'aptitude décisionnelle du médecin.

### C. Degré de contrôle exercé par le patient

Un des aspects importants de la relation médecin-patient (ou soignant-soigné) est la prise de décision.

Des auteurs ont tenté de typer la nature de la relation médicale en fonction du degré de contrôle exercé par le patient dans la prise de décision au cours d'une consultation



### D. Attentes et représentations du patient...

La décision concernant la santé du patient doit être en conformité avec ses attentes et ses représentations.

Exemple: les propositions thérapeutiques

Exploration des domaines suivants :

- 1) **les croyances ou représentations vis-à-vis des traitements proposés** : peur de leur effets secondaires quels

qu'ils soient : peur de leur ampleur ,type, dépendance, ou peur de perdre contrôle .

**exemple** : les antidépresseurs

**Conséquences** : sous-dosage /la posologie prescrite, voir arrêt du traitement

- 2) **Les Préférences concernent:** les formes galéniques et les voies d'administration

Exemples:

- Peur de la forme injectable
- Préfère les gouttes aux comprimés

Ces contraintes influent négativement sur la prise régulière du traitement.

- 3) **les contraintes : peuvent être**

- religieuses : ramadhan par exemple les patients avec maladies chroniques arrêtent souvent leurs traitements pendant cette période
- conjugales : prendre médicaments en cachette d'un mari par peur d'une répudiation
- professionnelles : ça peut être à cause de la nature du travail ex : chauffeur routier



- 4) **Les informations tirées d'internet** : les forums de discussion entre patients peuvent constituer une source importante d'informations à propos des croyances et des attentes des patients.

#### E. Décision médicale partagée

- a. **Définition** : est une Codécision elle intervient après une parfaite information et une collaboration du patient avec le professionnel de la santé .Il s'agit d'impliquer le patient dans les décisions thérapeutiques qui le concernent :
- ✓ lui présenter les options avec les bénéfices et les risques
  - ✓ évaluer les valeurs, les préférences et le contexte de vie du patient
  - ✓ prendre avec le patient la décision la plus adaptée

La décision médicale partagée comprend deux temps :

- ✓ **Premier temps** : échange d'informations et discussions
- ✓ **Deuxième temps** : décision (accord mutuel sur le choix d'une option)

#### b. Famille et santé :

##### Dans notre pays

- la famille occupe une place importante dans la vie de l'individu
- Elle est présente à tous les moments de son existence
- l'accompagne dans toutes les circonstances
- En matière de santé, elle est incontournable

##### Face à la maladie

- La famille se mobilise
- C'est un moment où les liens familiaux se resserrent : exemples.....
  - ✓ batailler pour avoir un rendez-vous
  - ✓ se débrouiller le médicament qui manque
  - ✓ assurer les déplacements vers les lieux de soin
  - ✓ soutenir le malade et ne pas le lâcher.

##### L'équilibre familial est modifié en cas de maladie grave

- complètement bouleversée lorsqu'elle apprend la gravité de la maladie d'un de ses membres
- Des changements dans l'organisation de la famille s'observent
- Le médecin doit être à l'écoute des contraintes sociales et relationnelles de la famille que cette situation engendrée

##### Recours aux soins:

- influencés par les familles
- organisés selon une diversité thérapeutique
- recours successif ou simultané à la médecine moderne et aux thérapeutes traditionnels
- La famille algérienne croit aussi bien à la médecine qu'à la sorcellerie, au mauvais œil ou aux djinns

##### Cas où chef de famille prend décisions/soins

- Le médecin est tenu d'insister pour recevoir le patient seul, en tête-à-tête
- But: prendre en compte l'avis du patient sur le fait de laisser Chef de famille parler à sa place et/ou décider pour lui.
- Pour ce faire, le médecin peut utiliser l'argument de la procédure habituelle.
- Si Médecin pas du même sexe que le patient, faire appel à un autre professionnel de la santé du même sexe que le patient.

#### c. **Processus** :Modèle qui remonte aux années 1990.

Il prend en considération:

- ✓ l'avis de la personne malade, informée et soutenue par
- ✓ les explications techniques et l'expérience du médecin

#### 1) L'information

- L'information doit être individualisée c'est-à-dire adaptée
- Le médecin doit expliquer, avec des mots simples, clairs et compréhensibles
- Elle comprend:
- Les éventualités thérapeutiques qui s'offrent au patient

- les buts de la thérapie proposée + effets secondaires éventuels en intégrant les attentes et les croyances du patient. Démarche déterminante pour la suite.
  - Les possibilités d'échec d'un premier traitement : ce n'est pas signe d'incompétence ou d'erreur médicale mais répond simplement à un protocole de prise en charge (arbre décisionnel).
  - Cette attitude diminuera grandement la non observance et l'errance médicale.
  - Les incompréhensions et les malentendus sont souvent liés à des niveaux de savoir différents
  - Le médecin doit toujours adapter son langage
  - au niveau de compréhension du patient: ne pas
  - utiliser le jargon médical
- 2) Familles:** place importante dans le soin, à impliquer dans le processus de la décision et à prendre en considération attentes et représentations car elles recouvrent celles du patient

#### Médecin doit explorer

- croyances sur les causes de la maladie
- préoccupations / maladie, son évolution et séquelles possibles
- attentes : améliorations espérées, aide souhaitée, préférences
- effets de la maladie sur la qualité de vie
- croyances vis-à-vis des traitements proposés

#### 3) Démarche décisionnelle en fin de vie

La fin de vie est une expérience:

- difficile pour le patient
- bouleversante pour la famille
- et parfois déstabilisante pour les soignants

Il est important que le médecin tienne compte :

- Volonté du patient
- Souhaits des proches

#### d. Pratique professionnelle interdisciplinaire

1. L'interdisciplinarité est une approche participative : de collaboration et de coordination qui permet:
  - une prise de décision partagée entre professionnels du soin
  - d'analyser et d'harmoniser les liens entre des disciplines diverses
  - de résoudre des problématiques complexes.
2. L'interdisciplinarité va plus loin que la multidisciplinarité
3. La réunion de concertation pluridisciplinaire : Réunion régulière entre professionnels de santé, au cours de laquelle se discutent :
  - la situation d'un patient,
  - les traitements possibles en fonction de :
  - des dernières études scientifiques,
  - l'analyse des bénéfices et les risques encourus,
  - l'évaluation de la qualité de vie qui va en résulter.

Elles rassemblent au minimum trois spécialistes différents permettent une prise de décision

- dans un contexte de pratique collaborative
- associant des expertises multiples de différentes disciplines
- avec une réduction des risques d'erreurs

#### Ce qu'il faut retenir :

La décision médicale se veut être se base sur:les données de la recherche scientifique,l'expertise clinique du médecin et les attentes et représentations du patient et ses proches

Le médecin recourt à l' interdisciplinaire dans les cas complexes,réunissant, dans un esprit collaboratif, les expertises de différentes disciplines.

Elle doit tenir en compte (Patient + Famille)

- ✓ des volontés du patient en fin de vie
- ✓ et des souhaits de ses proches.

**A. Vulnérabilité et stigmatisation**

La santé c'est : la vie dans le silence des organes

**Pour le Médecin:**

- le silence des organes n'exclut pas la présence de la maladie.
- Il peut y avoir du bruit sans qu'aucun organe ne soit malade : plaintes sans aucune lésion organique.
- Un organe peut être malade sans faire de bruit :

certaines maladies restent asymptomatiques pour le malade. Est-il pour autant en bonne santé ?

**Pour George Canguilhem,**

**La normalité:** la capacité qu'a un individu à modifier son environnement

**La pathologie:** la perte de cette capacité.

• Le « normal » et le « pathologique » désignent des rapports et non pas des fonctionnements. Ils ne peuvent être considérés séparément.

**B. Moyennes et écart-types :** modèle de référence de normalité

- Les moyennes statistiques ainsi obtenues servent de modèle de référence de normalité.
- C'est ainsi que sont déterminées les valeurs biologiques normales : glycémie, Taux de globules blancs, taux de cholestérol...
- et les constantes physiologiques normales: fréquence cardiaque, pression artérielle, fréquence respiratoire...

**C. Représentations sociales**

C'est l'ensemble organisé des : connaissances, des croyances, des opinions, des images des attitudes, partagées par un groupe, à l'égard d'un objet social donné.

Les représentations sont reliées à :

- des systèmes de pensées plus larges : idéologiques ou culturels
- un état des connaissances scientifiques des individus inexperts
- la condition sociale,
- la sphère de l'expérience privée et affective des individus

**Exemple:** Représentations sociales

- une maladie peut être comprise comme une épreuve donnée par Dieu pour:
  - ✓ tester le croyant,
  - ✓ le faire réfléchir,
  - ✓ le faire regretteret penser à l'au-delà.
- Le patient se dirigera
  - ✓ plus vers un lieu de prières
  - ✓ que vers un lieu de soins.

La façon qu'a l'individu de réagir à sa maladie est d'abord liée à la façon dont il la perçoit

- ✓ individuellement,
- ✓ culturellement,
- ✓ familialement

et au sens qu'il lui donne. Cette perception va conditionner l'adhésion au traitement.

Cinq dimensions ont été retenues pour explorer les représentations liées à la maladie.

**1. L'identité** Etiquette donnée par le patient à son problème

**Croyances biomédicales :**

- s'appuient sur les connaissances du patient concernant :
- le fonctionnement biologique du corps humain,
- l'action microbes, stress...

**Croyances traditionnelles :**

- sorcellerie, mauvais œil, djinns....
- croyances très fréquentes dans les maladies psychiatriques.

**2. Relation médecin – patient :**

**Médecin**

- Aller à la rencontre du patient dans ses représentations de sa maladie.
- Comprendre la personne
- Centrer sa prise en charge

**Patient :**

- Se sentir compris et accepté
- Faire confiance au médecin

**3. La vulnérabilité**

Vulnérable: Qui peut être facilement atteint et qui se défend mal

Vulnérabilité: désigne la fragilité d'une personne. Cette fragilité est associée à un manque de moyens:

- ✓ physiques,
- ✓ psychologiques et
- ✓ économiques.

On peut citer :

- les personnes à faibles niveaux d'instruction,
- Les personnes à faibles revenus,
- les personnes âgées,
- les personnes avec des problèmes d'addiction (alcool, cannabis,)
- les personnes aux besoins spécifiques
- les migrants...

Des situations particulières peuvent aussi entraîner une vulnérabilité ,elle peut toucher n'importe qui d'entre nous,

- Le processus du vieillissement est inévitable.
- •Les difficultés économiques: source de vulnérabilité
- •Divorce, décès...

4. **Stigmatisation** : Processus d'étiquetage des individus ,posée sur toute personne considérée comme non conforme au modèle majoritaire définie par la société. La notion de stigmatisation est un processus complexe qui implique d'autres notions comme :

- ✓ la normalisation des comportements
- ✓ les représentations sociales
- ✓ la vulnérabilité

La stigmatisation qui touche les personnes avec des problèmes de santé mentale est, sans doute, la plus visible en société.

- Elle atteint même les membres de leurs familles.
- Elle constitue un obstacle important à l'accès:
  - ✓ aux soins,
  - ✓ au travail,
  - ✓ au droit à une vie ordinaire, pour ne pas dire normale.

**Ce qu'il faut retenir :**

Tout médecin est appelé à rencontrer

- ✓ des personnes dites vulnérables,
- ✓ des personnes stigmatisées et rejetées par la société.

Il sera quotidiennement confronté aux concepts

- ✓ de normalité et d'anormalité,
- ✓ de normes et de normalisation,
- ✓ de santé et de maladie...

Sa connaissance des différentes représentations lui permettra de définir et de redéfinir sa relation avec les patients,notamment avec ceux qui sont privés de leur droit à la différence

## QCM du chapitre

1) Parmi les propositions suivantes, laquelle est fausse :

- A- Selon l'OMS, la santé se définit exclusivement par l'absence de maladie ou d'infirmité
- B- La pathologie est une modification quantitative et qualitative de l'état normal
- C- Une distribution en cloche est habituellement celle qui représente la normalité selon la loi normale
- D- La santé est un bien-être aux étendus physique, mental et social
- E- Un état pathologique s'oppose à un état physiologique

2) Selon la normalité statistique, un individu surdoué au QI > 140 points est une personne :

- A- Normale
- B- Pathologique
- C- Située à l'extrême droite d'une distribution en cloche
- D- Située à l'extrême gauche d'une distribution en cloche
- E- Les réponses A et D sont fausses

3) Une tendance à confronter l'individu avec notre propre comportement relève d'une normalité :

- A- Statistique
- B- Idéale
- C- Fonctionnelle
- D- Subjective
- E- Aucune des réponses n'est juste

4) La vulnérabilité :

- A- Est un état dont on ne peut s'y échapper au cours de la vie
- B- Comporte des connotations « bio-psycho-sociales »
- C- Est toujours transitoire
- D- Doit être prévenue en cas de connaissance de facteurs de risques potentiels
- E- Peut se manifester suite à une fragilité matérielle ou morale

5) La stigmatisation :

- A- Est un phénomène variant selon la norme de chaque société
- B- Peut engendrer des dommages psychologiques profonds aux personnes qui le subissent
- C- Décourage le sujet à ne pas adhérer aux programmes de prévention : VIH, grossesse à risques, dépistages de cancers
- D- Favorisent les complications en tous genres par peur d'exposer sa différence au regard des autres
- E- Affaiblit l'estime de soi et conduit à l'auto stigmatisation

6) La relation qui lie le médecin à son malade est de type :

- A- Amicale
- B- Humaine
- C- Familiale
- D- Confidentielle
- E- Commerciale

Rép : BD

7) Dans la relation soignant-soigné, il est vrai de dire que :

- A- Le concept de transfert représente l'ensemble des réactions affectives conscientes et inconscientes que le médecin éprouve à son malade
- B- Un contre-transfert négatif permet le développement d'une empathie et une action thérapeutique efficace
- C- Un contre-transfert négatif induit une agressivité du malade
- D- Seul le médecin doit décider de la prise de décision thérapeutique sans en concerter son malade
- E- Toutes les réponses sont fausses

8) Vous vous apprêtez à annoncer à votre patient le diagnostic d'une maladie grave, chronique et incurable, dans cette démarche vous devez :

- A- Organiser une consultation d'annonce spécifique dans ce but
- B- Evaluer le savoir de votre patient vis-à-vis de cette maladie
- C- Faire culpabiliser le patient
- D- Respecter l'attitude du patient une fois le diagnostic annoncé
- E- Exposer les projets thérapeutiques futurs

9) Dans la prise de décision thérapeutique, le praticien est tenu :

- A- De soutenir son patient
- B- D'informer son patient sur les possibles effets secondaires du traitement convenu
- C- De prescrire à son patient un traitement mutuellement décidé sans avoir chercher d'éventuelles contre-indications
- D- D'informer son patient sur les objectifs thérapeutiques souhaités
- E- D'éduquer son patient sur la bonne observance de son traitement

10) Pour une morbidité donnée, à une période donnée, le taux d'incidence sera égal au ratio :

- A- Nombre de nouveaux cas, population exposée à cette morbidité
- B- Nombre d'anciens cas, population exposée à cette morbidité
- C- Nombre total de cas (nouveaux + anciens), population exposée à cette morbidité
- D- Nombre de nouveaux cas, population morte par cette morbidité
- E- Nombre d'anciens cas, population morte par cette morbidité

11) En Algérie, laquelle de ses statistiques est fausse

- A- L'espérance de vie a baissé de 1960 à 2016
- B- Le taux de mortalité infantile a baissé de 1980 à 2013
- C- L'espérance de vie à augmenter de 1960 à 2016
- D- Le taux de mortalité infantile de moins de 5 ans est moitié moins importante quand dans le reste du monde en 2015
- E- L'espérance de vie moyenne (tout sexe confondu) est de 76,4 ans

12) Parmi les facteurs suivants, laquelle ne figure pas comme étant influençant de la santé :

- A- Les facteurs géographiques
- B- Les facteurs politiques
- C- Les facteurs socio-économiques
- D- Les facteurs génétiques
- E- Les facteurs religieux

13) Parmi les fonctions de la santé publique :

- A- La prévention, la surveillance et le contrôle uniquement des maladies transmissibles
- B- Promouvoir la santé
- C- N'a aucun rôle dans la protection de l'environnement
- D- Planification et gestion en santé publique
- E- Surveillance épidémiologique de l'état de santé

14) Parmi les maladies suivantes, laquelle n'est pas à déclaration obligatoire :

- A- La tuberculose pulmonaire
- B- La tuberculose extra-pulmonaire
- C- La malaria
- D- La grippe
- E- Le stade 2 du VIH

15) La prévention primaire a pour but de :

- A- Diminuer la prévalence d'une maladie
- B- Diminuer l'incidence d'une maladie
- C- Neutraliser et d'éradiquer les facteurs de risques
- D- Traiter les complications
- E- Diminuer les récives

16) Parmi les maladies suivantes, laquelle est transmissible :

- A- Le cancer pulmonaire
- B- Le cancer colorectal
- C- Le diabète
- D- La coqueluche
- E- Les maladies respiratoires chroniques

17) Parmi les méthodes préventives des maladies non transmissibles, laquelle est fausse :

- A- Favoriser les lipides poly-insaturés
- B- Lutter contre le tabagisme et l'alcoolisme

C- Favoriser la consommation des aliments ultra-transformés contenant des additifs (E214 à E219)

D- Réduire la consommation des hydrates de carbones

E- Pratiquer au moins 30 mn d'activité physiques par jours

18) En matière de soin, un besoin :

A- Est une carence

B- Nécessite obligatoirement une intervention médicale

C- Est toujours subjectif

D- Est qualifié de latent lorsqu'il n'est pas perçu par la population et les professionnels de santé

E- N'est exprimé que s'il a été ressenti

19) Parmi les items suivants, cochez la ou les réponse(s) juste(s) :

A- Un besoin ressenti est un besoin perçu par la population et / ou par les professionnels de santé

B- Le fait de respirer répond à un besoin biologique vitale qu'est la vie

C- Les hommes expriment généralement plus de demande de soin que les femmes

D- Plus l'âge augmente, plus la demande diminue

E- « Une demande peut en cacher une autre » définit la demande déviante

20) Dans le concept de l'offre et de la demande en matière de santé :

A- L'offrant est toujours le médecin

B- Les soins de santé constituant le bien offert contre demande

C- Le bien offert peut-être physique et/ou moral

D- Le bien offert n'est jamais rémunéré

E- Le demande doit être comprise et évaluée pour éviter le gaspillage

21) Un système de santé compétant doit être en mesure :

A- D'analyser les demandes et de les rapprocher aux besoins

B- De faire correspondre autant que possible les demandes aux besoins

C- D'identifier besoins et demandes par des études épidémiologiques

D- Fournir une offre de soins la plus optimale une fois la demande exprimée

E- Toutes les réponses sont justes

22) Les principaux financeurs du système de santé sont :

A- La sécurité sociale

B- L'état et les collectivités locales

C- Les mutuelles et société d'assurance

D- Les ménages

E- Les impôts

23) La dépense courante de santé (DCS) désigne :

A- L'ensemble des sommes dépensées au cours d'un trimestre au titre de la santé

B- L'ensemble des sommes dépensées au cours d'un semestre au titre de la santé

C- L'ensemble des sommes dépensées au cours d'une année au titre de la santé

D- L'ensemble des sommes dépensées au cours de 24 mois au titre de la santé

E- L'ensemble des sommes dépensées au cours de 36 mois au titre de la santé

24) La dépense la plus conséquente composant la dépense courante de santé est représentée par :

A- Les soins de longue durée

B- Les soins de courte durée

C- La consommation de soins et bien médicaux

D- Les indemnités journalières

E- Le coût de gestion du système de santé

25) Un système de santé compétant doit être en mesure :

A- Promouvoir, protéger, restaurer et maintenir la santé

B- D'interagir avec l'environnement sociopolitique et économique

C- Evoluer avec le temps

D- Agir en synergie avec ses différents composants

E- Toutes les réponses sont justes

26) Parmi les valeurs proposées l'OMS au système de santé, deux sont basées sur l'axe de la

réalité, lesquelles :

- A- La pertinence
- B- L'équité
- C- La qualité
- D- L'efficacité
- E- Les réponses B et C sont fausses

27) Parmi les propositions suivantes, toutes sont justes, sauf une, laquelle :

- A- La santé et la maladie sont des phénomènes socio-culturels
- B- Les déterminants sociaux sont l'une des principales causes des inégalités en santé
- C- Le système de santé n'est pas considéré comme étant un facteur social déterminant de l'état de santé d'un individu
- D- Le savoir profane caractérise le savoir du malade
- E- Selon Fainzang, pour une même maladie, plusieurs traitements pouvaient être envisagés selon les cultures

28) L'état de santé d'une population est mesuré afin de :

- A- Prévenir les maladies
- B- Promouvoir la santé
- C- Planifier les services de santé
- D- Approfondir les connaissances médicales
- E- Eduquer, informer prévenir des facteurs de risques évitables

29) Un indicateur, cochez la réponse fautive :

- A- Peut-être une donnée
- B- Peut-être un groupement de données
- C- Est le ratio entre la taille de la population concernée sur le nombre de cas observés
- D- Peut-être démographique
- E- Peut-être qualitatif ou quantitatif

30) En 2003, à Benisaf, sur 1520 naissances, dont 1234 étaient vivantes, quelle a été le taux de natalité brut sachant que la population compte 71800 Habitants :

- A- 2.16
- B- 21.6
- C- 1.718
- D- 17.18
- E- On ne peut pas calculer ce taux car il nous manque d'autres données

31) En matière d'études statistiques, le taux brut de mortalité est plus informatif que le taux spécifique de mortalité :

- A- Vrai
- B- Faux

32) Une mortalité infantile précoce a lieu :

- A- 28 jours à un 1 an après la naissance
- B- De 0 à 7 jours
- C- De 7 à 28 jours
- D- Au moins une semaine après la naissance
- E- Avant l'accouchement

33) Parmi les indicateurs suivants, lequel est le plus significatif de l'état de santé des populations :

- A- Le taux de natalité
- B- Le taux de mortalité
- C- L'espérance de vie
- D- Le taux de mortalité infantile
- E- Le taux de mortalité juvénile

34) Parmi les causes de mortalité maternelle, laquelle est la plus grave et fréquemment évitable :

- A- Les infections du post-partum



B- L'hémorragie de la délivrance

C- L'embolie pulmonaire

D- Les thromboses veineuses profondes

E- Les crises hémorroïdaires

35) La prévalence désigne :

A- Le nombre de nouveaux cas survenu dans une population à risque pendant un intervalle de temps

B- Le nombre de cas existant dans une population donnée à un moment donné

C- Le nombre de nouveaux cas et anciens cas dans une population donnée

D- Le nombre de cas existant dans une population donnée

E- L'incidence x la durée

## Corrigé type

Qst1 :A

Qst2 :BCE

Qst3 :D

Qst4 :ABCE

Qst5 :ABCDE

Qst6 :BD

Qst7 :E

Qst8 :ABDE

Qst9 :ABDE

Qst10 :A

Qst11 :A

Qst12 :E

Qst13 :BDE

Qst14 :D

Qst15 :BC

Qst16 :D

Qst17 :C

Qst18 :ADE

Qst19 :ABE

Qst20 :BCE

Qst21 :E

Qst22 :ABCDE

Qst23 :C

Qst24 :C

Qst25 :E

Qst26 :ADE

Qst27 :C

Qst28 :ABCDE

Qst29 :C

Qst30 :D

Qst31 :B

Qst32 :B

Qst33 :E

Qst34 :B

Qst35 : BE

# CHAPITRE 05

## Déontologie

---

- A. Droit médicale
- B. Les principes généraux de la responsabilité médicale
- C. La non – assistance à une personne en péril
- D. Contrat du soin
- E. QCM

**A. Définition :**

Le droit est « L'ensemble des règles qui régissent la conduite de l'Homme en société, les rapports sociaux » Il ne s'agit pas d'un principe récent, il est très ancien et bien ancré dans la société. Le médecin a toujours été soumis aux lois de chaque société

**B. Les sources du droit en ALGERIE sont :**

- **La constitution** : qui garantit ; l'autonomie et l'inviolabilité de la personne humaine, et assure le droit à la protection de la santé.
- **La loi de santé**, qui est la loi fondamentale de base qui régit l'ensemble de l'exercice de la médecine, elle délimite ce qui est légal et ce qui est interdit,
- **Le code pénal**: sanctionne toutes fautes commises lors de l'exercice de la médecine et qui est inscrite comme une infraction au plan pénal.
- **Le code civil** : délimite les repères du contrat de soin qui est un contrat civil et les répercussions en cas d'atteinte à ce contrat.

**C. Objectifs du droit médical** : sont de montrer le champ légal de l'exercice de la médecine à savoir qui peut exercer la médecine en Algérie, quels sont les différents actes médicaux autorisés, les sanctions en cas d'infractions aux lois et règles régissant l'exercice de la médecine.

**a. La réquisition**

**Définition:** La Réquisition est une Injonction (Ordre précis) faite au Médecin par une Autorité Administrative ou Judiciaire d'avoir à exécuter telle ou telle mission d'Ordre Médico-légal.

**Qui est requis** : tout médecin diplômé et autorisé à exercer en Algérie.

**Les autorités requérantes:** soit des autorités judiciaires (le procureur de la république, le juge d'instruction, les officiers de police judiciaire de la police nationale ou de la gendarmerie nationale), soit des autorités administratives (le ministre, le wali, le chef de daïra, le directeur de l'hôpital).

**Quand la réquisition est-elle nécessaire ?**

La réquisition judiciaire est délivrée lorsqu'on a besoin de la compétence d'un technicien (médecin) pour se procurer des renseignements susceptibles de faciliter l'exercice de l'action publique ou la répression d'une infraction, selon l'article 49 du code de procédures pénales

**b. Le secret médical :**

**Définition** : est une Obligation destinée à sauvegarder la Santé des Individus, qui peut se confier à un Médecin sans que leur Maladie ne soit dévoilée à un tiers .

**Fondements du secret médical :**

**La constitution** : qui garantit l'inviolabilité du corps humain

**Le serment d'Hippocrate** : « Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les Secrets qui me seront confiés.... »

**La loi sanitaire 85/05 et la loi complémentaire 90/17** : article 206 : Le respect de la dignité du malade et la protection de sa personnalité sont garantis par le SECRET PROFESSIONNEL auquel est tenu l'ensemble des Médecins, Chirurgiens-dentistes

**Les personnes tenues au secret :**

- personnel médical, soignant ce sont les médecins, infirmiers, les étudiants (externes et internes) en médecine, les sages femmes, les dentistes, les pharmaciens, ou non soignant ce sont surtout les médecins conseils, experts et de contrôle

- personnel non médical : les secrétaires, les agents, les ambulanciers....

**Les dérogations au secret médical :**

Ce sont : les naissances, les décès, les maladies à déclaration obligatoire, les accidents de travail, les maladies professionnelles, les certificats d'internement

**Le délit de violation du secret médical** : L'Article 301 du Code Pénal prévoit un à six mois d'Emprisonnement et 500 à 5000 D.A d'Amende.

A. **Définition** : La responsabilité est une obligation morale ou juridique de répondre de ses actes et d'en assumer les conséquences.

**B. Modes de responsabilité :**

Il existe deux modes de responsabilité ; l'une de sanction c'est la responsabilité pénale et l'autre d'indemnisation ou de réparation, ce sont la responsabilité civile et la responsabilité de l'hôpital publique.

a. **La responsabilité civile** : il s'agit d'une responsabilité source d'indemnisation, basée sur trois critères pour qu'elle soit mise en jeu, et ces critères sont à la charge de la victime ; c'est à elle de prouver l'existence des trois critères, qui sont

- Une Faute commise par le Médecin
- Un Dommage subi par le Malade ;
- Un Lien de Causalité entre la Faute et le Dommage

Il existe deux types de responsabilité civile, responsabilité civile contractuelle et délictuelle,

**1. Responsabilité civile contractuelle**

Elle prend sa source dans le contrat médical qui est un contrat civil défini par le code civil comme une convention par lequel une ou plusieurs personnes s'obligent envers un ou plusieurs autres à donner à faire ou à ne pas faire quelque chose"

**2. Responsabilité délictuelle ou quasi délictuelle :**

Dans la responsabilité délictuelle la faute est intentionnelle volontaire, alors que dans la responsabilité quasi délictuelle la faute est non intentionnelle ou involontaire.

Il existe trois cas de responsabilité civile délictuelle

- **Une responsabilité résultant d'un fait personnel** : La faute personnelle se déduit du constat d'un comportement anormal adopté par l'auteur du dommage, c'est la classique opposition par rapport au comportement qu'aurait adopté dans la même situation, un homme, normalement prudent et avisé (le bon père de famille ou la bonne mère de famille).
- **Une responsabilité résultant de fait d'autrui** : On est responsable non seulement du dommage que l'on cause par son propre fait, mais encore de celui qui est causé par le fait des personnes dont on doit répondre, ou des choses que l'on a sous sa garde.(code civil article 134).  
Elle s'applique aux cas de fautes commises par un infirmier ou un stagiaire et dont le médecin est son responsable.
- **Une responsabilité du fait des choses** : Il s'agit de la responsabilité du gardien d'une chose qui va causer un dommage, chose peut être une machine ou un immeuble par exemple, et gardien d'une chose veut dire ; surveillant,

**3. Responsabilité de l'hôpital public** : encore appelée responsabilité civile administrative, elle concerne le personnel travaillant dans l'hôpital publique, et dont la réparation d'un dommage causé par ce personnel incombe à l'hôpital, c'est à dire à l'administration publique, (code civil article 129).

**4. Responsabilité pénale:**

Les comportements que la société définit comme répréhensibles sont appelés infractions. Ils sont énumérés dans le Code pénal. Il en existe 3 catégories : les contraventions, les délits, les crimes.

La responsabilité pénale est dite personnelle, le médecin lors de l'exercice de ses fonctions plusieurs fautes inscrites au code pénal peuvent lui être reprochées, à savoir :

- les coups et blessures volontaires (article 264 du code pénal) et involontaires (article 288 du code pénal)
- L'exercice illégal de la médecine, de la chirurgie dentaire et de la pharmacie (article 243 du code pénal)
- L'établissement de certificats médicaux de complaisance (article 226 du Code pénal)
- La violation du secret professionnel (article 301 du Code pénal)
- Le refus de déférer à une réquisition de l'autorité publique (Article 187 bis du code pénal)
- La non assistance à personne en péril (article 182 alinéa 02 du code pénal)
- La non déclaration de naissance (Article 442 du code pénal)

**A. La non – assistance à une personne en péril****a. Introduction :**

Le devoir d'assistance concerne tout citoyen, plus particulièrement le médecin en raison de sa profession et ses connaissances. C'est un délit réprimé par le code pénal Algérien.

**b. Fondement juridique de l'obligation de porter secours :**

Les articles 09 et 210 du code de déontologie : le médecin doit porter secours à une personne en danger ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires.

**c. Eléments constitutifs du délit de non-assistance à personne en péril :**

1. **l'état de péril** : un risque imminent qui menace la vie ou la santé d'un individu vivant, nécessitant une intervention immédiate = urgence, tout retard met en danger vie de la victime.
2. **la connaissance du péril** : soit directe si on est sur les lieux, ou indirecte par un appel téléphonique par exemple.
3. **l'absence de risque** : pour l'intervenant
4. **défaut d'assistance** : soit par son action personnelle directe ou en provoquant les secours.

**d. Les sanctions :**

**Au pénal** : le délit est passible d'un emprisonnement de 03 à 05ans et/ ou une amende de 500 à 15000DA

**Au civil** : responsabilité délictuelle ou quasi délictuelle.

Ainsi que des sanctions disciplinaires

- B. Le contrat de soin** : il se forme selon la Cour de Cassation, entre le médecin et son client, un véritable contrat comportant l'engagement par le médecin de donner des soins consciencieux, attentifs et conformes aux données acquises de la science.

**a. Caractères du contrat :**

**Tacite** : ne comportant pas de formule d'engagement,

**Commutatif** : des obligations sont reconnues pour chaque partie,

**A titre onéreux** : le malade paie des honoraires au médecin.

Résiliable, le malade est libre de quitter son médecin principe fondamental de l'exercice médical, pour le médecin il doit s'assurer la continuité des soins.

**b. Conditions de validité du contrat :**

Quatre conditions légales doivent être remplies pour sa validité :

**1. La capacité à contracter**

**Pour le médecin** Le médecin doit satisfaire aux conditions légales d'exercice de la médecine.

**Pour le malade** il doit être majeur, lorsqu'il s'agit d'un mineur ou incapable majeur, la capacité de contacter est exercée par le tuteur légal.

**2. Le consentement** : il doit être libre, éclairé et conscient.**3. objet licite** : l'acte proposé ne doit pas être contraire à la loi. Il est conditionné par la nécessité médicale dans l'intérêt du malade.**4. Obligations qui découlent du contrat :**

**Du médecin :**

- fournir des soins conformes aux données acquises de la science
- s'interdire de faire courir au malade un risque injustifié
- information claire et loyale
- respect du secret professionnel

**Du malade :**

- respect des prescriptions médicales
- paiement des honoraires

**c. La cessation du contrat** : Le contrat cesse de façon normale avec la fin de l'affection. La rupture est cependant possible avant la fin des soins :

**Par le malade** qui change de médecin,

**Par le médecin**, mais celui-ci doit s'assurer de la persistance d'un suivi médical, de l'absence de risque de rupture de suivi d'une prescription et bien entendu hors urgence

## QCM du chapitre

1) Concernant les responsabilités pénales dans la profession médicale, il est faux de dire que :

- A- Le corps humain est juridiquement protégé que s'il est majeur
- B- L'abstention de porter secours à une personne en péril n'est pas passable d'emprisonnement
- C- L'assistance indirecte d'un médecin informé de la nécessité de provoquer un secours à une personne en péril n'est pas une obligation
- D- Son rôle ne se limite qu'à sa connaissance directe du péril en question
- E- Le médecin n'est pas sanctionné par la loi lorsqu'il porte involontairement, par imprudence ou inattention, atteinte à l'intégrité physique de son patient

2) Concernant l'avortement, cochez la réponse fausse :

- A- Peut-être criminel ou spontané
- B- Est passable d'emprisonnement toutes manoeuvres abortives même thérapeutiques
- C- Ne se fait qu'en cas de nécessité thérapeutique menaçant la vie de la parturiente (G.E.U, Placenta Prævia, HRP)
- D- Peut-être accompagnée d'une montée laiteuse
- E- Lui est consacrée dix articles par le code pénal et la loi sanitaire

3) Parmi les circonstances suivantes, laquelle n'est pas considérée comme violation du secret médical :

- A- Une révélation à caractère intentionnel, sans qu'il y ait pour cela intention de nuire
- B- Une révélation partielle par quelque moyen que ce soit, à quel tiers que ce soit
- C- Une révélation totale par quelque moyen que ce soit, à quel tiers que ce soit
- D- Une révélation du secret à la famille du patient pour éviter une souffrance psychologique de ce dernier
- E- Une révélation du secret dans le cadre d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle

4) Le secret médical peut être sujet à des dérogations en cas de :

- A- Maladies contagieuses et/ou vénériennes
- B- Patient(s) mineur(s)
- C- Déclaration de naissance et/ou mort
- D- Incapable(s) majeur(s)
- E- Echange de renseignements entre le médecin traitant et le médecin-conseil, sans le consentement du patient

5) Un médecin traitant peut, de sa propre initiative, communiquer le diagnostic d'un malade :

- A- Au médecin-conseil de la CASNOS
- B- Au médecin de travail
- C- Au médecin inspecteur de la santé
- D- A l'employeur
- E- Aucune de ces propositions n'est juste

6) L'application au secret professionnel médical pour le médecin s'applique à :

- A- Tous les faits d'ordre médical
- B- Tous les faits propres au malade
- C- Tous les faits extra-médicaux venant à la connaissance du médecin lors de son exercice
- D- Aux résultats d'examens complémentaires (échographie, scanner, IRM...)
- E- Aux confidences du malade

7) Le médecin est tenu au secret professionnel par :

- A- Le serment d'Hippocrate
- B- Le code pénal
- C- Le code de déontologie
- D- Le code de la sécurité sociale
- E- Le code civil

8) Le secret du malade :

- A- Est un droit absolu
- B- Appartient uniquement au malade
- C- Appartient à la famille du malade après sa mort
- D- Peut être révélé par le médecin traitant après la mort du malade

- E- Toutes les réponses sont justes
- 9) Le médecin traitant peut informer sur l'état du patient sans enfreindre la règle du secret médical :
- A- Les médecins-conseils de compagnies d'assurance
  - B- Les médecins-conseils de la sécurité sociale
  - C- Les médecins inspecteur de la santé
  - D- Les médecins spécialiste consultants contribuant aux traitement du malade
  - E- Aucune sorte d'enfreinte suscitée
- 10) Le médecin peut être relevé de son obligation au secret médical à la demande : A- De la famille du malade
- B- Du malade concerné
  - C- Du procureur de la république
  - D- D'un officier de police judiciaire
  - E- Aucune des propositions n'est exacte
- 11) Pour quelle(s) faute(s) la responsabilité pénale est engagée : A- La violation au secret médical professionnel
- B- La non-assistance à personne en péril
  - C- L'infraction à la légalisation des stupéfiants
  - D- Les faux certificats
  - E- Toutes les réponses sont justes
- 12) Parmi les items suivants, laquelle n'est pas une infraction corrélée à l'acte médical : A- Les faux certificats
- B- L'euthanasie
  - C- L'atteinte du secret médical
  - D- L'avortement
  - E- L'exercice illégal de la médecine
- 13) L'euthanasie :
- A- Est une pratique légale en Algérie
  - B- Peut être pratiqué uniquement pour alléger les souffrances du malade
  - C- Est pénalement considéré comme un crime
  - D- Peut se définir par une omission de certains gestes relevant des soins fondamentaux du malade
  - E- Est autorisé dans la religion islamique
- 14) La responsabilité disciplinaire, cochez les réponses fausses :
- A- Ne peut être mise en jeu que lorsque la responsabilité civile seule est mise en jeu
  - B- Ne peut être mise en jeu que lorsque la responsabilité pénale seule est mise en jeu
  - C- Ne peut être mise en jeu que lorsque la responsabilité civil et pénale est mise en jeu
  - D- Ne sont pas corrélés avec la gravité de la faute du praticien
  - E- Ne peut être prononcée que par le conseil national
- 15) La responsabilité indemnitaire relève du domaine de : A- La responsabilité médicale pénale
- B- La responsabilité médicale civile
  - C- La responsabilité disciplinaire
  - D- La responsabilité disciplinaire et pénale
  - E- La responsabilité disciplinaire et civile
- 16) La responsabilité indemnitaire du praticien sera engagée en cas de : A- Dommages physiques partiels subis par le malade
- B- Dommages physiques totaux subis par le malade
  - C- Dommages moraux subis par le malade
  - D- Faute commise par le praticien
  - E- Lien de causalité entre la faute et le dommage
- 17) Un préjudice médical :
- A- Est un dommage moral causé au malade d'une manière volontaire ou non
  - B- Est qualifié de patrimonial quand le dommage est moral
  - C- Est qualifié d'extrapatrimonial quand le dommage est matériel



- D- Inclut, entre autre, toutes dépenses en frais médicaux et pharmaceutiques  
E- Peut-être d'ordre esthétique
- 18) Le contrat qui lie le praticien au malade en terme d'obligation diagnostic, thérapeutique et pronostic repose sur une des responsabilités suivantes, laquelle :  
A- La responsabilité contractuelle  
B- La responsabilité délictuelle  
C- La responsabilité administrative  
D- La responsabilité religieuse  
E- La responsabilité civile
- 19) Dans le cadre de la responsabilité contractuelle, le praticien est tenu :  
A- D'exécuter ses obligations envers le malade quel que soit son statut social, ethnique et/ou religieux  
B- De ne pas trop s'attarder dans l'examen clinique et/ou physique du malade  
C- De recourir au minimum aux examens complémentaires habituels  
D- De ne pas avoir recours aux spécialistes consultants  
E- De prescrire autant de médicaments qu'il souhaite sans avoir au préalable effectuer un interrogatoire minutieux du malade
- 20) Un quasi-délit :  
A- Relève de la responsabilité délictuelle  
B- Relève de la responsabilité contractuelle  
C- Est une faute intentionnelle et prémédité  
D- Est une faute inattentionnelle et involontaire  
E- La réponse A et D sont justes :
- 21) Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) juste(s) : A- En cas de faute de service, le médecin est porté responsable et non pas l'hôpital B- En cas de faute de service, l'hôpital est porté responsable et non pas le médecin C- Une faute personnelle engage la responsabilité de l'agent (médecin)  
D- Une faute de service à les mêmes caractères que la faute personnelle  
E- Une faute personnelle est une faute légère et facilement passable
- 22) La déontologie médicale :  
A- Ne s'applique qu'aux médecins diplômés et jamais aux étudiants en médecine  
B- Est une éthique sur laquelle est régit la profession médicale  
C- Intéressent tous les professionnels de la santé  
D- S'appliquent uniquement entre médecins et jamais entre médecin-malade  
E- Est juridiquement définie
- 23) La déontologie comporte une norme : A- Religieuse  
B- Morale  
C- Déontologique  
D- Juridique  
E- Politique
- 24) L'évolution la plus récente de la déontologie en Algérie, remonte à : A- 1963  
B- 1976  
C- 1985  
D- 1990  
E- 2018  
Rép : E
- 25) En Algérie, le conseil national de déontologie médicale est formé au total de : A- 2 conseils régionaux  
B- 4 conseils régionaux  
C- 8 conseils régionaux  
D- 12 conseils régionaux  
E- 48 conseils régionaux
- 26) Le conseil de déontologie médicale peut être saisi par :

- A- Le ministre de la santé
  - B- Des membres du corps médical
  - C- Des chirurgiens-dentistes et pharmaciens
  - D- Tout patient ou son tuteur et/ou les ayant droits des patients
  - E- Des associations de médecin légalement formés
- 27) Dans le cadre de sa formation de généraliste, l'étudiant externe en médecine est autorisé à : A- Révéler le secret médical aux proche du patient vu qu'il n'a pas encore de diplôme
- B- Effectuer des toucher vaginaux sans le consentement des patientes
  - C- Prendre des décisions thérapeutiques sans l'accord de son maitre de stage
  - D- Rédiger des ordonnances avec la griffe de son maitre de stage
  - E- Toute les réponses sont fausses
- 28) Tout médecin et/ou étudiant en médecine doit, impérativement, à son patient : A- Un respect total et absolu de son secret médical
- B- Un respect de la dignité physique et/ou morale
  - C- Une honnêteté impartiale
  - D- Un sens aigu de la responsabilité
  - E- Une tolérance vis-à-vis des personnes avec lesquelles il est en contact
- 29) La levée de la confidentialité se justifie dans le ou les cas suivants : A- Atteintes ou sévices portés à des enfants
- B- Déclaration obligatoire de maladies contagieuses, épidémiques et de MST
  - C- La communication de données à des fins autres que thérapeutiques
  - D- L'enseignement aux étudiants en médecine
  - E- A l'employeur du malade pour un justificatif d'absence au travail
- 30) En Algérie, l'expérimentation sur l'être humain est autorisée sous condition de : A- Consentement éclairé et volontaire des individus
- B- Confidentialité
  - C- Ne jamais arrêter l'essai même s'il risque de causer sa mort et/ou une infirmité physique ou moral
  - D- Calculer le risque encouru, son évaluation et son bénéfice attendu
  - E- Toute les réponses sont justes
- 31) Les sanctions prévues dans le code de déontologie : A- Doivent être statuer dans un délai de 4 mois
- B- Une fois prononcées, ne feront jamais l'objet d'appels ou de recours
  - C- N'ont pas l'autorité de procéder à la fermeture d'un établissement
  - D- Peuvent procéder à la radiation d'un médecin de l'ordre des médecins
  - E- Doivent, dans un souci de bon sens, procéder à une enquête suffisamment concluante avant de se Prononcer
- 32) Un médecin doit :
- A- Respecter la vie de son patient au même titre que sa propre vie ou celle d'un de ses proches
  - B- Etre libre de prescrire le traitement qu'il lui semble juste sous réserve d'un interrogatoire précis du malade
  - C- Stigmatiser son patient sur les actes qui l'ont rendu malade (toxicomanie, buveur d'alcool, prise de drogues)
  - D- Organiser un entretien tête à tête avec son patient pour lui annoncer la maladie dont il est porteur
  - E- Procéder à des mesures thérapeutiques sur un mineur sans le consentement de ses parents et/ou tuteurs légal

## Corrigé type

Qst1 : ABCDE

Qst2 : B

Qst3 : E

Qst4 : ABCD

Qst5 :E

Qst6 : ABCDE

Qst7 :ABC

Qst8 :AB

Qst9 :D

Qst10 :E

Qst11 :E

Qst12 :D

Qst13 :CD

Qst14 :ABE

Qst15 :B

Qst16 :ABCDE

Qst17 :ADE

Qst18 :A

Qst19 :AC

Qst20 :E

Qst21 :BC

Qst22 :BCE

Qst23 :BCD

Qst24 :E

Qst25 :D

Qst26 :ABCDE

Qst27 :E

Qst28 :ABCDE

Qst29 :ABCD

Qst30 : ACD

Qst31 :ADE

Qst32 :ABD

