

TUTORAT SANTÉ BORDEAUX

Préparation aux examens Médicaux et Paramédicaux



Médecine



Pharmacie



Maïeutique



Odontologie



Filières

Kinésithérapie
Ergothérapie
Psychomotricité
Podologie

Paramédicales

CORRECTION COLLE n°3 - UE7A

30 Novembre 2020

Fait avec amour par Anaïs, Anna, Audrey, Axelle, Charlotte L, Charlotte M, Chloé, Colin, Elodie, Emmanuelle, Flavie, Ines, Jonathan, Julie, Julien, Justine, Laura, Loren, Lucas, Lucie B, Lucie R, Manon, Marie, Martin, Mélissande, Pénélope, Pierre, Quentin, Sophie, Tom, Yasmine, Zoé

QCM 1 : CE

- A. FAUX, le modèle biologique du stress ne prend pas en compte les perceptions du sujet, mais **uniquement le contexte** dans lequel il évolue.
- B. FAUX, **James et Lange** ont proposé une **théorie périphérique des émotions** (*siège au niveau des viscères*), jusqu'à ce que **Cannon** conteste cette conception et présente la **théorie centrale des émotions** (*siège au niveau du thalamus*).
- D. FAUX, le **syndrome** d'urgence, découvert par Cannon, est une phase préparatoire de l'organisme permettant au sujet de faire face à une agression.

QCM 2 : E

- A. FAUX, l'**approche catégorielle** fait référence aux **types de personnalité**, contrairement à l'**approche dimensionnelle** qui concerne les **traits de personnalité**.
- B. FAUX, *cf item A*.
- C. FAUX, selon la typologie de Sheldon, un sujet **ectomorphe** est décrit comme **grand, maigre et intelligent**, tandis qu'un individu **mésomorphe** est **athlétique** avec une **faible intelligence**.
- D. FAUX, les individus de **type B** présentent une **souplesse dans leur fonctionnement cognitivo-affectif**, représentant un facteur protecteur en termes de santé. À l'inverse, les individus de **type C** ont tendance à **intérieuriser leurs émotions**, ce qui est corrélé à une prédisposition accrue au développement de **maladies auto-immunes** ou de **cancers**.

QCM 3 : ACD

- A. VRAI, afin d'**évaluer la robustesse des concepts** liés aux ressources personnelles, une opérationnalisation a été réalisée par le biais d'outils de recherche et de questionnaires.
- B. FAUX, l'expectation de Bandura est un **raisonnement anticipatoire** de la stratégie que va mettre en place un sujet, face à une situation qui **pourrait** se produire. Il s'agit d'une **évaluation cognitive a priori**.
- E. FAUX, l'attribution causale a été conceptualisée par **Heider**. Weiner a, quant à lui, distingué trois dimensions bipolaires associées à ce concept.

QCM 4 : DE

- A. FAUX, les stratégies d'ajustement correspondent à l'ensemble des réactions cognitives, émotionnelles et/ou comportementales qu'un individu interpose entre lui et un événement **perçu comme menaçant**.
- B. FAUX, la classification de Lazarus et Folkman distingue les **stratégies de coping centrées sur le problème** des **stratégies de coping centrées sur l'émotion**. **Suls et Fletcher** distinguent, quant à eux, les coping **vigilants** des coping **évitants**.
- C. FAUX, la fuite, qu'elle soit comportementale ou cognitive, constitue une **stratégie centrée sur l'émotion** car le sujet ne tente pas de résoudre le problème, mais s'en éloigne afin de **réguler ses émotions**.

QCM 5 : E

- A. FAUX, Charlotte attribue des explications externes à l'événement qui vient de se produire, il s'agit donc d'une **attribution causale externe**. Nous n'avons ici pas suffisamment d'informations pour renseigner le LOC de Charlotte, qui est une tendance habituelle.
- B. FAUX, *cf item A*.
- C. FAUX, le soutien social perçu, décrit par Gentry et Kobasa et complété par Steptoe, est **le fait de savoir** que l'on peut compter sur quelqu'un en cas de problème **sans y avoir recours**. Dès l'instant où Charlotte fait appel à sa sœur, elle utilise la **recherche de soutien** qui est une stratégie de coping.
- D. FAUX, le soutien social perçu est à distinguer du **soutien dispensé**, autrement dit l'aide **spontanément apportée par un tiers**.

QCM 6 : BCD

- A. FAUX, la menace est liée à l'**incertitude** et au **doute**, révélés dans l'énoncé par « *il risque* ».
- D. VRAI, Martin présente un **LOC interne** (« *comme à son habitude* ») et procède également à une **attribution causale interne** car il évalue l'événement qui vient de se produire comme étant de sa responsabilité.
- E. FAUX, selon certains auteurs, la stratégie qui permettrait le meilleur ajustement s'inscrit dans une dynamique temporelle **en deux temps** : il s'agirait d'utiliser à court terme une **stratégie centrée sur l'émotion** (*hurler de colère pour évacuer ses émotions*) puis, une **stratégie centrée sur le problème** (*envoyer un mail au référent pour tenter de rattraper le TP un autre jour*).

QCM 7 : D

- A. FAUX, on parle du **modèle psychosomatique** qui découle du **courant dispositionnel**.
- B. FAUX, les **thérapies familiales** sont une forme de prise en charge qui s'inscrit dans le **courant interactionniste**. Le conditionnement pavlovien est l'intervention la plus en adéquation avec le courant situationniste.
- C. FAUX, le **courant interactionniste** est qualifié de complexe, novateur et heuristique, tandis que le **courant dispositionnel** est considéré comme **déterministe et réducteur**.
- E. FAUX, le modèle systémique prône une approche **éco-systémique** du sujet, mettant ainsi en parallèle les différents systèmes qui l'entourent.

QCM 8 : BE

- A. FAUX, en 1984, Lazarus et Folkman ont proposé une **définition consensuelle** du stress en psychologie.
- C. FAUX, au XVII^{ème} siècle en Angleterre, le stress est considéré comme la **conséquence** d'une vie éprouvante.
- D. FAUX, en sciences physiques, le **strain** correspond à une tension excessive produisant, à plus ou moins long terme, la déformation de l'objet, voire une rupture de celui-ci. La **décompensation** est l'équivalent du **strain** dans le domaine de la **psychopathologie** et traduit le passage d'un fonctionnement dit normal à un fonctionnement pathologique.

QCM 9 : D

- A. FAUX, le Syndrome Général d'Adaptation (SGA) se déroule en trois phases obligatoires, selon l'ordre suivant : la **phase d'alarme** puis la **phase de résistance**, et enfin, la **phase d'épuisement**.
- B. FAUX, les systèmes médullo-surrénalien et cortico-surrénalien atteignent leur fonctionnement maximal au cours de la phase de résistance, mais sont mobilisés **dès la phase d'alarme**.
- C. FAUX, selon Selye, le **distress** correspond au **mauvais stress**, tandis que l'**eustress** correspond au **bon stress**.
- E. FAUX, la phase d'alarme se traduit par une **chute du niveau de résistance**, induisant ainsi une **perte de l'homéostasie**.

QCM 10 : CE

- A. FAUX, l'échelle des événements de vie majeurs possède une **bonne valeur pronostique** et une **faible valeur prédictive**.
- B. FAUX, l'échelle des événements de vie mineurs a été créée par Lazarus et **Kanner**.
- D. FAUX, selon Pearlin et Lieberman, le stress serait lié à quatre principaux rôles sociaux sources de contraintes : parent, **conjoint**, gestionnaire de budget et socio-professionnel.

QCM 11 : ABE

- C. FAUX, les ressources sociales sont évaluées **a priori** de la réaction de l'individu.
- D. FAUX, selon Steptoe, le **soutien social perçu** peut revêtir quatre facettes spécifiques : affectif, matériel, d'estime et informatif.

QCM 12 : ADE

- B. FAUX, les anthropologues s'intéressent à la manière dont chaque individu pense son monde et la place qu'il y occupe. Ainsi, nous vivons dans **des mondes vécus** qui se construisent par la pensée et l'action des individus.

C. FAUX, une société est composée d'individus, de relations inter-individuelles mais surtout de **sens**, c'est-à-dire de **significations culturelles**.

E. FAUX, les sociétés construisent des normes qui ne sont **pas toujours respectées** par les individus (*harcèlement de rue, consommation de produits illicites...*).

QCM 13 : ABC

C. VRAI, l'**Hexis corporelle** désigne la **manière de faire usage de notre corps** et permet ainsi d'**expliquer la notion de corps légitime**, c'est-à-dire le modèle corporel à partir duquel on va pouvoir classer, déclasser, voire sanctionner, les autres corps en fonction de leurs écarts sociaux.

D. FAUX, la culture a un caractère **tridimensionnel** car elle se compose d'une dimension matérielle, immatérielle (ou idéale) et **corporelle**. En effet, la culture s'exprime également dans et par le corps des individus.

E. FAUX, la culture est un attribut **distinctif** de l'Homme. Autrement dit, elle est propre à la **condition humaine**.

QCM 14 : A

B. FAUX, le premier temps de socialisation a lieu au sein de la **famille**. Il s'agit de la **socialisation primaire** ou **familiale**. Le système éducatif est un exemple de socialisation secondaire.

C. FAUX, **toutes les cultures** produisent des sensibilités alimentaires, car ce qui peut être consommé s'inscrit dans un système de valeurs et de normes riches en symboles.

D. FAUX, l'ordre du mangeable est ancré dans nos sociétés de façon **implicite**. En effet, cet ordre n'est **pas écrit** et ne fait l'objet d'**aucune loi**.

E. FAUX, les animaux **sauvages** et **domestiques** (*issus d'élevages*) sont **comestibles** car ils sont **éloignés de l'être humain**. En revanche, consommer un animal familier reviendrait à manger « le même que soi », du fait de sa proximité avec l'Homme.

QCM 15 : ACD

B. FAUX, **D. Le Breton** mentionne que « d'une société à une autre, la caractérisation de la relation de l'Homme à son corps et la définition des constituants de la chair de l'individu sont des données culturelles infiniment variables ». **R. Descartes** a, quant à lui, énoncé que « l'Homme est fondu dans son corps et ce qui se passe dans sa chair est pensé ».

E. FAUX, **I. Théry** a travaillé sur les différences genrées dans l'intériorisation de la séropositivité au VIH.

QCM 16 : AC

B. FAUX, l'anthropologie travaille principalement sur l'aspect **Illness** de la maladie, mais également sur l'aspect **Sickness**, respectivement basés sur la maladie vue par l'**individu** et par la **Société**.

D. FAUX, M. Montagu a observé qu'il n'y avait pas de cas de **variole** dans certaines régions d'Europe car l'inoculation y était un acte socialement accepté et pratiqué.

E. FAUX, grâce aux **statistiques**, J. Jurin a contribué à affirmer le rôle préventif de l'inoculation au regard de la société.

QCM 17 : BCDE

A. FAUX, les itinéraires thérapeutiques mettent l'accent sur l'ensemble des facteurs **médico-sociaux** impliqués dans la recherche de soins d'un individu malade.

QCM 18 : ACDE

B. FAUX, **E. Hughes** a décrit les quatre moments clefs de l'acquisition de la culture médicale.

QCM 19 : CDE

A. FAUX, l'identification au rôle professionnel attendu ne se fait pas sans crise ni dilemme pour les futurs professionnels de santé : **il est nécessaire qu'ils renoncent à des éléments de leur identité antérieure**, tels que certains savoirs et croyances profanes.

B. FAUX, selon **E. Freidson**, le propre de la médecine et des médecins est de créer la maladie.

QCM 20 : CD

A. FAUX, la Révolution **française** a eu un impact considérable sur les cadres corporatifs responsables de la gestion des métiers, et notamment de la profession médicale.

B. FAUX, la place privilégiée accordée aux médecins n'est **pas universelle** car elle dépend des caractéristiques du **contexte socio-culturel** dans laquelle elle s'est constituée.

E. FAUX, **M. Foucault** a développé la notion d'« art du corps humain ».

QCM 21 : BC

A. FAUX, de 1791 à 1803, tout individu délivrant des soins était appelé « **officier de santé** ».

D. FAUX, le **développement du savoir scientifique** n'est **qu'un élément parmi d'autres** permettant d'expliquer l'accès des médecins au monopole sur le soin.

E. FAUX, les **mouvements socio-politiques** ainsi que l'**hôpital** sont responsables de l'évolution des connaissances.

QCM 22 : CD

A. FAUX, S. Fainzang porte un **regard critique** sur cette question de l'information, **sans porter de jugement**.

B. FAUX, le modèle de la **décision informée**, datant des années 2000, accorde au patient une place centrale, lui permettant ainsi de participer à sa propre prise en charge. Dans le modèle de la **décision partagée**, antérieur à celui de la décision informée, on tend vers un équilibre dans la relation entre le médecin et le patient.

E. FAUX, les patients, **tout comme les professionnels de santé**, pratiquent le mensonge; ils peuvent par exemple mentir quant à l'observance de leur traitement.

QCM 23 : CDE

A. FAUX, **M. Bury** a décrit la **rupture biographique** engendrée par la prise en charge de pathologies chroniques ou objectivement graves.

B. FAUX, **A. de Broca** a étudié les **tensions entre le savoir et le croire** au sein de la relation thérapeutique.

E. VRAI, la routine renvoie aux **savoir-faire incorporés** par le professionnel. Il y a une différence fondamentale entre les représentations de ceux qui délivrent le service, et de ceux qui le reçoivent. En effet, une personne gravement blessée suite à un accident de voiture considérera son cas comme urgent, contrairement au chirurgien qui prend en charge ce genre de blessures quotidiennement. Cette distanciation se retrouve dans d'autres corps de métiers.

QCM 24 : CE

A. FAUX, le **genre** correspond à la **différence sociale construite autour d'une différence biologique**.

B. FAUX, le **sexe** correspond aux **différences anatomiques et biologiques** entre les femmes et les hommes, notamment en ce qui concerne leurs **organes sexuels** qui servent à la reproduction (dimorphisme sexuel).

D. FAUX, le **genre** est un concept social mobilisant quatre dimensions analytiques : la perspective constructiviste, la perspective relationnelle, le rapport de pouvoir et la perspective intersectionnelle.

QCM 25 : BCE

A. FAUX, la perspective **constructiviste** s'est fondée dans le sillage de Simone de Beauvoir avec sa célèbre citation « on ne naît pas femme, on le devient ». Cette perspective est **en rupture avec l'essentialisme** qui prônait une nature à « être femme » ou à « être homme ».

D. FAUX, une personne **cisgenre** possède une identité de genre dans laquelle le genre ressenti correspond au sexe biologique.

QCM 26 : ACD

B. FAUX, les revendications des féministes sont **variables** selon les époques et d'une intensité fluctuante.

E. FAUX, il existe une **multitude de motifs de discriminations** en droit français (*la religion, l'appartenance à une ethnie etc. pour un total de 23 motifs*).

QCM 27 : ABDE

A. VRAI, aujourd'hui, on ne parle plus d'intersexualité et de transsexualité mais d'intersexuation et de transidentité.

C. FAUX, la pensée *queer* n'est pas seulement une notion théorique car elle donne aussi lieu à des **réappropriations politiques et militantes** importantes.

QCM 28 : AB

C. FAUX, de nos jours, il n'est plus nécessaire d'avoir recours à un psychiatre pour changer de genre à l'état civil. Il suffit de **prouver la réalité sociale du genre affirmé**, notamment grâce à des témoignages de proches.

D. FAUX, la **transidentité** n'est aujourd'hui **plus présentée comme un trouble mental** et a donc été retirée du DSM. Cependant, la **dysphorie de genre, souffrance clinique** significative associée à la non-conformité de genre, reste catégorisée dans le DSM-V.

E. FAUX, selon A. Alessandrin, les trans imposent au débat un fait accompli transidentitaire, **irréductible** au binarisme transexuel d'homme devenant femme, ou de femme devenant homme.

QCM 29 : BCDE

A. FAUX, l'**hypergamie sociale** est la tendance des femmes à **se mettre en couple avec des hommes plus âgés et de classe sociale supérieure**, afin d'assurer une meilleure chance de survie à un potentiel futur enfant.

QCM 30 : ABD

C. FAUX, les **interactionnistes** ont une définition **plus extensive** du concept de profession que les fonctionnalistes. En effet, selon ces derniers, seuls les métiers prestigieux peuvent être considérés comme des professions.

E. FAUX, les interactionnistes soutiennent que la distinction entre métier et profession est **illégitime** car elle repose sur le critère implicite de prestige social.

QCM 31 : CE

A. FAUX, durant l'âge d'or de la profession médicale américaine, les médecins n'étaient **pas complètement unifiés**, il y avait notamment une concurrence entre les multiples spécialités pour l'offre de soins.

B. FAUX, Eliot Freidson parle de « domination professionnelle » pour qualifier la position des médecins au sein du système de soins **américain**.

D. FAUX, la profession médicale était divisée à ce sujet, **certain soutenaient le maintien de l'officiat** de santé par peur d'une démedicalisation du pays.

E. VRAI, les progrès du savoir médical ont contribué à la spécialisation de la médecine, engendrant ainsi une segmentation encore plus importante au sein de cette profession. Cette spécialisation représente un facteur d'affaiblissement dans de nombreux pays.

QCM 32 : ADE

B. FAUX, avant la révolution industrielle, la **majorité des individus** étaient insérés dans des **réseaux de dépendance et de protection** (*familles et communautés villageoises dans les campagnes, et les guildes et corporations dans les villes*). Ainsi, seule une **minorité d'individus**, dits **désaffiliés**, étaient soumis à l'insécurité permanente du fait de leur exclusion de ces réseaux.

C. FAUX, avant la révolution industrielle, les hôpitaux avaient une **double mission**, à la fois **sociale et médicale**, bien que cette dernière fonction était moindre à cette époque.

QCM 33 : AD

B. FAUX, la réforme Debré a été votée en **1958**.

C. FAUX, l'universalisation de la couverture maladie permet aux individus de **cotiser en fonction de leurs revenus**, et de **recevoir en fonction de leurs besoins**, qu'ils soient malades ou non.

E. FAUX, les raisons de cette universalisation sont à la fois **économiques et politiques**.

QCM 34 : ABCD

E. FAUX, le système de soins français assure une **grande liberté de ses acteurs** et offre une **bonne qualité de soins**. Néanmoins, les **coûts restent élevés**, ainsi les réformes actuelles cherchent à restreindre la liberté des acteurs afin de réduire les coûts.

QCM 35 : CDE

A. FAUX, le système de soins **britannique** s'est construit autour des principes du plan Beveridge, ce qui en fait un **système universaliste beveridgien**.

B. FAUX, au Royaume-Uni, le financement provient directement des **impôts sur le revenu ou sur la consommation**. Les individus n'ont donc pas besoin de cotiser pour bénéficier des prestations liées au système.

Sujet de QROC :

1. Citez les principales caractéristiques de l'évaluation primaire.
2. Décrivez les caractéristiques de la *Perceived Stress Scale* (PSS).

Correction proposée

Le **modèle transactionnel**, développé par **Lazarus et Folkman**, est issu du **courant interactionniste**. Ce courant postule que **les conduites du sujet et leur évolution dépendent des particularités du contexte, des spécificités du sujet mais surtout des interactions permanentes entre le sujet et son environnement**. Nous aborderons l'évaluation primaire d'un sujet, puis nous nous intéresserons aux caractéristiques de la *Perceived Stress Scale* (PSS).

L'évaluation primaire consiste en l'**appréciation par le sujet des enjeux de la situation**, elle a donc lieu **a posteriori de l'événement**. Cette évaluation **dépend en partie des caractéristiques du contexte et du sujet**. Elle permet de déterminer le **degré de stress perçu** que le sujet a de la situation. Ce dernier peut évaluer la situation en termes de **perte** ou de **menace** : ces deux évaluations sont associées à des **affects négatifs** et à un **fort degré de stress perçu**. L'évaluation en termes de menace est **la plus délétère car elle** traduit une **incertitude**. Le sujet peut également faire une évaluation en termes de **défi**, qui s'accompagne alors d'**affects positifs** et d'un **faible degré de stress perçu**. Excepté dans le cas d'une perte réelle, dans laquelle le sujet effectue une évaluation en termes de perte, toute situation peut faire l'objet d'une de ces trois évaluations. Ces trois évaluations s'excluent mutuellement.

La PSS est un **outil d'évaluation du stress subjectif** élaboré par **Cohen et Williamson**. Elle permet d'évaluer le **stress perçu** d'un individu. Composée de **14 items**, elle dispose d'une **excellente validité prédictive**. Les items sont formulés de façon **large et ouverte**, dans un **sens positif ou négatif**. Elle présente **cinq modalités de réponses** en termes de fréquence. Grâce à une **période de rappel d'un mois**, la **meilleure prédiction en termes de santé** selon cette échelle se fait par un calcul du **score moyen sur les douze derniers mois** : plus le score moyen est élevé, plus le stress perçu est important et plus le risque d'une détérioration de la santé physique et/ou psychologique, actuelle à un an, est élevé.

Ainsi, la PSS et l'évaluation primaire s'inscrivent dans une approche transactionnelle qui admet de nombreux intérêts. Le sujet, dont la **perception est prise en compte**, est **acteur** de la situation car il entretient une relation **bidirectionnelle** avec son environnement. Ce courant est donc considéré comme **heuristique, holistique et intégratif**, mais également **complexe** dans sa mise en œuvre. Le sujet évaluera son degré de contrôle perçu sur la situation lors de l'évaluation secondaire correspondant à l'évaluation conjointe de ses ressources sociales et personnelles.