

LIVRE OFFICIEL DU

**COLLÈGE**

**Société Nationale Française  
de Médecine Interne (SNFMI)**



**Collège National des Enseignants  
de Médecine Interne (CEMI)**

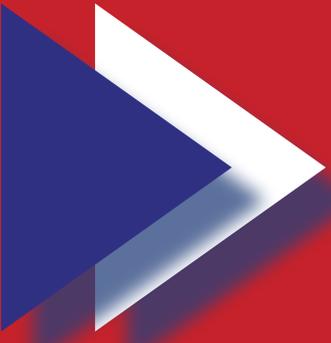


Ouvrage dirigé par les Pr Luc Mouthon, Pr Thomas Hanslik, Pr Jean-François Viillard

+ *Un code d'entraînement  
en ligne sur iECN Collège*



# Médecine interne



**iECN**

2 0 1 6

2 0 1 7

2 0 1 8

- **La correction officielle des enseignants du Collège**
- Tous les items de Médecine Interne
- Dossiers progressifs, Questions isolées, LCA
- Corrections détaillées et commentées
- + Iconographie en couleurs
- + Fiches Points clés



L'ENTRAÎNEMENT | DOSSIERS, QRM, LCA

LIVRE OFFICIEL DU **COLLÈGE**

**Société Nationale Française  
de Médecine Interne (SNFMI)**



**Collège National des Enseignants  
de Médecine Interne (CEMI)**



# Médecine interne

i E C N  
2 0 1 6  
2 0 1 7  
2 0 1 8

Ouvrage dirigé par les  
**Pr Luc Mouthon,**  
**Pr Thomas Hanslik,**  
**Pr Jean-François Viallard**

Collection dirigée par le Pr Serge Perrot  
Centre hospitalier Cochin, Paris

**MED-LINE**  
Editions

Éditions MED-LINE  
127 rue Jeanne d'Arc  
75013 Paris  
Tél. : 09 70 77 11 48  
[www.med-line.fr](http://www.med-line.fr)

*ENTRAÎNEMENT MEDECINE INTERNE*

ISBN : 978-2-84678-166-4

© 2016 ÉDITIONS MED-LINE

Mise en page : Meriem Rezgui

Couverture : Élise Ducamp

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<sup>er</sup> de l'article 40). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code Pénal.

## SOMMAIRE DES DOSSIERS PROGRESSIFS

---

<u>DP 1</u> :	<b>Un diabète mal équilibré</b> .....	23
<u>DP 2</u> :	<b>Asthénie chez une jeune femme</b> .....	37
<u>DP 3</u> :	<b>Fièvre et polyarthralgies chez un homme de 30 ans</b> .....	51
<u>DP 4</u> :	<b>Pneumopathies infectieuses chez un homme de 41 ans</b> .....	73
<u>DP 5</u> :	<b>Arthralgies fébriles chez un homme de 68 ans</b> .....	89
<u>DP 6</u> :	<b>Syndrome fébrile chez un patient atteint de granulomatose avec polyangéite</b> .....	103
<u>DP 7</u> :	<b>Une polyarthrite isolée</b> .....	119
<u>DP 8</u> :	<b>Dyspnée fébrile chez un homme de 50 ans</b> .....	135
<u>DP 9</u> :	<b>Douleurs articulaires chez une jeune femme</b> .....	151
<u>DP 10</u> :	<b>Céphalées et douleurs des ceintures chez un sujet âgé</b> .....	169
<u>DP 11</u> :	<b>Dyspnée et arthralgies chez une femme de 40 ans</b> .....	185
<u>DP 12</u> :	<b>Femme de 35 ans présentant une uvéite et un diabète insipide</b> .....	199
<u>DP 13</u> :	<b>Anémie multifactorielle chez une femme âgée</b> .....	215
<u>DP 14</u> :	<b>Éruption des membres inférieurs chez une jeune femme</b> .....	231
<u>DP 15</u> :	<b>Des plaques rouges chez un homme de 54 ans</b> .....	249
<u>DP 16</u> :	<b>Leuconetropénie fébrile</b> .....	265
<u>DP 17</u> :	<b>Une dyspnée paroxystique chez un grand voyageur...</b> .....	279
<u>DP 18</u> :	<b>Bilan d'asthénie chez une femme de 45 ans</b> .....	295

<u>DP 19</u> :	<b>Des adénopathies cervicales chez un jeune homme</b> .....	313
<u>DP 20</u> :	<b>Des douleurs dorsales insomniantes</b> .....	327
<u>DP 21</u> :	<b>Découverte fortuite d'une hypertension artérielle</b> .....	343
<u>DP 22</u> :	<b>Acrosyndrome chez une femme de 50 ans</b> .....	359
<u>DP 23</u> :	<b>Un amaigrissement familial</b> .....	375
<u>DP 24</u> :	<b>Des œdèmes diffus chez une femme jeune</b> .....	391
<u>DP 25</u> :	<b>Fièvre au retour d'un voyage initiatique en Inde</b> .....	405

#### LECTURE CRITIQUE D'ARTICLE MÉDICAL

<u>LCA 1</u> :	<b>Lecture critique d'article n°1</b> .....	421
<u>LCA 2</u> :	<b>Lecture critique d'article n°2</b> .....	441
<u>LCA 3</u> :	<b>Lecture critique d'article n°3</b> .....	461

## SOMMAIRE DES QUESTIONS À RÉPONSES MULTIPLES ISOLÉES

### UE 1 – APPRENTISSAGE DE L'EXERCICE MÉDICAL ET DE LA COOPÉRATION INTERPROFESSIONNELLE

<u>QRM 1</u> :	<b>La relation médecin-malade</b> .....	13
	<i>items 1 et 321</i>	
<u>QRM 2</u> :	<b>Les valeurs professionnelles du médecin et des autres professions de santé</b> .....	18
	<i>item 2</i>	
<u>QRM 3</u> :	<b>Le raisonnement et la décision en médecine</b> .....	27
	<i>item 3</i>	

### UE 3 – MATURATION – VULNÉRABILITÉ – SANTÉ MENTALE – CONDUITES ADDICTIVES

<u>QRM 4</u> :	<b>Sujets en situation de précarité</b> .....	32
	<i>item 57</i>	
<u>QRM 5</u> :	<b>Troubles somatoformes</b> .....	46
	<i>item 70</i>	

### UE 6 – MALADIES TRANSMISSIBLES – RISQUES SANITAIRES – SANTÉ AU TRAVAIL

<u>QRM 6</u> :	<b>Endocardites infectieuses</b> .....	59
	<i>item 149</i>	

### UE 7 – INFLAMMATION – IMMUNOPATHOLOGIE – POUMON – SANG

<u>QRM 7</u> :	<b>Réaction inflammatoire</b> .....	65
	<i>item 181</i>	
<u>QRM 8</u> :	<b>Déficits immunitaires</b> .....	83
	<i>item 185</i>	
<u>QRM 9</u> :	<b>Fièvre prolongée</b> .....	97
	<i>item 186</i>	
<u>QRM 10</u> :	<b>Fièvre chez un patient immunodéprimé</b> .....	114
	<i>item 187</i>	
<u>QRM 11</u> :	<b>Pathologies auto-immunes</b> .....	128
	<i>item 188</i>	
<u>QRM 12</u> :	<b>Vascularites systémiques</b> .....	145
	<i>item 189</i>	
<u>QRM 13</u> :	<b>Lupus érythémateux aigu disséminé et syndrome des anti-phospholipides</b> .....	162
	<i>item 190</i>	

<b>QRM 14 :</b>	<b>Artérite à cellules géantes</b> .....	179
	<b>Maladie de Horton, Pseudo-polyarthrite rhizomélique, Maladie de Takayasu</b> <i>item 191</i>	
<b>QRM 15 :</b>	<b>Pneumopathies interstitielles diffuses</b> .....	194
	<i>item 206</i>	
<b>QRM 16 :</b>	<b>Sarcoïdose</b> .....	209
	<i>item 207</i>	
<b>QRM 17 :</b>	<b>Anémie chez l'adulte</b> .....	225
	<i>item 209</i>	
<b>QRM 18 :</b>	<b>Thrombopénie chez l'adulte</b> .....	242
	<i>item 210</i>	
<b>QRM 19 :</b>	<b>Purpuras chez l'enfant et l'adulte</b> .....	259
	<i>item 211</i>	
<b>QRM 20 :</b>	<b>Syndrome mononucléosique</b> .....	275
	<i>item 213</i>	
<b>QRM 21 :</b>	<b>Éosinophilie</b> .....	289
	<i>item 214</i>	
<b>QRM 22 :</b>	<b>Pathologie du fer chez l'adulte</b> .....	305
	<i>item 215</i>	
<b>QRM 23 :</b>	<b>Adénopathie superficielle de l'adulte</b> .....	322
	<i>item 216</i>	
<b>QRM 24 :</b>	<b>Amyloses</b> .....	337
	<i>item 217</i>	

## UE 8 – CIRCULATION – MÉTABOLISMES

<b>QRM 25 :</b>	<b>Hypertension artérielle de l'adulte</b> .....	353
	<i>item 221</i>	
<b>QRM 26 :</b>	<b>Acrosyndromes</b> .....	369
	<b>Phénomène de Raynaud, érythermalgie, acrocyanose, engelures, ischémie digitale</b> <i>item 237</i>	
<b>QRM 27 :</b>	<b>Amaigrissement</b> .....	385
	<i>item 249</i>	
<b>QRM 28 :</b>	<b>Œdèmes des membres inférieurs localisés ou généralisés</b> .....	400
	<i>item 254</i>	
<b>QRM 29 :</b>	<b>Splénomégalie</b> .....	414
	<i>item 272</i>	

## ▶ Avant-propos

---

Les étudiants de 2<sup>e</sup> cycle qui préparent l'épreuve de l'Examen classant national informatisé (iECN) trouveront dans cet ouvrage des dossiers progressifs (DP), des questions isolées (QI) ainsi que 3 dossiers de lecture critique d'article (LCA) rédigés par les membres du Collège National des Enseignants de Médecine Interne (CEMI), sous l'égide de la Société Nationale Française de Médecine Interne (SNFMI).

Les réponses aux différentes questions sont le plus souvent accompagnées de commentaires qui aideront l'étudiant à progresser. Les dossiers progressifs et les questions isolées qui figurent ici abordent les items traités dans l'ouvrage du référentiel des cours du CEMI, auquel pourra également se référer l'étudiant afin d'approfondir et de consolider ses connaissances.

Les 25 dossiers progressifs et les 3 dossiers de lecture critique d'article ont tous été notés sur 300, avec quinze questions par DP le plus souvent. Chacune des 170 questions isolées a été notée sur 20.

Nous tenons à remercier tous les membres du CEMI pour leur implication dans l'élaboration de cet ouvrage.

Et maintenant, à vous de jouer...

Pr Luc Mouthon, Pr Thomas Hanslik, Pr Jean-François Viillard



## Les auteurs

### Pour le Collège National des Enseignants de Médecine Interne

**Dr Sébastien Abad**

Service de Médecine Interne, Hôpital Avicenne, Bobigny, Université Paris 13

**Pr Daniel Adoue**

Service de Médecine Interne et Immunopathologie Clinique, Institut Universitaire du Cancer de Toulouse - Oncopole, Toulouse, Université de Toulouse III (Université Paul Sabatier)

**Pr Christian Agard**

Service de Médecine Interne, Hôpital Hôtel-Dieu, Nantes, Université de Nantes

**Pr Laurent Alric**

Service de Médecine Interne, Hôpital Purpan, Toulouse, Université de Toulouse III (Université Paul Sabatier)

**Pr Zahir Amoura**

Service de Médecine Interne 2, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris, Université Pierre et Marie-Curie

**Pr Marc André**

Service de Médecine Interne, Hôpital Gabriel Montpied, Clermont-Ferrand, Université d'Auvergne

**Pr Emmanuel Andrès**

Service de Médecine Interne, Hôpital Civil, Clinique Médicale B, Strasbourg, Université de Strasbourg

**Dr Jean-Benoît Arlet**

Service de Médecine Interne, Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris, Université Paris-Descartes

**Dr Sylvain Audia**

Service de Médecine Interne et Immunologie Clinique, Hôpital François Mitterrand, Dijon, Université de Bourgogne

**Pr Olivier Aumaître**

Service de Médecine Interne, Hôpital Gabriel Montpied, Clermont-Ferrand, Université d'Auvergne

**Pr Jean-François Bergmann**

Département de Médecine Interne A, Hôpital Lariboisière, Paris, Université Paris-Diderot

**Pr Odile Beyne-Rauzy**

Service de Médecine Interne et Immunopathologie Clinique, Institut Universitaire du Cancer de Toulouse - Oncopole, Toulouse, Université de Toulouse III (Université Paul Sabatier)

**Pr Fabrice Bonnet**

Service de Médecine Interne et Maladies Infectieuses, Hôpital Saint-André, Bordeaux, Université de Bordeaux

**Pr Laurence Bouillet**

Service de Médecine Interne, Hôpital Albert Michallon, Grenoble, Université de Grenoble

**Pr Anne Bourgarit**

Service de Médecine Interne, Hôpital Jean Verdier, Bondy, Université Paris 13

**Pr Patrice Cacoub**

Département de Médecine Interne et Immunologie Clinique, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris, Université Pierre et Marie Curie

**Pr Pascal Cathébras**

Service de Médecine Interne, Hôpital Nord, Saint-Etienne, Université Jean Monnet - Saint-Étienne

**Pr Patrick Cherin**

Département de Médecine Interne et Immunologie Clinique, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris, Université Pierre et Marie Curie

**Dr Laurent Chiche**

Service de Médecine Interne, Hôpital Européen, Marseille

**Dr Fleur Cohen-Aubart**

Service de Médecine Interne, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris, Université Pierre et Marie-Curie

**Pr Nathalie Costedoat-Chalumeau**

Service de Médecine Interne, Hôpital Cochin, Paris, Université Paris-Descartes

**Pr Olivier Decaux**

Service de Médecine Interne, Hôpital Sud, Rennes, Université Rennes 1

**Pr Robin Dhote**

Service de Médecine Interne, Hôpital Avicenne, Bobigny, Université Paris 13

**Dr Pierre Duffau**

Service de Médecine Interne, Hôpital Haut-Lévêque, Pessac, Université de Bordeaux

**Pr Pierre Duhaut**

Service de Médecine Interne, Hôpital Nord, Amiens, Université de Picardie Jules Verne

**Pr Olivier Fain**

Service de Médecine Interne, Hôpital Saint-Antoine, Paris, Université Pierre et Marie Curie

**Pr Bruno Fantin**

Service de Médecine Interne, Hôpital Beaujon, Clichy, Université Paris-Diderot

**Pr Dominique Farge**

Unité de Médecine Interne et Pathologie Vasculaire,  
Hôpital Saint-Louis, Paris, Université Paris-Diderot

**Pr Anne-Laure Fauchais**

Service de Médecine Interne, Hôpital Dupuytren, Limoges,  
Université de Limoges

**Pr Yves Frances**

Service de Médecine Interne, Hôpital Nord, Marseille,  
Aix-Marseille Université

**Pr Jean-Gabriel Fuzibet**

Service de Médecine Interne, Hôpital l'Archet 1, Nice,  
Université de Nice Sophia-Antipolis

**Dr Martine Gayraud**

Département de Médecine Interne et Rhumatologie,  
Institut Mutualiste Montsouris, Paris

**Dr Sophie Georgin-Lavialle**

Service de Médecine Interne, Hôpital Tenon, Paris,  
Université Pierre et Marie Curie

**Pr Bertrand Godeau**

Service de Médecine Interne, Hôpital Henri Mondor,  
Créteil, Université Paris-Est Créteil

**Pr Cécile Goujard**

Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique,  
Hôpital Bicêtre, Le Kremlin Bicêtre, Université Paris Sud

**Pr Brigitte Granel**

Service de Médecine Interne, Hôpital Nord, Marseille,  
Aix-Marseille Université

**Pr Gilles Grateau**

Service de Médecine Interne, Hôpital Tenon, Paris,  
Université Pierre et Marie Curie

**Pr Eric Hachulla**

Service de Médecine Interne, Hôpital Claude Huriez, Lille,  
Université de Lille

**Pr Mohamed Hamidou**

Service de Médecine Interne, Hôpital Hôtel-Dieu, Nantes,  
Université de Nantes

**Pr Thomas Hanslik**

Service de Médecine Interne, Hôpital Ambroise-Paré,  
Boulogne-Billancourt, Université de Versailles St-Quentin-  
en-Yvelines

**Pr Pierre-Yves Hatron**

Service de Médecine Interne, Hôpital Claude Huriez, Lille,  
Université de Lille

**Pr Jean-Robert Harlé**

Service de Médecine Interne, Hôpital de la Timone,  
Marseille, Aix-Marseille Université

**Pr Roland Jaussaud**

Service de Médecine Interne et Immunologie Clinique,  
Hôpital Brabois, Vandoeuvre-les-Nancy, Université de  
Lorraine

**Pr Patrick Jego**

Service de Médecine Interne, Hôpital Sud, Rennes,  
Université Rennes 1

**Pr Jean Jouquan**

Service de Médecine Interne, Hôpital de la Cavale  
Blanche, Brest, Université de Bretagne occidentale

**Dr Jean-Emmanuel Kahn**

Service de Médecine Interne, Hôpital Foch, Suresnes,  
Université de Versailles St-Quentin-en-Yvelines

**Pr Karine Lacut**

Service de Médecine Interne et Pneumologie, Hôpital  
de la Cavale Blanche, Brest, Université de Bretagne  
occidentale

**Pr Marc Lambert**

Service de Médecine Interne, Hôpital Claude Huriez, Lille,  
Université de Lille

**Pr Olivier Lambotte**

Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique,  
Hôpital Bicêtre, Le Kremlin Bicêtre, Université Paris Sud

**Dr Victoire de Lastours**

Service de Médecine Interne, Hôpital Beaujon, Clichy,  
Université Paris-Diderot

**Pr David Launay**

Service de Médecine Interne, Hôpital Claude Huriez, Lille,  
Université de Lille

**Pr Estibaliz Lazaro**

Service de Médecine Interne, Hôpital Haut-Lévêque,  
Pessac, Université de Bordeaux

**Pr Agnès Lefort**

Service de Médecine Interne, Hôpital Beaujon, Clichy,  
Université Paris-Diderot

**Pr Grégoire Le Gal**

Service de Médecine Interne, Hôpital de la Cavale  
Blanche, Brest, Université de Bretagne occidentale

**Pr Claire Le Junne**

Service de Médecine Interne, Hôpital Cochin, Paris,  
Université Paris-Descartes

**Pr Hervé Levesque**

Département de Médecine Interne, Hôpital Charles  
Nicolle, Rouen, Université de Rouen

**Dr Kim Heang Ly**

Service de Médecine Interne, Hôpital Dupuytren, Limoges,  
Université de Limoges

**Pr Nadine Magy-Bertrand**

Service de Médecine Interne, Hôpital Jean Minjot,  
Besançon, Université de Franche-Comté

**Dr Matthieu Mahevas**

Service de Médecine Interne, Hôpital Henri Mondor,  
Créteil, Université Paris-Est Créteil

**Pr François Maillot**

Service de Médecine Interne, Hôpital Bretonneau, Tours, Université François Rabelais

**Pr Isabelle Marie**

Département de Médecine Interne, Hôpital Charles Nicolle, Rouen, Université de Rouen

**Pr Thierry Martin**

Service d'Immunologie Clinique et Médecine Interne, Nouvel Hôpital Civil, Strasbourg, Université de Strasbourg

**Dr Alexis Mathian**

Service de Médecine Interne 2, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris, Université Pierre et Marie Curie

**Dr Arsène Mekinian**

Service de Médecine Interne, Hôpital Saint-Antoine, Paris, Université Pierre et Marie Curie

**Pr Patrick Mercié**

Service de Médecine Interne et Maladies Infectieuses, Hôpital Saint-André, Bordeaux, Université de Bordeaux

**Pr Marc Michel**

Service de Médecine Interne, Hôpital Henri Mondor, Créteil, Université Paris-Est Créteil

**Pr Philippe Morlat**

Service de Médecine Interne et Maladies Infectieuses, Hôpital Saint-André, Bordeaux, Université de Bordeaux

**Pr Stéphane Mouly**

Département de Médecine Interne A, Hôpital Lariboisière, Paris, Université Paris-Diderot

**Pr Jean-Jacques Mourad**

Service de Médecine Interne, Hôpital Avicenne, Bobigny, Université Paris 13

**Pr Luc Mouthon**

Service de Médecine Interne, Hôpital Cochin, Paris, Université Paris-Descartes

**Pr Thomas Papo**

Service de Médecine Interne, Hôpital Bichat-Claude Bernard, Paris, Université Paris-Diderot

**Pr Jean-Loup Pennaforte**

Service de Médecine Interne, Hôpital Robert Debré, Reims, Université de Reims

**Pr Jacques Pouchot**

Service de Médecine Interne, Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris, Université Paris-Descartes

**Pr Brigitte Ranque**

Service de Médecine Interne, Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris, Université Paris-Descartes

**Pr Pascal Roblot**

Service de Médecine Interne, CHU de Poitiers, Université de Poitiers

**Pr Eric Rosenthal**

Service de Médecine Interne, Hôpital Archet 1, Nice, Université de Nice Sophia-Antipolis

**Pr Marc Ruivard**

Service de Médecine Interne, Hôpital d'Estaing, Clermont-Ferrand, Université d'Auvergne

**Pr David Saadoun**

Département de Médecine Interne et Immunologie Clinique, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris, Université Pierre et Marie Curie

**Pr Laurent Sailler**

Service de Médecine Interne, Hôpital Purpan, Toulouse, Université de Toulouse III (Université Paul Sabatier)

**Pr Karim Sacré**

Service de Médecine Interne, Hôpital Bichat-Claude Bernard, Paris, Université Paris-Diderot

**Pr Nicolas Schleinitz**

Service de Médecine Interne, Hôpital de la Timone, Marseille, Aix-Marseille Université

**Pr Damien Sène**

Département de Médecine Interne A, Hôpital Lariboisière, Paris, Université Paris-Diderot

**Pr Jacques Serratrice**

Service de Médecine Interne, Hôpital de la Timone, Marseille, Aix-Marseille Université

**Pr Pascal Sève**

Service de Médecine Interne, Hôpital de la Croix Rousse, Lyon, Université Claude Bernard Lyon 1

**Dr Olivier Steichen**

Service de Médecine Interne, Hôpital Tenon, Paris, Université Pierre et Marie Curie

**Dr Benjamin Terrier**

Service de Médecine Interne, Hôpital Cochin, Paris, Université Paris-Descartes

**Pr Jean-François Viallard**

Service de Médecine Interne, Hôpital Haut-Lévêque, Pessac, Université de Bordeaux

**Pr Jean-Christophe Weber**

Service de Médecine Interne, Nouvel Hôpital Civil, Strasbourg, Université de Strasbourg

**Dr Jean-Marc Ziza**

Service de Médecine Interne et Rhumatologie, Groupe hospitalier Diaconesses - Croix Saint Simon, Paris



# La relation médecin-malade

**dans le cadre du colloque singulier ou au sein d'une équipe, le cas échéant pluriprofessionnelle. 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.**

Items iECN abordées N°1 et N°321

## ► QRM 1

La relation médecin-patient de type « paternaliste » est caractérisée par un ou plusieurs des énoncés suivants :

- A  elle est en accord avec la forme déontologique de la morale
- B  elle est en accord avec la forme téléologique de la morale
- C  elle repose d'abord sur le principe éthique d'autonomie
- D  elle repose d'abord sur le principe éthique de bienfaisance
- E  elle favorise l'observance thérapeutique

## ► QRM 2

Le taux d'observance d'une prescription médicamenteuse est plus important :

- A  lorsque la prise quotidienne est unique plutôt que multiple
- B  lorsque la durée de prescription est inférieure ou égale à deux semaines
- C  lorsque plus de cinq médicaments sont prescrits simultanément
- D  lorsqu'une information sur les bénéfices et les effets secondaires est explicitement formulée
- E  lorsque la maladie est asymptomatique

## ► QRM 3

L'annonce d'une mauvaise nouvelle à un patient (information d'un pronostic péjoratif) :

- A  est prescrite par des dispositions réglementaires
- B  doit obligatoirement être faite par un psychologue
- C  doit toujours être faite en présence de la personne de confiance
- D  doit toujours être faite dans un délai inférieur à une semaine après confirmation du diagnostic concerné
- E  doit obligatoirement être documentée par un document signé par le patient ou son représentant, et annexé à son dossier

## ► QRM 4

Les programmes d'éducation thérapeutique du patient :

- A  ne concernent que les patients atteints d'une maladie inscrite sur la liste des affections de longue durée exonérantes, établie par l'Assurance-Maladie
- B  ne peuvent être développés que dans des centres hospitaliers agréés par le Ministère de la Santé
- C  font essentiellement appel à des pharmaciens
- D  ont des impacts démontrés sur certains indicateurs de santé au cours de l'asthme
- E  ont des impacts démontrés sur certains indicateurs de santé au cours du diabète de type 1

## ► QRM 5

La perspective de « la médecine centrée sur la personne » :

- A  fait systématiquement appel à un ou plusieurs traitements s'inscrivant dans la perspective des médecines alternatives (acupuncture, homéopathie, auriculothérapie, etc.)
- B  cherche à favoriser l'autonomie de la personne malade en lui proposant d'être associée aux décisions d'investigation et de traitement
- C  consiste à recueillir systématiquement le consentement écrit des patients pour les décisions d'investigation et de traitement
- D  implique de fonder les décisions thérapeutiques sur une étude du génome du patient
- E  recourt à des biothérapies testées préalablement sur des cultures tissulaires du patient

# RÉPONSES



Vrai



Indispensable



Faux



Inadmissible

## ► QRM 1

La relation médecin-patient de type « paternaliste » est caractérisée par un ou plusieurs des énoncés suivants :

➔ Réponse : B - D

	VRAI	FAUX	PROPOSITIONS	PTS
A		<input type="radio"/>	elle est en accord avec la forme déontologique de la morale	
B	<input checked="" type="checkbox"/>		<b>elle est en accord avec la forme téléologique de la morale</b>	
C		<input type="radio"/>	elle repose d'abord sur le principe éthique d'autonomie	
D	<input checked="" type="checkbox"/>		<b>elle repose d'abord sur le principe éthique de bienfaisance</b>	
E		<input type="radio"/>	elle favorise l'observance thérapeutique	

### Commentaires :

Le modèle paternaliste de la relation médecin-patient privilégie le rôle d'un médecin qui agit pour le bien de son patient (finalité). Une telle position postule que le médecin est la personne la plus compétente pour favoriser le bien-être du patient et, d'autre part, que le patient est intrinsèquement dans un état le rendant inapte à prendre des décisions pour lui-même. En cela, elle s'oppose au modèle centré sur l'autonomie du patient, qui affirme que, sauf incapacité radicale liée par exemple à un état de confusion mentale ou de coma, le patient est au contraire la seule personne qui puisse décider pour elle-même et que son consentement doit systématiquement être recherché, ce qui implique qu'il soit adéquatement informé.

## ► QRM 2

Le taux d'observance d'une prescription médicamenteuse est plus important :

➔ Réponse : A - B - D

	VRAI	FAUX	PROPOSITIONS	PTS
A	<input checked="" type="checkbox"/>		<b>lorsque la prise quotidienne est unique plutôt que multiple</b>	
B	<input checked="" type="checkbox"/>		<b>lorsque la durée de prescription est inférieure ou égale à deux semaines</b>	
C		<input type="radio"/>	lorsque plus de cinq médicaments sont prescrits simultanément	
D	<input checked="" type="checkbox"/>		<b>lorsqu'une information sur les bénéfices et les effets secondaires est explicitement formulée</b>	
E		<input type="radio"/>	lorsque la maladie est asymptomatique	

### Commentaires :

La notion d'observance est intrinsèquement liée au modèle paternaliste de la relation médecin-patient (cf. commentaire supra) puisqu'elle présuppose que le « bon malade » est un malade obéissant qui se conforme, pour son bien, aux prescriptions du médecin qui est réputé savoir ce qui est bon pour lui. Plusieurs facteurs liés à la prescription médicamenteuse l'affectent. Cependant, on s'accorde désormais pour considérer que l'adhésion du patient aux prescriptions du médecin est un processus complexe et multifactoriel. La notion d'observance tend aujourd'hui à être remplacée par celle d'alliance thérapeutique, qui privilégie la co-construction des décisions de traitement, ce qui implique de vérifier que le patient en comprend correctement les enjeux (bénéfices et inconvénients), les finalités et les modalités.

## ► QRM 3

L'annonce d'une mauvaise nouvelle à un patient (information d'un pronostic péjoratif) :

➔ Réponse : A

	VRAI	FAUX	PROPOSITIONS	PTS
A	✓		est prescrite par des dispositions réglementaires	
B		○	doit obligatoirement être faite par un psychologue	
C		○	doit toujours être faite en présence de la personne de confiance	
D		○	doit toujours être faite dans un délai inférieur à une semaine après confirmation du diagnostic concerné	
E		○	doit obligatoirement être documentée par un document signé par le patient ou son représentant, et annexé à son dossier	

### Commentaires :

En lien avec la perspective de la relation médecin-patient centrée sur l'autonomie de ce dernier, l'annonce d'une mauvaise nouvelle est une exigence à la fois au regard de principes éthiques et de dispositions réglementaires (consacrés par plusieurs textes de lois ou chartes). Elle concerne tous les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge d'un patient et devrait être considérée dans une logique de collaboration et de coopération interprofessionnelles. Un entretien avec un psychologue devrait toujours être proposé dans le cadre de ce processus mais cette éventualité n'exonère pas le médecin de sa propre responsabilité. Les dispositions réglementaires prescrivent à chaque médecin (par exemple, le médecin généraliste, le chirurgien mais aussi le spécialiste d'imagerie) de donner les informations dans son champ de compétence, en lien avec les autres médecins.

### ► QRM 4

Les programmes d'éducation thérapeutique du patient :

#### ➔ Réponse : D - E

	VRAI	FAUX	PROPOSITIONS	PTS
A		○	ne concernent que les patients atteints d'une maladie inscrite sur la liste des affections de longue durée exonérantes, établie par l'Assurance-Maladie	
B		○	ne peuvent être développés que dans des centres hospitaliers agréés par le Ministère de la Santé	
C		○	font essentiellement appel à des pharmaciens	
D	✓		ont des impacts démontrés sur certains indicateurs de santé au cours de l'asthme	
E	✓		ont des impacts démontrés sur certains indicateurs de santé au cours du diabète de type 1	

### Commentaires :

Au-delà des dispositifs formels, agréés et/ou financés par les diverses agences gouvernementales ou organisations d'assurance-maladie, l'éducation thérapeutique est d'abord une perspective qui vise l'émancipation du patient, au regard des principes éthiques d'autonomie et de bienfaisance. Elle devrait être systématiquement intégrée au processus de soin, et son objectif dépasse la simple amélioration de l'observance (cf. commentaires supra).

### ► QRM 5

La perspective de « la médecine centrée sur la personne » :

#### ➔ Réponse : B

	VRAI	FAUX	PROPOSITIONS	PTS
A		○	fait systématiquement appel à un ou plusieurs traitements s'inscrivant dans la perspective des médecines alternatives (acupuncture, homéopathie, auriculothérapie, etc.)	
B	✓		cherche à favoriser l'autonomie de la personne malade en lui proposant d'être associée aux décisions d'investigation et de traitement	
C		○	consiste à recueillir systématiquement le consentement écrit des patients pour les décisions d'investigation et de traitement	
D		○	implique de fonder les décisions thérapeutiques sur une étude du génome du patient	
E		○	recourt à des biothérapies testées préalablement sur des cultures tissulaires du patient	

### Commentaires :

La perspective de la « médecine centrée sur la personne » est en accord avec les principes d'autonomie et de bienfaisance (cf. commentaires supra). Elle conduit à rechercher notamment le consentement du patient à ses soins, tout en recommandant que celui-ci ne fasse pas l'objet d'une approbation formelle par écrit (sauf pour les deux exceptions que constituent le consentement à un protocole de recherche ou le consentement à l'examen de son génome). Elle s'efforce de ne pas réduire le patient à sa maladie et, encore moins, à ses lésions ou à ses traitements. En ce sens, elle ne doit pas être confondue avec la médecine dite « personnalisée » (ou encore « médecine de précision ») qui, en cherchant –légitimement– à privilégier des traitements sur mesure, sur la base de l'identification de bio-marqueurs, tend à réduire la patient à son patrimoine génomique ou bio-moléculaire.

Évaluation			Votre entraînement		
Questions	Réponses	Points	1 <sup>er</sup> Tour	2 <sup>e</sup> Tour	3 <sup>e</sup> Tour
Q - 1	B-D	20			
Q - 2	A - B - D	20			
Q - 3	A	20			
Q - 4	D - E	20			
Q - 5	B	20			
Total : 100					

#### ► ITEMS CONCERNÉS

N° 1. LA RELATION MÉDECIN-MALADE DANS LE CADRE DU COLLOQUE SINGULIER OU AU SEIN D'UNE ÉQUIPE, LE CAS ÉCHÉANT PLURIPROFESSIONNELLE. 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.

N° 321. ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE, OBSERVANCE ET AUTOMÉDICATION.

**Le cours « La relation médecin-malade » est traité de la page 13 à la page 40 du livre de cours du Collège.**

### +++ LE COUP DE POUCE DE L'ENSEIGNANT

1. Sous diverses influences sociétales, autant que scientifiques, l'approche contemporaine de la relation médecin-malade vise à considérer le patient comme un acteur de soins à part entière, et à favoriser son implication en tant que personne autonome, en interdépendance avec les différents professionnels de la santé.
2. Une telle conception s'appuie sur un modèle où la santé résulte d'interactions systémiques et dynamiques entre les dimensions biologiques, psychologiques et sociales de la personne et des problèmes de santé.
3. De ce fait, dans sa relation clinique avec le patient, le médecin devrait prendre en compte les aspects personnels, interpersonnels et sociaux avec la même attention critique que celle qu'il applique à l'identification des aspects somatiques et biologiques.
4. Une telle perspective est notamment essentielle dans la prise en charge des maladies chroniques, pour lesquelles les modèles exclusivement biocliniques sont souvent en échec.
5. Dans ce cadre, les différentes actions qui concourent à l'information et à la formation du patient s'efforcent de prendre en compte les savoirs profanes et expérimentiels des patients, qui fondent les représentations grâce auxquelles les patients cherchent à donner un sens à l'expérience que constitue le problème de santé auquel ils sont confrontés.

#### Les pièges à éviter :

1. Considérer que la maîtrise d'habiletés communicationnelles peut suffire au développement d'une relation médecin-patient satisfaisante.
2. Réduire la contribution des sciences humaines et sociales à un simple « supplément d'âme » dans l'exercice de la médecine.
3. Restreindre l'éducation thérapeutique au seul objectif d'améliorer l'observance thérapeutique, au détriment de sa fonction émancipatrice.
4. Assimiler l'éthique du soin au seul respect des dispositions réglementaires et déontologiques.

# Les valeurs professionnelles du médecin et des autres professions de santé

Item iECN abordé N° 2

## ► QRM 1

L'exercice de la médecine est réservé aux professionnels. Quel(s) est (sont) le(s) critère(s) qui défini(ssent) une profession ?

- A  le statut des professionnels est garanti par l'État
- B  la société définit les règles de la pratique
- C  la profession est seule juge des compétences
- D  les professionnels s'engagent à fournir des prestations dans le respect de valeurs définies
- E  la profession a l'exclusivité des prestations fournies au public

## ► QRM 2

Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) fausse(s) concernant les valeurs professionnelles des médecins ?

- A  elles sont définies par la société
- B  elles sont rappelées dans le Code de Déontologie
- C  elles n'ont pas évolué depuis Hippocrate
- D  elles sont formulées comme des normes à respecter
- E  elles privilégient l'intérêt du malade

## ► QRM 3

Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) juste(s) concernant le Code de Déontologie médicale ?

- A  il est rédigé par une commission mixte de professionnels et de représentants de la société
- B  sa valeur juridique est inférieure à celle du Code de la Santé Publique
- C  il s'applique aussi aux chirurgiens-dentistes et aux sages-femmes
- D  il interdit au médecin salarié d'être rémunéré à la performance
- E  il est périodiquement actualisé

## ► QRM 4

Parmi les valeurs professionnelles suivantes, laquelle (lesquelles) étai(en)t déjà vivante(s) dans la période dans la période hippocratique de la médecine ?

- A  la liberté du médecin
- B  le secret professionnel
- C  la compétence
- D  la bienveillance
- E  la justice

## ► QRM 5

Parmi les professions de santé suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) considérée(s) comme des professions médicales ?

- A  pharmacien
- B  chirurgien-dentiste
- C  infirmier
- D  psychologue
- E  sage-femme

## ► QRM 6

Quelle(s) valeur(s) est (sont) portée(s) par les compétences génériques attendues du médecin d'aujourd'hui ?

- A  rigueur scientifique
- B  réflexivité
- C  discrétion
- D  esprit d'équipe
- E  indépendance

# RÉPONSES



Vrai



Indispensable



Faux



Inadmissible

## ► QRM 1

L'exercice de la médecine est réservé aux professionnels. Quel(s) est (sont) le(s) critère(s) qui défini(ssen)t une profession ?

➔ Réponse : A - C - D - E

	VRAI	FAUX	PROPOSITIONS	PTS
A	<input checked="" type="checkbox"/>		le statut des professionnels est garanti par l'État	
B		<input type="checkbox"/>	la société définit les règles de la pratique	
C	<input checked="" type="checkbox"/>		la profession est seule juge des compétences	
D	<input checked="" type="checkbox"/>		les professionnels s'engagent à fournir des prestations dans le respect de valeurs définies	
E	<input checked="" type="checkbox"/>		la profession a l'exclusivité des prestations fournies au public	

### Commentaires :

**A, C, D et E :** Réponse juste. Critères du contrat social entre société et profession.

**B :** Réponse fausse. La profession détermine les règles de la formation et de la pratique.

## ► QRM 2

Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) fausse(s) concernant les valeurs professionnelles des médecins ?

➔ Réponse : A - C

	VRAI	FAUX	PROPOSITIONS	PTS
A	<input checked="" type="checkbox"/>		elles sont définies par la société	
B		<input type="checkbox"/>	elles sont rappelées dans le Code de Déontologie	
C	<input checked="" type="checkbox"/>		elles n'ont pas évolué depuis Hippocrate	
D		<input type="checkbox"/>	elles sont formulées comme des normes à respecter	
E		<input type="checkbox"/>	elles privilégient l'intérêt du malade	

### Commentaires :

**A :** Réponse juste. Elles sont définies par l'Ordre professionnel, même si elles sont votées au Parlement.

**B :** Réponse fausse. Le Code de Déontologie est l'expression publique des valeurs professionnelles.

**C :** Réponse juste. Certaines valeurs traditionnelles n'ont pas évolué, mais un grand nombre de valeurs professionnelles sont adaptées au contexte social et politique.

**D :** Réponse fausse. Les valeurs professionnelles sont formulées pour la plupart comme des normes (principes généraux ou règles particulières) à respecter.

**E :** Réponse fausse. C'est la valeur fondamentale qui organise l'ensemble.

## ► QRM 3

Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) juste(s) concernant le Code de Déontologie médicale ?

➔ Réponse : D - E

	VRAI	FAUX	PROPOSITIONS	PTS
A		<input type="radio"/>	il est rédigé par une commission mixte de professionnels et de représentants de la société	
B		<input type="radio"/>	sa valeur juridique est inférieure à celle du Code de la Santé Publique	
C		<input type="radio"/>	il s'applique aussi aux chirurgiens-dentistes et aux sages-femmes	
D	<input checked="" type="checkbox"/>		il interdit au médecin salarié d'être rémunéré à la performance	
E	<input checked="" type="checkbox"/>		il est périodiquement actualisé	

#### Commentaires :

**A :** Réponse inadmissible. Il est rédigé par l'Ordre National des médecins.

**B :** Réponse fausse. Le Code de Déontologie est inséré dans le Code de la Santé Publique.

**C :** Réponse fausse. Ces professions médicales ont leur propre Code de Déontologie.

**D :** Réponse juste. Il est interdit au médecin salarié d'accepter une rémunération fondée sur des normes de productivité (art. 97), ou encore d'être expert et médecin traitant pour un même patient (art. 105).

**E :** Réponse juste. Le Code de Déontologie est actualisé en fonction de l'évolution législative générale. Sa version actuelle date de novembre 2012.

#### ► QRM 4

Parmi les valeurs professionnelles suivantes, laquelle (lesquelles) étai(en)t déjà vivante(s) dans la période dans la période hippocratique de la médecine ?

➔ Réponse : A - B - C - D - E

	VRAI	FAUX	PROPOSITIONS	PTS
A	<input checked="" type="checkbox"/>		la liberté du médecin	
B	<input checked="" type="checkbox"/>		le secret professionnel	
C	<input checked="" type="checkbox"/>		la compétence	
D	<input checked="" type="checkbox"/>		la bienveillance	
E	<input checked="" type="checkbox"/>		la justice	

#### ► QRM 5

Parmi les professions de santé suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) considérée(s) comme des professions médicales ?

➔ Réponse : B - E

	VRAI	FAUX	PROPOSITIONS	PTS
A		<input type="radio"/>	pharmacien	
B	<input checked="" type="checkbox"/>		chirurgien-dentiste	
C		<input type="radio"/>	infirmier	
D		<input type="radio"/>	psychologue	
E	<input checked="" type="checkbox"/>		sage-femme	

#### Commentaires :

**A :** Réponse fausse. Professionnel de santé.

**B et E :** Réponse juste. Professions médicales.

**C :** Réponse fausse. Professionnel de santé dit « auxiliaire médical ».

**D :** Réponse fausse. Les psychologues ont un exercice réglementé, mais ne sont pas des professionnels de santé pour le Code de Santé Publique.

## ► QRM 6

Quelle(s) valeur(s) est (sont) portée(s) par les compétences génériques attendues du médecin d'aujourd'hui ?

► **Réponse : A - B - D**

	VRAI	FAUX	PROPOSITIONS	PTS
A	✓		rigueur scientifique	
B	✓		réflexivité	
C		○	discrétion	
D	✓		esprit d'équipe	
E		○	indépendance	

### Commentaires :

**C** : Réponse fausse. On attend aujourd'hui davantage du médecin qu'il communique et qu'il collabore activement.

**E** : Réponse fausse. L'indépendance n'est plus mise en exergue. Au contraire, c'est l'esprit d'équipe, la collaboration pluri-professionnelle, la communication qui sont valorisés.

Évaluation			Votre entraînement		
Questions	Réponses	Points	1 <sup>er</sup> Tour	2 <sup>e</sup> Tour	3 <sup>e</sup> Tour
Q - 1	A - C - D - E	20			
Q - 2	A - C	20			
Q - 3	D - E	20			
Q - 4	A - B - C - D - E	20			
Q - 5	B - E	20			
Q - 6	A - B - D	20			
		Total : 120			

### ► ITEM CONCERNÉ

N° 2. LES VALEURS PROFESSIONNELLES DU MÉDECIN ET DES AUTRES PROFESSIONS DE SANTÉ.

**Le cours « Les valeurs professionnelles du médecin et des autres professions de santé » est traité de la page 41 à la page 50 du livre de cours du Collège.**



# Un diabète mal équilibré

Item iECN abordé N° 57

## Dossier court à 4 QRM

### ÉNONCÉ :

Mme I., 56 ans, est veuve et vit seule dans un abri sans eau courante en marge de la ville. Elle est d'origine roumaine et vit en France depuis 3 ans, où elle travaille sans papiers et par intermittence entre autres à distribuer des prospectus. Elle souffre d'un diabète mal équilibré dans le cadre d'une obésité (IMC 32 kg/m<sup>2</sup>), traité par antidiabétiques oraux. Le passage à l'insuline n'a pas été fait en raison de l'analphabétisme de la patiente.

#### ▶ QRM 1

Parmi les facteurs suivants contribuant au déséquilibre du diabète, lesquels sont contextuels ?

- A  hérédité génétique
- B  réponse individuelle aux traitements
- C  offre alimentaire locale
- D  faible niveau d'instruction
- E  activité professionnelle

#### ▶ QRM 2

Un jour, la patiente se brûle gravement le pied en versant de l'eau chauffée dans une baignoire. Elle met des herbes sur sa brûlure, qui s'infecte. Par peur, honte et manque d'argent, elle ne va pas chez le médecin.

Parmi les facteurs contextuels suivants ayant contribué à la brûlure, à l'infection ou au retard de prise en charge, lesquels relèvent du point de vue personnel de la patiente sur la maladie et les soins ?

- A  pauvreté
- B  automédication inadaptée
- C  logement insalubre
- D  isolement social
- E  attitude vis-à-vis des soignants

#### ▶ QRM 3

La patiente finit par consulter aux Urgences. En raison d'une occasion de travail, elle ne veut pas être hospitalisée, mais accepte un traitement local et une antibiothérapie orale. L'évolution n'est pas favorable.

Parmi les facteurs contextuels suivants ayant contribué aux soins suboptimaux, lesquels relèvent des ressources (au sens large) propres à la patiente ?

- A  priorité donnée à l'emploi sur la santé
- B  analphabétisme
- C  système de soins inéquitable
- D  absence de soutien familial
- E  logement insalubre

#### ▶ QRM 4

Quand la patiente revient aux urgences, la plaie du pied s'est aggravée. La patiente est hospitalisée et tente d'expliquer ses allergies multiples mais le médecin ne comprend pas le roumain. Il décide de changer les antibiotiques et, faute de radiologue compétent en échographie doppler artériel, demande au chirurgien vasculaire de réaliser une artériographie. La patiente fait une allergie au produit de contraste. En insuffisance rénale à cause du produit de contraste et de l'hypotension liée à l'allergie et au sepsis, son état se dégrade rapidement et elle décède dans les jours qui suivent...

Parmi les facteurs contextuels suivants ayant contribué à l'inadéquation de la prise en charge, lesquels relèvent de l'environnement de soins ?

- A  faible niveau de revenus
- B  absence de dossier médical personnel partagé (DMP)
- C  absence de dopplérisse vasculaire dans l'hôpital
- D  manque d'intérêt de la patiente pour l'apprentissage du français
- E  absence de service de traduction à l'hôpital

# RÉPONSES

 Vrai Indispensable Faux Inadmissible

## ► QRM 1

Parmi les facteurs suivants contribuant au déséquilibre du diabète, lesquels sont contextuels ?

➔ Réponse : C - D - E

	VRAI	FAUX	PROPOSITIONS	PTS
A		<input type="radio"/>	hérédité génétique	
B		<input type="radio"/>	réponse individuelle aux traitements	
C	<input checked="" type="checkbox"/>		offre alimentaire locale	
D	<input checked="" type="checkbox"/>		faible niveau d'instruction	
E	<input checked="" type="checkbox"/>		activité professionnelle	

### Commentaires :

L'hérédité génétique et la réponse individuelle au traitement sont des facteurs biomédicaux. Les facteurs contextuels relèvent de l'environnement de soins (offre alimentaire locale), ou du point de vue et des ressources personnelles du patient (faible niveau d'instruction, activité professionnelle).

## ► QRM 2

Un jour, la patiente se brûle gravement le pied en versant de l'eau chauffée dans une baignoire. Elle met des herbes sur sa brûlure, qui s'infecte. Par peur, honte et manque d'argent, elle ne va pas chez le médecin.

Parmi les facteurs contextuels suivants ayant contribué à la brûlure, à l'infection ou au retard de prise en charge, lesquels relèvent du point de vue personnel de la patiente sur la maladie et les soins ?

➔ Réponse : B - E

	VRAI	FAUX	PROPOSITIONS	PTS
A		<input type="radio"/>	pauvreté	
B	<input checked="" type="checkbox"/>		automédication inadaptée	
C		<input type="radio"/>	logement insalubre	
D		<input type="radio"/>	isolement social	
E	<input checked="" type="checkbox"/>		attitude vis-à-vis des soignants	

### Commentaires :

La pauvreté, le logement insalubre et l'isolement social relèvent des ressources personnelles (finances, habitat, entourage socio-familial).

## ► QRM 3

La patiente finit par consulter aux Urgences. En raison d'une occasion de travail, elle ne veut pas être hospitalisée, mais accepte un traitement local et une antibiothérapie orale. L'évolution n'est pas favorable.

Parmi les facteurs contextuels suivants ayant contribué aux soins suboptimaux, lesquels relèvent des ressources (au sens large) propres à la patiente ?

➔ Réponse : B - D - E

	VRAI	FAUX	PROPOSITIONS	PTS
A		○	priorité donnée à l'emploi sur la santé	
B	✓		<b>analphabétisme</b>	
C		○	système de soins inéquitable	
D	✓		<b>absence de soutien familial</b>	
E	✓		<b>logement insalubre</b>	

#### Commentaires :

- La priorité donnée à l'emploi sur la santé relève du point de vue personnel de la patiente sur la maladie et les soins. Le système de soins inéquitable relève de l'environnement de soins.
- L'insuffisance des ressources personnelles définit la précarité : l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux (dont la santé). Elle comporte de nombreuses dimensions : l'emploi, les ressources financières, la famille, les liens sociaux, le logement, l'éducation, la protection sociale...

#### ► QRM 4

Quand la patiente revient aux urgences, la plaie du pied s'est aggravée. Elle est hospitalisée et tente d'expliquer ses allergies multiples mais le médecin ne comprend pas le roumain. Il décide de changer les antibiotiques et, faute de radiologue compétent en échographie doppler artériel, demande au chirurgien vasculaire de réaliser une artériographie. La patiente fait une allergie au produit de contraste. En insuffisance rénale à cause du produit de contraste et de l'hypotension liée à l'allergie et au sepsis, son état se dégrade rapidement et elle décède dans les jours qui suivent...

Parmi les facteurs contextuels suivants ayant contribué à l'inadéquation de la prise en charge, lesquels relèvent de l'environnement de soins ?

#### → Réponse : B - C - E

	VRAI	FAUX	PROPOSITIONS	PTS
A		○	faible niveau de revenus	
B	✓		<b>absence de dossier médical personnel partagé (DMP)</b>	
C	✓		<b>absence de dopplérisse vasculaire dans l'hôpital</b>	
D		○	manque d'intérêt de la patiente pour l'apprentissage du français	
E	✓		<b>absence de service de traduction à l'hôpital</b>	

#### Commentaires :

- Le faible niveau de revenus relève des ressources personnelles de la patiente. Son manque d'intérêt pour l'apprentissage du français relève de son point de vue personnel (de ses priorités).
- L'objectif du DMP est de décharger le patient de la responsabilité de communiquer son histoire de santé. Il s'agit bien d'une modification de l'environnement qui simplifie, en principe, la continuité des soins et la transmission des informations.
- La présence d'un radiologue compétent en échographie doppler artériel aurait peut-être évité la réalisation de l'artériographie dont les complications ont contribué au décès.

Évaluation			Votre entraînement		
Questions	Réponses	Points	1 <sup>er</sup> Tour	2 <sup>e</sup> Tour	3 <sup>e</sup> Tour
Q - 1	C - D - E	20			
Q - 2	B - E	20			
Q - 3	B - D - E	20			
Q - 4	B - C - E	20			
Total : 80					

Le cours « Le raisonnement et la décision en médecine » est traité de la page 51 à la page 60 du livre de cours du Collège.

# Médecine interne

UE 1 - UE 3 -  
UE 6 - UE 7 - UE 8

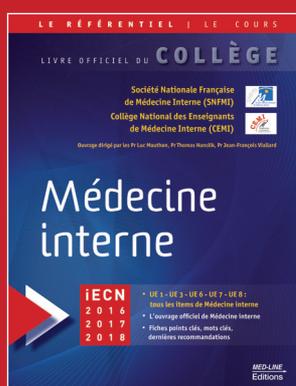
## 25 dossiers progressifs, plus de 170 questions isolées, 3 LCA

- 25 dossiers progressifs, plus de 170 questions isolées et 3 dossiers de lecture critique d'article conçus, corrigés et commentés par le Collège National des Enseignants de Médecine Interne (CEMI) sous l'égide de la Société Nationale Française de Médecine Interne (SNFMI)
- Conformes au nouveau programme de l'iECN
- Rédigés par les équipes universitaires de Médecine interne impliquées dans la rédaction et la correction des dossiers de l'iECN
- Des corrections détaillées et commentées

## Les bonus iECN pour chaque dossier

- Les réponses indispensables ou inadmissibles
- Les items abordés dans le dossier pour faciliter ses révisions
- Une fiche Points clés par dossier pour retenir l'essentiel
- Le Coup de pouce des enseignants, les Pièges à éviter et les conseils du Collège

**+ Inclus dans ce livre, un code d'accès pour s'entraîner et s'évaluer en ligne dans les conditions de l'iECN**



Dans la même collection :  
**Le cours du Collège National  
des Enseignants  
de Médecine Interne**

31 € TTC

ISBN : 978-2-84678-166-4



**MED-LINE**  
Editions

www.med-line.fr

