



MAJBOOK

Toute la spécialité, par le Major

SANTÉ PUBLIQUE
MÉDECINE LÉGALE
MÉDECINE DU TRAVAIL
PHARMACOLOGIE

Alexis Maillard
Lina Jeantin

Préface du Pr Claire Le Jeune
Professeur à l'Université Paris Descartes

MED-LINE
Editions

Éditions MED-LINE
74 Boulevard de l'Hôpital
75013 Paris
Tél. : 09 70 77 11 48
www.med-line.fr

*MAJBOOK SANTÉ PUBLIQUE - MÉDECINE LÉGALE - MÉDECINE DU TRAVAIL - PHARMACOLOGIE (N°. 04) -
MAJBOOK - TOUTE LA SPÉCIALITÉ, PAR LE MAJOR- 2 ÉDITION*
ISBN : 978-2-84678-288-3
© 2020 ÉDITIONS MED-LINE

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



Préface du Pr Claire Le Jeunne

Publier les notes du major à l'Examen Classant National de médecine 2018, voilà une idée originale qui mérite tout notre intérêt.

Les notes qui deviennent fiches sont des documents uniques. Élaborées avec beaucoup de soin et de sens pratique, elles permettent de faire une révision d'un item en quelques dizaines de minutes.

Tout compte dans une fiche : la présentation, le jeu des couleurs, le choix des abréviations. C'est un énorme travail original fait à partir de sources différentes, des photocopiés, des manuels, le cours de l'enseignant, un article. Tout document jugé informatif peut contribuer à la touche finale de la fiche qui s'élabore et se complète petit à petit pour devenir définitive en général la dernière année.

En l'occurrence une fiche concerne un item du programme du 2^e cycle des études médicales sachant qu'il y en a 362 au total.

Cette méthodologie des fiches a traversé les temps, j'ai moi-même travaillé avec cette technique pour préparer le concours de 1977 et ce n'est que récemment que j'ai accepté l'idée de m'en séparer, tant l'énergie mise pour les préparer et le travail que cela symbolise sont considérables.

La taille de cet ouvrage de 1900 pages nous montre bien la somme des connaissances que nous demandons à nos étudiants de métaboliser. Chaque année davantage, car la médecine – et les connaissances scientifiques qui s'y rattachent – progresse à pas de géant et doit se spécialiser.

Il faut donc trouver des moyens pour pouvoir assimiler un programme aussi important sachant qu'en médecine, il n'y a pas d'impasse possible. C'est bien ce que nous montrent Alexis Maillard, Major aux iECN 2018, et Lina Jeantin, 71^e aux iECN 2018, dans ce recueil.

Ils abordent toutes les questions du programme sous forme de fiches présentées selon l'ordre du programme. Ils ont traité tous les items. Ils ont fait des fiches synthétiques brillantes qui leur ont permis d'avoir un classement exceptionnel.

Cet ouvrage permettra à ceux qui n'ont pas commencé le travail minutieux dès le début de DFASM de pouvoir rattraper le temps et de s'approprier les fiches ainsi élaborées.

Elles sont complémentaires de l'enseignement à la faculté qui se veut éminemment pratique et qui ne revendique pas l'exhaustivité surtout dans la dernière année des études.

Merci aux Éditions Med-Line d'avoir voulu valoriser ce travail et ainsi reconnaître son importance.

Nous lui souhaitons tout le succès qu'il mérite.

Pr Claire LE JEUNNE
Professeur de Thérapeutique à l'Université Paris Descartes
Ex vice doyen à la pédagogie

Remerciements

Nos remerciements tous particuliers aux auteurs et aux éditeurs des livres suivants, qui nous ont autorisés à reproduire certaines iconographies de leurs ouvrages, au sein de notre livre, dans un souci d'aider le lecteur et de rendre l'ouvrage plus pédagogique.

- *Cancérologie*, Livre du Collège, Collège National des Enseignants en Cancérologie (CNEC), Ouvrage coordonné par le Pr Philippe Giraud et le Pr Jean Trédaniel, Editions Med-line
- *Dermatologie*, UE ECN en dossiers progressifs, Félix Pham, Guillaume Rougier, Editions VG
- *Dermatologie, vénérologie*, iKB, Pr Philippe Bahadoran, Alexandra Picard, Frédéric Mantoux, Emeline Castela, Editions VG
- *Chirurgie générale, viscérale et digestive*, Livre du Collège, Collège Français de Chirurgie générale, viscérale et digestive, Editions Med-line
- *Douleur, Soins palliatifs et accompagnement*, 3^e édition, Livres des Collèges : Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur (SFETD), la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP) et la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR)
- *Guide pratique d'Ophthalmologie*, Dr Patrice Vo Tan - Dr Yves Lachkar, Editions VG
- *Guide pratique de Pédiatrie*, Daniel Berdah, Marc Bellaïche, Editions VG
- *Gynécologie Obstétrique*, iKB, Pr Blandine Courbière, Pr Xavier Carcopino, Editions VG
- *Hépatologie, Gastrologie-entérologie, chirurgie viscérale*, iKB, Jean-David Zeitoun, Ariane Chryssostalis, Pr Jérémie Lefevre
- *Imagerie médicale*, KB, Mickaël Soussan, Editions VG
- *iECN+ Imagerie*, Pr Ivan Bricault, Raphaël Girard, Julien Frandon, Mehmet Sahin, Editions VG
- *Neurologie*, 12^e édition, Nicolas Danziger, Sonia Alamowitch, Editions Med-line
- *Orthopédie-Traumatologie*, 7^e édition, Guillaume Wavreille, Editions Med-Line
- *Ophthalmologie*, iKB, Allan Benarous, Tich Ludovic Le, Editions VG
- *Orthopédie-Traumatologie*, iKB, Sylvain Bodard, Grégory Edgard-Rosa, Arié Azuelos, Claude Aharoni, Editions VG
- *Parasitoses et mycoses*, L'entraînement IECN, Pr Patrice Bourée, Editions Med-Line
- *Parasitoses et mycologie en poche*, Pr Patrice Bourée, Editions Med-Line
- *Pédiatrie*, iKB, Marc Bellaïche, Editions VG
- *Radiologie-Imagerie*, 2^e édition, sous la direction du Pr Nathalie Boutry, Editions Med-Line
- *Radiodiagnostic, Imagerie médicale et médecine nucléaire*, 116 dossiers à interpréter, Michaël Soussan, Ingrid Faouzzi, Editions Med-Line
- *Rhumatologie*, iKB, Pierre Khalifa, Editions VG



Introduction par les auteurs

Majbook Santé publique, Médecine légale, Médecine du travail, Pharmacologie

La préparation de l'iECN est une épreuve complexe et de longue haleine par la masse considérable des connaissances nécessaires et par la ténacité dont il faut faire preuve. Et cette épreuve est rendue d'autant plus ardue que les supports de connaissances sont disparates, souvent peu synthétiques et de qualité inégale.

Avec cet ouvrage, constitué de la somme revue et actualisée de nos fiches pour la préparation au concours, nous proposons un support homogène, synthétique et complet pour la préparation des iECN. Le Majbook paru en un seul volume (avec tous les items de l'iECN) est désormais également décliné par spécialités pour ceux d'entre vous qui préfèrent réviser de cette façon. Au total 10 volumes qui traitent de la Pédiatrie (volume 1), de la Cardiologie-Pneumologie (volume 2), de la Neurologie, Psychiatrie et addictologie (volume 3), de la Santé publique, médecine légale, médecine du travail, pharmacologie (Volume 4), de la Gynécologie, obstétrique, urologie, néphrologie (Volume 5), de la Dermatologie, maladies infectieuses (Volume 6), de l'Hépto-gastro-entérologie, Endocrinologie, diabétologie, nutrition (Volume 7), de la Cancérologie, hématologie, Douleur, Soins palliatifs, Gériatrie, MPR (Volume 8), de la Médecine interne, immunologie, Rhumatologie, Orthopédie (Volume 9), de Urgences Réanimation, anesthésie, Ophtalmologie, ORL et Chirurgie maxillo-faciale (Volume 10).

Ces fiches nous ont accompagnés tout au long de notre externat. Elles ont été créées et enrichies à partir de nos cours, de nos stages, de nos conférences, et de toute la bibliographie utile tout au long de notre préparation. Elles donnent, pour chaque item, un contenu organisé et adapté à la réponse aux questions à choix multiples. Elles ne font pas l'impasse sur la compréhension qui est, de notre point de vue, le ciment de la mémorisation.

La présentation utilise des couleurs pour faciliter la lisibilité. Les points essentiels sont mis en valeur afin de hiérarchiser les connaissances et rendre l'apprentissage à la fois plus agréable et plus efficace. Des schémas et tableaux de synthèses viennent encore consolider les points importants du texte.

Enfin, nous avons souhaité intégrer à cet ouvrage une iconographie en couleurs (photographies, imagerie radiologique, schémas explicatifs, etc.) afin de fixer les concepts et image-clés qu'il est nécessaire d'avoir en tête le jour J.

Nous espérons que ces fiches vous aideront autant qu'elles nous ont aidés pour la préparation des iECN et vous permettront d'atteindre la spécialité dont vous rêvez.

Bon courage à tous !

Alexis Maillard, Major aux iECN 2018

Lina Jeantin, 71^e aux iECN 2018



Les auteurs

Alexis Maillard est arrivé Major à l'iECN 2018. Il a débuté ses études de médecine à la faculté de médecine de Grenoble. Après un master 2 en neurosciences intégratives à l'École Normale Supérieure, il a poursuivi son externat à Paris Descartes. Il choisit la spécialité de Maladies infectieuses et tropicales en Ile de France.

Lina Jeantin est classée 71^e à l'iECN 2018. Elle intègre la promotion 2013 de l'école de l'Inserm, où elle poursuit un double cursus médecine-sciences. Elle est également interne en Maladies infectieuses et tropicales en Ile de France et souhaite allier une activité de recherche fondamentale à sa pratique clinique.

Ouvrage coordonné par le **Dr Sylvain Bodard**, classé 7^e à l'ECN 2013, Conférencier d'Internat.

Sommaire

PARTIE 1 : SANTÉ PUBLIQUE

UE 1 : Apprentissage de l'exercice médical

Item 1	La relation médecin-malade.....	17
Item 2	Les valeurs professionnelles du médecin	19
Item 3	Le raisonnement et la décision en médecine	21
Item 4	La sécurité du patient. La gestion des risques. Les événements indésirables associés aux soins (EIAS).....	25
Item 5	La gestion des erreurs et des plaintes ; l'aléa thérapeutique	31
Item 6	L'organisation de l'exercice clinique et les méthodes qui permettent de sécuriser le parcours du patient	35
Item 13	Principes d'une démarche d'assurance qualité et évaluation des pratiques professionnelles.....	37
Item 14	Formation tout au long de la vie. Analyse critique d'une information scientifique et médicale. Gestion des liens d'intérêts	41
Item 15	Organisation du système de soins. Sa régulation. Les indicateurs. Parcours de soins.....	43
Item 16	La sécurité sociale	51
Item 17	Le système conventionnel	61
Items 18/20	Méthodologie de la recherche expérimentale et clinique. Interprétation d'une enquête épidémiologique et des essais cliniques	65
Items 18/20	Évaluation des tests diagnostiques	83
Items 18/20	Aspects éthiques et réglementaires	87
Item 19	Mesure de l'état de santé de la population	89

UE 3 : Maturation - Vulnérabilité - Santé mentale - Conduites addictives

Item 57	Sujet en situation de précarité	95
---------	---------------------------------------	----

UE 6 : Maladies transmissibles - Risques sanitaires - Santé au travail

Item 142	Surveillance des maladies infectieuses transmissibles	101
Item 175	Risques sanitaires liés à l'eau et à l'alimentation. Toxi-infections alimentaires.....	103
Item 177	La sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme. La veille sanitaire.....	105

PARTIE 2 : MÉDECINE LÉGALE

UE 1 : Apprentissage de l'exercice médical

Item 7	Les droits individuels et collectifs du patient clinique et les méthodes qui permettent de sécuriser le parcours du patient	111
Item 8	Éthique médicale	115
Item 9	Certificats médicaux. Décès et législation. Prélèvements d'organes et législation.....	117
Item 10	Violences sexuelles	121
Item 11	Soins psychiatriques sans consentement	125
Item 12	Responsabilités médicale pénale, civile, administrative et disciplinaire	131

PARTIE 3 : MÉDECINE DU TRAVAIL

UE 6 : Maladies transmissibles - Risques sanitaires - Santé au travail

Item 176	Risques sanitaires liés aux irradiations. Radioprotection	139
Item 178	Environnement professionnel et santé au travail.....	143
Item 179	Organisation de la médecine du travail. Prévention des risques professionnels.....	147
Item 180	Accidents du travail et maladies professionnelles : définitions et enjeux	153

PARTIE 4 : PHARMACOLOGIE

➤ UE 2 : De la conception à la naissance-Pathologie de la femme - Hérité - L'enfant - L'adolescent		
Item 35	Contraception	165
➤ UE 5 : Handicap - Vieillesse - Dépendance - Douleur - Soins palliatifs - Accompagnement		
Item 132	Thérapeutiques antalgiques, médicamenteuses et non médicamenteuses.....	175
➤ UE 6 : Maladies transmissibles - Risques sanitaires - Santé au travail		
Item 143	Vaccinations	187
➤ UE 7 : Inflammation - Immunopathologie - Poumon - Sang		
Item 198	Biothérapie et thérapies ciblées.....	197
➤ UE 10 : Le bon usage du médicament et des thérapeutiques non médicamenteuses		
Item 318	Principe du bon usage du médicament et des thérapeutiques non médicamenteuses.....	203
Item 319	La décision thérapeutique personnalisée : bon usage dans des situations à risque.....	205
Item 320	Analyser et utiliser les résultats des études cliniques dans la perspective du bon usage - analyse critique, recherche clinique et niveaux de preuve.....	217
Item 321	Éducation thérapeutique, observance et automédication.....	221
Item 322	Identification et gestion des risques liés aux médicaments et aux biomatériaux, risque iatrogène, erreur médicamenteuse.....	223
Item 323	Cadre réglementaire de la prescription thérapeutique et recommandations pour le bon usage.....	237
Item 324	Thérapeutiques non médicamenteuses et dispositifs médicaux.....	246
Item 325	Transfusion sanguine et produits dérivés du sang : indications, complications. Hémovigilance.....	251
Item 326-1	Prescription et surveillance des anti-inflammatoires stéroïdiens et non stéroïdiens.....	260
Item 326-2	Prescription et surveillance des antithrombotiques.....	268

Abréviations

AA	Air ambiant	CIM	Classification internationale des maladies
AAH	Allocation adulte handicapé	CIVD	Coagulation intravasculaire disséminée
AAN	Anticorps anti-nucléaires (= FAN)	CI	Chlore
AAP	Anti-agrégant plaquettaire	CMUc	Couverture universelle maladie complémentaire
Ac	Anticorps	CMV	Cytomégalovirus
ACH	Acétyl-Choline	CPDPN	Centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal
ACR	Arrêt cardiorespiratoire	CPK	Créatine phospho-kinase
AD	Antidépresseur	CRIP	Cellule de recueil des informations préoccupantes
ADH	Anti-diurétique hormone (hormone anti-diurétique)	CTCG	Crise tonico-clonique généralisée
ADK	Adénocarcinome	CV	Cordes vocales, cardiovasculaire, champ visuel
ADP	Adénopathies	D	Droit, droite
ADT	Antidépresseur tricyclique	DA	Dopamine
AEEH	Allocation d'éducation enfant handicapé	DALA	Déficit androgénique lié à l'âge
AG	Anesthésie générale	DDB	Dilatation des bronches
AIT	Accident ischémique transitoire	DLCO	Diffusion Libre du CO
AL	Anesthésie locale	DMLA	Dégénérescence maculaire liée à l'âge
ALR	Anesthésie loco-régionale	DR	Décollement de rétine
AMM	Autorisation de mise sur le marché	DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders
AMS	Atrophie multi-systématisée	DT	Douleur thoracique, Delirium tremens
AOMI	Artérite oblitérante des membres inférieurs	DT1, DT2	Diabète de type 1, 2
APA	Allocation personnalisée d'autonomie	EAL	Examen d'une anomalie lipidique
ARM	Angiographie par résonance magnétique	EBV	Epstein-Barr virus
ARS	Agence régionale de santé	EDC	Épisode dépressif caractérisé
ASE	Aide sociale à l'enfance	EDTSA	Écho-doppler des troncs supra-aortiques
ATB	Antibiotique, antibiothérapie	EEG	Électro-encéphalogramme
ATCD	Antécédents	EER	Épuration extra-rénale
ATIII	Antithrombine III	EG	État général
AV	Acuité visuelle	EI	Effet indésirable
AVC	Accident vasculaire cérébral	EMG	Électromyogramme
AVF	Algie vasculaire de la face	ENMG	Électro-neuromyogramme
AVK	Anti-vitamine K	EP	Embolie pulmonaire
AVP	Accident de la voie publique	EPP	Électrophorèse des protéines plasmatiques
AVS	Auxiliaire de vie scolaire	ES	Effet secondaire
BAT	Biopsie de l'artère temporale	ETO	Échographie trans-oesophagienne
BAV	Bloc atrio-ventriculaire ou Baisse de l'acuité visuelle	ETT	Échographie trans-thoracique
BB-	Bêta bloquants	F	Fille, femme
BGN	Bacille Gram Négatif	FAN	Facteur anti-nucléaire (= AAN)
BK	Bacille de Koch, par extension tuberculose	FCS	Fausse couche spontanée
BPCO	Bronchopneumopathie chronique obstructive	FdR	Facteur de risque
BU	Bandelette urinaire	FN	Faux négatifs
BZD	Benzodiazépines	FO	Fond d'oeil
C2G, C3G	Céphalosporine de 2 ^e , de 3 ^e génération	FP	Faux positifs
Ca	Calcium	G	Gauche, Garçon
CAE	Conduit auditif externe	GDS	Gaz du sang
CAI	Conduit auditif interne	GDS en AA	Gaz du sang en air ambiant
CAT	Conduite à tenir	GEM	Glomérulonéphrite extra-membraneuse
CBH	Claude-Bernard-Horner	GEPA	Granulomatose éosinophile et polyangéite
CBP	Cancer broncho-pulmonaire	GEU	Grossesse extra-utérine
CCR	Cancer colorectal	GGT ou γGT	Gamma-glutamyl-transférase
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées	GNMP	Glomérulonéphrite membrano-proliférative
CE	Corps étranger	GNRP	Glomérulonéphrite rapidement progressive
CHC	Carcinome hépato-cellulaire	GPA	Granulomatose avec poly-angéite
CI	Contre-indication	GPAO	Glaucome primitif à angle ouvert

GR	Globule rouge	LP	Libération prolongée
H	Homme	M	Mois (3M = 3 mois)
H1	Récepteurs histaminergiques de type 1	MAF	Mouvements actifs foetaux
HBP	Hypertrophie bénigne de prostate	MAP	Menace d'accouchement prématurée
HBPM	Héparine de bas poids moléculaire	MAV	Malformation artério-veineuse
HDJ	Hôpital de jour	MCV	Maladie cardio-vasculaire
HED	Hématome extra-dural	MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
HELLP	Hemolysis, Elevated liver enzymes, Low platelets	MG	Médecin généraliste
HIA	Hémorragie intra-alvéolaire	MHD	Mesures hygiéno-diététiques
HIV	Hémorragie intra-vitréenne	MI	Membre inférieur
HMG	Hépatomégalie	MID	Membre inférieur droit
HNF	Héparine non fractionnée	MIG	Membre inférieur gauche
HPN	Hydrocéphalie à pression normale	MIN	Mort inattendue du nourrisson
HPN	Hémoglobinurie paroxystique nocturne	MPP	Mal perforant plantaire
HPV	Human papilloma virus	MS	Membre supérieur
HRP	Hématome rétro-placentaire	MSD	Membre supérieur droit
HSA	Hémorragie sous arachnoïdienne (= hémorragie méningée)	MSG	Membre supérieur gauche
HSD	Hématome sous dural	MT	Médecin traitant
HSM, HSMG	Hépatosplénomégalie	MTX	Méthotrexate
HSV	Herpes Simplex virus	N	Normal
HTA	Hypertension artérielle	NA	Noradrénaline
HTAP	Hypertension artérielle pulmonaire, par définition HTP de type 1	Na	Sodium
HTIC	Hypertension intracrânienne	NFS-P	Numération Formule sanguine - Plaquettes
HTP	Hypertension pulmonaire	NGC	Noyaux gris centraux
HTS	hormonothérapie substitutive	NL	Neuroleptiques
HU	Hauteur utérine	NN	Nouveau-né
HyperTG	Hypertriglycéridémie	NOIA (ou NOIAA)	Neuropathie optique ischémique antérieure (aigue)
HypoTA	Hypotension artérielle	NORB	Neuropathie optique rétrobulbaire
IC	Insuffisance cardiaque	NRS	Nourrisson
ICG	Insuffisance cardiaque gauche	OACR	Occlusion de l'artère centrale de la rétine
ICoro	Insuffisance coronarienne	OAP	Œdème aigu du poumon
ID	Immunodépression	OATF	Ostéonécrose aseptique de la tête fémorale
IDM	Infarctus du myocarde	OBACR	Occlusion d'une branche de l'artère centrale de la rétine
IDR	Intra-dermo réaction	OBVCR	Occlusion d'une branche de la veine centrale de la rétine
IHC	Insuffisance hépato-cellulaire	OCT	Tomographie par cohérence optique
IMG	Interruption médicale de grossesse	OEAP	Oto-émissions acoustiques provoquées
INF	Interféron	OG / OD	Oreille gauche / droite
IOA	Infection ostéo-articulaire	OGE	Organes génitaux externes
IOT	Intubation oro-trachéale	OH	Alcool, alcoolisme
IR	Insuffisance rénale (IRC = chronique, IRA = aigue)	OM	Oreille moyenne
IRA	Insuffisance rénale aiguë	OMA	Otite moyenne aigue
IRespC	Insuffisance respiratoire chronique	OMC	Oedème maculaire cystoïde
IRSNA	Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline	OMC	Otite moyenne chronique
ISRS	Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine	OMI	Oedèmes des membres inférieurs
IST	Infection sexuellement transmissible	OMS	Organisation Mondiale de la Santé
IU	Infection urinaire	OPP	Ordonnance de placement provisoire
IV	Intraveineux	OSM	Otite séro-muqueuse
IVG	Interruption volontaire de grossesse	OVCR	Occlusion de la veine centrale de la rétine
JPDC	Jusqu'à preuve du contraire	PA	Pression artérielle
K ou K+	Potassium	PAN	Péri-artérite noueuse
KT	Cathéter, cathéterisme	PAP	Pression artérielle pulmonaire
LAF	Lampe à fente	PC	Perte de connaissance, Périmètre crânien
LBA	Liquide broncho-alvéolaire	PCR	Polymerase Chain Reaction
LCR	Liquide céphalo-rachidien	PdC	Produit de contraste
LCS	Liquide cérébro-spinal	PEA	Potentiels évoqués auditifs
LED	Lupus érythémateux disséminé	PEC	Prise en charge
LGM	Lésions glomérulaires minimes		

PIO	Pression intra oculaire	TDM TAP	Tomodensitométrie Toraco-Abdomino-Pelvienne
PMI	Protection maternelle et infantile	TDM Tx	Tomodensitométrie du thorax
PNA	Pyélonéphrite aiguë	TdR	Trouble du rythme
PO	Per os	TED	Troubles envahissant du développement
POM	Paralysie oculomotrice	TFI	Troubles fonctionnels intestinaux
POP	Pillule oestro-progestative	THM	Traitement hormonal substitutif
PP	Post-partum	THM	Traitement hormonal de la ménopause
PPR	Photocoagulation pan-rétinienne	TJ	Turgescence jugulaire
PPS	Projet personnalisé de soins	TO	Tonus oculaire
PR	Polyarthrite rhumatoïde	TP	Taux de prothrombine
PSP	Paralysie supra-nucléaire progressive	TR	Toucher rectal
PTx	Pneumothorax	TS	Tentative de suicide
PUMA	Protection universelle maladie	TSA	Troncs supra aortiques
QI	Quotient intellectuel	TV	Tachycardie ventriculaire
RAA	Rhumatisme articulaire aigu	TVC	Thrombose veineuse cérébrale
RCIU	Retard de croissance intra-utérin	TVO	Trouble ventilatoire obstructif
RCV	Risque cardio-vasculaire	TVR	Trouble ventilatoire restrictif
RD	Rétinopathie diabétique	Tx	Thorax
RGO	Reflux gastro-oesophagien	TXA2	Thromboxane A2
RHJ	Reflux hépato-jugulaire	UGD	Ulcère gastro-duodéal
RM	Rétrécissement mitral	VADS	Voies aérodigestives supérieures
RPCA	Résistance à la protéine C activée (= déficit en facteur V)	VB	Voies biliaires
RPM	Réflexe photomoteur	VHA (VHB, C, D, E)	Virus de l'hépatite A (B, C, D, E)
RPM	Rupture prématurée des membranes	VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
RSA	Revenu de solidarité active	VitD	Vitamine D
RTx	Radio de thorax		
S	Semaine (3S = 3 semaines)		
SA	Semaines d'aménorrhée (36SA = 36 semaines d'aménorrhée)		
SAOS	Syndrome d'apnée obstructive du sommeil		
SAPL	Syndrome des antiphospholipides		
SAT-VAT	Sérologie antitétanique - Vaccination antitétanique		
SAU	Service d'accueil des urgences		
SB	Substance blanche (cérébrale)		
SC	Sous-cutané		
Sd	Syndrome		
SdG	Signe de gravité		
SEP	Sclérose en plaques		
SG	Substance grise (cérébrale)		
SGS	Syndrome de Goujerot-Sjögren		
SMG	Splénomégalie		
SN	Syndrome néphrotique		
SNG	Sonde naso-gastrique		
SpA	Spondylarthrite		
SpO2	Saturation en oxygène de l'hémoglobine		
SRAA	Système rénine angiotensine aldostérone		
ssi	Si et seulement si		
SSR	Soins de suite et de réadaptation		
Staph	Staphylocoque		
TA	Tension artérielle		
TA	Troubles de d'adaptation		
TAG	Trouble anxieux généralisé		
TC	Tronc cérébral, Trauma crânien		
TCA	Trouble du comportement alimentaire		
TCA	Temps de Céphaline activée (équivalent du TCK)		
TCC	Thérapie Cognitivo-comportementale		
TCK	Temps de Céphaline Kaolin (équivalent du TCA)		
TDAH	Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité		
TDM AP	TDM abdomino-pelvien		

Mesure de l'état de santé de la population

OBJECTIFS CNCI

- Expliquer les principaux indicateurs de l'état de santé d'une population (taux de mortalité et espérance de vie).
- Préciser les principales données épidémiologiques et médico-économiques des grandes causes de handicap chez l'adulte et chez l'enfant, définir la notion de vie sans incapacité.
- Préciser les critères constitutifs d'une priorité de santé publique.

1. Principaux indicateurs populationnels

Indicateurs démographiques :

- Population France : **67 millions**, en augmentation / Pays d'Europe le plus peuplé : **Allemagne** (83 millions)
- Espérance de vie :
 - Espérance de vie à la naissance :
 - durée de vie moyenne d'une génération soumise aux taux de mortalité de l'année en cours par âge
 - Espérance de vie en France : Augmenté de 2 mois par an jusqu'en 2014, maintenant stagne
 - Femme : 85 ans
 - Homme : 79.2 ans
 - Espérance de vie à un âge donné : Nombre moyen d'année supplémentaire que peut espérer vivre un individu à un âge donné s'il était soumis au même taux de mortalité par âge que ceux dans l'année en cours
 - Espérance de vie sans incapacité : espérance de vie totale retranchée des années en situation d'incapacité
- Natalité et fécondité : **800 000 naissances/an en France**
 - Taux brut de natalité : nombre de naissance vivante sur une année rapportée à la population moyenne

$$\text{Taux brut de natalité} = \frac{\text{nombre de naissance vivante pendant 1 an}}{\text{population moyenne pendant 1 an}}$$

⇒ En France : taux de natalité = **13/1000**

- Taux global de fécondité : prend en compte l'effet de l'âge → comparaison de population ≠

$$\text{Taux de fécondité} = \frac{\text{nombre de naissance vivante pendant 1 an}}{\text{population moyenne des femmes de 15 – 49 ans pendant 1 an}}$$

- Indice conjoncturel de fécondité : somme des taux de fécondité par âge des femmes de 15-49 ans sur une année donnée
- Taux de fécondité par âge :

$$\text{Taux de fécondité} = \frac{\text{nombre de naissance vivante de femmes d'un âge donné pendant 1 an}}{\text{Effectif moyen des femme de même âge la même année}}$$

- Descendance finale : somme des taux de fécondité par âge de 15 à 49 ans d'une génération de femme nées la même année
- !! Légère inégalité de répartition du sexe :
 - À la naissance : Garçon > Filles (51 garçons pour 49 filles)
 - Et avant 25 ans : Hommes > Femmes
- Répartition des âges : évaluable par la **pyramide des âges**
 - % de sujet âges dans la population en France :
 - > 65 ans : 15-20% population (passés de 15 à 18% en 15 ans)
 - > 75 ans : 10% population
 - Italie = pays d'Europe avec % seniors le plus élevé

- **Indicateurs de mortalité :**

- **Mortalité :** nombre de décès sur une période donnée
- **Mortalité prématurée :** Définie par **mortalité avant 65 ans**
 - **2 hommes pour 1 femme**
 - Mortalité prématurée représente **20% des décès** soit **120 000 décès/an**
 - **1^{ère} cause à tout âge = cancer**
 - **1^{ère} cause chez les 15-24 ans = accidents**
 - **1^{ère} cause chez les 25-34 ans = suicide**

- **Taux brut de mortalité :**

$$\text{Taux de mortalité} = \frac{\text{nombre de décès sur 1 an}}{\text{Effectif moyen de la population la même année}}$$

- **!!** Ne tient pas compte des facteurs liés à la mortalité (comme l'âge de la population)
 - ⇒ Rend la comparaison entre population non valable → il faut appliquer une méthode de standardisation
- **En France :** Taux de mortalité = **9/1000**
- **Taux spécifique de mortalité :**
 - **Par âge :** nombre de décès dans une tranche d'âge donné rapporté à la population moyenne de cette tranche d'âge sur une année
 - **Par sexe :** nombre de décès dans un sexe donné rapporté à la population moyenne de ce sexe sur une année
 - **Par cause :** nombre de décès dus à une cause rapporté à la population moyenne sur cette année
- **Taux de létalité par cause :** nombre de décès dus à une cause rapporté à la population atteint de cette cause la même année
- **Taux proportionnel de mortalité :** nombre de décès dus à une cause donnée rapporté au nombre de décès total cette même année
- **Mortalité infantile +++ :**
 - **Mortalité infantile :** décès < **1 an** parmi les enfants nés vivants = 3.7/1000
 - **Mortalité néonatale** = décès pendant **28 premiers jours** de vie parmi les enfants nés vivants
 - **Mortalité néonatale précoce :** entre J0 et J6
 - **Mortalité néonatale tardive :** entre J7 et J28
 - **Mortalité post-néonatale** = décès entre **J28 et J365** parmi les nés vivants
 - **Mortalité péri natale** = **morts nés + de J0 à J6 de vie** (TOUTES les naissances)
 - Ces chiffres sont stables depuis 10 ans
- **Principales causes de mortalité en France : 600 000 décès/an en France**
 - **1^{ères} causes dans la population : tumeurs puis MCV**
 - **1^{ères} causes chez la femme = CV puis tumeur**
 - **1^{ères} causes chez l'homme = tumeur puis CV**

- **Indicateurs de morbidités :**

- **Prévalence :** Nombre de cas d'une maladie à un instant donné au sein d'une population

$$P = \frac{M}{N_{\text{population}}}$$

- **Avec :**

- M = effectif de malade à un instant t
- N = effectif de la population à l'instant t

- **Intègre :**

- **Durée maladie** (avant guérison ou décès)
- **Vitesse d'apparition** nouveaux cas

- **Incidence d'une maladie** = Vitesse apparition nouveaux cas dans une population clairement déterminée

- **Taux d'incidence = densité d'incidence :**

- Soit **brut** (mortalité totale d'un service) soit **spécifique** (mortalité d'un service par choc septique)

$$\text{Taux d'incidence} = \frac{M}{\text{Personne Temps}}$$

- **Avec :**
 - M = effectif de nouveaux cas apparus durant l'intervalle [t, t+Δ[
 - Personne Temps = effectif de **personnes temps** susceptibles de produire un cas pendant l'intervalle [t, t+Δ[
- **!! Le TI n'est pas une probabilité**
 - S'exprime en nombre de nouveaux cas/personne temps
 - **1 personne temps = 1 personne x temps de suivi**
 - Jusqu'à l'apparition de la maladie, fin de l'étude, décès, perdu de vue
 - → unité la plus fréquemment utilisée = **personne année**
- **Relation entre incidence et prévalence :**
 - Si la **prévalence est faible** (< 10% en pratique)

$$P \approx TI \times D$$
 - **Avec :**
 - P la prévalence, TI le taux d'incidence
 - D la durée de la maladie
 - Si la **prévalence est élevée** (< 10% en pratique)

$$P \approx \frac{TI \times D}{1 + (TI \times D)}$$

- **Standardisation**

- Pour pouvoir comparer des indicateurs entre plusieurs population
- **Standardisation directe :**
 - = calcul sur une population de référence les taux de mortalité qu'on aurait observé si les 2 populations comparées (A et B) possédaient la même structure d'âge
 - **Indice comparatif de mortalité (ICM) = taux de mortalité standardisée** : Décès attendu par classe d'âge = taux de mortalité spécifique par classe d'âge dans la population A x effectif de la population de référence pour une classe d'âge
- **Standardisation indirecte :**
 - = calcul du nombre de décès attendu dans chaque groupe de comparaison (A et B) si les taux de mortalité étaient ceux d'une population de référence
 - Nécessitent de connaître les taux spécifiques de mortalité dans la population de référence (≠ standardisation directe)
 - **Ratio standardisée de mortalité (RSM)** : Décès attendu par classe d'âge = taux de mortalité spécifique par classe d'âge dans la population de référence x effectif de la classe d'âge dans la population A ou B

2. Principales données épidémiologiques et médico-économiques des grandes causes de handicap

- **Définition :**

- **Handicap** = « terme générique désignant déficiences, limitation d'activité ou restriction de participation » (CIF)
 - ⇒ Aspects négatifs du rapport entre un individu avec pathologies et son environnement (et influencé ++ par des facteurs personnels)

Déficiences	Altération fonction ou structure corporelle (organe)
Limitation d'activité	Altération des actes dans la vie quotidienne (marche, monter les escaliers...)
Restriction de participation	Limitation à la participation à la vie en société (travail, loisirs...)

- **Epidémiologie :**
 - **Adulte :**
 - ≈ 785 millions (15%) des personnes > 15 ans ont un handicap
 - 110 millions de personnes avec des très grands difficultés fonctionnelles (2.2%)
 - **Enfants :** 95 millions d'enfants ont un handicap (5%) dont 13 millions (0.7%) ont un handicap sévère

- **Grands types de handicap :**

- **Handicap psychique**
 - **Déficiences intellectuelles** : = **QI < 70**
 - Prévalence = 1-3% avec prédominance masculine ++
 - (!! N'intègre pas les dysfonctions spécifiques comme les dysgraphies, dyspraxie, dyscalculie...)
 - **Causes les plus fréquentes** : **T21** et **Sd de l'X fragile**

- **Déficiences psychiques :**
 - Troubles de la **vie relationnelle / communication** / comportement
 - **Exemple** : troubles du spectre autistique / schizophrénie...
- **Handicap physique :**
 - **Déficiences motrices :**
 - Prévalence = 1.5% pour les troubles moteurs isolés et 4% si associés à d'autres déficiences
 - **Lésion de moelle** : 30 000 personnes en France (sport, AVP, accident de travail)
 - **Infirmités motrices cérébrales** (≈3 enfants/5 000) : lésions cérébrales pré- ou péri-natales (le plus souvent AVC)
 - **Maladies musculaires d'origine génétique** : notamment myopathie de Duchenne (1 garçon/3500) / Dystrophie myotonique de Steinert (p = 5/100 000 et plus tardive)
 - **Handicaps sensoriels :**
 - **Cécité** : En France 1.5 millions de personnes malvoyantes avec 77 000 aveugles
 - **Surdité** : En France 3 millions de personnes malentendantes
- **Coût social du handicap :**
 - Handicap = **6.6% des prestations sociales** en France
 - Surtout pensions d'invalidité / AAH / dépenses pour hébergement des personnes handicapées
 - **Financement** : La majorité des dépenses financée par les régimes de la sécurité sociale / un peu par les départements

Soins psychiatriques sans consentement

OBJECTIFS CNCI

- Principes de la loi de juillet 2011 : argumenter les indications, les modalités d'application et les conséquences de ces procédures.
- Hospitalisation par ordonnance de placement provisoire : argumenter les indications, les modalités d'application et les conséquences de ces procédures.

1. Généralités

• Cas de la psychiatrie

- Soins consentis = majorité → ¾ des hospitalisations sont libres
- Situations particulières : troubles du jugement → hospitalisation « sous contrainte » : **80 000 personnes/an**

• Soins sans consentement selon la loi de Juillet 2011

○ Indications

- Médecin = **justification médicale** des mesures de soins sous contrainte
 - ⇒ Mais instauration effective faite par directeur de l'établissement d'accueil (ASPDT et ASPPI) ou le représentant de l'état (ASPDTRE)

➤ Conditions obligatoires à l'ASPDT ou ASPPI :

- 1. **Troubles mentaux**
- 2. État mental nécessitant **soins immédiats** et **surveillance médicale régulière**
- 3. Troubles mentaux rendent le **consentement impossible**

➤ Conditions de l'ASPDTRE : Troubles mentaux nécessitent soins immédiats

- ⇒ Compromettent **sûreté des personnes** ou portent gravement atteinte à l'**ordre public**

○ Établissements de psychiatrie pouvant accueillir hospitalisation sous contrainte

- **Liste limitative autorisés par l'ARS** après avis du représentant de l'état dans le département ++
- **Transport vers établissement habilité**: Ssi ≥ **1 certificat** médical ET demande du tiers en ASPDT

○ Certificats nécessaires aux SPSC :

- **Certificats pour l'instauration des mesures de SPSC** : par tout médecin thésé inscrit au conseil de l'ordre
- **Certificats suivants** : par **médecins psychiatres**
- Mention des **dates et heures** pour respect délais fixés par la loi / **PAS** de mention du diagnostic sur les certificats

2. Les différentes mesures et leurs modalités

• ASPDT classique

○ Établissement de la demande de SPSC : Article **L3212-1 II 1** du CSP

➤ « Tiers » pouvant faire la demande de SPSC :

- **Membre de la famille** (cas le plus fréquent)
- **Personne justifiant relations avec le malade** antérieures à la demande de soins et lui donnant qualité pour agir **dans l'intérêt** (cf. pas de conflit important) du malade (amis...)
- **Tuteur ou curateur** d'un majeur protégé (en fournissant l'extrait de mise sous tutelle/curatelle)
- **!! À l'exclusion de** : personnel de soins de l'établissement de PEC du malade ++

➤ Saisissent **directeur de l'établissement** : demande **manuscrite** ET copie **pièce d'identité du tiers demandeur**

○ Certificats médicaux nécessaires : par tout médecin (pas forcément psychiatre)

➤ **2 certificats médicaux circonstanciés < 15 j attestant :**

- État mental nécessitant **soins immédiats** et une **surveillance médicale constante**
- **Troubles mentaux** rendant consentement impossible

➤ **1^{er} certificat** : Par médecin n'exerçant **pas** dans l'établissement d'accueil

- Constate état mental / caractéristiques maladie / nécessité de soins
- **!!** Ne doit pas lever le secret médical (**sans** préciser le diagnostic médical)

➤ **2nd certificat par second médecin** : Peut exercer (mais pas obligatoirement) dans l'établissement d'accueil

➤ **!!** Médecin ne doit pas être parent ou allié au **4^{ème} degré inclusivement** ni entre eux / ni du directeur de l'établissement d'accueil / ni du malade / ni du tiers demandant les soins

○ Prononciation décision d'admission par **directeur de l'établissement**

- **L'ASPDPT en urgence** : Article **L3212-3** du CSP
 - **Conditions** : **risque grave** d'atteinte à l'intégrité du malade
 - **Établissement de la demande**
 - **Tiers pouvant faire la demande** : idem ASPDT classique
 - **Saisissent le directeur de l'établissement** : idem ASPDT classique
 - **Directeur de l'établissement prononce l'admission avec 1 seul certificat médical**
 - ⇒ **!!** Ce certificat peut émaner d'un médecin exerçant **dans l'établissement**
- **L'ASPPI (Péril Imminent)** : Article **3212-1-II-2** du CSP
 - **Conditions** : **!!** Impossibilité d'obtenir demande de la part d'un tiers
 - **Péril imminent** pour la santé de la personne à la date de l'admission
 - Constatation état de santé par **certificat médical**
 - **Directeur de l'établissement** : Prononce l'admission avec **un seul certificat médical**
 - **Certificat médical** : par un **médecin extérieur à l'établissement d'accueil**
 - Constate état mental / caractéristiques maladie / nécessité soins
 - Ne doit pas être parent ou allié au 4^{ème} degré **inclusivement** avec directeur de l'établissement / malade
- **L'ASPDRÉ** : Article **L3213-1** du CSP
 - **Conditions** :
 - 1. Troubles mentaux
 - 2. État mental nécessitant soins immédiats et surveillance médicale régulière
 - 3. Troubles mentaux rendent le consentement impossible
 - 4. ET Compromettant **sûreté personnes** ou portant gravement **atteinte à l'ordre public**
 - **Prononcés par arrêté préfectoral du représentant de l'État dans le département (Préfet)**
 - **Arrêté préfectoral** motivé et énonce circonstances nécessitant soins
 - **Désigne établissement** assurant PEC de la personne malade
 - **Certificat médical nécessaire** : **Un seul** / Ne peut provenir d'un médecin de l'établissement d'accueil
 - **Autre modalité d'entrée dans les soins si danger imminent pour la sûreté des personnes** :
 - Sur la base **d'un avis** (et non certificat !) médical / Prononcé par le **maire** (ou commissaires de police à Paris)
 - Pour personne avec comportement révélant troubles mentaux manifestes
 - **!! Situation à référer dans les 24h au représentant de l'État**
 - Statue sur arrêté d'admission en soins psychiatriques (ASPDRÉ) s'il y a lieu
 - **!!** Sans décision du représentant de l'État : mesures caduques après 48h
 - **À noter** : transformation ASPDT en ASPDRÉ possible

3. Les soins sous contrainte

- **Période initiale de soins et d'observation de 72h** : En hospitalisation complète
 - Aucun programme de soins ne peut être instauré avant la fin de cette période
 - **Levée de la mesure possible à tout moment** : Par le **psychiatre de l'établissement d'accueil**
 - **Au cours des 72h** :
 - **Au moins 2 examens psychiatriques**
 - **Au moins 1 examen médical non psychiatrique complet par un médecin**
 - Obligatoire **dans les 24h** post admission
 - Pas de certificat mais à consigner par écrit dans le dossier (médico-légal)
 - **Rédaction de 2 certificats médicaux** : **Dans les 24h** puis entre la **48^{ème}** et la **72^{ème}** heure
 - **Objet** : Constate état mental / nécessité maintien des soins
 - Par un psychiatre de l'établissement
 - ⇒ **!!** Ne peut être l'auteur d'un certificat médical sur lequel la décision d'admission a été prononcée +++
 - Les 2 certificats doivent être rédigés par 2 psychiatres différents si : ASPDTU / ASPPI / ASPDRÉ
 - ⇒ **tout sauf ASPDT classique**
 - **À l'issue des 72h** :
 - **Si les 2 certificats concordent pour maintien soins psychiatriques** : proposition **soins de suite**
 - ⇒ Hospitalisation complète ou **programme de soins** (à inclure dans certificat)
 - **Certificats justifient la décision de levée des SPSC** : patient sort
- **Maintien au-delà de 72h**
 - Psychiatre en charge du peut à tout moment demander le switch hospitalisation complète - programme de soins
 - **Hospitalisation complète continue** : nécessité surveillance médicale constante
 - **Autorisation de sortie de courte durée possible pour tout patient**

- **Programme de soins** : Soins ambulatoires / à domicile / HAD / HDJ
 - **Programme de soins** : Établi **par écrit / après avis du patient** pendant entretien
 - Modifiable par **psychiatre de l'établissement d'accueil** seulement
 - Définit types / périodicité / lieux de réalisation des soins / prise de médicament
 - **!!** Ne comporte aucun renseignement sur maladie / diagnostic / nom des médicaments ++
 - **Information modalités légales des programmes de soins**
 - ⇒ **!!** Aucune mesure de contrainte ne peut être mise en œuvre dans un programme de soins
- **Maintien des mesures de soins sous contrainte** (hospitalisation ou programme de soins)
 - **Pendant toute la durée de la mesure** :
 - **Certificat circonstancié** : tous les mois par un **psychiatre** de l'établissement
 - **Si patient ne peut être examiné** : **avis médical** basé sur dossier
 - **Si durée des soins > 1 an à partir de l'admission** :
 - **Évaluation médicale approfondie de l'état mental** : par **collège de 3 membres**
 - Appartenant au **personnel de l'établissement** : psychiatre participant à PEC / psychiatre ne participant pas / représentant de l'équipe pluridisciplinaire participant à la PEC
 - Collège recueille l'**avis du patient**
 - Si impossibilité d'examiner patient à l'échéance prévue : évaluation et recueil de son avis dès que possible
 - Évaluation **renouvelée tous les ans**
- **Modalités de contrôle judiciaire des mesures**
 - **Pour toute hospitalisation complète** : Examen **juge des libertés** du TGI dont dépend l'établissement d'accueil
 - **Contrôle initiale** : Maximum **12j post admission** (ou réintégration)
 - Saisi directeur établissement (ASPDT-ASPPI) ou représentant de l'État (ASPDTRE) **dans 8j** post (ré)admission
 - Avec avis motivé rédigé par psychiatre pour poursuivre hospitalisation (donc doit être rédigé dans les **8j**)
 - **Puis tous les 6M** : tant que se prolonge l'hospitalisation
 - **Après 1 an d'hospitalisation** : Avis joint à saisine écrit par **collège pluridisciplinaire** évaluant le patient 1x/an
 - **!!** Si besoin : avis mentionne motifs médicaux faisant obstacle à audition patient car ils nuiraient à son intérêt
 - **Déroulement de l'audience**
 - Dans une salle aménagées selon consignes légales / dans établissement de santé (au TGI si avis du juge)
 - Débats publics ou en chambre du conseil si le juge ou patient le demande / sans visioconférence
 - **Débat contradictoire** : patient et directeur ou représentant de l'État convoqués
 - **!!** Patient **peut refuser** de se rendre à l'audience indépendamment de toute considération médicale
 - Présence d'un **avocat obligatoire** choisi par patient ou commis d'office
 - **Tiers convoqué si ASPDT** : l'informer que son nom sera sur convocation que le patient reçoit
 - ⇒ Mais n'est pas obligé de se rendre à l'audience +++
 - **Décision du juge et voies de recours** : Juge rend son ordonnance dans **suites immédiates** de l'audience
 - **Statue sur maintien mesure hospitalisation complète** : **Juge = seul souverain de sa décision** +++
 - Soit levée totale de la mesure / Soit poursuite hospitalisation complète
 - Soit fin d'hospitalisation complète (psychiatre peut ou non instaurer programme de soins)
 - **Procédure d'appel** : toute les parties peuvent faire appel
 - Devant 1^{er} président cour d'appel ou son délégué (via procureur de la République qui transmet demande)
 - **!! Appel non suspensif** : décision du juge mise en application (hors danger pour la personne ou un tiers)
- **Modalité de levée**
 - **Sur avis du psychiatre** : **Certificat médical** circonstancié
 - **ASPDT ou ASPPI** : directeur de l'établissement lève mesure **dès que le psychiatre le propose** dans son certificat
 - **ASPDTRE** : représentant de l'État peut mettre fin à la mesure à tout moment
 - **Après avis d'un psychiatre** participant à la PEC
 - ⇒ Directeur réfère l'avis du psychiatre au représentant de l'État **dans les 24h**
 - Représentant de l'État **statue dans les 3 jours francs** après réception
 - **Sur ordonnance du juge** : Mainlevée totale des soins sans consentement ou seulement de l'hospitalisation complète
 - ⇒ Établir ou non programme de soins = décision du psychiatre prenant en charge le patient ++
 - **À la demande de la commission départementale des soins psychiatriques (CSDP)**
 - **Examine situations** :
 - Des patients en soin psychiatrique dont elle reçoit une réclamation
 - De tout patient en **ASPPI** / De tout patient dont les **soins sont > 1 an**
 - **Si CSDP demande levée soins psychiatrique** : prononcé par directeur ou représentant de l'État
 - **À la demande d'une tierce personne** : **ASPDT ou ASPPI**
 - Levée mesure prononcée par directeur de l'établissement
 - Si demandée par toute personne remplissant les conditions de « tiers » (cf supra)

- **Sauf si :**
 - **Certificat médical < 24h établi par psychiatre** (ou avis) : attestant l'arrêt soins représente un **péril imminent**
 - ⇒ information du refus au demandeur par écrit et indiquer voies de recours (juge des libertés)
 - **Certificat ou avis médical < 24h** : attestant état mental **compromet la sûreté des personnes/l'ordre public**
 - Directeur informe avant la levée de soins le **représentant de l'état** (ou Préfet de police à Paris)
 - → Arrêté peut être pris pour transformer la mesure en ASPDRE
- **Pour défaut dans les procédures**
 - **Saisine du juge des libertés pour anomalies de mesure**
 - **!!** Toute anomalie n'entraîne pas forcément la levée de la mesure
 - **Si juge n'a pas statué avant délai** : mainlevée de la mesure complète est acquise
 - Idem si juge non saisi dans délais impartis (sauf circonstances exceptionnelles)
 - **Défaut de production d'un certificat médical / avis / attestation prévus** : **levée de la mesure de soins**

4. Droit des patients

- **Droit de l'information du patient**
 - **Obligation légale appartenant aux directeurs / représentants de l'état / médecins**
 - Notifier en donnant **copie des décisions et arrêtés**
 - Garder trace de l'information donnée dans le dossier du patient ++ (médico-légal)
 - **Rechercher avis du patient avant toute décision** : Pris en considération dans la mesure du possible
- **Les voies de recours**
 - **!! Patient peut saisir à tout moment le juge des libertés** : pour demander levée de la mesure
 - **Peut saisir Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la PEC de l'établissement**
 - Veille au respect des droits des usagers
 - Peut transmettre demande à la commission départementale des soins psychiatriques
 - **Peut saisir la CDSP**
 - **Peut communiquer avec** : députés / sénateurs / représentants du parlement européen élus en France / contrôleur général des lieux de privation de liberté
- **Droits préservés**
 - **Le patient garde les droits de :**
 - Prendre conseil d'un médecin ou avocat de son choix
 - Émettre ou recevoir des courriers / Consulter règlement intérieur de l'établissement
 - Exercer son **droit de vote** / Activités religieuses ou philosophiques de son choix
 - **À l'issue de la mesure** : patient conserve totalité de ses droits et devoirs civiques
- **Obligation de protection par sauvegarde de justice**
 - Tout médecin constatant que patient a besoin d'être protégé pour actes vie civile doit faire déclaration au **procureur de la République**
 - → Information du représentant de l'État de la mise sous sauvegarde
- **Information de tierces personnes**
 - Tiers informé de toute modification de la PEC / sortie courte durée non accompagnée / levée de la mesure
 - **Certificats médicaux rédigés sont transmis** :
 - Au directeur de l'établissement ou au représentant de l'état ou préfet de police
 - **CDSP** : Prévenue **toute admission** personne en soins psychiatrique / copie de tous les certificats médicaux
 - **Information sans copie des certificats médicaux de l'instauration et la levée de la mesure pour** :
 - Procureur de la République près le TGI du ressort duquel est situé l'établissement d'accueil
 - Procureur de la République près le TGI où le patient a sa résidence habituelle
 - **Patients en ASPDRE = représentant de l'État avisé**
 - **Maire** de la commune de l'établissement et résidence du patient / **Famille** du patient
 - Personne chargée de protection juridique du patient

5. Hospitalisation par ordonnance de placement provisoire (OPP)

- **Cadre général pour l'hospitalisation des mineurs**
 - **Décision d'admission (ou levée) en soins psy demandé par personnes titulaires de l'autorité parentale**
 - Si désaccord entre titulaires de l'autorité parentale → saisie du **juge des affaires familiales**
 - Si refus des parents de soins indispensables → **OPP soin**
 - **ASPDRE possible** :
 - **Conditions** : Troubles mentaux nécessitant des soins / Compromet **sûreté personnes** ou **ordre public**
 - **Mineur détenu et troubles mentaux** : mesure d'ASPDRE selon mêmes mesures que personnes détenues
- **Hospitalisation par ordonnance de placement provisoire**
 - **Placement mineur non émancipé** auprès personne ou structure susceptible d'assurer son accueil et hébergement
 - **OPP ASE** (foyer urgence, famille, accueil) : structure d'hébergement
 - **OPP soin** : si refus de soin indispensables par les parents

- **Ordonnance** : Décision prise par **juge des enfants** (ou procureur de la république à Paris)
 - Si santé ou sécurité ou moralité du mineur en danger
 - Ou condition de son éducation et développement physique, intellectuel ou social sont gravement compromises
- **2 modalités d'OPP** :
 - **OPP pénale** : Pour **procédure pénale** quel qu'en soit le stade (enquête préliminaire, instruction, jugement)
 - Impose hospitalisation en psychiatrie au mineur avec ou sans accord de la famille
 - Certificat médical non nécessaire au préalable
 - **OPP civile** : **Juge pour enfants** peut placer mineur dans établissement de soins
 - Seulement après **avis médical circonstancié** par médecin extérieur à établissement d'accueil
 - **Durée initiale : 15j / renouvelable 1M** par psychiatre de l'établissement
- **Indication OPP psychiatrie (OPP soin civile)** : Évaluation ou traitement spécialisé si le juge l'estime nécessaire
 - Hospitalisation obligatoire sur décision du **juge des enfants**
 - **Après évaluation médicale préalable ++** : **Avis médical circonstancié** par médecin extérieur à l'établissement
 - **Décision initiale du juge** : dure **15 jours maximum** / Renouvelables pour des **périodes de 1M maximum**
- **Saisi du juge** : peut statuer aux requêtes
 - **Personnes pouvant saisir juge** : Parents / Personne ou service à qui l'enfant confié / le mineur / ministère public
 - **Si urgence** :
 - **Procureur de la République** : du lieu où le mineur a été trouvé à le **même pouvoir que le juge des enfants**
 - Doit **saisir juge compétent dans les 8j**
- **Parents conservent** : Droit de correspondance / de visite / d'hébergement
 - **!!** Le juge en fixe les modalités et peut décider de suspendre provisoirement l'un des droits
 - ⇒ Peut décider d'imposer tiers désigné par l'établissement pour visite des parents au mineur
 - ⇒ Anonymat du lieu d'accueil possible si intérêt du mineur / en cas de danger

6. Synthèse

• Soins psychiatriques sans consentement

- **2 conditions** :
 - état mental qui nécessite des soins et une surveillance immédiate
 - ET impossibilité d'y consentir

Mise en place des SPSC	SPDT classique	Conditions : - Certificat par <u>médecin extérieur</u> + 2nd certificat - Demande d'un tiers (avec copie CNI) Prononcé : par le directeur de l'établissement
	SPDT urgence	Conditions : - Troubles mentaux manifestes avec danger pour sécurité patient - 1 certificat + demande d'un tiers (avec copie CNI) Prononcé : par le directeur de l'établissement
	SPPI	Conditions : - Péril imminent avec ABSENCE de tiers - 1 certificat par <u>médecin extérieur</u> Prononcé : par le directeur de l'établissement
	SPDRE	Conditions : - Compromet la sureté des personnes ou porte atteinte de façon grave à l'ordre public - 1 certificat par <u>médecin extérieur</u> Prononcé : par arrêté préfectoral
Période initiale d'observation = 72h	Dans les 1 ^{ères} 24h : certificat des 24h + Examen somatique Entre 48 et 72h : certificat des 72h (par psychiatre ≠ du certificat des 24h sauf SPDT classique)	
Mode de prise en charge > 72h	Hospitalisation complète continue (HCC)	Avis motivé transmis au juge des libertés et détention (JLD) avant J8 Audition avec JLD + jugement avant J12 Sorties de courte durée : possibles - < 12h et accompagnées (2011) - OU < 48h et non accompagnées (2013)
	Programme de soins (PS)	Rédigé par le psychiatre responsable de la prise en charge ⇒ Doit préciser types et lieu des soins / Périodicité des soins !! Possible réintégration en HCC : certificat de demande du psychiatre (puis audition avec JLD dans les 12 jours)
Contrôle des SPSC (HCC ou PS)	Certificat médical tous les mois Audition avec le JLD +++ tous les 6M Avis du collège pluridisciplinaire tous les ans	
Levée de la mesure	- Par le psychiatre sur sa demande - Par le JLD - CDSP - ± demande par le tiers	

2^e ÉDITION ACTUALISÉE

iECN : Toute la spécialité, par le Major

⇒ Travailler efficacement l'iECN avec les fiches du Major

- Les fiches actualisées du Major
- Tous les Items de la spécialité

⇒ Votre nouvel outil pour mettre toutes les chances de votre côté

- Un contenu organisé, synthétique et adapté à la réponse aux QCM
- Les explications utiles pour comprendre et mémoriser
- Des couleurs pour hiérarchiser les connaissances et faciliter la lecture
- Les points essentiels, schémas, tableaux, pour mieux comprendre
- Un texte et une iconographie en couleurs

⇒ Un livre pour avoir toute la spécialité en tête le jour J.

Les auteurs :

Alexis Maillard, Major aux iECN 2018

Lina Jeantin, 71^e aux iECN 2018

Coordination : Dr Sylvain Bodard, 7^e aux ECN 2013, conférencier d'Internat

Préface du Pr Claire Le Jeune, Professeur de Thérapeutique à l'Université Paris Descartes,
Ex vice doyen à la pédagogie

20 € TTC

ISBN : 9782846782883



9 782846 782883

MED-LINE
Editions

www.med-line.fr