

## Médecine légale et médecine du travail

Bon alors là on va parler d'un vrai sujet...

**La médecine du travail et la médecine légale, au même titre que La santé publique, sont les matières les plus délaissées des étudiants : QUELLE ERREUR, ce sont pour moi les matières les plus importantes à travailler, les plus discriminantes de loin ++++**

En effet, personne ne nous dit de travailler ces dites matières et lorsqu'on tombe lors de nos entrainements sur des QCM ou des dossiers qui y sont relatifs, on trouve ça facile/intuitif, on passe ou pire on ignore la question (vous avez déjà vécu ça ?)...

Ces trois matières tombent à l'ECN. Et je ne parle pas de 2 ou 3 QCM qui discrimineraient seulement les tout meilleurs qui connaissent tout le reste...

**Non, je parle de plusieurs dizaines de QI chaque année (jusqu'à 20/120 QI parfois) et maintenant de dossiers complets sur ces matières !!** J'imagine que les rédacteurs de dossiers se sont rendus compte qu'avec le niveau toujours plus haut des étudiants, il ne discriminent plus vraiment les étudiants sur un dossier de sclérose en plaques ou de fibrillation atriale (et encore..), alors ces matières sont du pain bénis pour eux et chaque année le nombre de questions augmente encore...

Ces notions peuvent tomber absolument **partout**, sur des **QI isolés, sur 1 ou 2 questions de fin de dossiers** (don d'organe, état de mort encéphalique, certificat médical de décès, arrêt de travail, prise en charge sociale et j'en passe...) **mais aussi depuis quelques années dans des dossiers complets** (cf. dossier 2018 de violences sexuelles ; cf. dossier 2019 de santé publique ; cf. dossier 2020).

Ces matières ne sont plus à négliger depuis la réforme de l'EDN, au concours 2023 un DP complet de radioprotection et une station ECOS de médecine du travail...

**De plus, la plupart des notions attenantes à ces matières sont des chiffres ou des mesures légales qui produisent donc des QCM absolument INDISCUTABLES, à l'ère où tout est discuté avec les multiples recommandations des sociétés savantes qui fleurissent partout +++**

J'espère avec ces quelques lignes vous avoir convaincu de vous intéresser à ces matières rapidement au cours de votre cursus et de ne surtout pas les négliger !

Le collège de médecine légale et médecine du travail est vraiment petit et se lit bien, ça vaut vraiment le coup si vous avez un peu de temps !

Je vous livre ici toutes les informations **indispensables** et « tombables » à connaître, digérées au préalable par ma lecture personnelle des collègues et mes multiples entrainements (banque sides, prépas privées, annales ECN...), qui suffiront je pense à ce que vous vous en sortiez lors de vos prochains entrainements.

Il est bien entendu nécessaire de faire bon nombre d'entrainements sur ces matières, n'hésitez pas à vous programmer des sessions de QI ou de dossiers hebdomadaires sur ces matières, ça se fait vite, ça détend (au moins pas de questions de sémio-physio) et c'est vraiment indispensable !! Bon courage 😊

## Sommaire

ITEM		Page
5	Responsabilité médicale	23
7	Les droits individuels et collectifs du patient	14-15
8	Les discriminations	28
9	Introduction à l'éthique médicale	16
11	Violences et santé	28-29
12	Violences sexuelles	21-22
13	Certificats médicaux, décès et législation	17-20
15	Soins psychiatriques sans consentement	23-24
29	Connaître les principaux risques professionnels pour la maternité, liés au travail de la mère	27
57	Maltraitance et enfants en danger. Protection maternelle et infantile	27-28
180	Risques sanitaires liés aux irradiations. Radioprotection	3-4
182	Environnement professionnel et santé au travail	5-6
183	Organisation de la médecine du travail. Prévention des risques professionnels	7-8
184	Accidents du travail et maladies professionnelles : définitions et enjeux	9-13
201	Transplantation d'organes	25-26
367	Impact de l'environnement sur la santé	29

## Radioprotection – Item 180

Un petit cours qui paraît anodin à première vue mais qui donne lieu à quelques QCM tout à fait **discriminants** sur des **notions pourtant simples** qu'on mélange facilement et qu'il faut au moins avoir lu quelques fois +++



Quelques définitions et principes :

- Il faut absolument savoir faire la différence entre effets **déterministes** ≠ **stochastiques** avec le tableau ci-dessous !!

Deux effets à ne pas confondre		
Effet	Déterministe	Stochastique
Apparition / Fréquence	<b>Constants</b> au-dessus d'un certain seuil ( <b>0,2-0,3 Gy</b> ) sur les tissus à renouvellement <b>rapide</b>	La fréquence est proportionnelle à la dose  Aléatoire sans notion de seuil donc principe de précaution !
Temporalité	<b>Précoce</b> (quelques h à mois) et <b>réversible</b>	<b>Retardé</b> et +/- réversible
Gravité	<b>La gravité est proportionnelle à la dose administrée +++</b> Les tissus les plus touchés sont <b>peau – cristallin – tube digestif – poumon – cellules hématopoïétiques = développement rapide !!</b>  <i>Noter qu'ils sont exceptionnels en imagerie médicale...</i>	<b>La gravité est indépendante de la dose administrée !!</b>  Apparition retardée de <b>cancers et effets génétiques = mutations</b>

Noter qu'une radio de thorax représente une dose efficace moyenne de **0,05 mSv** (soit **7 jours d'irradiation naturelle**) alors qu'un scanner abdomino-pelvien – un lavement baryté ou encore un TOGD représente une dose de **5 mSv** (= 240 clichés thoraciques) soit **5 ans d'irradiation naturelle** → on reste cependant à des lieux des premiers effets **déterministes** (cf.)

Dose (Gy)	Dose équivalente (mSv)	Effets
0,3 - 1	1 000	Nausées, vomissements
1 - 3,5	3000 à 6000	Syndrome hématopoïétique
4,5		Dose létale 50 : 50 % des individus meurent d'hémorragie et d'infections
5 - 7		Stérilité définitive
5,5 - 7,5		Syndrome gastro-intestinal (diarrhée sanglante, perforation intestinale)
7,5 - 10	> 6000	Atteinte des poumons
> 10 - 15	> 10 000	Syndrome neurologique : œdème – coma – décès en quelques jours
	20 000	Décès en quelques heures

Type	Différents rayonnements			
	Alpha	Bêta - = électrons	X et gamma	Neutrons
Pénétration tissulaire	+ Parcourt quelques <b>cm</b> dans l'air Arrêté par la papier et la couche cornée de la peau	++ Arrêté par l'aluminium	+++ Arrêté par le béton	+++ Parcourt quelques <b>centaines de mètres</b> dans l'air Arrêté par des écrans de paraffine mais traverse les vêtements et le corps

Le **Sievert** est l'unité utilisée pour la dose efficace (pondération de la dose équivalente par le facteur de pondération tissulaire) et équivalente (c'est une pondération de la dose absorbée par le facteur de pondération radiologique) !! Un Français reçoit une exposition moyenne de l'ordre de **2.4 mSv d'irradiation naturelle** et environ **1mSv d'irradiation artificielle = médicale** !! Les **limites** annuelles fixées sont (hors irradiation naturelle/médicale) :

- Public < 1 mSv/an
- Travailleurs exposés < 100 mSv sur 5 ans consécutives (max 50 mSv/an)

Mais en QCM à l'ECN il faudra cocher le **Gray** qui est la quantité de rayons X administrée et absorbée !!

**Il est obligatoire pour les médecins demandant ou réalisant des examens d'imagerie utilisant les rayonnements ionisants, l'application des 3 principes généraux de radioprotection**

1. **Justification des actes** : pertinence des prescriptions, notion de balance bénéfiques/risques potentiels
2. **Optimisation des actes** : opération permettant d'obtenir l'information diagnostique recherchée au moyen de l'exposition la plus faible possible
3. **Limitation des actes** : moins irradiant, non irradiant, à bénéfice équivalent

**Radiothérapie : Thérapeutique de cancérologie performante, utilisées quotidiennement mais non dénuée d'effets secondaire, il faut avoir quelques notions dessus et surtout connaître les grands principes de radioprotection !!**

- Les **contre-indications** sont lésions infectées, maladie fébrile, irradiation cardiaque si IDM < 6 mois ou de l'estomac en cas d'UGD évolutif !
- Les **effets secondaires** sont **absolument multiples** (globalement ça fait des trous et ça détruit donc hyposialie des glandes salivaires par exemple, et ça produit une inflammation du site touché important avec rectite, mucite, oesophagite etc) : **généralement il faut tout cocher en faisant attention au piège de localisation**, ne pas cocher oesophagite si on irradie le rectum...
- On **prévient** les effets secondaires par une **remise en état bucco-dentaire**, confection de **gouttières fluorés**, **détartrage** des dents, **surveillance** pendant et après traitement !

**Il existe deux principes de prévention spécifique attenants à la radiothérapie souvent confondus par les étudiants, donc faites attention à bien les différencier (cf. infra) +++**

Deux principes		
	Étalement	Fractionnement
Définition	Durée totale de l'irradiation	Nombre de séances pour délivrer la dose totale
Effets	Protège les tissus à <b>renouvellement RAPIDE</b> Diminue ainsi le nombre d' <b>effets aigus</b>  <i>Attention : ne pas être trop long au risque d'être inefficace sur les tumeurs qui sont des tissus à renouvellement très rapide !!</i>	Protège les tissus à <b>renouvellement LONG</b>  Permet de limiter les <b>complications tardives</b>

**Femme enceinte et irradiation : ça tombe souvent, essaie juste de connaître quelques chiffres/seuils importants**

- **Même principe pour les effets stochastiques** (risque de cancer) et **déterministes** (risque malformatif et retard mental avec dose seuil)
- **Savoir que le risque malformatif apparaît SSI doses  $\geq 10$  cGy (=100 mGy) et qu'une demande d'IMG est compatible si dose reçue  $\geq 50$  cGy +++++**
- Selon collège médecine travail  $\rightarrow$  **INTERDICTION** d'irradiation  $> 1$  mSv (=1mGy) pour la période allant de la déclaration de grossesse à l'accouchement = principe de précaution même si pas d'anomalie en dessous de **100 mGy +++**

## Environnement professionnel et santé au travail – Item 182

Là on entre réellement dans la vraie médecine du travail avec ce petit cours où se trouvent les généralités de cette spécialité et quelques concepts à bien comprendre ☺

AT = arrêt de travail / MP = maladie professionnelle / MT = médecin du travail

**A** Deux concepts à bien comprendre :

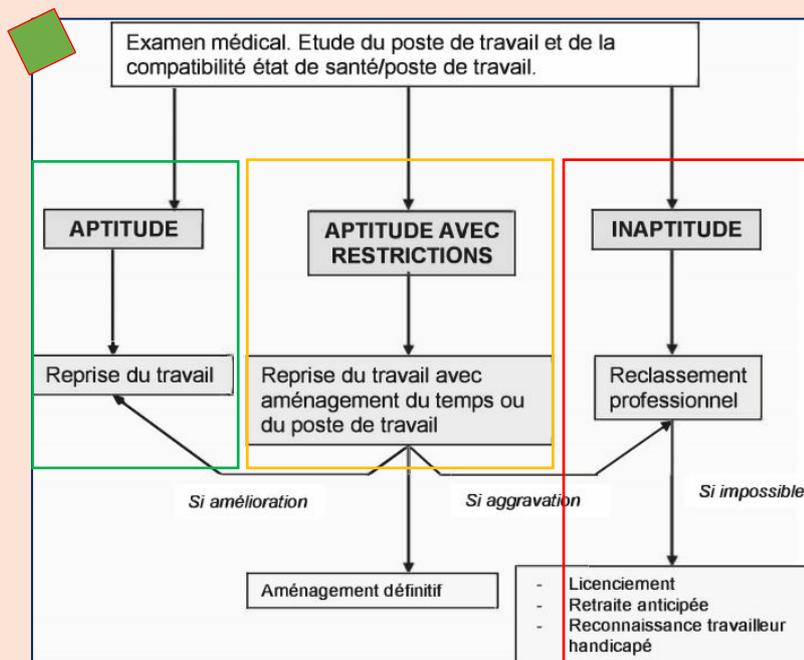
- ❖ **L'aptitude** : Le **MT est le SEUL** médecin susceptible de définir l'**aptitude/inaptitude** médical d'un salarié, c'est un **acte juridique** (le médecin traitant NE PEUT PAS rédiger ça !) → il rédige pour cela une **fiche médicale d'aptitude**
- ❖ **L'inaptitude** : C'est l'**incompatibilité** entre l'état de santé du salarié et son poste de travail → elle peut être **totale ou restreinte, définitive ou temporaire**. Par exemple, le diabète et l'épilepsie peuvent nécessiter un travail à horaires fixes voire être incompatible avec certains postes de travail de nuit ou en horaires alternants  
**Le MT ne peut constater l'inaptitude médicale qu'après un examen médical – une étude du poste de travail et de la compatibilité état de santé/poste de travail.**

**B** Cet avis d'inaptitude **doit** être accompagné de propositions qui doivent être obligatoirement prises en compte par l'employeur avec soit :

- **Aménagement ou adaptation du poste de travail**
- **Changement de poste de travail vers un poste adapté aux capacités restantes du salarié (+/- diminution de salaire selon le nouveau poste)**
- **Reclassement professionnel si inaptitude au poste de travail. En cas d'impossibilité de reclassement, cela conduit à un licenciement pour inaptitude médicale**

⇒ Les indemnités de licenciement seront doublées si survient dans le cadre d'un AT ou d'une MP (protection renforcée de maintien dans l'emploi).

⇒ Lorsque le taux d'IP > 10%, possibilité de RQTH.



Petit schéma récapitulatif du KB de santé publique

Focus – Temps partiel thérapeutique (ECNi 2019)

C'est en réalité un arrêt de travail à temps partiel, le **pourcentage** pouvant être progressif jusqu'à la reprise du temps complet, une **durée minimale de 24h** de travail par semaine est **nécessaire** (sauf exceptions).

Les conditions sont les suivantes :

- ✓ Prescrit par le médecin **TRAITANT** et accordé par le médecin **CONSEIL** de l'assurance maladie
- ✓ Il nécessite l'accord du médecin du **TRAVAIL** et de l'employeur, ce dernier peut donc le refuser
- ✓ La rémunération de l'employé pendant cette période est **divisée en deux** (le tout permettant de récupérer un salaire complet) avec
  - Les **indemnités** versées par l'assurance maladie (= correspond à l'AT à temps partiel)
  - Le **salaire** versé par l'employeur (correspondant au temps travaillé),

Pas de durée maximale (mais dépasse rarement 3 ans)

C'est le médecin traitant qui décide du % de temps travaillé/semaine (50%, 80%...)

**Ainsi bien retenir que le temps partiel thérapeutique rentre dans le champ d'action du médecin traitant et NE PEUT donc être mis en œuvre par un médecin du travail +++++**

**B**

En résumé, pour favoriser le maintien dans l'emploi, il existe 3 possibilités :

-le temps partiel thérapeutique

-la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) : accord donné par la MDPH. (Les entreprises ont une obligation d'embauchées des personnes handicapées)

-l'invalidité 1, 2 ou 3<sup>ème</sup> catégorie de la sécurité sociale (demande par le médecin traitant, accord par le médecin conseil) : permet de recevoir une pension d'invalidité. Mais un patient ne peut pas être mis en invalidité pour une maladie déjà reconnue en AT ou MP

## Organisation de la médecine du travail et prévention des risques professionnels – Item 183

Y'a quasiment rien à connaître et c'est un sujet que **PERSONNE** ne maîtrise, donc tu peux gagner des points et des places gratuitement ici pour un effort **MINIMUM**, la plupart des choses sont logiques mais il y a quand même des notions de **par cœur** à connaître, notamment ce magnifique tableau sur les visites **++++**

*Comme je disais précédemment, beaucoup de notions dans ces matières sont logiques et intuitives, il sera impossible de se tromper dessus, je ne remets donc ici que celles qui me paraissent pertinentes et peuvent discriminer un étudiant qui n'a pas lu la notion, d'un autre qui la connaît !!*

Les quelques points importants/discriminants :

Un **premier point** sur les principes généraux de la médecine du travail qui s'applique à **tous les salariés**, c'est une **médecine exclusivement PREVENTIVE** ; **indépendance** du MT dans l'exercice de ses missions ; elle est **obligatoirement** organisée, sur le plan matériel et financier, par les **employeurs** et exercée au sein d'un **service de santé au travail ++++++**

Le SST est formé d'une **équipe pluridisciplinaire** (infirmiers, spécialistes des risques professionnels tq ergonomes, ingénieurs, psychologues et MT) organisant des **actions sur le milieu de travail**, **l'adhésion à un SST est obligatoire pour TOUT employeur avec au moins un salarié, si <500 salariés = DOIT adhérer à un SST inter-entreprise, si >500 salariés = PEUT adhérer au SST inter OU peut créer un SST autonome ++++**

Le médecin du travail : **Missions de suivi de l'état de santé des travailleurs** (visites médicales, dossier médical, prescriptions d'examens complémentaires...) **sur le lieu de travail (DOIT consacrer au moins le 1/3 de son temps sur le lieu de travail, l'employeur DEVANT prendre en compte les avis/propositions du MT) mais aussi administrative** (rapport **annuel** d'activité/fiche d'entreprise) !!

**Limites d'actions du médecin du travail : Il ne dispense PAS de soins (sauf urgence), prescription sur ordonnance réservée UNIQUEMENT pour la surveillance des risques professionnels (le MT n'a pas le droit de prescrire !!), il NE PEUT PAS délivrer d'arrêts de travail ou prescrire de temps partiel thérapeutique +++**

**Prévention des risques professionnels impliquant l'ensemble des acteurs, l'employeur DOIT prendre les mesures nécessaires** (obligation légale) → **programme annuel de prévention des risques – information et formation des salariés – prévention – salarié compétent !!**  
Cette **évaluation est régulière** (/an au minimum), tous les résultats étant **consignés dans un document unique et donnant lieu éventuellement à des actions :**

- De protection **collective** qui sont à **privilégier** au sein de l'entreprise car ce **sont les plus efficaces** en matière de prévention des risques
- De protection **individuelle** utilisées en complément comme les équipements de protection, etc...

La démarche repose sur 4 principes :

- Suppression des dangers, élimination ou modification des situations dangereuses
- Limitation des émissions à la source/dispersion dans le lieu de travail par des équipements de prévention collective
- Limitation de l'exposition des salariés par le port d'équipements de protection individuelle adaptée

-Evaluer l'efficacité des mesures prises



### Surveillance de la santé d'un employé

De quoi parle-t-on ?	Suivi de l'état de santé du travailleur		Visites de reprise	
	Individuel	Individuel renforcé	Viste de pré-reprise	Visite de reprise
<b>Consiste</b>	Visite d'info et de prévention	Visite d'aptitude avant l'embauche (savoir si le salarié est apte médicalement au poste de travail)	Demandée par n'importe quel médecin (pas l'employeur) après un arrêt de travail	L'employeur saisit le SST dès qu'il connaît la date de fin d'arrêt de travail et organise cette visite au max dans les 8 jours suivant cette reprise
<b>Indication</b>	Toute personne salariée	Travailleurs affectés à un poste présentant des risques particuliers pour sa santé ou sécurité (cancérogène, toxiques pour la reproduction...)	Le but est de favoriser le maintien dans l'emploi et favoriser la reprise	Permet de vérifier que le poste est compatible, d'examiner les propositions faites par l'employeur à la suite des préconisations émises, émettre un avis d'inaptitude
<b>Périodicité</b>	A l'embauche et périodique Tous les 5 ans	Préalablement à l'affection sur le poste Puis visite intermédiaire (par un infirmier tous les 2 ans) et examen médical tous les 4 ans	Possibilité de proposer aménagement/réadaptation de poste, changement de poste ou formations professionnelles	
<b>Acteurs</b>	Entretien infirmier	A l'embauche et tous les 4 ans : MT Visite intermédiaire : entretien infirmier		

-La **visite de pré reprise n'est pas obligatoire**, elle a lieu alors que le salarié est en AT. Elle est réalisée à la demande du salarié, du médecin traitant, du médecin conseil ou MT.

-La **visite de reprise est obligatoire** après un **congé maternité, une absence pour cause de MP, absence >30 jours en cas AT ou un arrêt maladie >60 jours**

-Le **suivi post-professionnel** est un acte de prévention secondaire, qui consiste à **dépister des pathologies liées au travail après cessation de l'emploi** (par ex en cas d'exposition à l'amiante, temps de latence avant apparition d'un mésothéliome)=> dans ce cas, **le salarié demande à la CPAM de bénéficier de cette surveillance par le médecin de son choix.**

**Remarques :**

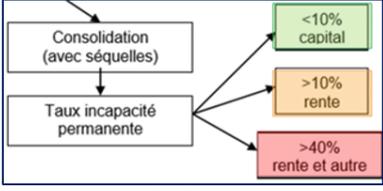
- le médecin traitant et le médecin du travail ne peuvent communiquer qu'avec l'accord du salarié (secret médical).
- le médecin du travail est également soumis en plus du secret médical, au secret de fabrication

## Accident du travail et maladies professionnelles : définitions et enjeux – Item 184

C'est le cours de médecine du travail le plus susceptible de tomber puisqu'il comporte de nombreux chiffres, plein de notions légales tout à fait **indiscutables** et que pour couronner le tout il est transversal au possible puisque les AT/MP peuvent survenir globalement dans n'importe quelles spécialités (même si surtout **pneumologie – orthopédie – réanimation – cancérologie – urologie +/- ophtalmologie et dermatologie**) ++++

**Les principales informations à connaître se trouvent dans le tableau suivant, qu'il va s'agir de connaître par cœur : retenir que ces notions peuvent tomber dans n'importe quel fin de dossier ou bien même constituer un dossier entier de quelques questions !!**

		Différences AT/MP		
		Au total	Accident de travail	Maladie professionnelle
Fonctionnement			Reconnu si fait accidentel soudain + lésions physiques + caractère professionnel → il existe la <b>présomption d'imputabilité</b> qui n'est cependant <b>PAS reconnue</b> pour l'accident de trajet ++++	Soit système des <b>tableaux</b> (1 = désignation de la maladie ; 2 = délai de PEC ; 3 = travaux responsables) avec <b>présomption d'imputabilité</b> !!  Soit système <b>complémentaire</b> , <b>SANS</b> présomption, en passant par la <b>CRRMP</b> et peuvent être reconnus <b>SSI (3 conditions</b> cf. en bas du tableau) +++
La victime			Prévient l'employeur <b>DANS LES 24H</b> suivant l'accident et se rend chez son médecin pour faire établir le <b>CMI descriptif</b>	Prévient l'employeur et remet à la <b>CPAM</b> dans un <b>délai de 15 jours</b> (suivant la cessation du travail) le formulaire – son salaire et le <b>CMI</b> ! <b>NB : Idéalement 15 jours, maximum 2 ans...</b>
L'employeur			Déclare à la <b>CPAM</b> l'AT <b>DANS LES 48H</b> (ou la victime dans les <b>2A</b> si délai pas respecté)	Il remet une <b>attestation de salaire</b> à la victime mais ce n'est PAS LUI qui déclare à la CPAM !!
Le praticien		Etablit un <b>CMI</b> (cf.) précisant avec <b>référence au tableau</b> , les renseignements médicaux, les <b>suites probables</b> , la <b>date de la 1<sup>re</sup> consultation</b> , la <b>durée des soins +/- la durée de l'arrêt de travail</b> (= interruption TEMPORAIRE de travail ET PAS TOTALE), c'est une <b>dérogation légale au secret médical</b> !!		
La CPAM		Dispose d'un <b>délai de 30 jours</b> pour instruire le dossier		
Prestations	Nature	Exonération du ticket modérateur (PEC 100% des soins et EC), <b>tiers payant</b> (dispense d'avance de frais)		
	Espèces	<b>Indemnités journalières en cas d'arrêt de travail, versées dès J1</b> (pas de délai de carence comme l'arrêt de travail), <b>jusqu'à la date de guérison ou de consolidation et correspondant à 60% du salaire jusqu'au 28<sup>ème</sup> jour d'arrêt puis 80% du salaire ensuite (J29) ++++++</b>		
	Protection dans l'emploi	Soit <b>guérison</b> , soit <b>consolidation = séquelles</b> , le <b>médecin conseil détermine le taux d'IP</b> qui déterminera les prestations qui pourront être obtenues (cf.)		



Remarques (qq notions ont évoluées par rapport au tableau ci-dessus) :

-on parle de **présomption d'imputabilité** en cas d'AT/**présomption d'origine** en cas de MP

-l'accident de trajet bénéficie de la présomption d'imputabilité si l'accident est survenue sur le trajet A/R entre résidence principale et lieu de travail, lieu de travail et restaurant/cantine  
 -ITT (incapacité totale de travail)=notion pénale (fixée par le médecin)/IP (incapacité permanente) fixée par médecin conseil

#### Quelques informations subsidiaires

- Les **TROIS** colonnes doivent **TOUTES** être remplies pour qu'une maladie soit reconnue en MP, de plus, parfois (pour certaines pathologies) une durée d'exposition minimale est requise !  
**CEPENDANT, une MP peut être reconnue quand bien même les 3 colonnes du tableau ne sont pas remplies, en passant par un autre système : la CCRMP** (parfois même si elle n'existe pas dans les tableaux !!) Pour cela :
  1. La maladie est désignée (= colonne 1) mais la condition de la colonne 2 et/ou 3 n'est pas remplie !
  2. La maladie n'est même pas dans le tableau mais elle a occasionné un **décès ou une incapacité permanente > 25% +++**
- Le fameux délai de prise en charge (colonne numéro 2) **c'est de la FIN de l'exposition à la PREMIERE consultation : pas toujours intuitif !!**
- **Bien faire attention, les indemnités perçues en cas d'arrêt de travail dans le cadre d'une maladie simple (quand vous êtes arrêtés pour n'importe quelle raison par votre médecin traitant) sont de 50% du salaire et perçues QU'APRES un délai de carence = à partir du 4<sup>ème</sup> jour +++**
- Il n'existe **PAS** de couverture du risque AT/MP pour les professions libérales, les travailleurs indépendants, artisans ou bénévoles : ils ne cotisent pas pour ce risque spécifique !! Il existe donc des **tableaux de MP seulement pour le régime général** (qui concerne 80% des gens) et agricole !
- Depuis quelques années, **toutes les prestations en espèce sont imposables pour 50% de leur montant !!**

#### Focus – certificat de consolidation

- Cela consiste en une lésion fixée après la période de soins, les conséquences sont **permanentes voire définitives**, non susceptibles d'amélioration par un TTT → **ARRÊT du versement des indemnités journalières**, il est possible d'apprécier un **certain degré d'incapacité permanente** = perte définitive, partielle ou totale, de la capacité à travailler +++
- Taux d'incapacité permanente : Vise la **réparation des séquelles en cas de consolidation**, il est déterminé par le **médecin conseil de la CPAM** selon un **barème indicatif d'invalidité** dépendant de la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et mentales, les aptitudes et qualifications professionnelles → séquelles **indemnissables ou non**.
  - Si taux < 10% → **CAPITAL** (=somme d'argent versée une fois)
  - Si taux > 10% → **RENTE** (mensuelle) calculée selon le taux d'IP et le salaire de base

**NB : Si IP > 80%, la victime peut bénéficier d'une prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PC RTP) !**

**Focus – Fond d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA)**

Un organisme très utile en pratique, très connu et apprécié des PU-PH de pneumologie – médecine du travail qui se feront une joie de tirer dans les coins là-dessus, constituant un QCM particulièrement discriminant ces prochaines années ++++

- Le FIVA a été créé pour éviter les recours en justice longs et onéreux !! Il permet d'indemniser les victimes d'une maladie de l'amiante contaminées sur le territoire français, que la maladie soit d'origine professionnelle OU environnementale, que le travailleur soit salarié artisan ou indépendant = quel que soit le régime de protection sociale !!
- Il permet notamment :
  - **MP** : Complément aux prestations (=indemnisation de l'incapacité) de la sécurité sociale en cas de maladie professionnelle !
  - **PAS DE MP** : Réparation **INTEGRALE** du préjudice, notamment si le patient n'est pas ou ne peut être reconnu en maladie professionnelle ++++

Il existe un barème guide qui fixe les valeurs d'indemnisation dépendant de la **pathologie et de l'âge du patient** !

**NB** : Attention, cependant, n'indemnise que les expositions subies sur le territoire Français et n'offre pas de couverture des soins ++++

Remarque : Les autres modalités concernant la réparation d'un préjudice lié à l'amiante sont la cessation anticipée d'activité (donne droit à une allocation pour retraite anticipée) – recours en justice (mais ne permet pas la réparation intégrale du préjudice patrimonial) – indemnisation par la CPAM (tableaux de MP) +++

**Autres notions de médecine du travail sur l'amiante (rang C)**

Manifestations : Concernant l'amiante, **OUTRE** les manifestations pulmonaires (bien connues), elle peut donner également des cancers du rein – de l'ovaire – mésothéliomes péritonéaux – ADK de l'ethmoïde, etc... Tous ne font pas l'objet d'un tableau spécifique de MP, il faut parfois en passer par une commission de reconnaissance des MP (CRRMP) !

Suivi d'exposition : Surveillance clinico-radiologique (TDM NON injecté + consultations pneumologiques itératives) recommandée (HAS !!) pour les patients ayant subi des expositions à l'amiante dans le cadre professionnel :

- Exposition intermédiaire = tous les 10 ans
- Exposition forte = tous les 5 ans

**NB** : L'asbestose est hyper intéressante également = exposition forte à l'amiante engendrant un pattern de Fibrose Pulmonaire Idiopathique +++

## Focus – Silice

La principale maladie pneumologique professionnelle à connaître est bien entendu le mésothéliome mais la silicose comporte quelques spécificités tout à fait intéressantes qui pourraient faire l'objet d'un QI bien discriminant 😊

- Travailleurs exposés : Mineurs – tailleurs de pierre – décapage au jet de sable – fonderie
- Manifestations : La silice microcristalline engendre typiquement la silicose mais cette dernière peut s'associer à une sclérodémie ou à une polyarthrite rhumatoïde ou encore à un cancer broncho-pulmonaire +++
- Silicose : Micronodules confluents en nodules, des lobes supérieurs et de siège sous-pleural et scissural attestant d'une distribution lymphatiques ! Confluent parfois en masses rétractiles avec emphysème paracatriciel et se calcifient typiquement en « coquilles d'œuf » !!!

Remarque : La silice est un agent cancérigène de cancer bronho-pulmonaire CERTAIN mais c'est un cas particulier : le cancer post-exposition à la silice est retenu seulement si silicose associée = micronodules des lobes supérieurs !!

### Les principaux cancers d'origine professionnel et FDR associés

Cancer du poumon	Amiante HAP (goudron, bitume) Silice cristalline
Mésothéliome	Amiante
Cancer vessie et des voies urinaires	HAP, amines aromatiques
Leucémie	Radiation ionisante, benzène
Cancer de l'ethmoïde	Poussières de bois, formaldéhyde, chrome
Cutané	Arsenic, HAP, UV
Hépatique	Arsenic, cirrhose post VHB/VHC

## Carcinogènes et agents responsables des maladies/cancers professionnels

Ces molécules aux noms improbables peuvent sembler d'un intérêt secondaire, pourtant l'ère des QCM leur a permis de prendre une importance **démesurée** ! En effet, les **médecins du travail – cancérologues – pneumologues y trouvent matière pour AU MOINS 2 à 3 questions** chaque année → A BON ENTENDEUR +++++

Cancer / Pathologie	Métiers / Contexte concerné	Carcinogènes
Asthme (10-15% des asthmes) « Le coiffeur nettoie et le boulanger boit à la santé du peintre » : <b>50% des Asthmes P.</b>	Coiffeur	Persulfates alcalins
	Métiers de nettoyage	Latex et aldéhydes = <b>10% des AP</b>
	Boulangers-pâtisseries	Farine et acariens
	Travailleurs du bois	
	Infirmiers/Santé	Latex – ammoniums quaternaires – aldéhydes
	Peintres au pistolet (automobile)	Isocyanate
BPCO	Plâtriers et ouvriers BTP	Silice – ciment – gazs et fumées – asphalte
	Mineurs	
	Fonderie/sidérurgie	
	Textile	
	Agricole	Céréales – lait – porc/volailles
Cancers bronchopulmonaires (tableau 1) = les plus fréquents ++++	<b>Agents CERTAINS</b> : Amiante (exposition d' <b>AU MOINS 5 ans</b> ) – silice cristalline (seulement retenu si silicose associée) – poussière de radiations ionisantes – arsenic – fumée de cadmium – chrome hexavalent – HAP – Nickel – bis-chlorométhyléther ++++  <b>Agents POTENTIELS</b> : Cobalt + carbures tungstène – travaux effectués au fond des mines de fer	
Mésotéliome	Batiments / travaux publiques et amiante	<b>Il n'y a PAS de délai d'exposition minimum à l'amiante pour déclarer un mésotéliome (exposition brève possible) !!!</b>
Silicose	Mineurs, tailleurs, fonderie	Silice micro-cristalline
Béryllose	Prothésistes dentaire	Particules de béryllium
	Mécaniciens en construction aéronautique	
Ethmoïde	Bûcherons – charpentiers	Poussières de bois (exposition de 5 ans !!) Mais aussi ( <b>discriminant</b> car moins connu) amiante – nickel – chrome – nitrosamines – goudrons – cuir
Nasopharynx		Formaldéhyde (formol) utilisé comme fixateur en histologie, composant des colle à bois !
Leucémie	Utilisation de pesticides	Benzène – Rayonnements ionisants – butadiène
Eczéma de contact professionnel (tableau 64)	Professionnels de santé	Antiseptiques – ATB – AINS – Anesthésiques locaux – caoutchouc (gants) – acrylates des résines composites (prothésistes)
	Bâtiment et travaux publics	Sels de chrome (ciment) – cobalt (peinture, email) – résines époxy (colle, vernis, peinture) – formaldéhyde (cole, textile) – térébenthine (menuiserie, peinture) – caoutchouc (gants, pneus)
	Coiffeurs	Paraphénylènediamine (teintures) – thioglycolate (permanentes) – ammonium persulfates (décolorants) – caoutchouc (gants) – conservateurs et agents moussants (shampooing) – nickel (instruments)
	Horticulteurs	Lactones sesquiterpéniques (par exemple, chrysanthèmes), primevères, pesticides, gants

Au total, les carcinogènes les plus fréquents sont l'amiante – les poussières de bois – les huiles minérales – les gazs d'échappements diesel – la silice cristalline (et pas amorphe) ++++

## Droits des patients – Item 7

Item qui peut paraître bateau mais qui comporte tout de même pas mal de subtilités que l'on remarque qu'après s'être fait piéger... Autant prendre le taureau par les cornes et essayer d'apprendre ces dernières ici même 😊  
Encore une fois c'est rempli de mesures légales qui sont **indiscutables**, apprenez les bien !!

*Je ne remets pas forcément toutes les informations relatives aux droits des patients, la plupart sont tout à fait intuitive et donc inutiles, et ne feraient donc que prendre de l'espace pour pas grand-chose : je laisse aux collègues ce travail...*

## Le dossier médical

- Les patients ont désormais un **accès DIRECT au dossier** (n'ont accès QU'AUX parties 1 et 2, JAMAIS la 3<sup>ème</sup>), le **recours au médecin n'étant donc plus obligatoire** !
- L'intéressé demande par lettre recommandée au directeur de l'établissement + pièce d'identité
- **Les DELAIS sont la partie qui te discriminera si tu n'as pas vu ces quelques chiffres ! Le patient pourra récupérer son dossier médical au plus tôt après un délai de réflexion de 48h, au plus tard 8 jours après la demande, sachant que ce délai est porté à 2 mois si les informations datent de plus de 5 ans +++++**
- La conservation du dossier médical (cf. tableau infra) est différente selon les différents cas, cela constitue également un parfait QI de santé publique 😊

### Conservation du dossier médical

Mineur			Majeur vivant	Majeur décédé	Dossier transfusionnel
<8A	8-15A	>15A			
Jusqu'à 28A	20A après dernière consultation	cf. adulte	20 ans	10 ans	30 ans

## Secret médical

Le secret médical est une notion vraiment pas simple pour laquelle il faut prendre son temps pour répondre aux questions !! Il existe plein de particularités... je vous invite déjà et surtout à connaître les causes de dérogations légales au secret médical, c'est le plus important +++

- Il existe des dérogations légales au secret médical, ces dernières pouvant être :
  - **OBLIGATOIRES** = naissance – décès – déclaration obligatoire – soins **psychiatriques sans consentement** – **rédaction d'un certificat médical initial** – **déclaration à l'InVS** (institut national de veille sanitaire) – **viol chez un MINEUR ou MAJEUR non en mesure de se protéger en raison de son incapacité physique ou psychique**
  - **Facultatives** = sévices constatés ou viol chez un **MAJEUR** par exemple !
- Le malade **NE PEUT** délier le médecin de son obligation de secret
- Le secret s'impose devant la famille **SAUF** dans certaines conditions : en cas de **diagnostic ou de pronostic grave** si le but est d'**apporter un soutien direct**, si le patient ne s'y est pas opposé ; **après le décès si le patient n'a pas exprimé une volonté contraire et si le but est de connaître les causes de la mort, défendre la mémoire du défunt ou faire valoir ses droits++++**

- La violation du secret est un **délit**, **TOUTES** les juridictions peuvent être saisies !!! **Pénale** avec prison **1A** et amende de **15.000€**, **civile-administrative** si préjudice subi par la victime, **ordinaire-disciplinaire** avec **blâme**, interdiction temporaire ou permanente d'exercer, radiation de l'ordre

## Consentement

**Facile**, en gros, on doit toujours obtenir le consentement de n'importe quel patient pour lui faire n'importe quoi !!  
Le consentement s'obtient après avoir donné une information **CLAIRE, LOYALE** et **APPROPRIÉE**

### Focus – Consentement écrit

**Attention cependant au consentement ECRIT : il n'existe que TRES PEU de situations (6 en réalité à connaître →) ou il est nécessaire !!** Par exemple, une **sérologie VIH** nécessite un **consentement obligatoire MAIS PAS écrit** (oral suffit), de même dans la **recherche biomédicale en soins courant** (différent des essais thérapeutiques), **seul le principe de non opposition** est recherché :

- **IVG** de la femme mineur/majeur
- **Stérilisation à visée contraceptive** (homme/femme)
- **Recherche clinique (PAS en soins courants !!)**
- **Prélèvements d'organes et de tissus**
- **Toute recherche génétique** (ex : Guthrie, mutations facteur V et II du bilan thrombophilie...)
- **Don et utilisation de gamète**

Deux cas particuliers :

- **Cas où le médecin peut passer outre le refus de consentement** : **Risque vital immédiat** ; patient **hors d'état d'exprimer sa volonté** ; patient **mineur en danger** (saisie du procureur de la république pour une OPP par exemple)
- **Cas particulier des mineurs ou majeurs protégés** : L'information et le consentement du mineur/majeur protégé doivent être **systématiquement recherchés** ; **consentement des représentants légaux obligatoire sauf** contraception et IVG !!

## Directives anticipées (DA)

**En gros pour les directives anticipées, retenir que TOUTE personne MAJEURE (même sous tutelle mais avec quelques spécificités) peut rédiger ses DA qui sont révisables/révocables à tout moment, SANS limite de validité et maintenant contraignantes pour le médecin (on DOIT s'en servir et les prendre en compte) sauf urgence vitale (recommandation HAS 2017) +++**

## Décision collégiale

Une **décision collégiale** s'applique lorsque le patient est **HORS d'état d'exprimer sa volonté**, dans le **cadre d'une LATA** (limitation ou arrêt des thérapeutiques actives), d'un contexte de soins palliatifs ou de fin de vie, et **n'est pas applicable aux situations d'urgence !**

**Pour qu'une décision collégiale soit valide, elle nécessite l'avis d'AU MOINS UN autre médecin** (appelé en qualité de consultant), la **décision finale** ne sera prise que par le seul médecin référent (qui n'est pas forcément le chef de service) et sera **notifiée dans le dossier médical !!**

## Personne de confiance (PC)

Quelques spécificités de la personne de confiance :

- La personne de confiance est **obligatoirement désignée par ECRIT** et doit être **co-signée** par la PC
- Le médecin traitant PEUT être la personne de confiance !
- Au début d'une hospitalisation, il est **obligatoirement proposé** de **désigner une PC** (refus possible), cette dernière sera alors valable qu'au cours de la durée de l'hospitalisation !

## Éthique médicale et protection juridique = la personne majeure protégée – Item 9

Notions qu'on peut un peu caler n'importe où ! Des **dizaines de QI** peuvent être réalisés sans problème sur ces notions pour lesquelles les distracteurs sont **EVIDENTS** (les modalités des mesures de protection les unes par rapport aux autres), il sera nécessaire de bien connaître le tableau récapitulatif !

La mesure la plus **importante** à connaître est la **sauvegarde de justice**, qui pourra être très transversale dans un **dossier de psychiatrie ou de réanimation +++**

*Les autres notions d'éthiques médicales telles que l'AMP – l'IVG – la recherche biomédicale – le don d'organe et les états de mort encéphalique seront traités ailleurs !*

Remarque : Noter que **depuis 2019**, les personnes protégées par **tutelle peuvent désormais voter** (ils peuvent également rédiger des directives anticipées, moyennant quelques contraintes) +++

### Focus – sauvegarde de justice

- C'est la mesure de protection la plus **fréquente** car elle peut être instituée **temporairement et IMMEDIATEMENT** (initiée par le **procureur de la république** ≠ **juge des tutelles** pour les deux autres) dans un **contexte d'incapacité transitoire** : **typiquement le dossier d'état maniaque** où elle devra être instaurée **presque systématiquement** puisque le patient est à risque d'achats compulsifs !!
- **C'est une mesure d'urgence valable UN AN (≠ CINQ ans pour les deux autres) et renouvelable UNE FOIS donc durée totale maximale de DEUX ANS, elle peut par contre tout à fait être convertie avant son terme en curatelle ou en tutelle +++++**
- Il existe **deux modalités d'instauration** = **soit judiciaire, soit médicale** (mais pas par le seul médecin) alors que pour les 2 autres mesures, **seule la voie judiciaire est possible** !

## Certificats médicaux – décès et législation – Item 13

Ce cours est l'un des plus **importants** de médecine légale, vous allez être amené à réaliser de nombreux certificats pour tout un tas de choses ! Certains sont cependant **obligatoires**, il faut surtout tout connaître sur :  
Le certificat « coup et blessure » pour lequel il est possible de faire un joli dossier de quelques questions !

**Le certificat de décès n'a cependant rien à lui envier, vous allez TOUS devoir en réaliser un jour ou l'autre, c'est un document on ne peut plus légal et donc indiscutable, le tout assorti de nouvelles recommandations : vous devez connaître TOUT ce qui se trouve sur ce dernier +++++**



**Certificats médicaux obligatoires** : Certificat coup et blessures – certificats de décès ! Mais aussi certificats de santé (20 examens **obligatoires** < 6ans dont 3 font l'objet d'un certificat médical=J8, M9, M24) – de naissance – de MP/AT – déclaration obligatoire – viol – IVG – soins sous contraintes – certificat de non CI pratique sportive (celui-ci est contre-intuitif, il est OBLIGATOIRE à réaliser à la demande de tout patient) +++

Remise du certificat	
Type	Destinataire
En règle générale, les certificats doivent être remis « en mains propre à l'intéressé pour faire valoir ce que de droit », <b>SAUF</b> dans <b>QUATRE</b> cas bien définis :	
Réquisition	<p><b>Remis à l'autorité requérante</b></p> <p>Remarque : <b>TOUT</b> médecin peut être réquisitionné, et <b>NE PEUT</b> refuser sans engager sa responsabilité pénale <b>SAUF</b> (3 exceptions)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Médecin inapte physiquement ou techniquement</li> <li>➤ Médecin = médecin traitant ou apparenté</li> <li>➤ En cas de force majeure (soins urgents à délivrer ailleurs...)</li> </ul>
Mineur ou incapable majeur	<p><b>Représentant légal</b></p> <p><b>Attention</b>, le CMI NE PEUT PAS être remis directement au mineur +++</p>
Patient décédé	<b>Ayants droits pour faire valoir leurs droits</b>
Arrêt de travail – AT – MP	<b>Remise au conjoint possible</b>

## Certificats coup et blessures

- Devant tout dossier de « coup et blessures » ou « violences sexuelles », le médecin devra déterminer la **durée de l'Incapacité TOTALE de Travail (ITT)** qui est appréciée **indépendamment de l'activité professionnelle** : **c'est en fait l'incapacité dans les gestes élémentaires de la vie quotidienne et c'est donc à différencier de l'incapacité temporaire de travail ou incapacité temporaire total de la sécurité sociale, utilisée après un AT ou MP et correspondant au nombre de jours d'arrêt de travail, ça n'a également RIEN A VOIR avec la durée totale des soins !!!**

**NB : S'applique aussi bien aux mineurs qu'aux majeurs car n'a aucun rapport avec le travail !!**

- **Cette dernière (l'ITT) va permettre de déterminer quelles mesures légales on va mettre en place par la suite et quelle juridiction sera compétente pour gérer l'affaire.**

1. On est face à une **contravention** (gérée par le **tribunal police**) si ITT < 8 jours (violences volontaires) ou < 3 mois (violences involontaires) !
2. On est face à un **délit** (géré par le **tribunal correctionnel**) si l'ITT est supérieure à **8 jours** si violences **volontaires** **MAIS supérieure à 3 mois** si **involontaires** +++

La **détermination de l'ITT** est un **élément médical témoignant de la nature et de la gravité des blessures** associées ainsi que du **retentissement psychique** de l'agression, il n'aura cependant aucune incidence sur la qualification des faits !!

Noter qu'en cas de **coups et blessures volontaires** sur conjoint/concubin – mineur < 15 ans – personne vulnérable – ascendant – avec une arme : **c'est un DELIT, et ce, quelle que soit la durée d'ITT +++ c'est la notion de circonstances aggravantes**

Durée d'ITT	Infraction	Tribunal
≤8 jours volontaire ≤3 mois involontaire	Contravention	Police
≤8 jours+circonstances aggravantes volontaire ≤3 mois+circonstances aggravantes involontaire	Délit	Correctionnel
>8 jours volontaire >3 mois involontaire		

## Certificat de décès

**Tu dois savoir différencier les deux parties du certificat (question bateau non discriminante) avec les caractéristiques principales des deux parties que tout le monde connaîtra puisque ça tombe en permanence dans les dossiers !! Le reste des notions présentées au sein d'un certificat de décès sont inconnues de la plupart des étudiants alors que je suis persuadé que ça va tomber sous peu, soyez vraiment attentif à ce tableau +++++**

- **Tout décès doit être CONSTATE par un médecin (un interne est un médecin) et ce, SANS examens complémentaires !!** Cependant, le certificat ne pourra être réalisé **QUE** par un médecin thésé (donc pas par un interne) : attention à la différence ++++
- Savoir **QUAND** cocher obstacle médico-légal
- Une question discriminante pourra être de connaître les étiologies d'obligation de mise en bière **immédiate** en cercueil **hermétique** ou **simple**

Indications de mise en bière <b>immédiate</b>	
Cercueil hermétique	Cercueil simple
Variole du singe Choléra Peste Charbon Fièvre hémorragique virale	Rage Tuberculose <b>ACTIVE</b> non traitée ou insuffisamment traitée ou MDR/XDR Creutzfeld Jakob <b>TOUT</b> état septique grave sur prescription du médecin traitant

**Depuis 2017, le VIH et les hépatites ne justifient plus une mise en bière immédiate, les soins du corps sont également possibles +++++**

- Ne pas oublier de cocher si oui ou non il y a présence d'un pacemaker ou non dans la partie administrative (pas forcément logique) +++

## Certificat médical de décès (recommandation 2018)

Volets (2)	Administratif	Médical
<b>Caractéristiques principales</b> (80% QCM)	<b>Nominative</b> Partie haute Comprend <b>TROIS</b> feuillets dont 2 autocopiants adressés : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mairie du lieu d'implantation de la chambre funéraire</li> <li>2. Gestionnaire de la chambre funéraire</li> <li>3. Conservé par la mairie du lieu de décès (et <b>PAS</b> de naissance !!)</li> </ol> Permet la délivrance du permis d'inhumation et de l'acte de décès par l' <b>officier d'état civil !!</b>	<b>Anonyme</b> Partie basse Adressée (par l'officier d'état civil) au <b>médecin inspecteur de santé publique de l'ARS</b> qui l'adresse ensuite au <b>CépiDC de l'INSERM</b> qui l'analysera = épidémiologie +++
<b>Contient (20% QCM discriminant)</b>	<b>Obstacle médico-légal</b> (mort suspecte – violente – accident – doute...)  <b>Présence de prothèse/pile</b>  <b>Obligation de mise en bière immédiate</b> coché si <b>maladie infectieuse</b> dans un cercueil <b>hermétique</b> (5 étiologies) OU <b>simple</b> (3 étiologies) OU en cas d' <b>altération du corps !!</b>  Départ = transport du corps sans mise en bière possible : <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Avec soins de conservation = dans les &lt;48 heures</b> → Depuis 2018, le VIH et les hépatites B et C ne sont PLUS des CI aux soins du corps +++</li> <li>• <b>SANS soins de conservation = dans les 48h</b> → si <b>contre-indication aux soins du corps</b> comme le <b>CI</b> (délai de transport porté à 72h pour rechercher la cause de décès) ou <b>tout état septique grave</b> +++</li> <li>• <b>Etat du corps compatible avec le transport</b></li> </ul> <b>Obstacle au DON du corps</b> (maladie contagieuse ou OML à l'inhumation) mais aucun rapport avec le prélèvement d'organe attention !!  La case de la rubrique « <u>prélèvement en vue de rechercher la cause du décès</u> » doit être coché en cas de suspicion de maladie contagieuse (cercueil hermétique ou simple), à la demande du médecin constatant le décès ou du préfet !	<b>Communes de décès et de domicile</b> (personne le sait)  <b>Renseigne sur les causes du décès en DEUX parties :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cause de la mort</li> <li>2. Autres états morbides – facteurs ou états physiologiques ayant contribué au décès, mais qui ne figurent pas dans la partie 1 !</li> </ol> <b>Préciser certaines circonstances de la mort</b> = naturelle – violente – faits de guerre – suicide – femme enceinte...  <b>Attention, dans les causes de décès, il ne faut pas préciser le mécanisme du décès</b> (ne pas écrire syncope ou asystolie ou ACR) mais les <b>CAUSES de la mort</b> +++

### Focus – L'obstacle médico-légal (OML)

L'OML signale en pratique un cas de mort **suspecte** qui nécessite potentiellement une enquête judiciaire. Un QI est tombé à l'**ECNi 2016** demandant les circonstances devant conduire le médecin à cocher cette case sur un certificat de décès : on peut tout à fait imaginer revoir un QCM de ce type dans les années à venir ++++

On peut par exemple mentionner la **mort subite de l'adulte jeune < 50 ans** – le **suicide** (pendaison, arme à feu/blanche, etc) – **mort violente** (dont AVP, empoisonnement, etc) – **l'homicide manifeste** – le décès en **détention** – le **décès à l'hôpital** en cas de suspicion de **faute médicale** ou **cause iatrogène** ou **infection nosocomiale** – **catastrophe naturelle/accident de travail** – **mort au décours** ou **pendant la grossesse...**

La mort subite du nourrisson a un statut particulier : du fait de son **caractère particulièrement traumatisant** pour les parents et les **nombreuses causes non criminelles** (infections respiratoires, accident literie), le **médecin n'a recours à l'OML QU'EN CAS** de suspicion de **maltraitance**. Une recommandation HAS propose :

1. **Décès non suspect** : cocher « prélèvements en vue de rechercher la cause du décès »
2. **Décès suspect** : cocher « obstacle médico-légal »

## Médecine légale pure et dure

Il est **nécessaire** d'avoir quelques connaissances sur la médecine légale clinique pure, parfois logique, mais pas toujours avec quelques petites choses spécifiques à acquérir !

## Médecine légale clinique

### Signes positifs de mort

**Lividités cadavériques** = plaques rouges déclives liées au déplacement passif du sang vers les parties déclives du corps (**épargnent** les points de pression), elles constituent l'un des éléments d'appréciation du délai post-mortem → **débutent à 45 min**, **confluentes en 2h**, **maximales en 9-10h** et **fixes au-delà de la 15<sup>ème</sup> heure** et ne **disparaissent pas avec la putréfaction !!**

**NB** : Une anomalie de l'aspect des lividités orientera vers un déplacement du corps post-mortem

**Rigidités cadavériques** = apparaissent en **3h** environ, complète en **8h**, **RESOLUTION** en **3-4 jours +++++**

**Refroidissement** d'environ **1 degré par heure** environ, permet parfois de dater la mort !!

**Putréfaction** = tâche verte abdominale (**24-48h**) – décollement de la peau – squelettisation...

### Mydriase

### Signes négatif de vie

Arrêt cardiorespiratoire  
Abolition de la conscience  
Aréflexie  
Perte du tonus

### Question 1 - Question à choix multiple 5 propositions de réponse

Concernant les lividités cadavériques, quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) ?

Proposition A

Elles correspondent à un coup porté au cadavre

Proposition B

Elles correspondent à une transsudation sanguine à travers les vaisseaux après la mort

Proposition C

Elles sont un des indicateurs du déplacement du corps après la mort

Proposition D

Elles permettent une estimation précise du délai post-mortem

Proposition E

Elles sont de coloration verdâtre en cas d'intoxication fatale au monoxyde de carbone

Réponses :

- A : Faux

- B : Vrai → Phénomène de **transsudation à travers les vaisseaux** vers les **parties déclives du corps**, excepté celles sous pression comme les fesses, le dos ou encore les cuisses. Ces lividités sont donc **piégées et bloquées par contrainte mécanique**.
- C : Vrai (cf. tableau)
- D : Faux : **Fixes après la 15<sup>ème</sup> heure** donc ne permettront pas de dater précisément le délai après par exemple
- E : Faux : Des **lividités de teinte rouge-carmin** sont **typiques d'une intoxication au monoxyde de carbone (CO)**, alors que des **lividités cyanosées** orientent généralement vers une **cause asphyxique ou vers un décès secondaire dû à une pathologie cardiaque ou pulmonaire**.

### Violences sexuelles – Item 12

Les dossiers de violences sexuelles vont probablement devenir un classique à l'**EDN** (ECNi 2009 et 2018 en dossier complet, ECN 2023), **plutôt bien connu des étudiants, mais vous verrez avec l'expérience qu'il n'est jamais facile de répondre aux questions...** essayons de lever certaines zones d'ombre pour vous permettre de gérer au mieux ce genre de dossier +++

**Définitions** : Le **viol est une agression sexuelle, tout acte de pénétration sexuelle** (même oral) effectué sous la menace – la contrainte ou la surprise est **considéré comme un viol** !

- Il faut bien comprendre que **la démarche initiale va différer selon en face de qui on se tient** :
  - **Mineure < 15 ans OU personne vulnérable (handicapé par exemple) = signalement judiciaire OBLIGATOIRE au procureur de la République, et ce, SANS consentement de la victime = dérogation au secret médical +++**
  - **Mineure > 15 ans = consentement du malade nécessaire pour le signalement judiciaire** aux autorités compétente !

**Remarque** : Dans le cas où le mineur s'oppose expressément à la consultation des titulaires de l'autorité parentale (afin de garder le secret sur son état de santé) et qu'il maintient son opposition → le médecin peut alors mettre en œuvre le traitement ou l'intervention **SI** le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix (même chose pour l'IVG) +++

- **Le médecin qui va réaliser l'examen clinique ET gynécologique** (avec **prélèvements médico-judiciaires** qui **DOIVENT** être réalisés sur réquisition) **DEVRA remettre à la victime un certificat médical descriptif** !

### Focus – Réquisition et certificat médical initial

Le **certificat médical descriptif (CMD)** peut être réalisé qu'il y ait une plainte ou non, deux possibilités :

1. **Sur réquisition d'un officier de police judiciaire APRES que la victime ait déposé plainte, le CMD DEVRA être remis aux autorités requérantes, avec ou sans l'approbation de la patiente ++++**
2. **Sans réquisition** : En général **faits récents** (la victime ne veut pas ou n'ose pas porter plainte). Il faut réaliser **l'examen et les prélèvements comme en cas de réquisition** mais le **CMD sera alors remis à la victime** !! En effet le dépôt de plainte va peut-être suivre l'examen médical, **la victime ayant été encouragée à le faire**. Le médecin se doit de conserver les éléments de preuves.

On **mentionnera** sur le certificat l'**identité du médecin, les constatations médicales, sans aucune interprétation personnelle NI le terme de viol : ne jamais conclure au viol qui est une qualification juridique** !! Mais également les **prélèvements réalisés** et la durée d'incapacité Totale de Travail au sens pénal (incapacité à réaliser les gestes de la vie quotidienne) !

On **ne mentionnera PAS** les antécédents médicaux et chirurgicaux, **NI le traitement médicamenteux, ni les allergies SAUF si peuvent influencer sur les constatations** (livre médecine légale/travail) !!

**Noter** : Le CMD n'est pas obligatoire pour porter plainte, il pourra cependant être réclamé ultérieurement par les enquêteurs !

**B** Pour rappel, **exhibition sexuelle, harcèlement et agression sexuelle** sont des **délits** : donc jugé au **tribunal correctionnel** avec peine de prison. Le délai de prescription est de **6 ans**.  
Le **viol** est un **crime** jugé à la **cour d'assise**, peine de prison et contraintes (injonctions de soins...), le délai de prescription est **20 ans (victime majeure)/30 ans (victime mineure)**

Prélèvements : L'existence ou non d'un dépôt de plainte **ne jouera ni sur l'examen clinique réalisé ni sur les prélèvements effectués qui sont standardisés**. Cependant ces derniers sont **médico-légaux** et ont pour but **d'identifier l'agresseur** (par recherche d'ADN) et **ne pourront donc être expertisés QU'A la demande de l'autorité requérante : c'est-à-dire SSI une plainte a été déposée +++**

Le tableau ci-contre récapitule le bilan et les prélèvements à réaliser : indispensable à connaître !!

Examens complémentaires à réaliser en cas de viol	
Bilan médical	Bilan médico-judiciaire
<p>Recherche d'IST :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Sérologie VIH 1 et 2</b></li> <li>- <b>Sérologies VHB – VHC – Syphilis</b></li> <li>- <b>Recherche chlamydiae + gonocoque sur prélèvements</b></li> </ul> <p>Recherche d'une éventuelle grossesse : <b>B-hCG</b></p> <p>Recherche de toxiques urinaires</p> <p>Bilan pré-thérapeutiques</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>NFS-plaquettes</b></li> <li>- <b>Ionogramme – créatinémie – urée</b></li> <li>- <b>Transaminases – gamma GT – bilirubine</b></li> </ul>	<p>Prélèvements locaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Col</b></li> <li>- <b>Vagin</b></li> <li>- <b>Urètre</b></li> <li>- <b>Anus</b></li> <li>- <b>Gorge</b></li> <li>- <b>Griffures – morsures</b></li> <li>- <b>Cheveux</b></li> </ul>

Quelques précisions pour les examens à visée :

- **Génétique** : **Les prélèvements à visée génétique recherchent de l'ADN étranger à la victime (spermatozoïdes, sang, salive) n'importe où cela peut se trouver (cf. supra) +++**
- **Toxicologique** : Les prélèvements de **cheveux et urinaires** (préférés à narinaires) **couplés à sanguins** sont utiles pour des recherches toxicologiques. Les **prélèvements narinaires** peuvent être réalisés pour rechercher des **traces de drogues** prises par voie narinaire.  
*Il est également possible de détecter une prise ponctuelle de toxique, ou une intoxication chronique et/ou ancienne à partir d'une mèche de cheveux. On demandera alors à la personne de ne pas se couper les cheveux et de ne pas faire de coloration, et on procédera à un prélèvements capillaire environ un mois après l'examen (mais pas en urgence) !!*
- **Infectieuse** : Recherche des **MST avec prélèvements vaginaux** (GnC – CT – MG) et **sanguins** (sérologies VIH/hépatites/syphilis), le **prélèvement vaginal doit être préféré au prélèvement urinaire chez la femme pour la recherche de CT donc pas besoin des urines chez la femme +++**

**En cas de risque de grossesse, possibilité de proposer une contraception d'urgence jusqu'à 120h après les faits : lévonorgestrel PO jusqu'à 72h, ulipristal acétate PO jusqu'à 120h**

La réquisition : Procédure par laquelle un **médecin est appelé par une autorité judiciaire ou une autorité administrative**, pour procéder à des **constatations ou à des examens techniques scientifiques** qui ne peuvent être différés. La réquisition est **nominative et écrite**.

Le médecin est dans **l'obligation de répondre à une réquisition**, sinon c'est un délit, sauf motif légitime. Le médecin doit **apporter une expertise répondant à une question précise**, il ne doit révéler que les éléments directement utiles à sa mission dans le **respect du secret médical (+++++)**. Si le patient refuse = entrave à la justice, c'est condamnable. **Encore une fois certificat sera remis à l'autorité requérante et NON à la victime = dérogation légale obligatoire au secret médical !!**

### Responsabilité médicale – Item 5

Un cours très important à bien comprendre, la responsabilité médicale est attenante à n'importe quel acte médical ou chirurgical que vous serez amenés à réaliser lors de votre exercice futur ! Encore une fois des notions pénales/légales qu'il faut bien appréhender puisqu'elles tomberont de manière indiscutable +++

Remarque : Pour avoir les idées claires dans ce cours, essayer de toujours dichotomiser !!

**TOUT** médecin peut voir sa responsabilité engagée en tant que **citoyen et/ou praticien**, donnant lieu à plusieurs types de responsabilités, ces dernières menant à une :

- ❖ **SANCTION du médecin** : Responsabilité pénale (preuve à la charge du ministère public qui doit prouver faute – préjudice et lien de causalité) et **ordinaire/disciplinaire** (4 sanctions possibles : avertissement, blâme, interdiction temporaire d'exercer la médecine et la radiation du tableau de l'Ordre) +++
- ❖ **INDEMNISATION du patient** : Responsabilité civile (si médecin libéral, le lien de causalité doit être prouvé par la victime **SAUF** pour l'information médicale) ou **administrative** (médecin hospitalier)

**Piège : Attention, la responsabilité civile peut être engagée à l'hôpital dans le cas où le médecin hospitalier réalise une faute dite « détachable du service », pensez donc bien à tout cocher !!**

### Soins sans consentement – Item 15

Je vous mets ce cours ici qui me semble particulièrement important et qui se rattache tout à fait à de nombreuses notions de médecine légale !!

**TOUS** tes dossiers de psychiatrie commenceront ou termineront **FORCEMENT** par **2 ou 3 questions** bien dures sur ce cours !!! C'est une disposition particulière pour **imposer** des soins → **80000/an** en France ! Rien de plus indiscutable que ces mesures légales : encore une fois c'est très discriminant donc prends le temps de bien connaître ce cours avec ce magnifique tableau ++++

Après m'être moi-même trompé des dizaines de fois en dossier entre cocher « soins libres car patiente d'accord » ou « soins à la demande d'un tiers », je vous ai fait un petit focus qui devrait normalement vous aider... 😊

- Il est **nécessaire de tout connaître**, pourquoi tu mets en place telle mesure et pas une autre, **la saisine systématique du juge des libertés et de la détention (JLD) dans les 8 jours** (puis / 6 mois sauf si projet de soin) par le **directeur** ou le **préfet**, il doit statuer dans les **12 jours ++++**
- La période d'observation de **72h NECESSAIREMENT** hospitalière, puis on poursuit les soins soit par une hospitalisation complète continue, soit par un **programme de soins !!**
- Modalités de levée de la mesure : Sur l'avis du **psychiatre** (MAIS ne décide pas lui-même si SPDRE) – sur ordonnance du **juge** – à la demande de la **CDSP** – à la demande du **tiers** – pour **défaut de procédure** (sous l'égide du JLD) **MAIS PAS** par le **directeur** ou encore si « *certificat du médecin initial jugeant la non nécessité de poursuite de la mesure* » !!

### Focus – les certificats

**24h** → **UN examen médical NON** psychiatrique (**SANS** certificat) et **UN certificat psychiatrique** (pas le même psy que le CMI !!)

**72h** → **UN certificat psychiatrique** (différent de celui des 24h)

**J6-8** → **UN certificat PUIS un par mois**

*Si mesure excède un an, évaluation médicale approfondie par un collège / an*

### Focus – Comment choisir quelle mesure et quand choisir une mesure d'urgence

**Pour les SPDRE** : Le patient présente un danger **IMMINENT** pour la **sûreté des personnes**, rendant nécessaires des **mesures provisoires** dans l'attente d'une évaluation médicale :

- **OUI** → SPDRE **d'urgence**, avec **SIMPLE AVIS médical** attestant du danger pour la sûreté des personnes, par **n'importe quel médecin +++**
- **NON** → SPDRE **classique**, avec **certificat médical** réalisé par un médecin **EXTERIEUR** à l'établissement d'accueil

**Pour les SPDT** : Est-ce que **DEUX médecins** qualifiés dont **UN n'appartenant PAS** à l'établissement d'accueil sont disponibles ?

- **OUI** → SPDT **classique**
- **NON** → SPDT **d'urgence**, par exemple si le patient est déjà hospitalisé dans l'établissement d'accueil !!

Tips : **Très mauvais insight = anosognosie dans la schizophrénie et la manie donc souvent pris en charge sans le consentement avec directement un SPDT (ambivalence aussi = changent d'avis) !!** En effet, même si le patient donne son consentement, on n'est pas à l'abri qu'il revienne en arrière 10 minutes plus tard, il vaut mieux se couvrir et prévoir les dispositions nécessaires au préalable !!

### Soins sans consentements

Mesure	SPDT		SSPI	SPDRE
	Normale	Urgente		
Article de loi	<b>L3212-1-II-1</b>		<b>L3212-1-II-2</b>	<b>L3213-1</b>
Modalités	Demande du tiers <b>ECRITE</b> (peut PAS être le MT) <b>et justificatif d'identité</b>		<b>PAS de tiers ou refus de ce dernier</b>	<b>Troubles graves à l'ordre public</b>
Décision	Directeur de l'établissement		Directeur de l'établissement	<b>Arrêté préfectoral valable 48h</b>
Certificats	<b>DEUX CMI &lt; 15J</b> Dont UN <b>EXTERIEUR</b> à l'établissement	<b>UN SEUL CMI de l'établissement</b>	<b>UN SEUL CMI EXTERIEUR</b> à l'établissement	<b>UN SEUL CMI EXTERIEUR</b> à l'établissement <i>La procédure urgente ne nécessitant même qu'un « Avis médical » +++</i>

*Les CMI sont rédigeables par TOUT médecin thésé, les suivants uniquement par un psychiatre !*

## Notions attenantes à la médecine légale – médecine du travail

Voici d'autres petites notions transversales et importantes à connaître pour terminer en beauté cette Fiche & Tips de médecine légale – médecine du travail qui je l'espère vous aura plus et vous aura permis d'acquérir bon nombre de notions et d'être un peu plus à l'aise dans ces matières complexes à prendre en main 😊

## Don d'organe – État de mort encéphalique

3 catégories de donneurs	3 grands principes éthiques
En état de mort encéphalique Décédé après arrêt circulatoire Donneur vivant	Consentement présumé Gratuité du don Anonymat du donneur et du receveur

Les grands principes du don d'organe sont **anonymat – gratuité – consentement** (présumé pour les défunts, exprès pour les vivants) – **interdiction de publicité – répartition équitable des greffons – respect des règles de sécurité sanitaire +++**

Le taux d'opposition au prélèvement en France est estimé à 35%.

## Donneurs décédés

**Principes** : La principale source de donneurs d'organes solides est constituée des **donneurs en état de mort encéphalique** avec le principe de **consentement présumé** **MAIS le médecin doit s'efforcer de recueillir le témoignage des proches** s'il n'a pas directement connaissance de la volonté du défunt.

- **Donneur décédé à cœur arrêté (cadavre)** : Dans ce cas, on peut juste prélever cornée – os cortical – peau = seulement des prélèvements de tissus !!
- **Soit arrêt cardio circulatoire persistant et réfractaire (DDAC)** → La loi française permet depuis 2005 le recours à **des donneurs décédés après arrêt cardiaque = DDAC** ! Nécessite un **échec d'une réanimation bien conduite pendant au moins 30 minutes** !! Le diagnostic est réalisé à **l'hôpital** et nécessite les 3 critères cliniques classiques

ET un **diagnostic paraclinique par un ECG d'au moins 5 minutes** montrant une **asystolie** (tracé plat) ou un **rythme agonique lors de l'arrêt de la réanimation** (enregistrement du tracé) !!

**NB : Il peut être de bon ton d'avoir jeté un œil sur la classification de Maastricht des arrêts cardiaques !!**

- **Soit personne assistée par VM et conservant une fonction hémodynamique (EME)** = correspond à la **destruction définitive et irréversible de l'encéphale**, suite à un **arrêt circulatoire encéphalique complet**. Il concerne **moins de 1% de tous les décès**, nécessitant plusieurs critères :
  - Présence des 3 **critères cliniques** (l'absence de ventilation étant vérifiée par une **épreuve d'HYPERcapnie** cf. infra)
  - Un **examen paraclinique** avec au choix :
    - **SOIT 2 EEG nuls et aréactifs** (réalisés en amplitude maximale avec stimuli douloureux, visuels et auditifs) **pendant une durée de 30 min à un intervalle de 4h**,
    - **SOIT** une **artériographie cérébrale** des 4 axes ET du **polygone de Willis** (absence d'opacification des carotides internes au-delà du segment supra-clinoïdien et des artères vertébrales **60 secondes après** l'injection) **ou angioscanner objectivant l'arrêt de la circulation encéphalique** → *le plus souvent réalisé, rapide, peu invasif, réalisé AU MOINS 6 heures après le diagnostic clinique et comporte 4 séries d'acquisition avec diagnostic de ME si score de non opacification = 4*

#### Focus – épreuve d'hypercapnie (RANG C)

**L'épreuve d'hypercapnie est un concept assez mal compris et connu des étudiants, elle permet de vérifier l'absence de ventilation spontanée clinique et doit être horodatée, signée et inscrit dans le dossier clinique +++**

- ❖ Consiste à la **déconnexion du respirateur pendant 10 min**. L'épreuve se déroule en présence d'un médecin ou d'une infirmière après une **période de pré-oxygénation de 10 min en FIO2 = 100 %**. Un **apport en oxygène est maintenu et la saturation en oxygène surveillée en continu**. **L'absence de mouvements respiratoires thoraciques ou abdominaux, alors que la PaCO2 est égale ou supérieure à 60mmHg, confirme l'absence de ventilation spontanée**. Ce seuil n'est pas précisé par la loi mais est admis habituellement. Cette épreuve n'est pas réalisée en cas d'état hémodynamique ou respiratoire précaire. **Il faut l'indiquer sur le procès-verbal de diagnostic de mort encéphalique.**
- ❖ Cet examen clinique est **réalisé en l'absence de facteurs confondants** tels qu'une hypothermie **< 35°C**, des troubles métaboliques sévères (hyponatrémie, hypoglycémie...), une pression artérielle moyenne **< 50 mmHg**, une prise de médicaments dépresseurs du système nerveux central.

#### Donneurs vivants

**Généralités** : Le donneur doit être **informé par un comité d'expert** sur les risques qu'il encoure et les conséquences, il doit ensuite donner **son consentement devant le président du TGI**. Les **donneurs peuvent être** : conjoint – fratrie – grands parents – oncles/tantes – cousins germains – conjoint de son père/mère – toute personne avec preuve de vie commune (2A) – dons croisés si incompatibilité +++

Remarque : **AUCUN** prélèvement d'organe en vue de don ne peut avoir lieu sur une personne vivante mineure (ou majeure faisant l'objet d'une mesure de protection légale) **EN DEHORS** des prélèvements de moelle pour les hémopathies malignes, qui peuvent être faits chez le frère ou la sœur mineur.

## Démarche d'annonce du diagnostic

A connaître ++++++ ça tombe tout le temps et il faut surtout connaître **l'ordre**, c'est hyper facile de se faire avoir en QCM avec le stress !!!!

1. Le temps médical : La **1<sup>ère</sup> consultation** permet l'annonce du diagnostic, elle précède la RCP. La **2<sup>ème</sup> consultation** permet de proposer une **PEC thérapeutique APRES** la RCP → elle peut être réalisée par un autre médecin, permet d'expliquer les **effets secondaires et soins de support**, poser des questions et remise du **programme personnalisé de soins (PPS)** rédigé lors de la RCP, dans lequel on trouve deux types d'informations = un **annuaire téléphonique avec les contacts utiles** (médecine, assistante sociale, oncologie...) et un **calendrier prévisionnel** (le 30/07 → RT...) mais **PAS d'information** sur la pathologie, l'examen clinique, les effets secondaires ou quoi (piège fréquent !!!!) +++
2. Le temps d'accompagnement soignant : **Infirmier avec expérience** cancérologie, c'est un temps **d'écoute et de reformulation**, mieux connaître le patient, organiser les RDV, etc...
3. Temps dédié aux soins de support : **Diététicienne, assistante sociale, psychologues**, etc
4. Temps de relation avec la médecine de ville : **Information du médecin traitant, suivi à domicile**, etc

## Mesures légales et de protection du travail au cours de la grossesse

Un cours qui peut tomber dans **n'importe quel dossier de gynéco-obstétrique** et qui fait l'objet de mesures légales = encore une fois **indiscutables** donc tout à fait adapté aux QCM, à connaître par cœur !!!

- ❖ **La loi prévoit 7 consultations prénatales obligatoires** (remboursées à **100%**) et **1 consultation POST natale obligatoire** (dans les **8 semaines** suivant l'accouchement) **MAIS la HAS en recommande 2 au 1<sup>er</sup> trimestre**.
- ❖ Il est **obligatoire** de déclarer une grossesse **avant la 16<sup>ème</sup> semaine** d'aménorrhée en envoyant **2 volets** à la CAF et **1 volet** à la CPAM !!
- ❖ Travail : **Visite de reprise de travail obligatoire** après tout congé maternité (dans les **8 jours** de reprise), le temps de travail est limité à **40h/semaine** puis **35h à 6 mois** **ET** maximum **5 jours** consécutifs ! **JAMAIS** le droit d'être licenciée pendant son congé maternité et les **4 semaines** qui suivent !
- ❖ Congés maternité : Les **indemnités journalières** sont versées par la sécurité sociale, l'employeur complète pour que la femme touche **100%** de son salaire !  
Il débute à **35SA** et dure **6 semaines prénatales** (+ **14 jours** en PREnatal **SI** grossesse pathologique) **ET 10 semaines postnatales**, la durée est **7** en cas de **3<sup>ème</sup> enfant** **OU** grossesse multiple ! *Il est possible de reporter les 3 premières semaines pré-natales en post-natale !*  
**NB** : Le congé paternité est de **11 jours** payés par la SS, **18 jours** si naissance multiple ! Le congé en cas de grossesse gémellaire est de **34 semaines** (12 avant et 22 après)

- ❖ La grossesse à partir du 6<sup>ème</sup> mois et jusqu'à J+12 est une indication à la PEC à 100% des actes et consultations, **MÊME** exonération de la participation forfaitaire de 1€, SAUF le forfait hospitalier journalier ++++

## Maltraitance chez le nourrisson

Un item encore une fois classique à l'EDN, qu'il est nécessaire de bien connaître devant la fréquence (100.000 enfants en danger, 20.000 maltraités, 59% judiciairisés) et la gravité (2DC/j en France) de la maltraitance en France !!

- Elle existe dans **tous** les milieux sociaux, l'entourage étant responsable dans 80% cas ! Il est donc nécessaire d'être attentif et de la suspecter au moindre doute !!
- **le bilan est systématisé, on réalise systématiquement NFS-PL + hémostase + transaminases + toxiques + FO +/- SSI <2 ans ou symptômes une imagerie cérébrale (TDM si symptômes, IRM sinon) et des radiographies squelette entier +++++**
- Tu dois avoir des notions sur le syndrome de Silverman (diagnostique radiologique facile à connaître), le syndrome du bébé secoué ou encore être attentif aux fractures incohérentes pour l'âge (une fracture du fémur si l'enfant à moins de 1 an et ne sait pas marcher, c'est pas normal...)

## Focus – Syndrome des bébés secoués

Sous ensemble fréquent chez le nourrisson < 1an (2/3 cas <6 mois) et grave (>500 cas probables, 22 à 50 cas/100 000 naissances) qui se caractérise par une apparition immédiate des symptômes (SANS intervalle libre) avec signes d'HTIC – saignements – hématome sous-dural – hémorragies rétiniennes type III (pathognomoniques) !

**On pose le diagnostic facilement, l'enfant est un traumatisé crânien grave (avis neurochirurgical à demander et prise en charge en soins intensifs) → syndrome de mauvais pronostic +++**

Au total, 2 situations se dégagent :

1. **Information préoccupante** : On signale à une autorité administrative, la CRIP qui évalue la situation et décidera de transmettre à une autorité judiciaire ou bien d'organiser une protection administrative : protection médicale infantile si <6 ans ou médecine scolaire si >6A !
2. **Situation d'une extrême gravité** (<2ans ou handicapé, hématome sous-dural, bébé secoué...) que l'on signale à une autorité judiciaire = procureur de la république en urgence et on hospitalise si parents d'accord (mieux) **OU NON** : on réalise alors une ordonnance de placement provisoire, l'enfant est alors 8 jours sous la responsabilité de l'hôpital (ASE) +++  
Enfin soit le juge d'instruction poursuit, soit le juge des enfants organise la protection judiciaire !!

## Les discriminations – Item 8

Les facteurs identifiés comme cause de discrimination en santé sont principalement :

- Rapport de pouvoir asymétrique dans le soin** (dépend de la relation médecin malade, asymétrie des connaissances, n'arrivent pas forcément à poser les questions/exprimer leurs souhaits...)
- Hétérogénéité des pratiques**
- Inégalités territoriales et sociales de santé**
- Manque de coordination**
- Difficulté à avoir accès à un interprète en cas de barrière de langue**
- Logiques économiques en tension avec les objectifs de soins** (plus rentable de prendre en charge les patients les moins compliqués, avec consultation rapide...)

## Violences et santé – Item 11

Les éléments devant faire rechercher une situation de violences (extrait tableau fiche LISA) :

- ⇒ **ATCD familiale de violence dans l'enfance, séparation récente, grossesse, vulnérabilité physique/psychique/sociale**
- ⇒ **Plaintes et symptômes multiples, chroniques, inexpliqués**
- ⇒ **Consultations fréquentes, retard dans la PEC, oublis de RDV, difficulté d'observance**
- ⇒ **IDS, PTSD, rupture avec l'état de santé antérieure (apparition de TCA, difficultés de sommeil, addiction...)**
- ⇒ **Maladie chronique déséquilibrée, lésions traumatiques répétées/mal expliquées**
- ⇒ **Grossesses non désirées, IVG répétées, demande de bilan IST répétées, mauvais suivi de grossesse**

### FOCUS sur les violences conjugales

**Violence conjugale** : processus évolutif au cours duquel un **partenaire exerce**, dans le cadre d'une relation privilégiée, une **domination** qui s'exprime par des agressions **physiques, psychiques ou sexuelles**.

Il y a violence conjugale quand la **victime et l'auteur sont dans une relation sentimentale**.

Concerne **tous types de couples** : mariés, pacsés, en union libre, divorcé ou séparé

**Plusieurs types** : **physiques, verbales et psychologiques, sexuelles** (*pénétration...*), **économiques** (*privation de ressource financière, maintien dans la dépendance, exiger des comptes aux centimes près...*)

**142 310 victimes de violences conjugales (+16%) 88% de femmes 1 décès tous les 2 jours**

**Les violences conjugales sont des violences volontaires avec circonstances aggravantes représentant un délit qq soit la durée de l'ITT.**

Il y a une levée le secret médical en cas de **victime majeure en danger immédiat et sous emprise de l'auteur**, par un **signalement** auprès du **procureur** de la République



Rappeler aux victimes le **cercle vicieux des violences conjugales** (y a des vidéos sur youtube rapide à voir, ce qui permet de bien se mettre en tete ce cycle 😊)

### Il faut proposer aux victimes :

- Consultations médicales régulières
- Soutien psychologique
- Association de patients
- Prise en charge sociale
- Possibilité de mettre en place une ordonnance de protection (juge aux affaires familiales), avec relogement de la victime, applicable 6 mois, renouvelable
- Téléphone grand danger, attribué par le procureur pour les cas les plus graves, attribué 6 mois, renouvelable

### Impact de l'environnement sur la santé – Item 367

Les principales **maladies professionnelles respiratoires** sont :

- **Cancers bronchiques** : amiante, silice cristalline, HAP, métaux
- **Mésothéliome** : principalement causée par l'amiante, 800 cas/an en France, concerne surtout les métiers du bâtiments (plombiers...)
- **L'asthme professionnel** : 15% des asthmes de l'adulte. Rythmicité des symptômes. Boulanger, santé, coiffeurs, peintes, métiers du bois, nettoyage
- **La BPCO** : mine, batiment, fonderie, textile, agricole
- **Pneumopathie d'hypersensibilité** : principalement les milieux agricoles. Par exemples, le mouton fermier (Micropolyspora faeni dans le foin moisi), maladie des éleveurs d'oiseaux... Se voit également en cas d'exposition au moisissures ou aux métaux (zinc, cobalt, zirconium)
- **Pneumoconiose** : silicose, béryllose (surtout fabrication d'alliage, nucléaire, électronique ou aéronautique, céramique, prothésiste dentaire), sidérose (exposition aux fumées d'oxyde de fer), asbestose (amiante)

Les mesures de protection juridique				
	La sauvegarde de justice		La curatelle	La tutelle
	Judiciaire	Médicale		
<b>Définitions</b>	Mesure de protection <b>légère, simple, transitoire</b> et immédiate +++		Mesure <b>intermédiaire</b> entre la SJ et la tutelle	Mesure de protection <b>complète, durable, du majeur</b> +++
<b>Indications</b>	Altération transitoire des capacités mentales et/ou corporelles pour des personnes ayant besoin d'être <b>protégées temporairement</b> ( <i>épisode maniaque, psychose aiguë, coma</i> )  Ou personne nécessitant une <b>mesure de protection rapide avant l'instauration d'une tutelle ou d'une curatelle</b> !		Altération transitoire des capacités mentales et/ou corporelles destinées aux personnes qui ont besoin d'être <b>conseillées ou contrôlées dans les actes de la vie civile</b> (sans être hors d'état d'agir par elles-mêmes) → tout autre mesure moins contraignante est insuffisante. Ex : <i>psychose chronique (schizophrénie)</i>	Altération transitoire des capacités mentales et/ou corporelles chez des <b>personnes majeures</b> ayant besoin d'être <b>représentées de manière continue dans les actes de la vie civile</b> → tout autre mesure moins contraignante est insuffisante Ex : <i>démence</i>
<b>Effets</b>	Droits civils <b>conservés</b> Droits civiques <b>conservés</b> Parfois <b>annulation d'actes antérieurs</b>		<b>Droits civils partiels</b> Droits civiques <b>partiels</b> (droit de vote conservé mais la personne ne peut être ni élue, ni juré) Dans <b>l'exercice de ses droits</b> , la personne doit se <b>faire conseiller et contrôler par un curateur</b> Il existe plusieurs niveaux → curatelle <b>simple, aménagée, renforcée...</b>	<b>Droits civils perdus</b> Droits civiques <b>perdus</b> <b>La personne perd l'exercice de tous ses droits et doit être représentée</b> (par un tuteur) dans <b>tous les actes de la vie civile</b> !
<b>Procédure</b>	La <b>personne, son conjoint, un membre de la famille ou un proche.</b> Le <b>procureur de la république</b> d'office ou à la demande d'un tiers  <b>Certificat médical établi par un médecin inscrit</b> sur une liste → <b>audition de la personne par le juge des tutelles</b> → décision du juge	Le <b>médecin traitant</b> Le <b>médecin de l'établissement</b> de santé  Médecin effectue une <b>déclaration auprès du Procureur</b> → déclaration doit être <b>confirmée par un psychiatre</b> !	Demande faite par : La <b>personne, son conjoint, un membre de la famille ou un proche.</b> Le <b>procureur de la république</b> d'office ou à la demande d'un tiers (ex : médecin, directeur d'établissement, travailleur social...)  <b>Certificat médical établi par un médecin inscrit</b> sur une liste → <b>audition de la personne par le juge des tutelles</b> → décision du juge des tutelles +++	
<b>Durée</b>	<b>1 an renouvelable une seule fois</b>		<b>5 ans</b>	
<b>Cessation</b>	<b>Expiration, décision du juge, mise sous tutelle/curatelle</b>	<b>Déclaration du MT au procureur, décision du procureur, expiration, mise sous curatelle/tutelle</b>	<b>Décision du juge, à la demande du majeur ou tout autre personne habilitée à demander une mise sous curatelle/tutelle, à l'expiration de la date, remplacement de la mesure</b> (dans les deux sens)	
<b>Gestion des biens</b>	<b>Mandataire</b> désigné par le juge		<b>Curateur</b> désigné par le juge	<b>Tuteur</b> désigné par le juge
	Gestion des biens assurée par un mandataire, curateur ou tuteur désigné par le juge et dans l'ordre suivant : Personne choisie par avance par le majeur → <b>conjoint ou partenaire lié par un PACS</b> → <b>parent ou proche</b> → <b>mandataire judiciaire</b> (inscrit sur une liste et désigné par le juge)			