

ITEM 1 : RELATION MEDECIN-MALADE

<p>Relation médecin-malade = mélange d'aide, de pédagogie et d'autorité, en proportions variables</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relation paternaliste ou active/passive = confiance totale du patient en son médecin, qui détient le savoir et prend les décisions en respectant le principe de bienfaisance : modèle européen, ou de certaines spécialités (réanimation, psychiatrie...) - Relation autonomiste = le patient conserve pleinement sa liberté et son auto-détermination, le médecin a seulement un rôle consultatif : modèle américain, de plus en plus actuel en Europe - Relation consensuelle, coopérative et participative = le patient accepte les soins et une coopération (consensuelle), ou doit être convaincu (coopérative), et est acteur de la rémission ou de la guérison (participative) → alliance thérapeutique - Différents niveaux : préventive, curative (thérapeutique), écoute et soutien psychologique, fin de vie 							
Législation	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; padding: 5px; vertical-align: top;">Code de déontologie médicale</td> <td style="padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> - Information loyale, claire et appropriée sur l'état, les investigations et les soins proposés au patient - Si le patient en a émit le souhait, ou dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes appréciées en conscience par le médecin, il est possible de tenir un malade dans l'ignorance d'un diagnostic ou pronostic grave, sauf si l'affection expose un tiers à un risque de contamination - Un pronostic fatal doit être révélé avec circonspection, proches prévenus sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite - Le consentement de la personne doit être recherché dans tous les cas - Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus, après avoir informé le malade de ses conséquences (sans obligation pour le médecin de toute mettre en œuvre pour convaincre le patient) </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; vertical-align: top;">Charte patient hospitalisé</td> <td style="padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> - Information simple, accessible, intelligible et loyale - Le médecin doit répondre avec tact et de façon adaptée aux questions </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; vertical-align: top;">Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades</td> <td style="padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> - Information claire, loyale et appropriée, conforme aux dernières avancées → preuve à la charge du médecin en cas de litige - Accès au dossier médical - Aucun acte médical ou traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclair de la personne, et le consentement peut être retiré à tout moment → seule l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser - Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance ou la famille, à défaut un proche, n'ait été consulté - En chirurgie esthétique : réalisation d'un devis, avec obligation d'une évaluation psychologique par le chirurgien, et respect d'un délai de réflexion </td> </tr> </table>	Code de déontologie médicale	<ul style="list-style-type: none"> - Information loyale, claire et appropriée sur l'état, les investigations et les soins proposés au patient - Si le patient en a émit le souhait, ou dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes appréciées en conscience par le médecin, il est possible de tenir un malade dans l'ignorance d'un diagnostic ou pronostic grave, sauf si l'affection expose un tiers à un risque de contamination - Un pronostic fatal doit être révélé avec circonspection, proches prévenus sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite - Le consentement de la personne doit être recherché dans tous les cas - Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus, après avoir informé le malade de ses conséquences (sans obligation pour le médecin de toute mettre en œuvre pour convaincre le patient) 	Charte patient hospitalisé	<ul style="list-style-type: none"> - Information simple, accessible, intelligible et loyale - Le médecin doit répondre avec tact et de façon adaptée aux questions 	Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades	<ul style="list-style-type: none"> - Information claire, loyale et appropriée, conforme aux dernières avancées → preuve à la charge du médecin en cas de litige - Accès au dossier médical - Aucun acte médical ou traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclair de la personne, et le consentement peut être retiré à tout moment → seule l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser - Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance ou la famille, à défaut un proche, n'ait été consulté - En chirurgie esthétique : réalisation d'un devis, avec obligation d'une évaluation psychologique par le chirurgien, et respect d'un délai de réflexion
Code de déontologie médicale	<ul style="list-style-type: none"> - Information loyale, claire et appropriée sur l'état, les investigations et les soins proposés au patient - Si le patient en a émit le souhait, ou dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes appréciées en conscience par le médecin, il est possible de tenir un malade dans l'ignorance d'un diagnostic ou pronostic grave, sauf si l'affection expose un tiers à un risque de contamination - Un pronostic fatal doit être révélé avec circonspection, proches prévenus sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite - Le consentement de la personne doit être recherché dans tous les cas - Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus, après avoir informé le malade de ses conséquences (sans obligation pour le médecin de toute mettre en œuvre pour convaincre le patient) 						
Charte patient hospitalisé	<ul style="list-style-type: none"> - Information simple, accessible, intelligible et loyale - Le médecin doit répondre avec tact et de façon adaptée aux questions 						
Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades	<ul style="list-style-type: none"> - Information claire, loyale et appropriée, conforme aux dernières avancées → preuve à la charge du médecin en cas de litige - Accès au dossier médical - Aucun acte médical ou traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclair de la personne, et le consentement peut être retiré à tout moment → seule l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser - Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance ou la famille, à défaut un proche, n'ait été consulté - En chirurgie esthétique : réalisation d'un devis, avec obligation d'une évaluation psychologique par le chirurgien, et respect d'un délai de réflexion 						
Principes	<ul style="list-style-type: none"> - Ecoute : 1^{er} temps de l'entretien - Empathie = capacité à comprendre les sentiments et émotions d'une autre personne - Confiance - Adaptée au type de relation (paternaliste/autonomiste) et au niveau (préventif, curatif, soutien, fin de vie) - Bienfaisance du médecin, respect de la dignité et non-discrimination - Globale = prise en compte du patient dans sa globalité - Rôle éducatif : transmission du savoir - Secret médical - Consentement éclairé = après information claire, loyale et appropriée - Décision thérapeutique personnalisée : selon les attentes du malade, ses capacités et son histoire globale 						
Médecin traitant	<p>= Institué par la loi réformant l'assurance maladie du 13 aout 2004 : coordination et participation à la mise en place du « dossier médical personnel » du patient, informé de tout acte concernant le patient, assure les procédures de prise en charge (déclaration d'ALD...)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Obligatoire pour les patients > 16 ans - Indiqué par le patient après de sa CPAM, après accord du médecin sur formulaire spécial - Médecin spécialiste ou généraliste - Montant de la consultation majoré pour les patients n'ayant pas désigné de médecin traitant, ou consultant un autre médecin sans être adressé par celui-ci - Toujours consulté en 1^{er} recours, sauf : <ul style="list-style-type: none"> <li style="width: 50%;">- Situation d'urgence <li style="width: 50%;">- Consultation ophtalmologique <li style="width: 50%;">- Eloignement géographique <li style="width: 50%;">- Consultation gynécologique <li style="width: 50%;">- Enfant < 16 ans <li style="width: 50%;">- Suivi de grossesse <li style="width: 50%;">- Consultation psychiatrie < 25 ans 						

Situations particulières	Annonce d'une maladie grave	<ul style="list-style-type: none"> - Multidisciplinaire : médecins, infirmiers, psychologues, assistantes sociales - Prendre le temps, au calme, sans être dérangé, à un moment propice, seul avec le patient (et la personne de confiance le cas échéant) - Expliquer : le diagnostic, le pronostic, la prise en charge, le traitement, les effets secondaires... - Ecouter, demander ce que le malade a compris - Laisser le temps au malade pour formuler ses interrogations et y répondre - Respect des droits du malade et des principes de la loi du 4 mars 2002 - Respect de la volonté du patient s'il ne veut pas être informé du diagnostic - Information de la famille après accord du malade uniquement
	Réaction à l'annonce d'une maladie grave ou d'un décès	<p>→ Selon l'image de la maladie et de la mort (culture, croyances, niveau socioéducatif, part affective...)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Déni, non acceptation = sidération - Révolte, refus, colère - Tristesse, culpabilité - Deuil, acceptation, combativité
	Formation du patient atteint de maladie chronique	<ul style="list-style-type: none"> = Education thérapeutique : nécessite la réalisation d'un projet pédagogique individuel adapté - Contrat moral, avec des objectifs progressifs, visant l'autonomisation du malade - Nécessite l'adhésion du patient, qui passe par sa compréhension et son niveau de motivation - Multidisciplinaire : médecin, paramédical (kiné, infirmier, ergothérapeute...), psychologue, sociale - Inclusion dans un réseau de soins autour du médecin traitant - Soutien par des associations de malades et participation à des sessions éducatives de groupe - Soutien de la famille - Suivi avec évaluation régulière et adaptation du protocole

ITEM 2 : VALEURS PROFESSIONNELLES

La pratique médicale est une activité technique qui répond par des connaissances et compétences spécifiques aux besoins de santé des personnes. Elle suppose une relation qui a une signification éthique : souci de l'autre, sollicitude, responsabilité.

Définitions	Valeurs	<ul style="list-style-type: none"> - Ce qui est précieux, valorisé (idéaux à poursuivre) = le Beau, le Bon, le Vrai, le Juste - Valeurs d'une pratique : digne d'estime, souhaitable et recommandé pour soigner, traiter, guérir 	
	Normes	<ul style="list-style-type: none"> - Principes et règles énonçant des devoirs, des obligations à suivre → les normes morales concernent la conduite humaine (morale commune : respecter les droits d'autrui, etc.) - Composantes normatives qui traduisent une valeur - Énoncées sous forme : de principe (universel) ou règle (spécifié/actualisé pour une réalité concrète) 	
	Valeurs professionnelles	<ul style="list-style-type: none"> - Mélange de valeurs et normes, qui indiquent ce qui est estimable dans l'exercice de la profession. Sont formulées comme des préceptes ou devoirs : les médecins placent la santé et les intérêts de leurs patients au-dessus de toute autre considération lorsqu'il s'agit de prendre une décision. - Ne sont pas inconditionnelles mais articulées aux circonstances de chaque situation : <ul style="list-style-type: none"> . Le respect de la vie est celui de la vie de chaque personne singulière et non en général . Faire le bien du malade n'est pas faire le Bien (morale) mais agir médicalement à son égard . L'altruisme, qui rassemble des valeurs traditionnelles, est spécifiquement orienté vers les malades - Possibles conflits de valeurs : <ul style="list-style-type: none"> . Non hiérarchisées entre elles : la justice passe-t-elle avant ou après les libertés individuelles ? . Autres défis : consumérisme, limitation d'autonomie, conflits d'intérêts, limitation étatique des moyens... 	
	Profession	<ul style="list-style-type: none"> - La profession transforme une pratique en une activité codifiée et régulée : <ul style="list-style-type: none"> . Les professionnels ont un statut garanti par l'Etat, défini par des lois . Ils prêtent serment : le médecin est censé respecter les valeurs de sa profession . Leur formation spécialisée leur confère une aptitude certifiée - En contrepartie la société garantit une certaine autonomie/indépendance (auto-régulation) : élaboration des règles de la pratique, jugement de la compétence professionnelle, liberté de prescription et décision → 2 rôles : thérapeute et professionnel. A la fois relation avec le malade et contrat social. 	
Historique	Valeurs historiques	<ul style="list-style-type: none"> - Préceptes hippocratiques : le savoir-faire médical n'est pas qu'empirisme mais une pratique raisonnée <ul style="list-style-type: none"> . Recherche de l'équilibre, du refus de tout mal et de toute injustice . Par un lien avec le malade innocent, discret, respectant son espace de liberté - Activité libre de toute autre influence que la science, entièrement polarisée par l'intérêt du malade. Valeurs ancrées dans la pratique responsable = jugement qui débouche sur des actions finalisées au sein d'une relation singulière protégée de toute intrusion. Tout ce qui permet d'en réaliser les meilleures conditions est une valeur : maximes (<i>primum non nocere</i>), serment d'Hippocrate, Code de déontologie - Compétence, discrétion, pudeur, probité, loyauté, neutralité, courage, persévérance, bienveillance, fidélité, sollicitude, dévouement, attention, empathie, altruisme... - Encore aujourd'hui pour l'Association Médicale Mondiale : indépendance et responsabilité professionnelle (compassion et compétence au service premier des intérêts du malade) 	
	Des valeurs évolutives	Médecine plus efficace	<ul style="list-style-type: none"> - Scientificité, validation des thérapies, actualisation des connaissances... - L'<i>Evidence Based Medicine</i> doit être complétée par une <i>Values-Based Medicine</i> (valeurs) : davantage centrée sur le patient, la responsabilité et l'expérience du médecin - Démocratie sanitaire : partenariat, loi du 04/03/2002
		Organisation sociale et politique de la profession	<ul style="list-style-type: none"> - 1927 = charte de la médecine libérale : libertés d'installation, prescription, du montant des honoraires... et indépendance, sans hiérarchie - Depuis, restriction de l'autonomie et de la liberté du médecin : <ul style="list-style-type: none"> . Régulation étatique de la santé, coûts des traitements, recommandations... . Au profit d'autres valeurs/normes : qualité des soins, évaluation de leur efficacité, certification des compétences et obligation de mise à jour continue des connaissances, équilibre entre santé individuelle et santé publique... → HAS : recommandations, DPC
		Exercice moins solitaire	<ul style="list-style-type: none"> - Confrères (cabinets de groupe, RCP), autres professionnels (maisons de santé, hôpital) → Valeurs pro-coopération/collaboration : loyauté, tact, confraternité, respect
		Evolution sociétale et culturelle	<ul style="list-style-type: none"> - Conception plus contractuelle du pacte de soins : la santé tend à être considérée comme un bien marchand, la liberté individuelle une valeur supérieure, et les compétences prennent le pas sur les connaissances théoriques et pratiques - La valeur-santé ne cesse d'évoluer, possibles conflits entre valeurs traditionnelles et nouvelles attentes : AMP, soins palliatifs de fin de vie, médecine améliorative...

Historique	Evolution récente en France	<ul style="list-style-type: none"> - La compétence devient la valeur la plus valorisée, et se transforme en référentiel de compétences évaluables par des performances standardisées : 7 compétences génériques du programme DFASM (clinicien, communicateur, coopérateur, acteur de santé publique, scientifique, responsable, réflexif) - L'autonomie professionnelle est devenue fonctionnellement impossible à l'hôpital, déchirée entre le soin et la gestion : la logique gestionnaire de l'efficacité (productivité, rendement) entrave la liberté de jugement du clinicien, les protocoles relationnels (annonce de cancer, de dommage lié aux soins) menacent la liberté et réduisent les relations médecin-malade à une interaction sociale - L'orientation managériale des réformes et la pénétration du secteur par l'industrie transforment la relation vers un contrat prestataire de services/consommateur - Le recours à des systèmes administratifs sophistiqués et l'obligation croissante de rendre des comptes entravent la capacité des médecins à respecter leur engagement envers les patients <ul style="list-style-type: none"> → La compassion est mise à mal par l'efficacité, la compétence personnelle par l'obéissance servile aux recommandations, l'autonomie professionnelle est contestée et limitée par le droit et l'aliénation à des intérêts privés... Risque de souffrance et épuisement au travail
Interactions entre professions de santé		<ul style="list-style-type: none"> - Professions de santé : <ul style="list-style-type: none"> . Professions médicales (organisées en Ordres) : médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes . Auxiliaires médicaux à exercice réglementé (diplômes définis et liste d'actes autorisés par le conseil de santé publique) : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes, orthoptistes, ergothérapeutes, psychomotriciens, audioprothésistes, opticiens-lunetiers, manipulateurs d'électro-radiologie, diététiciens... et depuis 2009 aides-soignants, ambulanciers, auxiliaires de puériculture, depuis 2014 ostéopathes - Sont organisées en Ordres professionnels les professions médicales, infirmiers, masseurs-kiné, pédicures-podologues - Valeur commune : intérêt du patient prévalant sur l'intérêt individuel du professionnel - Code de déontologie (article 68) : « dans l'intérêt des malades, les médecins doivent entretenir de bons rapports avec les membres des professions de santé. Ils doivent respecter l'indépendance professionnelle de ceux-ci et le libre choix du patient ». Tout compérage est interdit (article 23) et les patients ne doivent pas souffrir de rivalités professionnelles - Sont devenus légaux des expérimentations de coopérations, des transferts de compétences et actes médicaux délégués, pour optimiser les prises en charge, surveillances, et pallier aux carences de la démographie médicale
	Maisons de santé	<ul style="list-style-type: none"> - Loi 2011-940 du 10/08/2011 : possible constitution de société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA) = maisons de santé interprofessionnelles <ul style="list-style-type: none"> . Personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux, pharmaciens . La présence de psychologues et assistantes sociales est autorisée - Le partage des informations médicales est régi par l'article L.1110-4 du CSP, limité : aux professionnels ayant adhéré au projet, pour la prise en charge effective du patient et continuité des soins, sous réserve de son consentement exprès (≠ hôpitaux : consentement présumé acquis)
	Equipes de soins à l'hôpital : profession infirmière	<ul style="list-style-type: none"> - Exigences morales : respect de la vie, responsabilité au service d'autrui, relation personnelle avec malades - Règles professionnelles en vigueur depuis la loi de 1993 remplacées par un code de déontologie (2016) élaboré par l'Ordre National des Infirmiers (créé en 2007), d'autant que cette loi n'est parfois pas compatible avec les lois relatives aux droits du patient : l'obligation déontologique de recueil du consentement de la loi du 04/03/2002 n'existe pas dans ces textes de 1993 - Identité infirmière débattue : spécialisation des services hospitaliers, parcellisation des tâches, forte technicisation, recherche de performance et productivité, dévalorisation des espaces de parole...
Valeurs professionnelles à l'étranger	USA	<ul style="list-style-type: none"> Autonomie médicale limitée : <ul style="list-style-type: none"> - Médecine imprégnée du libéralisme politique (autonomie, liberté individuelle, souveraineté du sujet sain d'esprit sur son corps, régulation des relations entre individus par des contrats) - Droits inscrits dans la loi : choix de son traitement (années 1980), directives avancées, testaments de vie, désignation de mandataires, plus récemment décisions ultimes d'hydratation ou nutrition artificielle... - Autonomie médicale limitée : procédures, recommandations, juristes et bioéthiciens, logique marchande <ul style="list-style-type: none"> → Prestation de service qui implique information et consentement négocié. L'individu est propriétaire de son corps (≠ France : l'Etat garantit la protection du corps parfois contre sa volonté : vaccins obligatoires)
	Grande-Bretagne	<ul style="list-style-type: none"> - General Medical Council GMC, équivalent du Conseil National de l'Ordre des Médecins : gère la profession, garantit la sécurité des patients, en faveur du professionnalisme comme au Canada - Autonomie professionnelle reposant sur trois piliers : expertise, éthique, service - Nécessité de bons médecins, dignes de confiance, priorisant le patient : ils doivent être compétents, mettre à jour leurs connaissances et compétences pratiques, établir et maintenir de bonnes relations avec les malades et leurs collègues, être honnêtes et dignes de confiance, agir avec intégrité et dans le respect des lois... Ils doivent traiter leurs malades comme des partenaires, respecter leur droit à l'intimité et la dignité, les traiter comme des êtres particuliers. Ils font de leur mieux pour assurer que tous les patients reçoivent les bons soins et traitements les aidant à vivre le mieux possible. Ils sont responsables de leur jugement, devant pouvoir justifier leurs décisions et actions.

Canada	<p>Politique du professionnalisme médical :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trois principales valeurs du professionnalisme médical (Association Médicale Canadienne AMC) : <ul style="list-style-type: none"> . Ethique du service : compassion, bienveillance, non-malfaisance, respect de l'individu, justice . Autonomie clinique : droit des patients de décider des soins, mais le médecin est censé recommander les traitements et n'est pas moralement tenu de dispenser des services indus à la demande des patients . Autoréglementation : contrôle de l'admission dans la profession, autorisation d'exercice, examen continu des normes de pratiques... en contrepartie surveillance mutuelle du comportement des médecins - Valeurs mises sous pression : <ul style="list-style-type: none"> . Contraintes en termes de ressources : manque de médecins, accès au perfectionnement professionnel continu, apparente incapacité des gouvernements à corriger le financement insuffisant des soins... . Défis administratifs : perte d'autonomie (strates administratives et directives stratégiques), transfert de la distribution des ressources rares aux gestionnaires mettant à mal le devoir de soins de qualité . Commercialisme : risques croissants de conflits d'intérêts avec l'industrie des soins de santé . Industrialisation : division et spécialisation accrues du travail à risque de fragmenter les prestations de soins, de par les pressions pour améliorer l'efficacité et réduire les coûts
--------	---

ORDRE DES MEDECINS						
<p>= Instance de régulation, garant du respect de la déontologie médicale :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Veille au respect des principes de moralité, de probité et dévouement, et compétence indispensables à l'exercice - Veille au maintien du principe de compétence professionnelle : auto-évaluation des médecins - Veille à l'observation des droits, devoirs et obligations professionnels - Défend l'honneur de la profession médicale - Œuvre à l'entraide pour ses membres, veille aux relations confraternelles 						
Rôles	<p>- 5 rôles : moral, administratif, juridictionnel, d'entraide professionnelle et de conciliation, consultatif → Sans rôle représentatif (syndicat) ni régulateur</p>					
	Rôle moral	<ul style="list-style-type: none"> - Conçoit et rédige le Code de déontologie → Conseil d'Etat → Parlement (vote) → publié au JO, inséré au Code de Santé publique - Défend les intérêts des malades et de la profession 				
	Rôle administratif	<ul style="list-style-type: none"> - Pouvoir réglementaire - Inscription au tableau (obligatoire pour exercer en France) : recense les docteurs en médecine remplissant les conditions légales et de moralité 				
	Rôle juridictionnel	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="background-color: #e0e0e0; text-align: center; width: 15%;">Instances</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Conseils régionaux de 1^{ère} instance - Conseils nationaux d'appel - Conseil d'Etat pour le pourvoi en cassation → Conseils départementaux : règlement à l'amiable, sans pouvoir juridictionnel </td> </tr> <tr> <td style="background-color: #e0e0e0; text-align: center;">Sanctions</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> = Par ordre croissant de gravité : - Avertissement - Blâme - Interdiction temporaire ou permanente d'exercer certaines fonctions officielles - Interdiction temporaire d'exercer la médecine - Radiation du tableau de l'Ordre </td> </tr> </table>	Instances	<ul style="list-style-type: none"> - Conseils régionaux de 1^{ère} instance - Conseils nationaux d'appel - Conseil d'Etat pour le pourvoi en cassation → Conseils départementaux : règlement à l'amiable, sans pouvoir juridictionnel 	Sanctions	<ul style="list-style-type: none"> = Par ordre croissant de gravité : - Avertissement - Blâme - Interdiction temporaire ou permanente d'exercer certaines fonctions officielles - Interdiction temporaire d'exercer la médecine - Radiation du tableau de l'Ordre
	Instances	<ul style="list-style-type: none"> - Conseils régionaux de 1^{ère} instance - Conseils nationaux d'appel - Conseil d'Etat pour le pourvoi en cassation → Conseils départementaux : règlement à l'amiable, sans pouvoir juridictionnel 				
	Sanctions	<ul style="list-style-type: none"> = Par ordre croissant de gravité : - Avertissement - Blâme - Interdiction temporaire ou permanente d'exercer certaines fonctions officielles - Interdiction temporaire d'exercer la médecine - Radiation du tableau de l'Ordre 				
Rôle d'entraide	<ul style="list-style-type: none"> - Professionnelle : dans un intérêt de santé publique - Individuelle : aides financières, soutien social et moral aux médecins en difficulté... 					
Rôle consultatif	<ul style="list-style-type: none"> - Avis sur des projets soumis par les Pouvoirs publics - Défendre les intérêts des malades et de la profession 					
Structure	Conseil Départemental	<ul style="list-style-type: none"> - Rôle administratif - Rôle de conciliation et d'entraide - Exécution des sanctions (sans rôle disciplinaire) - Surveillance du respect de l'obligation de Développement Professionnel Continu (loi HPST) 				
	Conseil régional	<ul style="list-style-type: none"> - Rôle disciplinaire : Chambre Disciplinaire de 1^{ère} instance (CDPI) - Rôle administratif : instance d'appel des décisions administratives 				
	Conseil national	<ul style="list-style-type: none"> - Rôle moral - Rôle consultatif - Rôle disciplinaire : instance d'appel des décisions juridictionnelles 				

DEVOIRS DU MÉDECIN

Trépied de la pratique médicale : - **Ethique** : principes d'autonomie, de bienfaisance, de non-malfaisance, de justice...
 - **Déontologie** : ensemble des règles et devoirs régissant la profession
 - **Loi** : ensemble des règles de la société

Devoirs	Principaux textes régissant les devoirs du médecin : - Lois de la République : Code Civil, Code Pénal, Code de la Santé Publique, Code de la Sécurité Sociale - Code de Déontologie Médicale - Autres : recommandations du Conseil de l'Europe, Déclaration de Lisbonne sur les droits des patients, Promotion du droit des patients en Europe, Charte du patient hospitalisé, Déclaration d'Ottawa sur la santé des enfants...	
	Dans l'acte de soin	- Devoir de respect de la vie humaine, de sa personne et de sa dignité - Atteinte à l'intégrité du corps humain ou à l'intimité justifiée par l'intérêt thérapeutique - Respect des principes de moralité, de probité et de dévouement - Délivrance des soins sans discrimination, respect du principe de justice - Possibilité de refus de soins (hors urgences) pour raisons professionnelles ou personnelles
	Dans les conditions d'exercice de l'acte médical	- Interdiction de toute publicité directe ou indirecte : locaux d'apparence non commerciale... - Interdiction de tout usage de son nom ou de son activité professionnelle à des fins publicitaires - Interdiction d'exercer dans des locaux commerciaux ou dans tout lieu où sont vendus des médicaments ou produits susceptibles d'être prescrits - Locaux convenables et adéquats , permettant le respect du secret professionnel - Honoraires fixés dans le respect de la réglementation en vigueur, avec tact et mesure - Obligation de Développement Professionnel Continu et Evaluation des Pratiques Professionnelles
	Dans l'exercice de l'acte médical	- Soins consciencieux, attentifs et conforme aux données de la science, dans l'intérêt du patient - Obligation de moyens dans l'élaboration du diagnostic et du traitement - Liberté de prescription - Interdiction de prescription de traitement non autorisé ni de traitement dont l'efficacité est insuffisamment prouvée - Information préalable du patient et recueil de son consentement pour tous soins - Fiche d'observation personnelle et confidentielle pour chaque patient
	Devoir d'assistance	- Personne en péril : assistance au blessé ou au malade en urgence (sauf cas exceptionnel) → Pénalité lourde en cas de non-assistance à une personne en danger - Personne victime de violence : signalement des victimes de maltraitances, de sévices physiques ou psychologiques ou de privation, aux autorités médicales judiciaires ou administratives si patient mineur, ou par d'autres moyens d'assistance si majeur - Personne en fin de vie : soulager la douleur, accompagnement par des soins appropriés, dans le respect de la dignité et du confort, sans se livrer à une obstination déraisonnable, selon une procédure collégiale et dans le respect de la volonté du patient (directives anticipées)
	Respect du secret médical	→ Infraction pénale en cas de non-respect - Imposé à tout médecin dans l'intérêt du malade, même après le décès du patient - Ne peut être opposé au patient , sauf en cas de diagnostic ou pronostic grave sans risque de contamination de tiers - Opposable aux tiers et proches du patient - Peu d'exceptions : - Sévices à des mineurs ou des personnes vulnérables - Sévices à des majeurs avec leur accord
Législation	Code de Déontologie Médicale = De 1945 , dernière révision en 2012 - Titre I : devoirs généraux des médecins - Titre II : devoirs envers les patients - Titre III : rapports des médecins entre eux et avec les membres des autres professions de santé - Titre IV : de l'exercice de la profession - Titre V : dispositions diverses → Valeurs : liberté/indépendance du médecin, responsabilité, justice, responsabilité/dévouement/compassion/loyauté, protection des faibles, fidélité, respect de la personne, liberté du patient, discrétion, compétence, jugement perspicace, confraternité/solidarité/probité...	

ITEM 3 : RAISONNEMENT ET DECISION EN MEDECINE

Raisonnement en médecine	Définitions	<p>- Raisonnement médical : processus cognitif consistant à résoudre un problème clinique en vue de décider de l'action la plus appropriée. Nécessite de synthétiser les informations obtenues dans une situation, les confronter aux connaissances médicales collectives (physiopathologie, épidémiologie clinique) ou individuelles (expérience personnelle) et les utiliser pour prendre une décision</p> <p>- Décision médicale : acte intellectuel résultant du raisonnement consistant à choisir entre des options</p>		
	Mode de raisonnement	Raisonnement hypothético-déductif	<p>- Mode de raisonnement analytique : génération d'hypothèses diagnostiques orientant l'interrogatoire et l'examen clinique, évaluation de chaque hypothèse et vérification par des examens complémentaires</p> <p>- Utilisé par tous les médecins indépendamment de leur compétence diagnostique : le niveau d'expertise relève surtout de la validité des hypothèses, de la pertinence des informations recueillies et de la justesse de leur interprétation</p> <p>→ Compétence diagnostique variable d'un patient à l'autre</p>	
		Reconnaissance immédiate	<p>- Mode de raisonnement non analytique par analogie, fondé sur la mémoire à long terme (progressant avec l'expérience, variable selon le domaine d'expertise) ou des aphorismes (tout souffle cardiaque fébrile évoque une endocardite...)</p> <p>- Inconscient et automatique donc non auto-critiqué, et sensible au phénomène d'attraction (connaissances d'acquisition récente, diagnostic impressionnant)</p>	
		Mixte	- Association de reconnaissance immédiate et processus hypothético-déductif	
	Approche bayésienne	= S'appuie sur le théorème de Bayes : probabilité post-test en fonction des résultats d'un test diagnostique (clinique ou paraclinique) et de la probabilité pré-test		
		Probabilité pré-test	<p>= Prévalence du diagnostic dans la population du patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> - De manière implicite par l'impression subjective du médecin - De manière explicite par un modèle de prédiction clinique : modèle validé par des études épidémiologiques cliniques afin de déterminer la probabilité d'un diagnostic, d'une réponse à un traitement ou d'un pronostic. Combine typiquement ≥ 3 prédicteurs : démographie, antécédents/comorbidités, clinique, biologie, imagerie 	
		Probabilité post-test	<p>= Probabilité révisée du diagnostic selon le résultat du test</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dépend de la probabilité pré-test et des caractéristiques informationnelles intrinsèques du test, quantifiées par les rapports de vraisemblance = risque relatif que le test chez un sujet malade, par comparaison à un sujet sain, soit : <ul style="list-style-type: none"> . Positif : $RV+ = Se/(1 - Sp)$. Négatif : $RV- = (1 - Se)/Sp$ - Probabilité post-test : calcul (théorème de Bayes), ou nomogramme de Fagan → Un test est considéré comme informatif si $RV+ > 10$ ou $RV- < 0,10$ → Un test sensible exclut le diagnostic de maladie (SNOUT : <i>Sensitivity Negative rule OUT</i>), un test spécifique l'affirme (SPIN : <i>Specificity Positive rule IN</i>) 	
	Analyse décisionnelle	<p>= Basée sur le calcul de l'utilité moyenne de stratégies concurrentes (représentant la somme des utilités respectives des issues potentielles d'une stratégie pondérées par leur probabilité de survenue)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tient compte des performances d'un test diagnostique ou de l'efficacité d'un traitement, mais aussi de l'utilité mesurée (impact sur la qualité de vie...) → Arbre de décision possible - Possible analyse médico-économique coût-utilité : mêmes principes intégrant en plus le coût 		
	Evidence-Based Medicine	= EBM = utilisation consciencieuse et judicieuse des meilleurs données scientifiques actuelles dans la prise en charge personnalisée de chaque patient : concept développé dans les années 1980. La décision médicale intègre ainsi l'expérience clinique du médecin, les données les plus récentes d'épidémiologie clinique, les préférences du patient		
		4 étapes	<ul style="list-style-type: none"> - Formuler une question clinique claire et précise à partir de la situation clinique : selon les éléments PICOT (patient, intervention, comparator, outcome, time) - Identifier les publications pertinentes : selon des moteurs de recherche (interface PubMed® de la base Medline®), bases de connaissances, des essais, revues systématiques et méta-analyse (Cochrane...) et des recommandations pour la pratique clinique (HAS, sociétés savantes...) - Evaluer la méthodologie et les résultats des publications identifiées : validité (niveau de preuve scientifique), impact (importance de l'effet), utilité pratique (grade de recommandation) - Déduire une conduite à tenir personnalisée pour le patient : selon les possibilités d'extrapolation des résultats issus de la littérature, la pertinence de l'intervention, la balance bénéfique/risque et les préférences du patient (attentes et objectifs personnels) 	

	Niveau de preuve	- Capacité d'une étude ou d'un ensemble d'études de répondre à la question posée selon : le schéma de l'étude, son adéquation avec la question posée, sa qualité méthodologique					
		GRADE (grading of recommendations assessment, development and evaluation)	Type d'étude	Niveau de preuve <i>a priori</i>	Soustraire si	Ajouter si	Niveau de preuve <i>a posteriori</i>
			Essai randomisé	Elevé	- Risque de biais - Hétérogénéité des résultats - Défaut d'applicabilité	- Intensité de l'effet - Relation dose-effet - Facteur de confusion	Elevé = 4 (++++) Modéré = 3 (+++)
			Etude observationnelle	Faible	- Imprécision - Biais de publication	- Facteur de confusion résiduel ↓ l'effet	
Evidence-Based Medicine	Grade selon la HAS	- Compromis impliquant un jugement de valeur selon les bénéfices/risques d'une intervention, ses coûts, les moyens disponibles pour la mettre en œuvre, la valeur qui en est donnée par les patients					
		Niveau de preuve	Type d'étude			Grade des recommandations	
		Niveau 1	- Essais comparatifs randomisés de forte puissance - Méta-analyses d'essais comparatifs randomisés - Analyse de décision fondée sur des études bien menées			Grade A Preuve scientifique établie	
		Niveau 2	- Essais comparatifs randomisés de faible puissance - Etudes comparatives non randomisées bien menées - Etudes de cohorte			Grade B Présomption	
		Niveau 3	- Etudes cas-témoins			Grade C Faible niveau de preuve scientifique	
Niveau 4	- Etudes comparatives avec des biais importants - Etudes rétrospectives - Etudes épidémiologiques descriptives - Séries de cas						
	Limites	- Données limitées ou inexistantes pour certaines questions cliniques - Recherche clinique orientée par les intérêts des compagnes pharmaceutiques, qualité méthodologique et transparence des études financées par l'industrie parfois mises en défaut - Volume des recommandations disponibles pour la pratique clinique et discordances sur un même sujet - Données rarement applicable aux patients polyopathologiques - Chronophage : interfère avec le temps dédié à l'examen clinique lors de la consultation					
		Décision médicale partagée	Modèle de décision partagée	- Echange bilatéral d'information sur des éléments de preuve scientifique du médecin et sur les valeurs et préférences du patient : délibération en vue de la prise de décision acceptée d'un commun accord			
Modèle	Paternaliste			Décision partagée	Informatif		
Echange d'info	Unidirectionnel : médecin → patient Contenu médical Info minimale			Bidirectionnel : médecin ↔ patient Contenu médical et valeurs du patient Toute info pertinente	Unidirectionnel : médecin → patient Contenu médical Toute info pertinente		
Délibération	Médecin seul (± autres médecins)			Médecin et patient (± autres acteurs)	Patient seul (± entourage)		
Décision	Médecin		Médecin et patient	Patient			
	Cadre légal	- Assise dans la loi Kouchner du 04/03/2002 - Le partage de la décision ne modifie pas la responsabilité médicale					
	Mise en œuvre en 4 étapes	- Atmosphère propice à l'échange : patient perçoit que son opinion est prise en compte - Le médecin recherche les préférences du patient concernant les différentes options - Le médecin et le patient échangent les informations connues : information sur les options dont l'absence de traitement, les bénéfices et risques, le patient communique les informations déjà recueillies et ses valeurs, le médecin s'enquiert de ses représentations personnelles et son intégration de la notion de bénéfices/risques - Le médecin et le patient trouvent un accord mutuel : décision acceptée par les deux					

Décision médicale partagée		= Outils permettant au patient et au médecin de prendre une décision partagée : explication de la décision à prendre, information fondée sur les preuves scientifiques concernant la maladie et les options disponibles, aide le patient à révéler ses valeurs, explicite le processus décisionnel et de communication avec les autres personnes impliquées dans la décision (médecin, famille, proches)... → Supports variés : documents écrits, vidéos, multimédias interactifs, etc.	
	Aides à la décision	Situation pertinente	<ul style="list-style-type: none"> - Pathologie impliquant le pronostic vital pour laquelle il existe plusieurs options thérapeutiques et où le patient peut valoriser différemment les notions de durée et de qualité de vie : cancer, pathologie chronique... - Situation pour laquelle un acte médical ou un traitement peut être proposé pour améliorer la qualité de vie : contraception, ménopause, pathologie chronique... - Incertitude sur le rapport bénéfice/risque pour un patient donné - Situation complexe de limitation ou refus de soin : réanimation, fin de vie... - Recours inapproprié aux soins : mésusage, sur- ou sous-utilisation - Situation de prévalence élevée : grossesse, accouchement, cancer...
		Situation non pertinente	<ul style="list-style-type: none"> - Urgence vitale - Traitement à caractère indispensable - Traitement formellement contre-indiqué - Option thérapeutique dominante en termes de bénéfice et de risque
Décision collégiale	= Processus décisionnel collectif nécessaire dans les situations complexes (article 37-2 du Code de déontologie médicale), notamment dans les situations de limitation ou d'arrêt de traitement ou chez les patients inconscients. - Non obligatoire mais recours possible du médecin, une décision collégiale étant prise par exemple au cours des RCP - Pour prévenir l'obstination déraisonnable dans l'intérêt du patient, préserver le patient de décision solitaire arbitraire		
	Recherche des souhaits du patient	Directives anticipées	<ul style="list-style-type: none"> = Souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou de l'arrêt du traitement - Document écrit, daté et signé par l'auteur avec nom/prénom/date et lieu de naissance - Rédaction à l'initiative du patient, qui les fait connaître lors de son hospitalisation - Révocable à tout moment par le patient sans formalités - Durée de validité illimitée (anciennement 3 ans), modifiable/annulable à tout moment - Original conservé par le patient ou la personne de confiance, avec copie conservée dans le dossier médical → en son absence, le médecin doit rechercher leur existence auprès de la personne de confiance, de la famille, des proches ou du médecin traitant
		Personne de confiance	<ul style="list-style-type: none"> = Personne physique désignée librement par le patient, dont le rôle est accepté par la personne choisie : parent, proche, médecin traitant... - Désignation par mandat écrit : document signé par le patient ± la personne - Conservé dans le dossier - Valable pour la durée d'hospitalisation, possible de changer en cours d'hospitalisation - Possible de ne pas en désigner : souhait indiqué explicitement dans le dossier → A différencier de la personne à prévenir (mais peut être la même)
		Proche	= Famille ou ami : à défaut
	Avis d'un médecin extérieur	<ul style="list-style-type: none"> = Médecin consultant extérieur au service et sans lien hiérarchique : médecin traitant, spécialiste, équipe mobile de soins palliatifs, réanimateur... aux connaissances/expérience/capacités suffisantes - Avis éclairé fondé sur l'ensemble des informations disponibles - Discute avec le médecin à charge pour l'aider à mener sa réflexion - Rassure les proches par sa présence sur le fait que la décision sera prise de manière impartiale 	
Prise de décision	<ul style="list-style-type: none"> - Concertation entre le médecin et l'équipe en charge du patient, le médecin consultant pouvant assister - Formulation de l'avis du médecin consultant ± 2nd avis en cas de désaccord - Prise de décision finale motivée, inscrite dans le dossier du patient → Information de la personne de confiance, la famille ou à défaut un proche 		

RCP	Définition	<ul style="list-style-type: none"> - Réunion de Concertation Pluridisciplinaire - Réunion collégiale de professionnels de santé de différentes disciplines dont les compétences sont indispensables pour prendre une décision conforme aux données actuelles de la science
	Indications	<ul style="list-style-type: none"> - Oncologie : tout patient, à visée diagnostique ou thérapeutique. En cas de situation clinique à la prise en charge standardisée et validée, initiation sans attendre la RCP mais à entériner ultérieurement. - Toute situation complexe quelle que soit la spécialité
	Mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> - Discussion collégiale de chaque dossier sur la base de référentiels et recommandations - ≥ 3 médecins de spécialités différentes, sinon à représenter avec le spécialiste manquant rapidement - Présence du médecin traitant sollicitée mais non obligatoire - Présentation et discussion du dossier du patient puis définition collective d'une prise en charge - Décision tracée : date, proposition, noms et qualifications des médecins et participants - Rédaction d'un avis de RCP, soumis et expliqué au patient - Si la prise en charge diffère de la décision RCP, argumentation dans le dossier par le médecin référent → La participation régulière à une RCP peut valider une procédure de DPC
Notion d'efficacité		<ul style="list-style-type: none"> - Efficacité théorique (<i>efficacy</i>) : niveau du résultat produit par une intervention de santé appliquée à un groupe de sujets sélectionnés dans des conditions optimales de réalisation (expérimentales) - Efficacité pratique = effectivité (<i>effectiveness</i>) : niveau du résultat d'une intervention de santé appliquée à une communauté de sujets non sélectionnés et dans des conditions réelles d'utilisation. Presque toujours inférieure à l'efficacité théorique escomptée, compte tenu de l'acceptabilité de l'intervention, sa mise en œuvre et les interactions - Efficience (<i>efficiency</i>) = dimension économique de l'efficacité en rapportant le niveau de résultat aux ressources utilisés, mesurées par un ratio coût/efficacité (ou coût/effectivité) incrémental ou décrémental comparativement à une stratégie de référence → mesure du rendement d'une intervention. En général une nouvelle stratégie est plus efficace mais aussi plus coûteuse (coût quantifié par ex en €/an de vie supplémentaire). - Utilité = perception d'une personne des multiples composantes subjectives liées à son état de santé perçu. Ainsi les QALYs (<i>Quality Adjusted Life Years</i>) pondèrent le nombre d'années de vie vécues par la qualité de vie. Par convention pondération de 0 (mort) à 1 (état de santé parfait), la qualité de vie pouvant être négative si le patient juge la qualité de vie associée à l'état de santé « pire » que la mort. Plusieurs approches permettent d'estimer l'utilité d'un état de santé :
	Arbitrage temporel	<ul style="list-style-type: none"> - Time trade-off : combien d'années de vie dans un état de santé parfait le patient serait prêt à échanger contre 10 années dans son état de santé actuel → <i>S'il répond 5 son état de santé actuel est de $5/10 = 0,5$ et on pondère la durée de survie par 0,5</i>
	Pari ou loterie standard	<ul style="list-style-type: none"> - Standard gamble : le patient choisit entre un traitement avec probabilité p de guérison complète et (1-p) de décès immédiat, ou rester de façon certaine dans son état de santé actuel. On fait varier la probabilité p jusqu'à ce que le patient soit indifférent entre les deux options → <i>Si le sujet est indifférent pour $p = 0,6$ il s'agit de l'utilité de l'état de santé actuel du sujet</i>
	Echelles standardisées	<ul style="list-style-type: none"> - Quantifie la qualité de vie ou santé perceptuelle générique ou spécifique de pathologies - MOS SF-36 (<i>medical outcome study short form 36</i>) : échelle générique de qualité de vie en 36 items, une des plus utilisées au monde