

# TUTORAT SANTÉ BORDEAUX

Préparation aux examens Médicaux et Paramédicaux



Kinésithérapie  
Ergothérapie  
Psychomotricité  
Podologie

Médecine Pharmacie Maïeutique Odontologie Paramédicales

## CORRECTION COLLE n°2 - UE7A

16 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 : CDE

- A. FAUX, on dit du terme *stress* qu'il est **polysémique** car on lui attribue de **nombreuses définitions**.
- B. FAUX, en sciences physiques, on parle de stress pour désigner une **force** qui produit une tension, et à plus ou moins long terme, une déformation, voire une rupture. On associe le terme *stress* à l'immunodépression en **immunologie**.

### QCM 2 : ABD

- C. FAUX, le terme *détresse* renvoie exclusivement à des affects **négatifs**. En revanche, le terme *êtreindre* est lié à des affects positifs et négatifs.
- E. FAUX, le passage brutal d'un fonctionnement dit normal à un fonctionnement pathologique correspond à une **décompensation psychologique**.

### QCM 3 : ABCD

- E. FAUX, la **parapsychologie** n'est **pas une science** et ne doit donc pas être associée à la psychologie. *Mnème* : le préfixe **para-** signifie « à côté de » en grec ancien. On laisse donc de côté cette discipline qui se trouve en dehors du domaine des sciences.

### QCM 4 : BC

- A. FAUX, le béhaviorisme est un modèle qui a principalement été conceptualisé par **Watson**.
- D. FAUX, le modèle systémique de Bronfenbrenner découle du **courant interactionniste**.
- E. FAUX, il s'agit de la mesure du taux de **cortisol** salivaire.

### **QCM 5 : ABD**

C. FAUX, dans la typologie ABC, le **type A** est caractérisé par le défi et l'hostilité, ce qui est associé à une propension accrue au développement de maladies cardio-vasculaires.

E. FAUX, on parle d'approche **catégorielle** pour l'étude des **types** de personnalité, puisque l'on cherche à placer les individus dans une catégorie particulière. En revanche, on évoque une approche dimensionnelle pour les traits de personnalité, ces derniers étant mesurés afin de reconstituer une vision globale de la personnalité des individus.

### **QCM 6 : BD**

A. FAUX, la mesure du névrosisme permet d'ordonner des individus le long d'un continuum bipolaire allant du **pôle négatif**, représentant la **stabilité émotionnelle**, au **pôle positif**, correspondant au niveau d'**anxiété maximale**.

C. FAUX, un **sujet névrosique** est une personne **anxieuse**, mais qui ne présente pas pour autant une anxiété pathologique de type névrose. Un sujet atteint de névrose sera ainsi qualifié de **névrotique**.

E. FAUX, la structure de personnalité d'un sujet, soit la combinaison de ses traits et types de personnalité, est relativement **stable** dans le temps.

### **QCM 7 : ACD**

B. FAUX, au sein du courant interactionniste, la relation entre le sujet et son environnement est **bidirectionnelle** : le sujet peut agir sur l'environnement, et inversement.

E. FAUX, la PSS a été conçue par **Cohen** et Williamson.

### **QCM 8 : ACE**

B. FAUX, on parle de **syndrome** d'urgence.

D. FAUX, **Laborit** a décrit l'**inhibition de l'action**.

### **QCM 9 : ABCD**

E. FAUX, selon Selye, la réponse au stress sera toujours **unique**, quelle que soit la cause du stress.

### **QCM 10 : BD**

A. FAUX, la définition consensuelle du stress, énoncée par Lazarus et Folkman, date de **1984**.

C. FAUX, le terme **transaction** présuppose une temporalité, le sujet **ne reste pas dans l'instant présent** mais est capable de se projeter dans l'avenir pour faire preuve d'anticipation.

E. FAUX, les processus évaluatifs sont toujours **subjectifs** car ils sont propres au sujet et dépendent de sa perception.

### **QCM 11 : ACD**

B. FAUX, l'évaluation primaire s'effectue **a posteriori** de l'événement stressant, c'est-à-dire en aval de celui-ci.

E. FAUX, lors de l'évaluation secondaire, le sujet évalue ses **ressources personnelles et sociales**.

### QCM 12 : ACE

B. FAUX, il s'agit de la définition de l'**expectation**, concept développé par Bandura. Le SOC, défini par Antonovsky, correspond à une vision intégrée du monde, en tant qu'ensemble **compréhensible, traitable et signifiant**.

D. FAUX, **Caplan** est à l'origine du concept de **réseau social**. Le soutien social perçu a, quant à lui, été défini par Gentry et Kobasa.

### QCM 13 : ADE

B. FAUX, Lazarus et **Folkman** sont à l'origine de la classification en stratégies centrées sur l'émotion ou centrées sur le problème.

C. FAUX, selon Suls et Fletcher, le coping évitant vise à réduire directement la tension **émotionnelle**.

### QCM 14 : ABCE

D. FAUX, un soutien social perçu élevé constitue un facteur **protecteur** pour le sujet.

E. VRAI, il s'agit d'une stratégie de recherche de soutien puisqu'ici, en appelant Larmina, Hubert n'est pas dans l'évaluation d'un potentiel soutien social mais bien dans la **recherche effective d'un soutien** afin de faire face à son problème.

### QCM 15 : BCE

A. FAUX, Novak réfléchit **a posteriori** de l'événement et ici, rien n'indique que l'externalité soit une tendance généralisée chez lui : il s'agit donc d'une **attribution causale externe**.

D. FAUX, l'endurance est un type de personnalité qui se caractérise par le **défi, l'engagement** et l'**internalité**. Or, ici on ne connaît pas le LOC de Novak, on ne peut donc pas affirmer qu'il a une personnalité endurente.

### QCM 16 : CDE

A. FAUX, jusqu'à la seconde moitié du XIX<sup>ème</sup> siècle, l'anthropologie n'était pas considérée comme une discipline scientifique, d'autant plus que les premiers anthropologues étaient également des philosophes.

B. FAUX, à l'origine, l'anthropologie s'appuyait sur une **conception évolutionniste** qui proposait une **hiérarchisation entre les peuples**. L'anthropologie s'est donc essentiellement construite autour de la notion d'altérité.

### QCM 17 : B

A. FAUX, un **rôle** correspond à l'**aspect dynamique d'un statut**. Il s'agit de toutes les attentes liées à ce dernier.

C. FAUX, il n'existe **pas de déterminisme** en anthropologie, ces cadres socio-culturels vont simplement **orienter** nos actions.

D. FAUX, une norme est une façon de faire **prescrite**, c'est ce qui doit être et ce qui est valorisé, à un moment de l'histoire d'une société.

E. FAUX, nous avons tous une **connaissance implicite** des normes, et il en va de même pour les rôles et les statuts.

**QCM 18 : BDE**

- A. FAUX, cette définition de la culture a été proposée par **E. Tylor**.  
C. FAUX, la culture est **tridimensionnelle**. En effet, elle possède également un aspect **corporel** qui rejoint le concept de « techniques du corps » énoncé par M. Mauss : la culture s'exprime dans et à travers le corps.

**QCM 19 : BDE**

- A. FAUX, la socialisation secondaire a lieu pendant la **scolarité**.  
C. FAUX, **G. Simmel** et **M. Weber** prônent une anthropologie compréhensive. E. Leach, quant à lui, a proposé une définition de la société.

**QCM 20 : ACD**

- B. FAUX, en Asie, la diarrhée est considérée comme un événement **normal**, marquant l'acquisition de la position assise et témoignant du bon développement de l'enfant.  
E. FAUX, la santé possédant une définition propre à chaque culture, **le recours au soin se fera différemment selon les individus**, et les possibilités de prises en charge seront ainsi multiples.

**QCM 21 : CD**

- A. FAUX, **R. Descartes** affirme que « l'Homme est fondu dans son corps et ce qui se passe dans sa chair est pensé ». Il prône une **unité** des douleurs de la personne plutôt qu'un dualisme de celles-ci.  
B. FAUX, selon D. Le Breton, ces données culturelles sont **infiniment** variables.  
E. FAUX, la douleur relève d'un **apprentissage culturel** et **social, non formel**.

**QCM 22 : ABE**

- C. FAUX, l'animisme est la croyance en l'existence d'une âme chez les **non-humains**, qu'ils soient animés ou non.  
D. FAUX, N. Elias a montré que les processus de civilisation avaient pour objectif de créer de la **distinction sociale** entre les individus, tandis que la notion d'hygiène est apparue bien plus tard.

**QCM 23 : BCDE**

- A. FAUX, la représentation sociale est une forme de connaissance **pratique** guidant nos actions, elle se construit ainsi sur un apprentissage non formel.

**QCM 24 : AC**

- B. FAUX, **Illness** correspond à la maladie ressentie de manière **subjective** par l'**individu**.  
D. FAUX, **Disease** correspond à la maladie telle qu'elle est définie par la **biomédecine (Docteur)**.  
E. FAUX, l'anthropologie étudie essentiellement le **regard sociétal (Sickness)** et **individuel (Illness)** porté sur la maladie.

**QCM 25 : BC**

- A. FAUX, **E. Leach** a donné une définition de la **société**.  
D. FAUX, **C. Rogers** s'est intéressé à la notion d'**empathie**. A. de Broca, quant à lui, a décrit les tensions entre savoir et croire au sein de la relation thérapeutique.

E. FAUX, selon M. Arliaud, le statut actuel de la profession médicale est avant tout le produit d'une **lutte sociale**.

**QCM 26 : ABCE**

D. FAUX, l'interrogation des itinéraires thérapeutiques individuels permet de repérer des récurrences et ainsi, de mettre en lumière les habitudes collectives d'une société.

**QCM 27 : ABCDE**

**QCM 28 : ABCE**

D. FAUX, la question des soins est également un enjeu au sein de la **sphère politique**. Le lien entre la santé et la politique est notamment visible dans la question de la santé des migrants.

**QCM 29 : ABD**

C. FAUX, les médecins acquièrent une **identité commune** sur la base des savoirs et des manières de concevoir l'individu.

E. FAUX, en posant un diagnostic, le médecin attribue le **statut** de malade à la personne.

**QCM 30 : BC**

A. FAUX, l'autorité de la profession médicale n'est **pas universelle**, elle varie selon les contextes socio-culturels.

D. FAUX, de 1791 à 1803, était appelé « officier de santé » **tout individu qui avait des connaissances pour délivrer des soins**, autant les docteurs en médecine que ceux qui avaient payé une patente.

E. FAUX, le corps médical n'avait qu'une place modérée dans la représentation parlementaire de la Seconde République. Les associations collectives de médecins se sont réunies sous la **Troisième République**, suite au vote de la loi relative à la création de syndicats professionnels.

**QCM 31 : ABCD**

E. FAUX, l'autorité médicale est une **relation**, et non un état figé, car elle ne prend sens qu'avec la participation de ceux qui la reconnaissent.

**QCM 32 : BE**

A. FAUX, S. Fainzang a eu recours à des **entretiens** et des **observations** afin d'étudier la place du mensonge dans la relation entre le médecin et le patient.

C. FAUX, le modèle de la **décision partagée** apparaît au début des années 80 et privilégie un **équilibre dans la relation** médecin-patient. Quant au concept du « **patient éclairé** », il émane du modèle de la **décision informée** ayant émergé dans les années 2000.

D. FAUX, la délivrance d'informations est **modelée socialement** : en tendance, l'information est plus volontiers donnée, par les professionnels de santé, aux patients intégrés dans un système socio-culturel élevé. En effet, selon les médecins, ces derniers paraissant davantage en capacité de recevoir et d'appréhender l'information.

**QCM 33 : BCD**

A. FAUX, la distinction entre les maladies liées à des événements isolés et les maladies atypiques a lieu dans les sociétés **traditionnelles**.

E. FAUX, si un patient sait qu'il est malade (*il a reçu le diagnostic objectif du médecin*) mais qu'il refuse de le croire, on parle de **déni**. Si un patient ne sait pas qu'il est malade (*les explications du médecin n'ont pas été suffisantes*) et qu'il refuse de le croire (*il ne veut pas l'admettre*), on parle alors de **rupture thérapeutique**. Cette rupture va constituer un obstacle considérable dans la relation médecin-malade.

**QCM 34 : CE**

A. FAUX, l'empathie **se distingue de la projection et de la sympathie** qui, elles, impliquent une **contagion émotionnelle**.

B. FAUX, la formation des étudiants en médecine est un des **obstacles** à la pratique de l'empathie, car on apprend aux étudiants à soigner des **corps** et non des malades compris dans leur intégrité.

D. FAUX, la distanciation indirecte, nécessaire au bon déroulement des soins, consiste à **regarder le corps** comme un **objet de travail** et non **pas le malade**.

**QCM 35 : ACD**

B. FAUX, **E. Freudson** a affirmé que le médecin avait pour vocation de créer la maladie.

E. FAUX, **A. de Broca** a étudié la tension entre savoir et croire. C. Rogers a, quant à lui, travaillé sur la notion d'empathie.

## Sujet de QROC : L'évaluation des ressources personnelles : principaux concepts et auteurs associés.

### Correction proposée

Le **courant interactionniste**, dont découle le **modèle transactionnel** de **Lazarus et Folkman**, postule que les conduites d'un individu et leur évolution dépendent essentiellement des **interactions entre le sujet et son environnement**. Nous nous intéressons ici aux **ressources personnelles**.

Associées aux **ressources sociales**, elles permettent de déterminer le **degré de contrôle perçu** lors de l'**évaluation secondaire**, réalisée *a priori*.

Le concept central est le **Locus Of Control (LOC)** de **Rotter** qui est une  **croyance généralisée dans le fait que le cours des événements et leur issue dépendent ou non de son propre comportement**. C'est une dimension bipolaire qui oppose un **LOC externe (hasard, chance...)** à un **LOC interne (efforts...)** **protecteur en termes de santé**. Il en découle divers concepts satellites.

L'**endurance** de **Kobasa** représente un **type de personnalité** caractérisé par l'**internalité**, l'**engagement** et le **défi**. C'est un facteur protecteur pour les sujets qui réagiront plus efficacement face aux événements stressants.

L'**expectation** de **Bandura** est un raisonnement par anticipation qui apporterait, suite à un comportement spécifique, une **espérance de résultat et d'efficacité**.

Le **sens de la cohérence** d'**Antonovsky** est une vision intégrée du monde en tant qu'ensemble **traitable, compréhensible et signifiant**.

La **résilience** de **Cyrułnik** est la capacité à retrouver un état antérieur à un trauma.

L'ensemble de ces concepts consiste en une évaluation *a priori*, et se distinguent donc de l'**attribution causale**, qui est une évaluation *a posteriori*. Ce concept de **Heider** est une évaluation cognitive permettant de déterminer les causes perçues responsables de l'évènement. **Weiner** y apporte **trois facettes bipolaires**, à savoir : **internalité/externalité**, **stabilité/instabilité** et **contrôlabilité/incontrôlabilité**. Selon lui, si le sujet procède à une **attribution interne** et perçoit l'évènement comme **instable** et **contrôlable**, alors l'**évaluation sera protectrice**.

Nous avons vu l'évaluation des ressources personnelles appartenant au modèle transactionnel. C'est un modèle **intégratif, heuristique et dynamique** qui prend en compte les **perceptions du sujet**. Celui-ci est **actif** au sein d'une **relation bidirectionnelle** avec son environnement. Le degré de contrôle perçu va orienter le sujet dans la mise en place de **stratégies de coping** lors de la **phase de réaction**.