

Santé publique Médecine légale Médecine du travail – LCA



Dr Claudy Mannoury
Dr Anne Jolivet



- Plus de 500 dessins
- Tout comprendre en 1 coup d'œil
- Visualiser, mémoriser !

MED-LINE
Editions

Sommaire

Préface.....	5
Les mots des autrices	7
Remerciements	9
Item 1 La relation medecin-malade. La communication avec le patient et son entourage. L'annonce d'une maladie grave ou letale ou d'un dommage associe aux soins. La formation du patient. la personnalisation de la prise en charge medicale.....	11
Item 2 Les valeurs professionnelles du médecin et des autres professions de santé.....	23
Item 3 Le raisonnement et la décision en médecine. La médecine fondée sur les preuves (Evidence Based Medicine, EBM). La décision médicale partagée. La controverse.	31
Item 4 Infections associées aux soins	41
Item 4 Qualité et sécurité des soins. La sécurité du patient. La gestion des risques. Les événements indésirables associés aux soins (EIAS). Démarche qualité et évaluation des pratiques professionnelles	55
Item 5 Responsabilités médicale pénale, civile, administrative et disciplinaire. La gestion des erreurs et des plaintes ; l'aléa thérapeutique.	71
Item 6 L'organisation de l'exercice clinique et les méthodes qui permettent de sécuriser le parcours du patient.	81
Item 7 Les droits individuels et collectifs du patient.	87
Item 8 Les discriminations.	97
Item 9 Introduction à l'éthique médicale.	105
Item 11 Violences et santé.	125
Item 12 Violences sexuelles.....	135
Item 13 Certificats médicaux. Décès et législation	145
Item 14 La mort	157
Item 16 Organisation du système de soins. Sa régulation. Les indicateurs. Parcours de soins.....	163
Item 17 Télémédecine, télésanté et téléservices en santé.....	183

Item 18	Santé et numérique.....	189
Item 19	La sécurité sociale. L'assurance maladie. Les assurances complémentaires. La complémentaire santé solidaire (CSS). La consommation médicale. Protection sociale.....	203
Item 20	La méthodologie de la recherche en santé.. ..	217
Item 323	Analyser et utiliser les résultats des études cliniques dans la perspective du bon usage- analyse critique, recherche clinique et niveaux de preuve.....	217
Item 21	Mesure de l'état de santé de la population.....	259
Item 29	Connaître les principaux risques professionnels pour la maternité, liés au travail de la mère.....	267
Item 57	Maltraitance et enfants en danger. Protection maternelle et infantile.. ..	275
Item 59	Sujets en situation de précarité.....	287
Item 75	Addiction au tabac.....	297
Item 76	Addiction à l'alcool.. ..	305
Item 77	Addiction aux médicaments psychotropes (benzodiazépines et apparentés).	315
Item 78	Addiction au cannabis, à la cocaïne, aux amphétamines, aux opiacés, aux drogues de synthèse.	321
Item 79	Addictions comportementales.. ..	337
Item 145	Surveillance des maladies infectieuses transmissibles.....	343
Item 146	Vaccinations	355
Item 179	Risques sanitaires liés à l'eau et à l'alimentation. Toxi-infections alimentaires.....	369
Item 180	Risques sanitaires liés aux irradiations. Radioprotection.	381
Item 181	La sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme. La veille sanitaire (voir item 325). .	391
Item 182	Environnement professionnel et santé au travail.....	399
Item 183	Organisation de la médecine du travail. Prévention des risques professionnels.	405
Item 184	Accidents du travail et maladies professionnelles : définition et enjeux.....	415
Item 327	Principes de la médecine intégrative. Utilité et risques des interventions non médicamenteuses et des thérapies complémentaires.	423
Item 367	Impact de l'environnement sur la santé.	429

La santé publique est une spécialité médicale qui occupe une place singulière dans la formation des médecins. À la croisée des sciences biomédicales, des sciences sociales et des politiques de santé, elle invite le futur praticien à élargir son regard : au-delà du patient individuel, vers les populations, les déterminants sociaux et environnementaux de la santé, ainsi que les systèmes qui structurent les parcours de soins. La santé publique, c'est la médecine qui sort du cabinet pour observer le monde !

Elle peut sembler abstraite quand on la réduit aux chiffres ou aux modèles statistiques. Mais elle est partout dans la pratique clinique ! L'analyse des indicateurs de qualité et de sécurité des soins à l'échelle d'un service ou d'un établissement interroge la pertinence des organisations et des pratiques professionnelles. L'étude de l'évolution de l'incidence du diabète de type 2 éclaire les enjeux de prévention et d'éducation thérapeutique. De même, l'analyse d'une épidémie de grippe donne corps aux notions d'épidémiologie, de couverture vaccinale et de stratégies de prévention collective, tandis que l'examen des parcours de soins des patients atteints de maladies chroniques met en lumière les défis de coordination, d'accessibilité et d'équité du système de santé. Autant d'exemples concrets qui montrent que la santé publique guide nos décisions pour améliorer la prise en charge individuelle.

Aujourd'hui, face aux crises sanitaires, aux transitions démographiques et environnementales ainsi qu'aux innovations technologiques, comprendre la santé à l'échelle collective est indispensable. Savoir lire les données, les interpréter et les transformer en actions concrètes fait partie du rôle de tout médecin du XXI^e siècle !

Cet ouvrage a été pensé pour vous accompagner dans cet apprentissage. Il couvre tous les grands champs de la santé publique : épidémiologie, prévention, promotion de la santé, organisation des soins, inégalités sociales et territoriales, sécurité sanitaire, santé environnementale, avec l'ambition d'offrir des repères solides pour comprendre, analyser et agir dans l'exercice d'une médecine éclairée, responsable et adaptée aux enjeux contemporains.

Au fil des pages, vous développerez des compétences transversales essentielles : interpréter les données de santé, lire et critiquer la littérature scientifique, intégrer les déterminants sociaux et environnementaux dans vos décisions et construire une médecine partagée avec vos patients.

La santé publique n'est pas périphérique. Elle est au cœur de la médecine moderne. Elle relie le soin individuel à une vision plus large. Elle vous permet d'agir, non seulement pour un patient, mais pour toute une population.

Pr Leïla Moret
Médecin de Santé Publique, Chef du service de santé publique
et environnementale du CHU de Nantes

Cet ouvrage s'adresse en premier lieu aux étudiants en médecine souhaitant aborder de façon claire, rigoureuse et synthétique les notions fondamentales de santé publique, de médecine légale, de médecine du travail et de lecture critique d'article, dans le cadre de la réforme du deuxième cycle des études médicales. Conçu comme un support solide, structuré et actualisé, il s'appuie sur les enseignements des collèges de spécialité et le référentiel d'apprentissage LiSA. Chaque chapitre a toutefois fait l'objet de recherches approfondies, afin de proposer des contenus à jour, clarifiés et hiérarchisés, répondant aux exigences de la formation médicale actuelle.

L'ouvrage a par ailleurs bénéficié d'une relecture attentive et exigeante par des experts issus de disciplines complémentaires — médecin de santé publique, médecin du travail, épidémiologiste, médecin de veille sanitaire, addictologue, infectiologue, radiologue et patient partenaire — garantissant la fiabilité scientifique, la cohérence et la pertinence des contenus proposés.

Grâce à une pédagogie structurée, enrichie de dessins, schémas, tableaux et fiches de synthèse, cet ouvrage vise à faciliter l'apprentissage, la mémorisation et la réussite aux EDN, tout en constituant un socle solide pour la pratique médicale future. À travers une approche illustrée, colorée et souvent teintée d'humour, nous avons souhaité proposer une autre manière d'apprendre, plus vivante, afin que ces disciplines parfois redoutées soient abordées avec davantage d'enthousiasme — et, pourquoi pas, suscitent des vocations !

Enfin, cet ouvrage s'adresse également à l'ensemble des étudiants, professionnels de santé et usagers du système de santé désireux de mieux comprendre son organisation, son fonctionnement et les enjeux majeurs de la santé publique contemporaine.

Claudy Mannoury est médecin de santé publique et doctorante en sciences au Département d'Information Médicale de l'Institut de Cancérologie de l'Ouest. Elle a corédigé l'ouvrage et en a conçu l'ensemble des schémas et illustrations, qui en constituent l'ossature pédagogique.

Anne Jolivet est médecin de santé publique, Docteur ès sciences, actuellement Praticien Hospitalier au CHU de Nantes. Elle a assuré la corédaction et la supervision de l'ouvrage.

Remerciements

« Je remercie chaleureusement toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à cet ouvrage, notamment le service de santé publique du CHU de Nantes. Par vos regards attentifs, vos remarques précieuses et votre soutien, vous avez largement participé à en faire un travail rigoureux, pédagogique et actualisé. Je souhaite enfin remercier mes proches pour leur soutien constant. Cet ouvrage est dédié à mes amis et à mes parents, et tout particulièrement à ma mère, décédée d'un glioblastome. Il est l'hommage d'une fille à son courage face à la maladie, à sa force dans l'épreuve et aux valeurs qu'elle m'a transmises. C'est aussi le témoignage d'un engagement : celui de persévérer, chaque jour, à la hauteur de ce qu'elle m'a appris. »

Claudy Mannoury

« Je remercie chaleureusement mes collègues, amis et membres de ma famille qui ont pris le temps de relire, commenter et corriger les différents chapitres de cet ouvrage : Leila Adriouch, David Boels, Roxane Denis, Léa Duchesne, Jean-Benoît Hardouin, Alexis Hoquet, Aida Jolivet, Sarah Jolivet, Evguenia Krastinova, Violaine Lacroix, Hélène Lepoivre, Leila Moret, Karim Samjee, Rémi Valter, et Matthieu Wargny. Par vos contributions expertes, vous avez largement participé à faire de cet ouvrage, un travail de qualité, pédagogique et actualisé.

Merci à Astrid Kerouedan, qui a participé aux premières étapes de cet ouvrage et a contribué à la première maquette.

Merci à Patrick Bellaiche pour son soutien, ses encouragements à toutes les étapes et sa confiance, et à France Sarfatti et l'équipe des Editions Med-Line pour leur accompagnement et leur professionnalisme.

A David, Eva et Esteban, je vous dédie cet ouvrage, en reconnaissance de votre soutien tout au long de ce travail. Que la persévérance et la détermination soient vos alliées pour demain. »

Anne Jolivet

Item 1 – La relation médecin-malade. La communication avec le patient et son entourage. L'annonce d'une maladie grave ou létale ou d'un dommage associé aux soins. La formation du patient. la personnalisation de la prise en charge médicale.



Objectifs

RANG A

- ☐ Connaître la définition de la relation médecin-malade, les principaux déterminants de la relation médecin-malade, les principaux corrélats cliniques de la relation médecin-malade
- ☐ Connaître les principes de « l'approche centrée sur le patient »
- ☐ Connaître la notion de représentation de la maladie
- ☐ Connaître les facteurs influençant l'information délivrée au patient
- ☐ Connaître la notion d'ajustement au stress
- ☐ Connaître les principaux mécanismes de défense observés chez les patients / leurs proches / les professionnels de santé dans le cadre de l'annonce d'une mauvaise nouvelle en santé
- ☐ Connaître la notion d'empathie clinique
- ☐ Connaître la notion d'alliance thérapeutique
- ☐ Connaître les principales étapes du processus de changement
- ☐ Connaître les indications et principes de l'entretien motivationnel
- ☐ Savoir comment se montrer empathique à l'égard du patient
- ☐ Connaître les principes d'une communication adaptée, verbale et non verbale, avec le patient et son entourage
- ☐ Connaître les enjeux et les modalités de l'annonce d'une mauvaise nouvelle en santé

Point définitions



A Relation médecin-malade

Désigne l'**interaction** entre un patient et son soignant **lors d'une consultation**, qu'elle soit **en présentiel ou à distance**. Cette relation englobe des **échanges verbaux et non verbaux** et repose sur des **principes d'écoute, de respect et d'empathie**, visant à offrir un **soin optimal** et à soutenir la prise en charge thérapeutique du malade. Elle implique également une **dimension éthique**, garantissant la **collaboration active** du patient dans sa démarche de soin.

Source : Rapport Académie Nationale de Médecine, 2021



Asymétrie de la relation médecin-malade

L'asymétrie de la relation médecin-malade fait référence aux **inégalités** qui existent entre les deux parties, à la fois physique, sociale, liée à des différences de savoir, de pouvoir et de responsabilités.

- **Pouvoir et autorité** : Le médecin, en raison de son statut et de son rôle dans la société, exerce une certaine autorité sur le patient.
- **Rôle et responsabilités** : Le médecin a la responsabilité de soigner et de guider le patient dans son parcours de soins vs le patient est généralement dans une situation de vulnérabilité, dépendant de l'avis et des compétences du médecin pour ses choix de traitement.
- **Inégalité de savoir** : savoir expert du médecin vs savoir profane du patient
- **Inégalité physique** : médecin généralement en bonne santé physique versus patient malade et vulnérable
- **Inégalité sociale** : médecin, souvent avec un statut élevé dans la société vs patient pouvant appartenir à une catégorie sociale moins favorisée, moins éduquée. Cette inégalité peut créer un rapport de **subordination** ou de **distance** entre les deux.

Principales composantes d'une relation médecin-malade de qualité, définie comme celle qui satisfait au mieux les deux acteurs, médecin et malade, contribue aux meilleurs résultats de la prise en charge thérapeutique, et satisfait aux principes de l'éthique :

1. **Écoute active** : Le médecin doit accorder une attention particulière aux paroles du patient, pour mieux comprendre sa souffrance et ses préoccupations.
2. **Empathie** : La capacité du médecin à comprendre et partager les émotions du patient est essentielle pour établir une relation de confiance.
3. **Respect** : Le médecin doit faire preuve de respect envers les croyances, idées et choix de vie du patient.
4. **Information** : Le diagnostic et les traitements doivent être expliqués de manière compréhensible et honnête, en tenant compte du niveau de compréhension du patient.
5. **Examen** : Un examen attentif et respectueux du patient est fondamental pour établir un diagnostic précis et renforcer la relation.
6. **Alliance thérapeutique** ^A :
 - Concept clé dans le traitement des **maladies chroniques**, d'origine psychanalytique

- Définie comme le **résultat de la collaboration mutuelle, du partenariat entre le patient et le thérapeute dans le but d'atteindre des objectifs partagés**
 - Sorte de contrat qui suppose un lien de nature **affective**
 - Cette approche inclut également les **aidants**, dont le rôle est crucial dans le suivi médical des patients chroniques
7. **Continuité des soins** : Une relation durable entre le patient et le médecin, fondée sur la confiance, favorise un suivi médical de qualité.
8. **Technologies et interdisciplinarité** : L'usage des technologies et le travail en équipe modifient la relation, mais doivent toujours préserver l'aspect humain du soin.

Source : Rapport Académie Nationale de Médecine, 2021

Les bénéfices de la relation médecin-patient ^A :

- Meilleure performance dans la démarche diagnostique (prise d'information complète et fiable)
- Amélioration de l'observance thérapeutique
- Amélioration des résultats clinico-biologiques
 - Ex : corrélation du niveau d'empathie du médecin et du contrôle de l'hémoglobine glycosylée et du LDL cholestérol chez les diabétiques (Hojat, Acad Med 2011).
 - Mécanisme : potentialisation de l'effet placebo et autres effets psychologiques non spécifiques



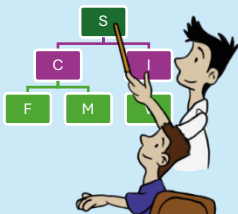
Les modèles de la relation médecin-malade du point de vue de la sociologie et de la santé



1. Les 4 modèles de Emmanuel/Emmanuel

Le modèle **paternaliste** a dominé la pratique médicale **jusqu'au milieu du 20^{ème} siècle**. Avec l'émergence des droits des patients et la reconnaissance de leur autonomie, ce modèle a évolué vers des approches plus participatives, où le patient est impliqué activement dans les décisions de santé.

Emmanuel et Emmanuel (JAMA, 1992) ont décrit **4 modèles**, selon 4 critères : les valeurs du patients, les devoirs du médecin, la conception de l'autonomie du patient et le rôle du médecin. Selon les auteurs, chaque modèle peut avoir sa place à un moment donné dans la relation de soin, mais le **modèle idéal** et de référence est le **modèle délibératif**.

	 Informatif = Soignant informe le malade et le laisse prendre seul les décisions	 Interprétatif = Soignant aide le patient à exprimer ses valeurs et préférences, puis prend les décisions qu'il juge bonnes de ce point de vue	 Délibératif = Soignant aide le malade à élaborer son point de vue et à choisir les décisions adaptées (décision partagée)	 Paternaliste = Soignant prend les décisions qu'il juge, de son point de vue, bonnes pour le malade
Valeur du patient	Définies, fixées et communiquées	En construction conflictuelles et nécessitant une élucidation	Ouverts à un développement et débat moral	Objectives et partagées par le patient et le médecin
Devoirs du médecin	Fournir une information factuelle pertinente Mettre en œuvre l'intervention choisie par le patient	Elucider et interpréter les valeurs du patient utile Informé le patient Mettre en œuvre l'intervention choisie par le patient	Articuler et convaincre le patient des valeurs les plus admirables Informé le patient Mettre en œuvre l'intervention choisie par le patient	Promouvoir le bien-être du patient indépendamment des préférences qu'il exprime
Conception de l'autonomie du patient	Choix et contrôle du soin médical	Compréhension de soi utile au soin médical	Auto-développement moral utile au soin médical	Assentiment à des valeurs objectives
Conception du rôle du médecin	Expert technique compétent	Conseiller	Ami ou enseignant	Gardien tuteur

2. L'approche centrée patient (ACP)

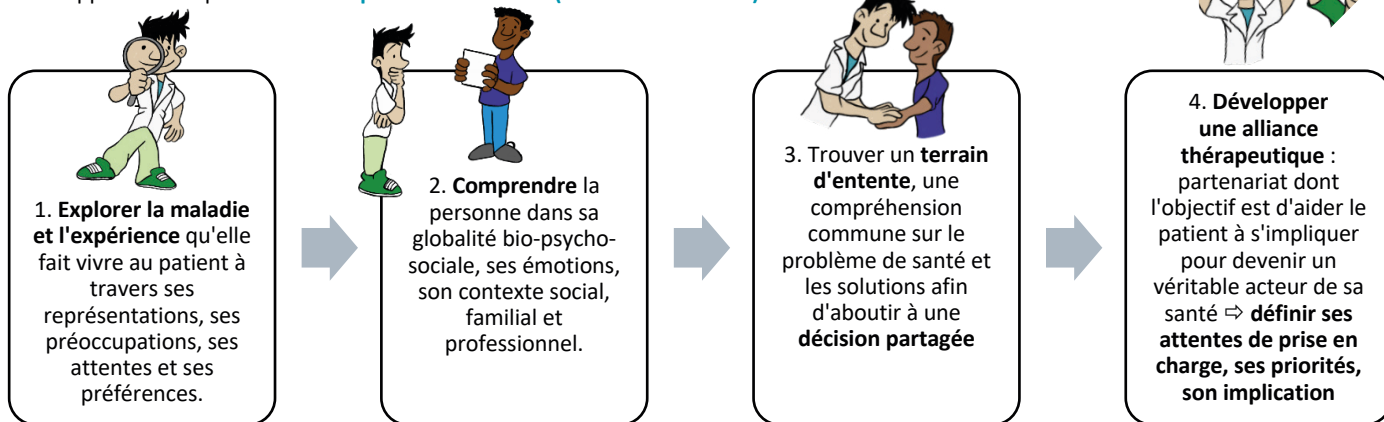
Ce modèle est une **démarche clinique** qui repose sur les travaux initiaux de Balint (psychanalyse), de Rogers (psychologie humaniste) repris par M. Stewart (Chercheuse canadienne en soins primaires).

Le modèle de l'approche centrée sur le patient a pour but de **comprendre la personne dans sa globalité subjective, personnelle et psychosociale**. Il existe plusieurs définitions avec un point commun : la démarche de soins centrés sur le patient (ou sur la personne) repose toujours sur le postulat éthique fondamental qui veut que les patients soient **traités comme des personnes, dans le respect de leur dignité et qu'ils bénéficient d'une prise en charge tenant compte de leurs besoins, attentes et préférences** (Nolte et al., 2017).

Selon la **HAS (2014)** : « l'approche centrée sur le patient et ses proches est une démarche de soin respectant et intégrant leurs préférences, leurs besoins et leurs valeurs. Elle suppose de recueillir et d'analyser l'expérience telle que rapportée/vécue par les patients afin de pouvoir adapter l'organisation des prises en charge. »

Cette démarche clinique a été élaborée pour contrebalancer les limites et insuffisances de la démarche biomédicale centrée sur la maladie, positiviste, réductionniste, fondée sur un raisonnement anatomoclinique et physiopathologique.

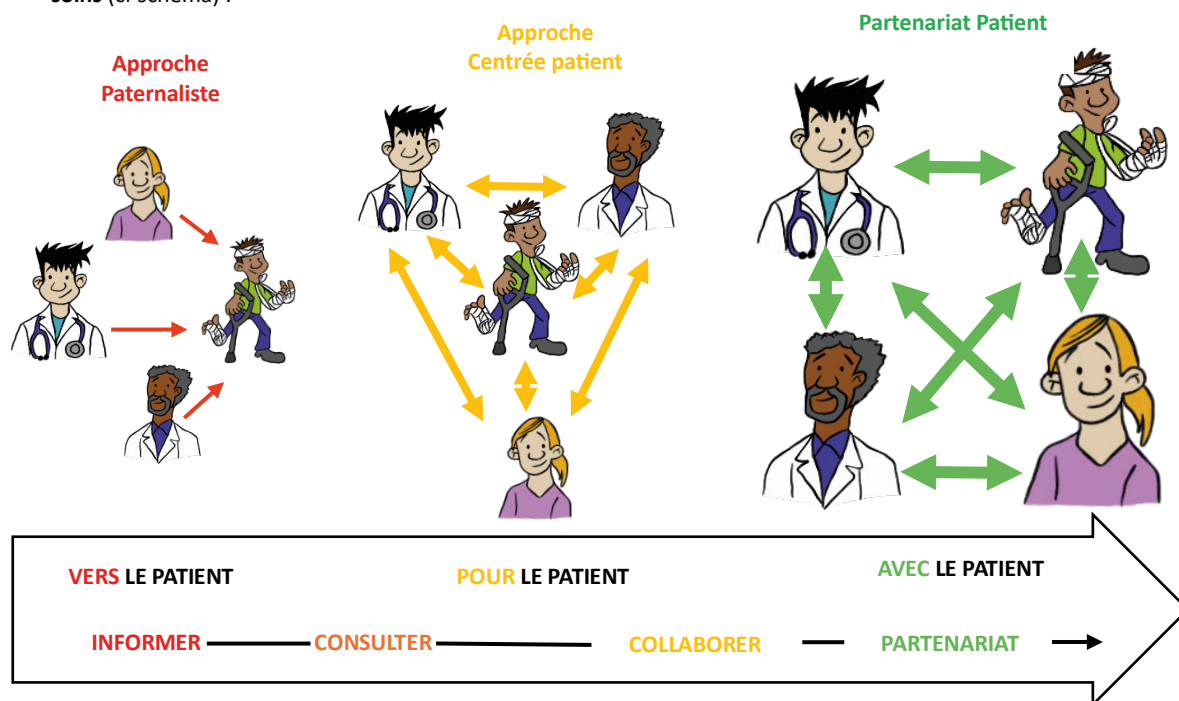
Cette approche comprend les **4 composantes suivantes (Modèle de Stewart)** :



3. Le partenariat patient

Plus récemment, encore, un nouveau modèle tend à s'implanter en France : le « **modèle de Montréal** » du partenariat patient.

- Ce modèle franchit un pas de plus en considérant le patient comme un **acteur de soins** faisant **partie intégrante de l'équipe de soins** (cf schéma) :



Adapté de Pomey et al. [The Montreal model: the challenges of a partnership relationship between patients and healthcare professionals]. Sante Publique 2015

- Ce modèle s'appuie sur les **savoirs expérientiels** des patients définis comme les « savoirs du patient, issus du vécu de ses problèmes de santé ou psychosociaux, de son expérience et de sa connaissance de la trajectoire de soins et services, ainsi que des répercussions de ces problèmes sur sa vie personnelle et celle de ses proches ».
- Une décision et des actes de soins de qualité doivent donc reposer sur la complémentarité des **connaissances scientifiques des professionnels et des savoirs expérientiels des patients** issus de la vie avec la maladie.
- Ce modèle vise à renforcer la relation entre les patients et les professionnels de la santé, en privilégiant une **approche collaborative**, basée sur la **co-décision**, le **co-leadership**, pour améliorer l'expérience des soins et les résultats cliniques.
- Il s'agit d'un changement culturel dans la manière de percevoir le rôle du patient, passant d'un rôle passif à un **rôle actif** de partenaire dans son parcours de soins.
- « Il n'y a pas d'optimisation possible de la qualité des soins et de l'accompagnement sans participation active de ces personnes » (HAS – projet stratégique 2019-2024)



4. Autres modèles

Critères	 Modèle biomédical : • Se concentre sur les aspects biologiques et pathologiques. • Néglige souvent les dimensions psychologiques et sociales. • Le patient est vu comme un corps à réparer plutôt qu'une personne. • Néglige la subjectivité du patient et le contexte de vie.	 EBM (Evidence-Based Medicine, cf. item 3) repose sur: • Les données scientifiques disponibles (recherches cliniques). • L'expérience clinique du médecin. • Les préférences et valeurs du patient.	Médecine des 4P : • Préventive : agir avant la maladie. • Prédictive : identifier les risques grâce à la génétique, l'IA, etc. • Personnalisée : adapter le traitement à chaque individu. • Participative : impliquer activement le patient dans les décisions.
Conception de la maladie	Dysfonction biologique	Problème clinique objectivé	Processus complexe influencé par la génétique, l'environnement, le mode de vie
Rôle du patient	Passif (objet de soin)	Partiellement actif (partage des décisions)	Acteur central et participatif
Rôle du médecin	Décideur, expert technique	Guide éclairé par les preuves, à l'écoute du patient	Accompagnateur, facilitateur, partenaire du patient
Relation médecin-malade	Paternaliste	Relation plus équilibrée et collaborative	Coopérative, personnalisée, interactive
Prise en compte de l'individu	Standardisée, centrée sur la maladie	Intègre préférences et contexte du patient	Très personnalisée (génomique, environnement, comportements)
Objectif principal	Diagnostiquer et traiter la maladie	Soigner efficacement en combinant science, expérience et préférences	Prévenir, prédire, personnaliser, impliquer
Fondements scientifiques	Biologie, physiopathologie	Méthodes rigoureuses, essais cliniques, méta-analyses	Médecine de précision, big data, intelligence artificielle, génomique
Temporalité des soins	Curative (après apparition de la maladie)	Curative et partiellement préventive	Très orientée vers la prévention et l'anticipation
Vision de la santé	Absence de maladie	État de bien-être appuyé par les preuves	État dynamique, global, personnalisé, durable



- La relation médecin-malade ne doit pas être vue uniquement à travers le prisme des pathologies et des traitements médicaux.
- Elle repose aussi sur une **compréhension approfondie des processus psychologiques et sociaux** que le patient traverse face à la **maladie qui ne se résume pas seulement à une perturbation biologique**. Elle est en réalité une rupture dans un équilibre global qui comprend des aspects biologiques, psychologiques et sociaux.
- Le médecin, en étant attentif à ces différentes dimensions, peut non seulement mieux accompagner le patient, mais aussi faciliter son adaptation et son ajustement face à cette nouvelle réalité qu'est la maladie.
- Ainsi, le médecin doit considérer l'ensemble de ces dimensions lorsqu'il intervient auprès du patient :

- **A 1. Les représentations concernant la santé et la maladie** : chaque individu construit des idées et des croyances sur sa santé et la maladie, ce que l'on appelle les **représentations de la maladie**. Ces croyances sont influencées par plusieurs facteurs, tels que la culture, le milieu social, la personnalité et l'histoire personnelle de chacun. Ces représentations déterminent également la façon dont le patient réagit à la maladie : comment il en parle, les gestes qu'il adopte, ou les comportements qu'il met en place pour y faire face ⇒ Le médecin doit donc être à l'écoute de ces représentations afin de mieux comprendre la manière dont le patient perçoit sa maladie et de l'accompagner de manière plus adaptée. **Le médecin doit aussi être vigilant à ses propres représentations sur le patient** : apparence, spécificités ethniques, statut social...
- **A 2. Les processus de transaction face à la maladie** : lorsque le patient fait face à une situation stressante telle que la maladie, il met en place des efforts cognitifs, émotionnels et comportementaux pour ajuster sa réaction à cette situation. Ces processus peuvent être compris en **2 phases** :

- **Phase d'évaluation** : Cette phase consiste à évaluer l'impact de la maladie et les ressources disponibles pour y faire face.

- **Évaluation primaire** : Le patient perçoit-il la situation comme stressante ? C'est la 1^{re} réaction face à la maladie : s'agit-il d'une simple gêne ou d'une situation plus menaçante pour sa santé ?
- **Évaluation secondaire** : Ici, le patient évalue ses capacités à faire face à cette situation. Cela inclut l'évaluation du contrôle perçu (par exemple, la capacité à gérer la maladie, le soutien familial ou social, les ressources financières) et du soutien social perçu (les ressources relationnelles et sociales qui lui sont accessibles).
⇒ Le médecin, en comprenant ces évaluations, peut mieux soutenir le patient dans cette phase, par exemple en lui offrant des informations qui réduisent son stress ou en le mettant en contact avec des ressources adéquates (aide sociale, soutien familial, etc.).

- **Phase d'ajustement (ou phase de coping)** : Cette phase concerne les actions que le patient entreprend pour réduire l'impact de la maladie sur sa vie. Le patient ajuste sa perception de la situation et adapte ses comportements en fonction de ce qu'il pense être capable de changer.

- **Stratégies centrées sur le problème** : Si le patient pense qu'il peut agir pour améliorer sa situation (par exemple, en suivant un traitement, en modifiant son mode de vie), il adoptera des stratégies qui visent à résoudre le problème ou à diminuer la maladie.
- **Stratégies centrées sur l'émotion** : Si le patient pense qu'il ne peut pas changer sa situation de manière significative (par exemple, face à une maladie chronique), il cherchera plutôt à gérer ses émotions et à ajuster son ressenti par rapport à la maladie, comme en cherchant des moyens de mieux vivre avec ou de supporter la douleur.
⇒ Dans ce cadre, le rôle du médecin est crucial : il doit aider le patient à évaluer sa situation, à identifier ses ressources et à choisir les stratégies les plus appropriées. Une approche centrée sur le patient, qui prend en compte ses perceptions, ses évaluations et ses capacités, permet de mieux répondre aux besoins individuels et d'optimiser l'efficacité du traitement.



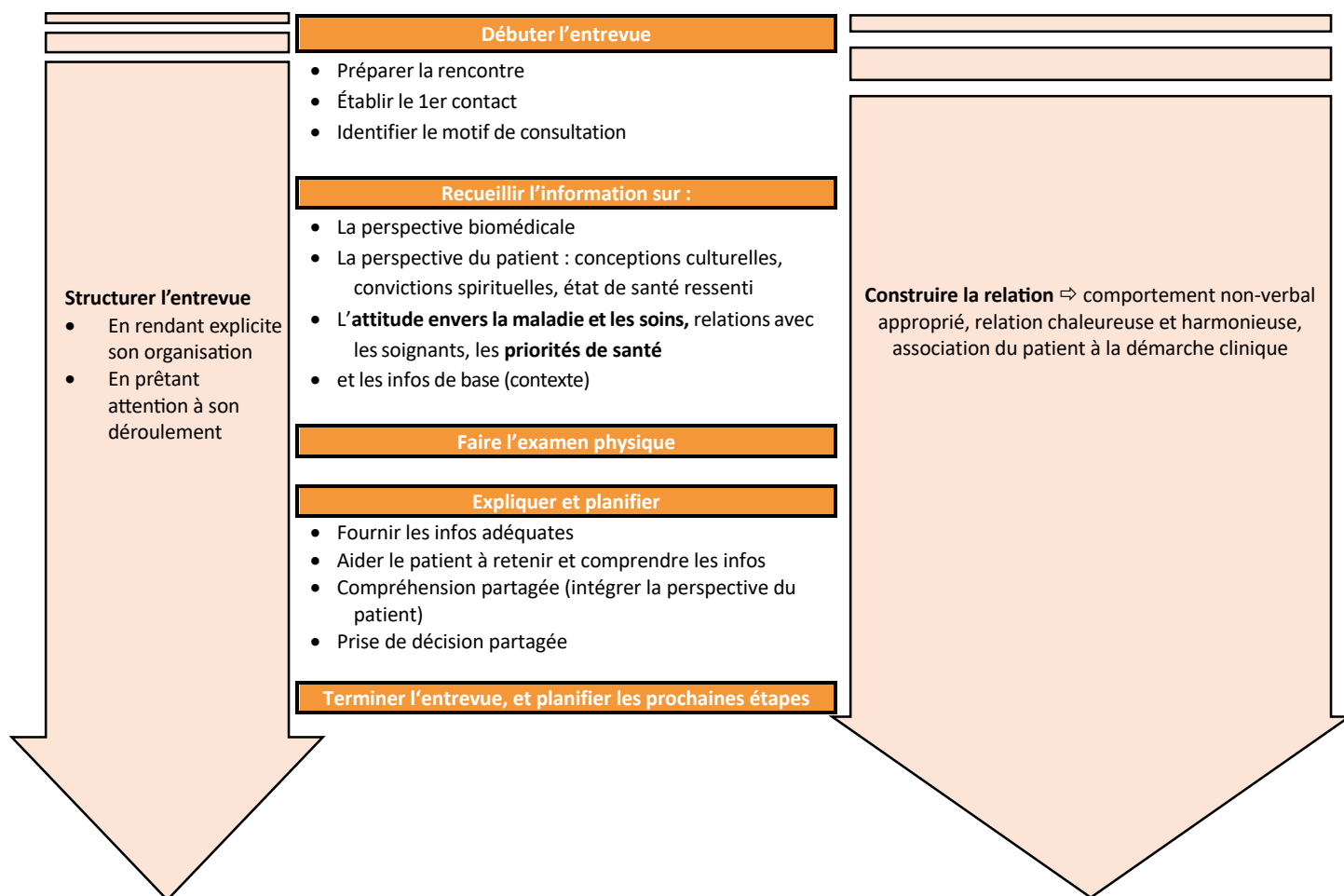
Applications

1. Techniques d'entretien médical



- Les modalités de communications varient en fonction des situations et des objectifs de l'entretien : explications sur la prise en charge d'une maladie aiguë, suivi d'une maladie chronique et de son traitement, annonce d'un diagnostic.
- **Un plan d'entretien peut être utile. /!\ Ne pas le suivre de façon trop rigide car il peut devenir un obstacle à la communication et à la relation.**
- Aborder successivement : motif de la visite, mode de vie, antécédents familiaux et personnels et retour sur l'histoire détaillée du problème de santé
- ⇒ **Du général au spécifique, du banal à l'intime**

⚠ **5 séquences successives**, avec mobilisation des codes de la communication (**Modèle de Calgary-Cambridge** de l'entretien médicale) :



Traduit et adapté de Kurtz S., Silverman J., Benson J., Draper J., Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching : Enhancing the Calgary-Cambridge Guides, Academic Medecin, 78 (8) : 802-809, 2003.

- ⇒ Les entretiens se déroulent dans un environnement calme, et confidentiel
- ⇒ ⚠ Le médecin parle distinctement avec une tenue adaptée aux circonstances **/!\ Il est estimé qu'environ 30 % d'un message en santé passe par les mots, et 70 % par le non verbal entre le patient et le médecin**
- ⇒ Il utilise des **outils et techniques de communication** : questions ouvertes, valorisation, écoute active, reformulation

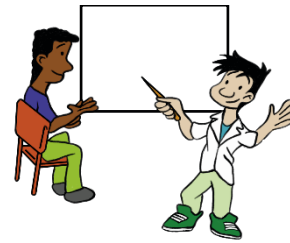


1) Définition

L'entretien motivationnel (EM) est une **méthode de communication clinique (verbale et non verbale) centrée sur la personne**, dirigée vers un objectif, pour résoudre l'ambivalence et promouvoir un **changement positif**, en élaborant et en renforçant la motivation personnelle au changement (**HAS 2024**). Nécessite un temps de **20 à 30 minutes**.

⇒ Valeurs essentielles :

- Partenariat
- Autonomie, liberté et responsabilité de la personne
- Non-jugement



2) Indications

L'EM est **particulièrement adapté dans les situations où une personne est ambivalente face à un changement de comportement donné** (ex : conduites addictives, états de santé ou pathologies chroniques nécessitant un changement de comportement ou de mode de vie, hésitation vaccinale).



3) Principes

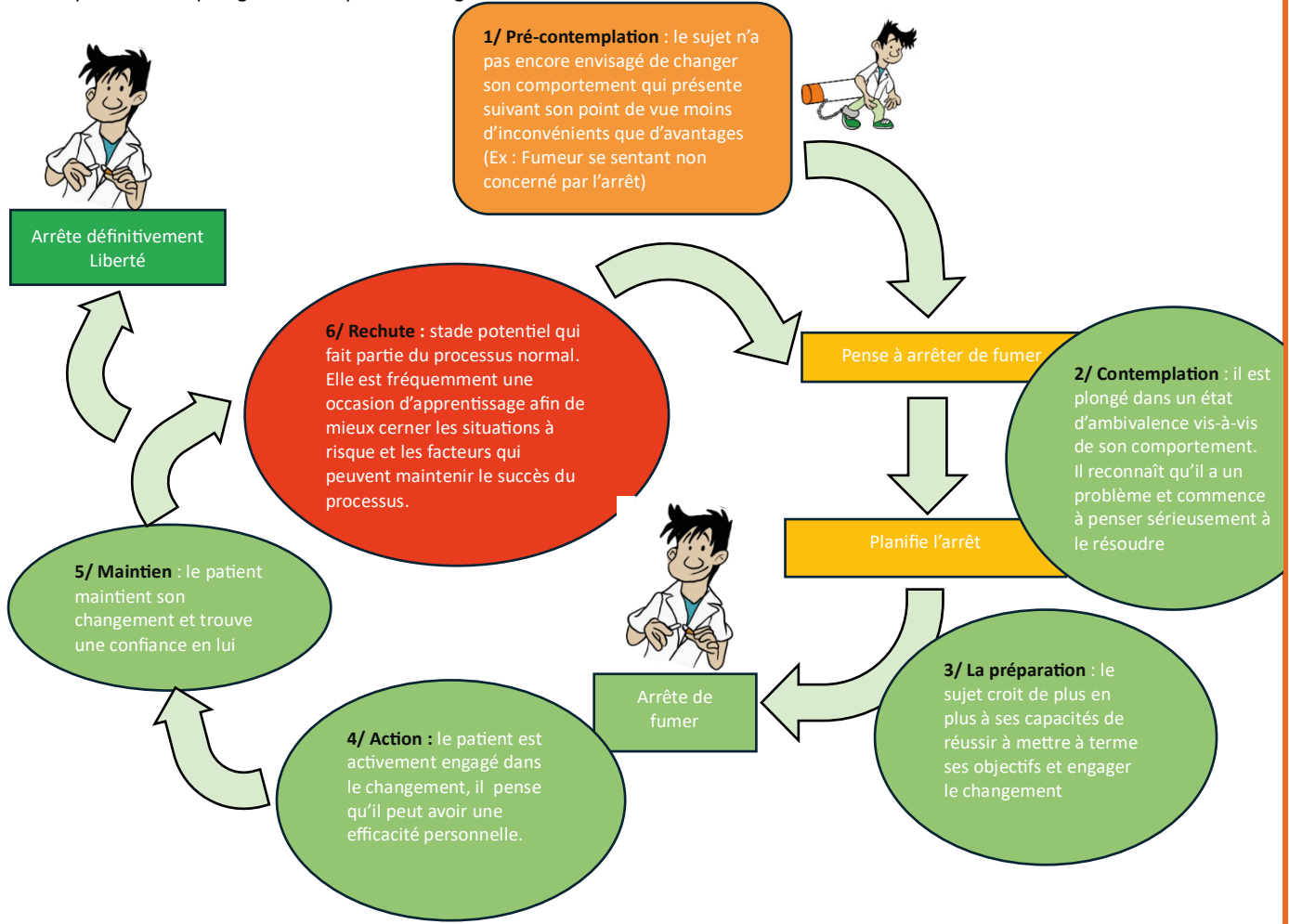
- **Éviter le réflexe correcteur** = lorsque le professionnel formule à la place de la personne des arguments en faveur du changement (celle-ci a alors tendance à contre-argumenter en faveur d'un non-changement pour préserver son autonomie)
- **Exprimer l'empathie +++ : capacité de comprendre autrui et ce qu'il ressent (≠ Sympathie : capacité de ressentir les émotions de l'autre)**
- Soutenir le sentiment d'**efficacité personnelle**
- **Faire avec la résistance** : se mettre du côté de la résistance et des représentations erronées, faire en sorte de les dépasser



4) Les 4 temps

1. L'engagement dans la relation
2. La focalisation
3. L'évocation (du changement)
4. La planification

L'EM repose sur le repérage des 6 étapes du changement **selon le modèle de Prochaska et DiClemente** :



Il ne s'agit pas d'un modèle linéaire. Les retours en arrière sont possibles.

Exemple de conceptualisation avec le modèle de changement de comportement selon différents stades dans le cadre d'un arrêt du tabac, d'après Prochaska et DiClemente, inspiré de HAS (2024), *L'entretien motivationnel (Fiche)*.

3. Annonce d'une maladie grave ou létale ou d'un dommage associé aux soins

= Annoncer **une mauvaise nouvelle** :

- **Diagnostic d'une maladie grave** potentiellement létale à court ou moyen terme
- Diagnostic d'une maladie dégénérative évolutive et handicapante
- Rechute ou récurrence de maladie en rémission
- Échec d'un traitement
- Effet indésirable grave d'un traitement ou d'une erreur médicale
- Évolution d'une prise en charge curative vers une prise en charge palliative

A La structuration de l'annonce en 3 étapes permet d'adopter une posture appropriée :

1. avant la rencontre avec le patient, le médecin interroge sa propre représentation du diagnostic et les informations certaines et incertaines dont il dispose sur la maladie et les différents projets thérapeutiques à envisager
2. lors de la rencontre avec le patient (consultation d'annonce spécifique) dans un **lieu calme connu du patient**, le médecin :
 - Évalue ce que **sait déjà**, ce que **veut savoir** le malade
 - **Adapte l'information** avec empathie aux représentations, attentes, vécus et besoins psychologiques et sociaux exprimés par le patient ⇒ Diagnostic (**nom** donné), évolution, investigations (clinique, paraclinique), informer sur la PEC (urgence, **alternatives si refus**), **pronostic** (sans donner de chiffre)
 - S'assure de la compréhension du patient et lui **laisser le temps**
 - Respecte les **mécanismes de défense du patient** (cf. encadré)
 - Répond aux questions
3. fin de rencontre avec le patient : le médecin se questionne sur le déroulé de la consultation et la préparation des prochaines rencontres



A Les retentissements de l'annonce pour le patient et les mécanismes de défense :

- Les mécanismes de défense des patients :
 - ont une fonction de protection indispensable
 - ne sont pas une preuve de pathologie mais une tentative d'adaptation du psychisme face à l'angoisse
 - sont inconscients
 - sont toujours à respecter
 - ne sont pas figés
- **La sidération** : souvent l'émotion est tellement forte lors de la première annonce que le patient n'entend qu'une partie de ce qui est dit.
- **L'isolation** : la charge affective se trouve séparée de la représentation à laquelle elle était rattachée (ex. un patient évoque clairement ce qu'il lui arrive, mais comme si cela ne le concernait pas)
- **Le déplacement** : la charge affective est déplacée d'une représentation sur une autre, généralement moins menaçante (ex : parler de sa fracture de jambe, mais pas de sa tumeur)
- **La projection agressive** : l'angoisse se trouve projetée sous forme d'agressivité sur l'entourage, souvent le médecin ou l'équipe soignante.
- **La régression** : permet au patient de ne plus avoir à assumer les événements mais de les laisser à la charge de l'autre
- **Le déni** : le patient se comporte comme si rien ne lui avait été dit.
- **Ce qui est constant chez le patient, c'est le besoin d'être entendu, compris et accompagné à son rythme.**

A Les mécanismes de défense des soignants

Les soignants sont eux aussi soumis à l'angoisse de la situation de leurs patients et peuvent mettre en place des mécanismes de défense :

- **L'identification projective** (le plus fréquent) : vise à attribuer à l'autre ses propres sentiments, réactions, pensées ou émotions. Il permet au soignant de se donner l'illusion qu'il sait ce qui est bon pour le patient. Ce mécanisme occulte le vécu du patient.
- **La rationalisation** : discours hermétique et incompréhensible pour le patient. Empêche le cheminement psychique du patient par rapport à ce qu'il vit.
- **La fausse réassurance** : le soignant optimise les résultats médicaux en entretenant un espoir artificiel chez le patient.
- **La fuite en avant** : le soignant dit tout et se « décharge de son fardeau ». Provoque la sidération du patient et empêche le patient de cheminer.
- **La banalisation** : Le soignant se focalise sur la maladie et met de côté la souffrance psychique du patient. Le patient ne se sent pas entendu et peut avoir le sentiment qu'il n'y a pas de légitimité à ce qu'il ressent, ce qui majore son angoisse.
- **Le mensonge** : avec souvent pour objectif de « préserver » le patient. En réalité, il préserve le médecin, et parfois la famille du malade, de la réaction du patient, telle qu'il l'imagine ou la redoute.
- **Ce qui est important : l'écoute, le temps, les mots choisis et le suivi post-annonce**

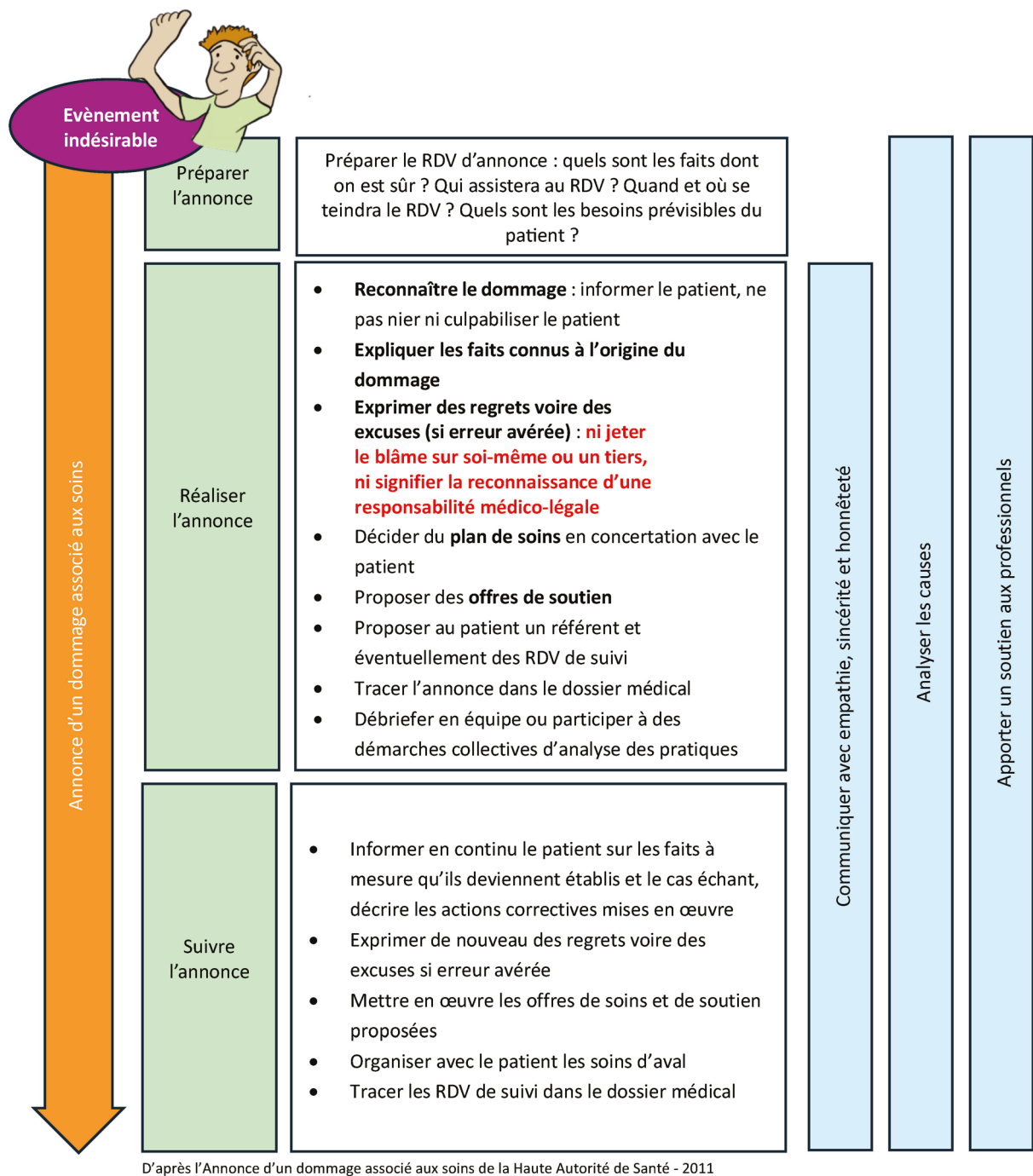
Source : HAS (2008). Annoncer une mauvaise nouvelle. Rapport.

2. Annonce d'un dommage lié aux soins

L'annonce d'un dommage fait partie de la gestion des risques, qui inclut le signalement des événements indésirables, l'analyse des causes, la mise en place et le suivi d'actions correctives. Cela nécessite une culture de sécurité fondée sur une approche pédagogique de l'erreur, la confiance et la transparence entre professionnels.

ASPECT REGLEMENTAIRES :

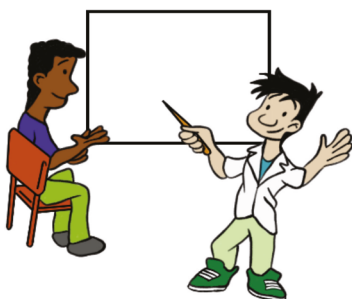
- Lorsqu'un patient a subi un dommage associé aux soins, il revient aux professionnels de l' informer au plus vite, de préférence dans les 24 heures, sans excéder 15 jours après sa détection ou la demande expresse du patient (en application de l' article L. 1142-4 du Code de la santé publique).
- **Il est obligatoire d'informer le patient d'un événement indésirable associé aux soins (EIAS)**
- **Tout doit être fait pour limiter les impacts de cet EIAS**
- **Il faut le notifier dans le dossier médical et en informer le médecin traitant**



D'après l'Annonce d'un dommage associé aux soins de la Haute Autorité de Santé - 2011

3. Prise en charge de la maladie chronique = éducation thérapeutique du patient (ETP)

La loi HPST du 21 juillet 2009 a inscrit l'ETP dans le Code de la Santé Publique :



« **L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient.** Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie (...) »

D'après l'OMS, l'ETP est un processus de type :

- **Continu**
- **Intégré** à la prise en charge
- **Centré sur le patient et adapté** à chaque patient

Il comprend des activités organisées :

- **Information**
- **Apprentissage**
- **Soutien psychosocial**

Il concerne :

- **La maladie**
- **Les soins**
- **L'organisation** des soins et des procédures hospitalières
- **Les comportements** liés à la santé et à la maladie

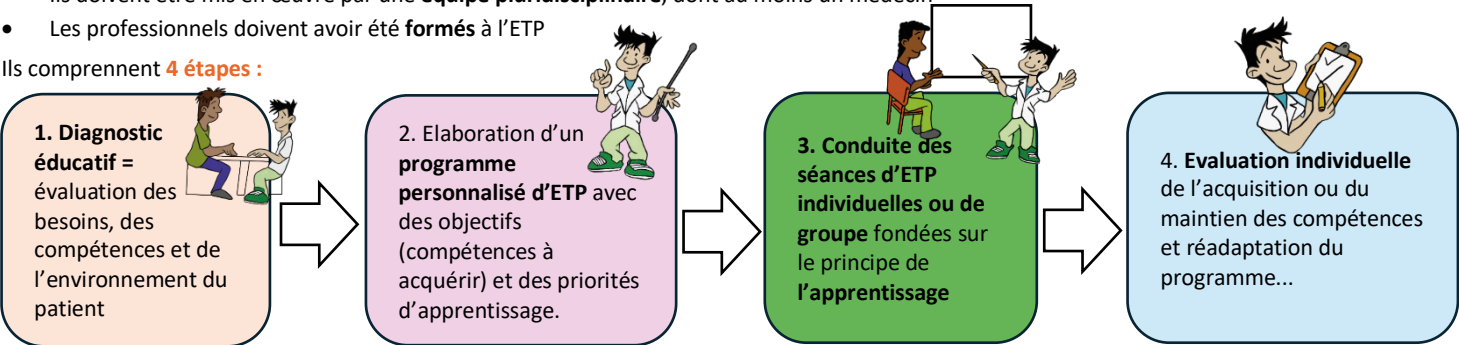
L’ETP vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique :

- Acquisition et maintien par le patient de **compétences d’auto-soins** :
 - Adapter des doses de médicaments, initier un auto-traitement, réaliser des gestes techniques, modifier son mode de vie (alimentation, activité physique…), prévenir des complications évitables, impliquer son entourage, etc.
- Mobilisation ou acquisition de **compétences d’adaptation** :
 - **Compétences cognitives et physiques** qui permettent à des individus de maîtriser et de diriger leur existence, et d’acquérir la capacité à vivre dans leur environnement et à modifier celui-ci
 - **Confiance en soi**, gérer ses émotions et son stress, raisonnement créatif, réflexion critique, compétences en matière de communication et de relations sociales, prendre des décisions et résoudre un problème, se fixer des buts à atteindre et faire des choix, s’observer, s’évaluer et se renforcer, etc.
- Permet la connaissance des **situations d’urgence** et la **conduite à tenir**

Réalisation pratique :

- Les programmes d’ETP doivent être conformes à un **cahier des charges national, scientifiquement fondés** et s’appuyer sur des **recommandations** professionnelles
- Ils doivent être mis en œuvre par une **équipe pluridisciplinaire**, dont au moins un médecin
- Les professionnels doivent avoir été **formés** à l’ETP

Ils comprennent **4 étapes** :



4. Autres situations

 Décision d’abstention thérapeutique	 En cas de polypathologie
Rediscuter périodiquement du rapport bénéfice-risque favorable ⇒ Lors du renouvellement d’un traitement au long cours ⇒ Lors de l’instauration d’un nouveau traitement ⇒ Lorsqu’un traitement est devenu « futile »	⇒ Ne pas tout traiter ⇒ Ne pas répondre à tout nouveau symptôme par un nouveau médicament → discuter systématiquement l’effet indésirable d’un traitement antérieur ⇒ Savoir arrêter un traitement si rapport bénéfice-risque faible



RELATION MÉDECIN-MALADE :

- Relation inégale : patient tributaire du médecin ⇒ **médecin en domination** potentiel par son savoir académique/scientifique
- Différents modèles :
 - **Paternaliste = actif / passif** : aucune activité de la part du patient
 - **Informative** : Le médecin donne l'information, le patient décide.
 - **Interprétatif** : Le médecin aide à comprendre et à décider.
 - **Délibératif** : Le médecin et le patient co-décident ensemble.
 - **Approche centrée sur le patient** = vise une compréhension globale du patient (subjective, personnelle, psychosociale).
 - Comporte 4 composantes selon le modèle de Stewart : Explorer la maladie et l'expérience du patient, comprendre la personne dans sa globalité, accorder les objectifs du traitement, renforcer la relation soignant-patient.
 - **Partenariat patient** : valorise les **savoirs expérientiels** des patients et favorise une approche **collaborative** (co-décision, co-leadership) ⇒ Le patient devient un **acteur actif** dans son parcours de soins.

POSITION DU PATIENT :

- Représentations du savoir profane :
 - Maladie : n'est pas un simple processus organique : **dimension bio-psycho-sociale** (influencée par les représentations)
- Processus de transaction (détermine les **compétences d'adaptation**) = effort cognitifs, émotionnels et comportementaux :
 - 1. Phase d'évaluation : primaire (perception subjective du stress) et secondaire (inventaire des ressources)
 - 2. Phase d'ajustement : pour ↓ l'impact du stress, **stratégies d'ajustement (= "coping") centrées sur le problème** (influence patient sur maladie) ou **sur l'émotion** (pas d'influence)

APPLICATIONS :

- **5 séquences successives**, avec mobilisation des codes de la communication (**Modèle de Calgary-Cambridge**) :
 - **Initier la rencontre** : établir le contact, accueillir le patient, clarifier le rôle de chacun.
 - **Recueillir les informations** : écouter activement, poser des questions ouvertes, clarifier les attentes du patient.
 - **Examen clinique et explication** : partager les résultats, expliquer les observations médicales de manière compréhensible.
 - **Décision partagée** : discuter des options de traitement, impliquer le patient dans la décision.
 - **Clôturer la consultation** : résumer, s'assurer de la compréhension, planifier les étapes suivantes.
- **Entretien motivationnel = méthode de communication clinique** centrée sur la personne, visant à résoudre l'**ambivalence** et à promouvoir un **changement positif** en renforçant la **motivation personnelle**.
- **Annonce d'une maladie grave ou sévère :**
 - Maladie entraînant un **risque vital** à court terme
 - Cadre : consultation d'annonce spécifique, temps disponible, **lieu calme connu du patient**
 - Acteurs : médecin référent, personne de confiance, psychologue
 - Evaluation de ce que **sait déjà**, ce que **veut savoir** le malade
 - Annonce : avec empathie du diagnostic (**nom** donné), évolution, investigations (clinique ++, paraclinique), informer sur la PEC (urgence, **alternatives si refus**), **pronostic** (SANS donner de chiffre)
 - S'assurer de la compréhension du patient et lui **laisser le temps**
 - Réponse aux questions
 - Suivi : soutien psychologique, nouvelle consultation **proche**, association de malades
- **Prise en charge de la maladie chronique :**
 - = **éducation thérapeutique**
 - Utile dans les maladies chroniques afin que le patient puisse gagner d'avantage d'autonomie. **4 étapes** :
 - 1- Évaluer ce que sait le patient et ce dont il a besoin
 - 2- Établir un programme d'éducation personnalisé
 - 3- Réalisation du programme d'éducation (de manière individuelle ou en groupe de patients)
 - 4- Évaluation de ce qu'a appris le patient et organisation éventuelle d'un nouveau protocole d'éducation thérapeutique

Sources :

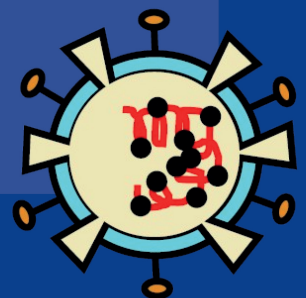
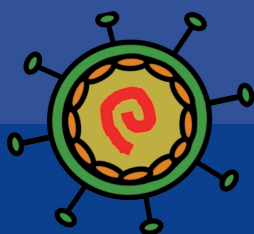
- HAS (2024). Fiche : Entretien motivationnel.
- D. Bontoux, *et al.* (2021). La relation médecin malade : Rapport de l'Académie Nationale de Médecine.
- A. Moreau (2019). L'approche centrée sur le patient : À propos d'une situation clinique en médecine générale. Exercer (2019) N°152.
- E. Nolte, *et al.* (2017). Placer la personne au centre de la démarche de soins : analyse et évolution des notions de patient-centredness et person-centredness et de leur signification dans le domaine de la santé. Revue française des affaires sociales. 2017/1 : 97-115.
- HAS (2008). Annoncer une mauvaise nouvelle. Rapport.
- M Lejoyeux (2011). Contenus de la relation médecin-malade : place des modèles psychologiques. Communication scientifique. Académie Nationale de Médecine.
- M Hojat *et al.* (2011). Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. Acad Med. 2011 Mar;86(3):359-64.
- E J Emanuel, L L Emanuel (1992). Four models of the physician-patient relationship. JAMA 1992 Apr;267(16):2221-6.

Santé publique Médecine légale Médecine du travail – LCA



- Toutes les connaissances de rangs **A** et **B** – mises à jour – des items de Santé publique, Médecine légale, Médecine du travail et Lecture critique d'article.
- Conforme au programme des études médicales de 2^e cycle (R2C).
- Destiné aux étudiants en médecine qui préparent les EDN.
- Un ouvrage innovant : **plus de 500 illustrations pour tout comprendre en un coup d'œil.**
- Le **cours complet** + des **schémas explicatifs** + des **tableaux synthétiques** + des **encadrés** et **arbres décisionnels** pour **visualiser et mémoriser.**
- Une **fiche « Synthèse »** à la fin de chaque chapitre.

Dr Claudy Mannoury est Médecin de santé publique et d'information médicale au sein de l'Institut de Cancérologie de l'Ouest.
Dr Anne Jolivet est Médecin de santé publique au CHU Nantes.



29,90 € TTC

ISBN : 978-2-84678-357-6



MED-LINE
Editions

www.med-line.fr