

TUTORAT SANTÉ BORDEAUX

Préparation aux examens Médicaux et Paramédicaux



Médecine



Pharmacie



Maïeutique



Odontologie



Filières

Kinésithérapie
Ergothérapie
Psychomotricité
Podologie

Paramédicales

Correction Annale UE7A 2019-2020

Nous vous rappelons que cette correction est donnée à titre indicatif

QCM 1. Sur l'anthropologie en tant que discipline

- A. L'anthropologie est une discipline des sciences humaines et sociales qui interroge les « mondes vécus ».
- B. Les sociétés et les cultures sont des environnements qui nous déterminent.
- C. Les sociétés et les cultures sont des environnements qui nous façonnent individuellement et collectivement.
- D. L'anthropologie française a, au cœur de son histoire, la question de la mobilité.
- E. L'anthropologie produit des lois applicatives du fonctionnement des sociétés.

QCM 1 : AC

- B. FAUX, on ne parle **pas de déterminisme** en anthropologie. Les sociétés et cultures auxquelles nous appartenons produisent des rôles, des statuts et des normes constituant un cadre social qui va venir **orienter** nos actions et **nous façonner**, de manière individuelle et collective.
- D. FAUX, l'anthropologie, en particulier française, a au cœur de son histoire la question de **l'altérité**.
- E. FAUX, l'anthropologie produit des **savoirs** sur le fonctionnement des sociétés, et non des lois.

QCM 2. Questions diverses

- A. R. Bastide a participé à élaborer la théorie évolutionniste.
- B. L. Morgan a participé à élaborer la théorie évolutionniste.
- C. E. Tylor, anthropologue français, a participé à élaborer la théorie évolutionniste.
- D. Dès sa structuration en tant que science au 18^{ème} siècle, l'anthropologie adhère à la théorie évolutionniste.

E. Selon Lewis Morgan, il y a trois stades d'évolution des sociétés, dans l'ordre suivant : barbare, sauvage, civilisé.

QCM 2 : B

A. FAUX, **L. Morgan**, **E. Tylor** et **J. Frazer** ont participé à élaborer la **théorie évolutionniste**, tandis que **R. Bastide** a travaillé sur la **question de l'altérité**, notamment dans le domaine religieux.

C. FAUX, **E. Tylor** est un anthropologue **britannique** ayant participé à l'élaboration de la théorie évolutionniste.

D. FAUX, l'anthropologie a abandonné la théorie évolutionniste et est devenue une science durant la **seconde moitié du XIX^{ème} siècle**.

E. FAUX, les trois stades d'évolution définis par L. Morgan sont dans l'ordre : **sauvage** (sans organisation), **barbare** (début d'organisation) et enfin, **civilisé**.

QCM 3. Questions diverses

A. Aujourd'hui l'anthropologie est convaincue d'un déterminisme du physique sur la culture.

B. L'anthropologie étudie l'être humain qui se constitue en tant que personne.

C. Une société est composée d'individus, de relations, de sens également nommé « significations culturelles ».

D. Le caractère « normal » ou « anormal » de comportements individuels est construit socialement.

E. L'homme et sa culture se substituent souvent à la nature pour façonner nos normes alimentaires et nos comportements relatifs à l'alimentation.

QCM 3 : BCDE

A. FAUX, avant le XIX^{ème} siècle, l'**ethnologie** considérait un déterminisme du physique sur la culture, mais **ce n'est plus le cas de nos jours**. De plus, il n'est jamais question de déterminisme en anthropologie.

E. VRAI, une société ne consomme jamais tout ce qui est à sa portée dans l'environnement, notamment du fait de **sensibilités** et de **normes alimentaires construites par la culture**.

QCM 4. Sur les auteurs

A. B. Good est spécialiste de l'anthropologie de l'alimentation.

B. M. Lock a travaillé sur la ménopause.

C. M. Lock a interrogé l'influence de la culture sur la médecine.

D. Selon D. Le Breton, d'une société à une autre, la relation de l'homme à son corps est une donnée culturelle infiniment variable.

E. N. Elias a travaillé sur le corps et l'acquisition de « civilité ».

QCM 4 : BCDE

A. FAUX, B. Good a travaillé sur la séquence durant laquelle les médecins traduisent le corps en processus physiologiques et pathologiques, dans une **démarche médicale standardisée et apprise**.

QCM 5. L'anthropologie de la santé

- A. L'anthropologie de la santé questionne les manières de penser la santé et la maladie, le risque, l'efficacité etc., en lien avec les environnements sociaux à partir desquels ces catégories se construisent.
- B. Les catégories locales du danger, de la menace, telles qu'elles se constituent pour un groupe social, façonnent des attitudes et des comportements individuels.
- C. Le concept de « biologie locale » est une aberration en anthropologie.
- D. Le « savoir profane » face au corps malade est fondé sur l'expérience accumulée des individus, et relève d'un apprentissage non formel.
- E. L'approche compréhensive de la santé repose sur l'échange avec les médecins.

QCM 5 : ABD

- C. FAUX, le concept de « **biologie locale** », étudié par M. Lock, met en évidence **l'influence de la culture sur la médecine**, s'inscrivant ainsi parfaitement dans la méthodologie d'étude suivie par l'anthropologie.
- E. FAUX, l'approche compréhensive de la santé repose sur l'échange avec les **patients**.

QCM 6. Questions diverses

- A. La place de la comparaison est essentielle en anthropologie pour interroger la notion d'universel.
- B. S'agissant des « techniques du corps » chez M. Mauss, il y voit des habitudes incorporées qui sont le produit d'un apprentissage formel.
- C. La représentation sociale est une forme de croyance pratique.
- D. G. Vigarello a travaillé sur la tuberculose et la pratique de l'inoculation.
- E. Les discours sur la causalité alcoolique intègrent des représentations de la personne et des stéréotypes.

QCM 6 : ADE

- B. FAUX, les habitudes incorporées sont le produit d'un apprentissage social **non formel** qui s'effectue, entre autres, par transmission orale. Ainsi, le corps et ses usages sont notamment soumis à l'éducation qui varie d'une culture à une autre.
- C. FAUX, la représentation sociale est une forme de **connaissance** pratique, et non une croyance.

QCM 7. Corps, douleur

- A. En anthropologie, la douleur est un phénomène subjectif et collectif : cela impose d'interroger les expériences de la douleur et leur dimension sociale.
- B. La réalité du corps, c'est ce que l'anthropologie nomme : le corps réel.
- C. L'anthropologie met en perspective différentes conceptions culturelles du corps humain.
- D. F. Laplantine a fait une analyse comparative des cycles de douleur en France et au Japon.
- E. La rencontre d'Alma Ata a permis d'apporter un cadre institutionnel à la cohabitation des médecines traditionnelles avec la biomédecine dans les pays du Sud.

QCM 7 : ACE

- A. VRAI, la douleur éprouvée par un individu renvoie toujours à du **subjectif articulé à des conceptions sociales**.
- B. FAUX, la **réalité** du corps est une **construction sociale autour du corps réel**.
- D. FAUX, **M. Lock** est l'anthropologue à l'origine de l'**analyse comparative des cycles de douleur** en France et au Japon. **F. Laplantine**, quant à lui, s'est intéressé à la **recherche de sens** dans la construction d'un itinéraire thérapeutique.

QCM 8. Questions diverses

- A. N. Elias a interrogé le processus de civilisation des mœurs pour souligner que les questions d'hygiène sont à la base de ce processus et des évolutions sociales.
- B. La représentation sociale est un travail mental qui consiste à organiser de manière significative notre rapport au monde.
- C. La représentation sociale est une connaissance pratique du monde. C'est un savoir.
- D. *Disease* est l'aspect de la maladie défini par le sujet malade.
- E. L'OMS a donné une définition des médecines traditionnelles, en évoquant l'ensemble des pratiques explicables ou non, utilisées pour prévenir ou éliminer un déséquilibre physique ou social. La dimension mentale n'est pas incluse dans la définition.

QCM 8 : BC

- A. FAUX, au Moyen-Âge, il n'était pas question d'hygiène puisque cette notion n'existait pas encore. Ainsi, il était seulement question de **distinction sociale** à travers l'établissement de **règles de bonne conduite**.
- D. FAUX, *Disease* est l'aspect de la maladie défini selon la biomédecine, tandis que l'aspect de la maladie défini par le sujet malade sera appelé *Illness*.
- E. FAUX, la **dimension mentale** est également **prise en compte** dans cette définition, tout comme les dimensions physique et sociale.

QCM 9. Sur les itinéraires thérapeutiques

- A. Un itinéraire thérapeutique commence par l'attribution d'un sens à un malaise.
- B. Dans l'analyse des itinéraires thérapeutiques, la question « pourquoi ? » renvoie à la recherche de la cause efficiente ou immédiate.
- C. Dans l'analyse des itinéraires thérapeutiques, la question « qui ? » ou « quoi ? » a produit la maladie correspond à la recherche de l'agent, pour la biomédecine.
- D. Le registre des conceptions endogènes implique des représentations dans lesquelles la cause d'un problème réside dans l'individu, qui la produit et l'autorise.
- E. Les itinéraires thérapeutiques peuvent être analysés quels que soient les contextes culturels dans lesquels évoluent les individus.

QCM 9 : DE

- A. FAUX, la construction d'un itinéraire thérapeutique commence par l'**identification d'un problème**, qu'il s'agisse d'une douleur, d'un symptôme ou d'un malaise.
- B. FAUX, la question du « pourquoi ? » renvoie à l'origine du mal ou **cause ultime**.

C. FAUX, la question du « qui ? » ou « quoi ? » renvoie à la recherche de l'agent, soit de la cause efficiente, par la **médecine traditionnelle**.

E. VRAI, les itinéraires thérapeutiques peuvent être analysés quel que soit le contexte culturel, tout en considérant les particularités de ce dernier.

QCM 10. Sur la profession médicale

A. E. Freidson a modélisé la socialisation médicale.

B. Le modèle biomédical intègre des savoirs théoriques mais aussi des conceptions du corps et de la personne.

C. Le modèle des conceptions exogènes du mal ne fonctionne que pour les médecines traditionnelles, alors que la biomédecine ne peut raisonner qu'à partir du modèle endogène.

D. Le dédoublement de soi est le second temps du modèle établi par Freidson.

E. Le dédoublement de soi est le troisième temps du modèle établi par Freidson.

QCM 10 : B

A. FAUX, **E. Hughes** est à l'origine d'une **modélisation en quatre temps de la socialisation médicale**, c'est-à-dire l'ensemble des processus amenant un étudiant en médecine à devenir un professionnel de santé.

C. FAUX, les **deux modèles**, exogène et endogène, sont applicables dans le cadre de la **médecine traditionnelle** et de la **biomédecine**.

D. FAUX, *cf. item A*.

E. FAUX, *cf. item A*.

QCM 11. Questions diverses

A. On peut dire que, par son diagnostic, le médecin crée la réalité « physique » de la maladie mais aussi les effets sociaux qui vont en découler.

B. Parler de « culture médicale » induit l'idée que les savoirs cohabitent avec les représentations pour soutenir des raisonnements, des décisions et des pratiques médicales.

C. La notion de responsabilité remonte à la Révolution Française : elle a structuré l'histoire de la médecine, comme le développe M. Arliaud.

D. A partir de 1803, pour exercer la médecine chacun doit détenir un doctorat ou un brevet d'officier de santé.

E. On peut dire que les mouvements politiques qui ont suivi la Révolution Française ont eu un impact sur la structuration institutionnelle de la médecine et de son exercice.

QCM 11 : ABDE

C. FAUX, M. Arliaud a étudié le processus de construction de l'**autorité** et de la légitimité de la médecine qui est le résultat d'une lutte sociale remontant à la Révolution Française.

QCM 12. Questions diverses

- A. Lorsque la notion de contrôle intervient dans l'espace de l'hôpital comme dans la cité, elle permet aux savoirs médicaux de prendre part aux régulations des risques auxquels les corps sont collectivement exposés.
- B. Les représentations du corps sont considérées comme des dimensions immatérielles et structurelles qui façonnent les itinéraires thérapeutiques, comme le « précodage symbolique ».
- C. S. Fainzang s'est intéressé à la circulation de l'information entre médecins et patients.
- D. L. Morgan est l'un des fondateurs de la discipline anthropologique.
- E. A. de Broca parle de culture implicite et de culture explicite.

QCM 12 : ABCD

E. FAUX, **A. de Broca** s'est intéressé aux **tensions** qui existent entre **savoir** et **croire** au sein de la relation thérapeutique. La différence entre **cultures implicite et explicite** a été mise en évidence par **R. Bastide**.

QCM 13. Questions diverses

- A. Les savoir-être dans l'exercice médical reposent sur des modèles de comportement auxquels les étudiants sont formés, parmi lesquels le modèle paternaliste, jusqu'aux années 2000.
- B. Intérioriser des conceptions du monde signifie qu'il y a un rapport de cause à effet entre un environnement social et un environnement culturel.
- C. Les prises en charge « traditionnelles » des maladies peuvent intégrer la notion de « forme atypique de la maladie ».
- D. M. Bury a étudié la notion de « rupture biographique ».
- E. A. de Broca a étudié la notion de « rupture biographique ».

QCM 13 : CD

- A. FAUX, le **modèle paternaliste** s'est affirmé jusque dans les **années 80**.
- B. FAUX, on ne peut pas considérer un rapport de cause à effet puisque les conceptions du monde intériorisées par les individus fluctuent en permanence et ne sont pas figées.
- E. FAUX, cf. item D.

QCM 14. Quelles sont les dimensions analytiques comprises dans le concept de genre aujourd'hui qui sont exactes parmi les suivantes ?

- A. Le rapport entre les sexes est un rapport social unique, qui doit être étudié indépendamment des autres.
- B. La progression de l'égalité entre les sexes doit amener à abandonner la relation de hiérarchie et de pouvoir entre les sexes.
- C. Les femmes sont uniques et doivent être étudiées indépendamment des hommes.
- D. La perspective constructiviste permet de dissocier intellectuellement le genre du sexe.
- E. Le rapport social entre les sexes est immuable, il doit être étudié indépendamment du contexte.

QCM 14 : BD

A. FAUX, le rapport entre les sexes **ne peut pas être étudié indépendamment des autres rapports sociaux** (*couleur de peau, statut social...*). C'est ce que prône la **perspective intersectionnelle**.

C. FAUX, l'étude des femmes et du féminin est **impossible sans une mise en rapport** avec les hommes et le masculin, et inversement. C'est ce que prône la **perspective relationnelle**.

E. FAUX, le travail sur le genre doit **toujours tenir compte du contexte** qui est en perpétuel changement.

QCM 15. Les cadrages théoriques du genre diffèrent selon qu'ils mobilisent la notion du pouvoir ou celle de domination. Quels sont les énoncés relatifs à ces cadrages qui sont exacts ?

A. Le pouvoir est plus durable, inamovible que la domination. Il est moins labile.

B. La domination s'inscrit dans l'héritage théorique marxiste.

C. Le cadrage par le pouvoir s'ajoute à celui de la domination à partir des années 1980.

D. Les travaux de Judith Butler s'inscrivent dans l'approche par la domination.

E. La domination implique la répétition et l'intériorisation.

QCM 15 : BE

A. FAUX, le **pouvoir est plus labile** car il évolue suivant les représentations. À l'inverse, la domination est une notion qui n'est pas remise en question, elle est considérée en tant que telle.

C. FAUX, à partir des années 1980, l'approche macrosociologique, centrée sur la domination et les structures sociales, est **progressivement délaissée** au profit d'une approche microsociologique, centrée sur le pouvoir, les individus et les représentations.

D. FAUX, les travaux de **Judith Butler** s'inscrivent dans la perspective de la **pensée queer**.

QCM 16. Égalisation des droits politiques entre les sexes : combien d'années séparent l'accès des hommes et des femmes au suffrage universel ?

A. Aucune

B. 22

C. 47

D. 96

E. 112

QCM 16 : D

A. FAUX, les femmes ont obtenu le droit de vote en 1944, tandis que les hommes l'ont eu dès 1848. Entre les deux accès au suffrage universel, il s'est donc écoulé **96 années**.

B. FAUX, *cf. A.*

C. FAUX, *cf. A.*

E. FAUX, *cf. A.*

QCM 17. A propos du genre

- A. Le genre est une variable explicative.
- B. Le point de vue androcentré, en s'ignorant comme tel, généralise à partir du cas particulier masculin.
- C. Le genre ne fait pas de différence dans le destin social des individus.
- D. Pour les personnes cisgenres, le genre ressenti ne correspond pas au sexe biologique.
- E. Les études de genre ont d'abord exploré le travail puis la sexualité.

QCM 17 : BE

- A. FAUX, le genre n'est **pas une variable**, contrairement au sexe.
- C. FAUX, le genre renvoie à toute l'organisation sociale construite autour de la différence biologique et par conséquent, aux attentes sociétales qui en découlent. De fait, **le destin social des individus sera orienté différemment suivant le genre**. Par exemple, on voudra d'un homme qu'il réussisse sa carrière professionnelle, tandis que pour une femme, on attendra d'elle qu'elle prenne, avant tout, soin de sa famille.
- D. FAUX, concernant les **personnes cisgenres, le genre ressenti correspond au sexe biologique**. Par opposition, on définit les personnes transgenres pour lesquelles le genre ressenti ne correspond pas au sexe biologique.

QCM 18. Stéréotypes et discriminations

- A. Les stéréotypes peuvent changer facilement.
- B. Les stéréotypes justifient et amplifient les discriminations.
- C. Une discrimination se définit en droit par trois éléments : un traitement différent, sur un critère défini par la loi, dans n'importe quel domaine.
- D. Une discrimination repose toujours sur un seul critère.
- E. L'identité de genre est un critère de discrimination retenu par la loi.

QCM 18 : BE

- A. FAUX, les stéréotypes correspondent à des points de vue **pétrifiés et simplifiés** de l'opinion publique contrairement aux préjugés qui, eux, peuvent changer facilement.
- C. FAUX, en droit, une discrimination se définit par trois éléments : un **traitement moins favorable**, sur un **critère** et un **domaine définis** par la loi (*par exemple : le domaine du travail*).
- D. FAUX, une discrimination peut être **multicritère** (comme avec le *Black feminism* qui lutte contre une discrimination croisée : le sexe et la couleur de peau).

QCM 19. Sexualités

- A. Les enquêtes empiriques sur la sexualité ont toujours accompagné l'intérêt théorique des études de genre pour la sexualité.
- B. Les actes homosexuels sont stigmatisés à toutes les époques et dans toutes les sociétés.
- C. Le militantisme en faveur des droits des homosexuels sort aujourd'hui en occident d'une logique de « différence minoritaire ».
- D. La culture hétérosexuelle est universelle.
- E. L'hétéronormativité signifie que l'hétérosexualité est désirable et convenable.

QCM 19 : CE

- A. FAUX, à l'origine, les enquêtes sur la sexualité ont débuté **avec l'arrivée du SIDA**. L'objectif était de décortiquer la sexualité des individus afin de comprendre la propagation de la maladie.
- B. FAUX, durant l'âge classique **à Rome et à Athènes**, les pratiques définies de nos jours comme homosexuelles faisaient partie de **la vie en société**. A cette époque, la distinction principale se faisait autour de l'activité et de la passivité, les individus passifs étant ainsi stigmatisés. Ce n'est qu'à partir du XVII^{ème} siècle que la stigmatisation des pratiques homosexuelles s'ancre dans la société occidentale.
- D. FAUX, d'après la citation de **George Thin** « *Si la pratique hétérosexuelle est universelle, la culture hétérosexuelle, elle, ne l'est pas...* ».

QCM 20. La charte de la médecine libérale en France

- A. La charte demande le libre choix du médecin par les patients.
- B. La charte demande la possibilité pour les médecins de fixer librement leurs honoraires.
- C. La charte demande que les médecins contrôlent les caisses d'assurance.
- D. La charte est adoptée en 1927 par les syndicats de médecins.
- E. Les principes de la charte ne sont plus défendus actuellement par les syndicats de médecins.

QCM 20 : ABD

- C. FAUX, la charte demande que les **caisses d'assurance contrôlent les malades** et que les **médecins soient contrôlés par leur syndicat**.
- E. FAUX, ces principes sont **toujours défendus** par les syndicats médicaux actuels.

QCM 21. La profession médicale en France

- A. La profession médicale en France est organisée depuis le début du XIX^e siècle.
- B. La profession médicale en France est défendue par un seul organisme, le conseil de l'Ordre des médecins.
- C. La profession médicale en France a cherché à contrôler les études médicales.
- D. Les organisations représentatives de la profession médicale en France ont refusé le principe du conventionnement en 1960.
- E. Le refus du conventionnement a empêché la population française de se faire rembourser ses dépenses de santé.

QCM 21 : C

- A. FAUX, au début du XIX^e siècle, la profession médicale en France était **très fragmentée et peu organisée**.
- B. FAUX, l'**Ordre des médecins** est en charge du **contrôle de la profession médicale**, alors que les **intérêts** de celle-ci sont défendus par les différents **syndicats médicaux**.
- D. FAUX, l'entrée en vigueur du conventionnement en 1960 a créé **une véritable scission au sein du syndicat médical français**, entre les médecins qui ont accepté ce principe, et ceux qui l'ont refusé.

E. FAUX, le conventionnement, à l'échelle départementale, a été **instauré en France par le décret du 12 mai 1960**.

QCM 22. Le système de soins de santé américain

- A. Le système de soins de santé américain est un système entièrement privé.
- B. Le gouvernement fédéral intervient dans le système de soins de santé américain.
- C. La profession médicale américaine s'est progressivement organisée grâce à l'*American Medical Association (AMA)*.
- D. La place occupée par la profession médicale américaine dans le système de soins a été longtemps définie comme celle d'une « domination professionnelle » (Freidson).
- E. Comme dans de nombreux pays occidentaux, la position de la profession médicale dans le système de soins américain s'est affaiblie.

QCM 22 : BCDE

- A. FAUX, bien que la majorité des citoyens américains soient couverts par des assurances privées, il existe également un **système public** qui concerne les personnes de plus de 65 ans, les pauvres, les invalides et les militaires.
- E. VRAI, Paul Starr a montré que cet **affaiblissement** de la profession médicale est **lié à ses précédents succès** (*la position privilégiée des médecins, le progrès du savoir médical et la hausse de la demande de soins*).

QCM 23. Le système de soins allemand

- A. Le système de soins allemand est encore influencé par les principes bismarckiens.
- B. Les médecins allemands sont regroupés en unions régionales de médecins.
- C. Le système de soins allemand cherche désormais à restreindre la liberté des patients.
- D. Les patients allemands ne sont pas remboursés de la totalité de leurs dépenses de santé.
- E. Les pouvoirs publics cherchent à limiter les dépenses de santé en Allemagne.

QCM 23 : ABCDE

- C. VRAI, depuis quelques années, des réformes sont menées dans les pays ayant un système assurantiel (*France, Allemagne...*) pour **restreindre la liberté** des acteurs, et ainsi **diminuer les dépenses** du système de santé. On peut notamment citer la réforme du médecin traitant, datant de 2005 en France, qui incite les individus à suivre un parcours de soins coordonnés.
- D. VRAI, en Allemagne, il existe un mécanisme de **participation financière des patients** sous la forme d'une **franchise** de dix euros par trimestre, à payer lors de la première consultation.

QCM 24. Les systèmes assurantiels

- A. Les systèmes assurantiels assurent une large partie de la population pour ses soins de santé.
- B. Les systèmes assurantiels cherchent à augmenter leurs dépenses de santé.
- C. Les systèmes assurantiels sont présents en Amérique du nord et en Europe de l'ouest.
- D. Les systèmes assurantiels sont majoritairement financés par des impôts.
- E. La part des impôts dans le financement des systèmes assurantiels tend à augmenter.

QCM 24 : AE

- B. FAUX, les systèmes assurantiels cherchent de plus en plus à **diminuer leurs dépenses** de santé, en réduisant notamment la liberté des acteurs, afin de mieux contrôler les parcours de soins.
- C. FAUX, en Amérique du nord, on retrouve des systèmes **universalistes** (Canada) ou encore **libéraux** (Etats-Unis). En Europe de l'ouest en revanche, on retrouve bien des systèmes assurantiels comme en France, en Belgique ou encore en Allemagne.
- D. FAUX, les systèmes assurantiels sont majoritairement financés par des **cotisations sociales**, telles que des prélèvements sur le salaire des individus. Les impôts représentent la plus grande part du financement des systèmes universalistes.
- E. VRAI, en effet, dans les systèmes assurantiels, **la part des impôts tend à augmenter**. C'est notamment le cas en France avec la mise en place de la **CSG** (*Contribution Sociale Généralisée*).

QCM 25. Sociologie et profession médicale

- A. Pour la sociologie fonctionnaliste, la médecine n'est pas une profession.
- B. Pour Eliot Freidson, l'existence d'une profession est déterminée par le fait que les sociétés croient que tel métier présente les propriétés d'une profession.
- C. Pour Talcott Parsons, le patient tient un rôle face au médecin.
- D. Pour la sociologie interactionniste, les médecins forment une profession segmentée.
- E. La profession médicale a été capable de réguler l'accès au marché des soins.

QCM 25 : BCDE

- A. FAUX, à l'inverse de la sociologie interactionniste, la sociologie **fonctionnaliste** soutient que **la médecine est une profession**.
- C. VRAI, selon Talcott Parsons, les médecins et les patients possèdent chacun un rôle dit **fonctionnel** : le médecin a pour rôle de soigner et **le patient** a, quant à lui, pour **rôle d'être soigné**.
- E. VRAI, jusqu'au XIX^{ème} siècle, tous les individus étaient autorisés à exercer la médecine, du moment qu'ils prétendaient le faire. Par conséquent, il n'y avait aucune régulation de l'accès au marché des soins. C'est la **loi du 10 mars 1803**, ou loi du 19 ventôse an XI, qui a permis de limiter l'accès à la pratique médicale en accordant le **monopole** de délivrance des diplômes de docteur en médecine à trois facultés uniquement.

QCM 26. Profession médicale et système de soins

- A. La position de la profession médicale a toujours été déterminante en France sur l'adoption des réformes du système de soins.
- B. En France, les médecins étaient particulièrement influents au parlement sous les III^e et IV^e Républiques.
- C. Les ordonnances de 1945 créant la sécurité sociale en France ont été adoptées grâce à l'influence des syndicats médicaux.
- D. La création de parcours de soins par les organismes assureurs renforce la position de la profession dans le système de santé.
- E. La socialisation de la demande de soins est une demande de la profession médicale.

QCM 26 : B

- A. FAUX, **le gouvernement a su s'abstraire de l'avis des médecins**, notamment en passant par des ordonnances ou des décrets. Par exemple, en 1958, la réforme Debré a été adoptée sans solliciter l'avis du parlement.
- C. FAUX, en 1945, la sécurité sociale est mise en place par ordonnance, **sans consulter le parlement et contre l'avis des médecins**.
- D. FAUX, le développement de parcours de soins **diminue l'autonomie des médecins** dans leur pratique et témoigne de l'affaiblissement de la profession médicale.
- E. FAUX, la socialisation de la demande de soins est une demande de **l'assurance maladie**. Les médecins y sont opposés car cela entraînerait une perte de leur monopole.

QCM 27. Des mesures du stress « objectif »

- A. Les mesures du stress objectif découlent directement des travaux de Selye.
- B. Ces mesures accordent aux événements de vie majeurs ou mineurs un rôle fondamental dans l'émergence d'un état de stress.
- C. Évaluer chez des sujets l'impact de stressseurs spécifiques permet de mieux comprendre les différences intra-individuelles dans leur ajustement au stress.
- D. Ces mesures ont fait l'objet de vives critiques et ne sont plus utilisées de nos jours.
- E. La mesure du taux de cortisol salivaire constitue une bonne évaluation du stress objectif.

QCM 27 : ABE

- C. FAUX, l'évaluation de l'impact de stressseurs spécifiques chez des sujets permet de mieux comprendre les différences **inter-individuelles** dans leur ajustement au stress. En d'autres termes, on s'intéresse à **l'ajustement différentiel** des individus confrontés à un **même stressseur**.
- D. FAUX, bien que ces mesures aient fait l'objet de vives critiques, la **mesure des événements de vie majeurs** notamment, développée par **Holmes et Rahe**, est **encore utilisée** de nos jours.

QCM 28. Les traits de personnalité

- A. Ils caractérisent l'approche dite dimensionnelle de la personnalité.
- B. Ils ont une bonne valeur prédictive car ils fluctuent au cours du temps.
- C. L'optimisme est un des cinq grands traits de personnalité (Big Five).
- D. On les représente sous la forme d'un continuum allant d'un pôle positif (présence maximale du trait) à un pôle négatif (absence totale du trait).
- E. L'intraversion est le pôle opposé du trait « Extraversion ».

QCM 28 : AD

- B. FAUX, les traits de personnalités **fluctuent peu** au cours du temps, ils sont ainsi considérés comme **stables** ce qui leur confère une **bonne valeur prédictive**.
- C. FAUX, les cinq grands traits de personnalité, ou *Big Five*, sont l'**Ouverture d'esprit**, l'**esprit Conscientieux**, l'**Extraversion**, l'**Agréabilité** et le **Névrosisme** (équivalent de l'anxiété), regroupés sous l'acronyme *OCEAN*.
- E. FAUX, le pôle opposé du trait « Extraversion » est l'**introversion**.

QCM 29. Les types de personnalité

- A. Ils caractérisent l'approche dite dimensionnelle de la personnalité.
- B. Un type de personnalité concerne une partie donnée de la population.
- C. Le type ectomorphe (corps grand et mince) de Sheldon est associé à l'anxiété et au repli sur soi.
- D. La caractéristique qui prédit le mieux le type C de personnalité est le fait de relever en permanence des défis.
- E. Les types de personnalité participent de la structure de personnalité d'un sujet.

QCM 29 : BCE

- A. FAUX, les types de personnalité caractérisent l'**approche dite catégorielle** de la personnalité.
- B. VRAI, un type de personnalité est un ensemble hétérogène de caractéristiques que l'on retrouve seulement chez **une partie d'une population donnée**.
- D. FAUX, le **type A** de personnalité caractérise les individus qui cherchent en permanence à relever des **défis**. Le **type C**, quant à lui, concerne des sujets plutôt bienveillants mais **réprimant constamment leurs affects**, surtout négatifs.

QCM 30. A propos du soutien social

- A. Soutien social et réseau social sont des concepts identiques.
- B. Le soutien social est un processus évaluatif secondaire.
- C. Le soutien social perçu rend compte de la réalité des ressources sociales dont un sujet dispose pour faire face à une situation aversive.
- D. On distingue diverses composantes du soutien social perçu, parmi lesquelles la recherche de soutien affectif ou le soutien d'estime.
- E. Le soutien social perçu participe du degré de contrôle perçu que le sujet a de la situation.

QCM 30 : BE

A. FAUX, le **soutien social** s'intéresse aux ressources sociales d'un sujet et est constitué de deux concepts, le **réseau social** (quantitatif) et le **soutien social perçu** (qualitatif). Le **réseau social** correspond au nombre d'interactions ou de liens sociaux observés chez un individu.

C. FAUX, le soutien social perçu met l'accent sur la **perception** du sujet face à une situation aversive. Ce type de soutien est **subjectif** et ne rend pas compte de la réalité des ressources dont un sujet dispose.

D. FAUX, la recherche de soutien n'est pas un processus évaluatif mais une **stratégie de coping**.

QCM 31. De la théorie du stress de Lazarus et Folkman (1984)

A. Elle résulte du modèle transactionnel issu du courant dispositionnel.

B. Elle est qualifiée d'heuristique car elle met l'accent sur ce que l'individu pense et fait à un moment donné, dans un contexte particulier.

C. Elle insiste sur le rôle majeur des processus évaluatifs, c'est-à-dire sur la façon dont un sujet peut réagir à une situation qui vient de se produire.

D. Elle considère que les évaluations *a posteriori* sont de bien meilleurs prédicteurs de l'ajustement d'un sujet à une situation stressante que ne le sont les évaluations *a priori*.

E. Plus que le concept de « Locus Of Control » (LOC), celui d'« Attribution causale » est une bonne illustration de cette approche.

QCM 31 : BDE

A. FAUX, la théorie du stress de Lazarus et Folkman résulte du modèle transactionnel issu du courant **interactionniste**.

C. FAUX, lorsque l'individu réagit, il n'est plus dans un processus évaluatif mais dans un **processus réactif**.

QCM 32. Et si l'on parlait des stratégies de coping

A. Elles correspondent à la phase de réaction associée à l'évaluation secondaire.

B. Elles contribuent à déterminer le degré de contrôle perçu que le sujet a de la situation.

C. La taxinomie la plus utilisée distingue les stratégies centrées sur l'émotion ou « évitantes » des stratégies centrées sur le problème ou « vigilantes ».

D. Les stratégies de coping peuvent fluctuer avec le temps.

E. Le choix des stratégies de coping auxquelles un sujet recourt dépend en partie du degré de contrôle perçu qu'il a de la situation.

QCM 32 : CDE

A. FAUX, les stratégies de coping font partie de la **phase de réaction** tandis que l'évaluation secondaire appartient à la phase d'évaluation.

B. FAUX, la détermination du **degré de contrôle perçu** se fait lors de la **phase d'évaluation secondaire**.

D. VRAI, en effet, face à une situation stressante le sujet peut, par exemple, avoir d'abord recours à une stratégie centrée sur l'émotion, qui visera à atténuer directement sa tension

émotionnelle, puis, dans un deuxième temps, mettre en place une stratégie centrée sur le problème.

E. VRAI, il existe une **relative dépendance** entre l'évaluation secondaire et le choix de la stratégie de coping. En effet, on considère qu'un contrôle perçu **élevé** orientera plutôt le sujet vers des stratégies centrées sur le **problème**, tandis qu'un contrôle perçu **faible** l'orientera vers des stratégies centrées sur l'**émotion**.

QCM 33. A propos des événements de vie majeurs

- A. Ils correspondent à une mesure du stress objectif.
- B. Ils constituent de faibles facteurs de risque de maladies, mais de bons facteurs de pronostic, une fois la maladie installée.
- C. On doit à Selye leur prise en considération pour évaluer le stress d'un sujet.
- D. La SRRS (Social Readjustment Rating Scale) est l'un des outils permettant de les évaluer.
- E. Leur mesure s'avère finalement peu utile : seuls les événements mineurs de la vie quotidienne sont aujourd'hui considérés comme potentiellement pathogènes.

QCM 33 : ABCD

E. FAUX, les événements de vie majeurs présentent une **bonne valeur pronostique** de l'évolution d'une maladie chez un sujet, lorsque celle-ci est déjà installée. Cette échelle est d'ailleurs **toujours utilisée aujourd'hui**, malgré ses nombreuses limites.

QCM 34. Des croyances en question

- A. « Locus Of Control » (LOC) et « Attribution causale » sont deux concepts pouvant rendre compte des croyances d'un sujet relatives à un événement donné.
- B. Le LOC est une croyance *a priori* et l'Attribution causale, une croyance *a posteriori*.
- C. L'« Endurance » est un type de personnalité caractérisé par le défi et l'engagement.
- D. L'« Expectation » rend compte notamment d'une attente relative aux résultats que l'on devrait obtenir, conséquemment à un comportement donné.
- E. Tous les concepts ci-dessus mentionnés constituent des traits de personnalité, c'est-à-dire qu'ils traduisent des croyances générales ou habituelles observées chez un sujet.

QCM 34 : BD

A. FAUX, le LOC correspond à une **croyance généralisée** dans le fait que le cours des événements et leur issue dépendent ou non de son propre comportement. Il ne concerne donc pas un événement donné, contrairement à l'attribution causale.

C. FAUX, l'Endurance est un type de personnalité défini par **trois caractéristiques** : le **défi**, l'**engagement** et l'**internalité**.

E. FAUX, par exemple, l'**Attribution causale** est une **évaluation** faite par le sujet, centrée sur l'événement lui-même, pour en déterminer les causes perçues et les facteurs qui en sont responsables. De plus, l'Endurance est un **type** de personnalité, et non un trait de personnalité.

QCM 35. A propos du concept de stress

- A. Il fait aujourd'hui l'objet de nombreuses définitions.
- B. Son étymologie permet d'expliquer pourquoi l'on a longtemps considéré qu'il y avait deux sortes de stress : l'« Eustress » (bon stress) et le « Distress » (mauvais stress).
- C. L'état de « Strain » décrit chez les physiiciens correspond, en psychopathologie, à la « Décompensation ».
- D. Tous les modèles concernés s'accordent pour reconnaître que l'on peut évaluer le stress.
- E. Quel que soit le modèle considéré, le stress est toujours associé à une libération d'adrénaline et/ou de cortisol.

QCM 35 : BCDE

- A. FAUX, le concept de stress a fait l'objet de nombreuses définitions, jusqu'à ce que Lazarus et Folkman énoncent une **définition consensuelle** dans les années 80.
- E. VRAI, la **réaction physiologique** de l'organisme face à un stress consiste en la libération d'adrénaline et/ou de cortisol. Néanmoins, selon le modèle considéré, les mêmes évènements ne seront pas nécessairement considérés comme stressants.

QROC :

1. Citez les principales caractéristiques de l'évaluation primaire. Illustrez votre propos à l'aide d'un exemple.
2. Quelle définition Lazarus & Folkman (1984) ont-ils donnée du concept de stress ? Commentez-la.

D'après le **courant interactionniste** dont découle le **modèle transactionnel**, les **conduites d'un individu et leur évolution dépendent essentiellement des interactions permanentes entre le sujet et son environnement**. Nous verrons dans un premier temps les caractéristiques de l'évaluation primaire, avec l'exemple de Luc qui a mis le feu à sa cuisine, puis nous commenterons la définition du concept de stress établie par Lazarus et Folkman en 1984.

Selon le modèle transactionnel et face à une situation stressante, le sujet réalise une phase d'évaluation, divisée en évaluations primaire et secondaire, avant d'entamer une phase de réaction. L'évaluation primaire s'effectue **a posteriori** de l'événement puisque le sujet évalue les **enjeux** de la situation. Elle permet au sujet de déterminer son **degré de stress perçu**. La cuisine de Luc est en feu, il se lamente sur son sort en pensant à son four tout neuf qui part en fumée : il évalue alors la situation en termes de **perte**, cette dernière pouvant être corporelle, matérielle ou relationnelle. Si au contraire, Luc panique car il se dit que le feu risque de se propager, il évalue la situation en termes de **menace**. Enfin, Luc peut évaluer la situation en termes de **défi** en se disant qu'il va tout faire pour éteindre le feu. Ces trois évaluations **s'excluent mutuellement**. Les évaluations en termes de perte ou de menace sont associées à un **degré de stress perçu élevé** et à des **affects négatifs**, la menace étant **la plus délétère** du fait de l'**incertitude** qui l'accompagne. En revanche, une évaluation en termes de défi est associée à un **degré de stress perçu faible** et à des **affects positifs**.

En 1984, **Lazarus et Folkman** définissent le stress comme étant une « **transaction entre l'individu et l'environnement dans laquelle la situation est évaluée par le sujet comme débordant ses ressources et pouvant mettre en danger son bien-être** ». Cette définition **consensuelle** du stress rend compte des **échanges bilatéraux**, ou transactions, entre le sujet et son environnement, incluant également des **négociations**. Ceci sous-entend une notion de **temporalité** avec une **rétroaction** possible. D'autre part, cette définition met en avant le fait qu'une situation n'est stressante que si le sujet l'évalue **en tant que telle**, c'est-à-dire mettant à mal son **homéostasie psychosomatique**. Le stress est donc **toujours potentiellement pathogène**.

Pour conclure, le courant interactionniste est **complet** et **dynamique**. Le sujet **actif** est impliqué dans une **relation bidirectionnelle**, et est **pris en compte dans son intégralité**. Bien que **complexe à mettre en place**, ce courant sera considéré comme **heuristique** et **novateur**, contrairement au courant environnemental dont découle le modèle biologique, qui réduit le sujet passif à une simple libération d'hormones.