



Secrétariat Général

Direction générale des
ressources humaines

Sous-direction du recrutement

MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE

Concours du second degré – Rapport de jury

Session 2009

Type de concours : CAPET

Nature du concours : Externe

Section : Sciences et techniques médico sociales

**Rapport de jury présenté par Françoise Guillet
Présidente de jury**

Les rapports des jurys des concours sont établis sous la responsabilité des présidents de jury

SOMMAIRE

	<u>page</u>
Composition du jury	3
Concours externe	
- Renseignements statistiques	4
Concours d'accès à la liste d'aptitude (CAFEP)	
- Renseignements statistiques	5
Epreuves d'admissibilité	
- Epreuve de sciences médico sociales	
o Sujet	6
o Rapport de l'épreuve	8
- Projet d'organisation ou étude de cas	
o Sujet	10
o Rapport de l'épreuve	37
Epreuves d'admission	
- Action sanitaire et sociale	
o Sujets	40
o Rapport de l'épreuve	40
o Annexe : sources juridiques	44
- Travaux pratiques	
o Sujet	56
o Rapport de l'épreuve	76
- Epreuve sur dossier	
o Rapport de l'épreuve	80
Conclusion générale	84

Composition du jury

Françoise GUILLET IGEN STI
Présidente
Alice Lepez IA IPR Académie de Versailles
Mireille Lefaiivre IA IPR Académie de Caen
Vice présidentes

CAROTTI Sabine IA IPR	Créteil
CHEVREUX Vincent	Créteil
COQ Joëlle	Amiens
COSQUER Yolande	Versailles
COTTREEL Marie-Ange	Poitiers
DESCAMPS Nathalie	Créteil
DEVIN Sylvie	Poitiers
EGLEMME Monique	Toulouse
FIGUEROA SAINTARD Hector	Créteil
FLATRES Marie Laurence	Versailles
GABBANI David	Créteil
GAILLARD Annie	Clermont Ferrand
GASQUET Renée IA IPR	Toulouse
GAY DELEU Corinne	Lille
GOSSELET Solange IA IPR	Paris
HELLER Dominique	Toulouse
HERVE Delphine	Rennes
KLISZ Martine	Bordeaux
LAIGNEAU Rachel	Nantes
LEROUX Patricia	Créteil
MACQUE Catherine	Versailles
MARX Laurence	Grenoble
MONTEYRIMARD Nathalie	Lyon
MONTOURCY Gisèle	Poitiers
MOOS Agnès	Créteil
MORCH Alain	Nantes
OUAMPANA César	Poitiers
PALLEZ Christiane IA IPR	Nancy Metz
PARRIAT-SIVRE Marie-Christine	Strasbourg
POROT Marie-Françoise	Orléans Tours
PUJOL BALLESTER Pascale	Orléans -Tours
ROUFFET LEVESQUE Annie	Paris
SCHERSACH Véronique	Rennes
SCHULTZ Richarde	Strasbourg
TABORIN Françoise IA IPR	Lyon
TOULON GODARD Christine	Créteil
TRAN Corinne IA IPR	Aix Marseille
VALENTINI Catherine	Poitiers
VIGUER Hélène	Toulouse
WINTERSDORFF Nadine	Versailles

RENSEIGNEMENTS STATISTIQUES

CONCOURS EXTERNE

Candidats inscrits : 454

Candidats présents à l'épreuve écrite d'admissibilité : 192

Candidats admissibles : 54

Candidats présents à l'épreuve orale d'admission : 46

Candidats proposés pour l'admission : 22

Epreuve d'admissibilité
Note la meilleure 11,88/ 20
Moyenne générale des candidats admissibles 8,30 / 20

Epreuve d'admission
Note la meilleure 13,76 / 20
Moyenne générale des candidats admis 9,91/ 20

Ensemble des épreuves (admissibilité et admission)
Moyenne la meilleure 12,17 / 20
Moyenne générale des admis 9,56/ 20

**CONCOURS D'ACCÈS A L'ÉCHELLE DE RÉMUNÉRATION
DES PROFESSEURS DE LYCÉE PROFESSIONNEL (CAFEP)**

Candidats inscrits :	114
Candidats présents à l'épreuve écrite d'admissibilité :	61
Candidats admissibles :	29
Candidats présents à l'épreuve orale d'admission :	24
Candidats proposés pour l'admission :	12

Epreuve d'admissibilité	
Note la meilleure	13,00/ 20
Moyenne générale des candidats admissibles	8,76 / 20
Epreuve d'admission	
Note la meilleure	12,66 / 20
Moyenne générale des candidats admis	9,94 /20
Ensemble des épreuves (admissibilité et admission)	
Moyenne la meilleure	11,00/20
Moyenne générale des admis	9,88/20

Sciences médico-sociales

Durée : 5 heures – coefficient : 1

Projet d'organisation ou étude de cas

Durée : 6 heures – coefficient : 1

SCIENCES MEDICO – SOCIALES

SUJET

L'usage de tout ouvrage de référence, de tout dictionnaire et de tout matériel électronique est rigoureusement interdit. Dans le cas où un(e) candidat(e) repère ce qui lui semble être une erreur d'énoncé, il (elle) le signale très lisiblement sur sa copie, propose la correction et poursuit l'épreuve en conséquence. De même, si cela vous conduit à formuler une ou plusieurs hypothèses, il vous est demandé de la (ou les) mentionner explicitement.

NB : *Hormis l'en-tête détachable, la copie que vous rendrez ne devra, conformément au principe d'anonymat, comporter aucun signe distinctif, tel que nom, signature, origine, etc. Si le travail qui vous est demandé comporte notamment la rédaction d'un projet ou d'une note, vous devrez impérativement vous abstenir de signer ou de l'identifier.*

« La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées et ses textes d'application constituent une réforme profonde [...] demandée par les citoyens et leurs organisations, voulue par l'Etat. Elle a été concertée avec les intéressés et l'ensemble de la société civile, comme rarement cela a été fait. Elle est mise en œuvre par tous les acteurs.

Cette réforme engage et doit mobiliser toute la Cité, toutes sensibilités et toutes activités confondues.

Sa mise en place *constitue* une véritable révolution culturelle et institutionnelle. [...] »

Rapport de Patrick Gohet – délégué interministériel aux personnes handicapées – sur le bilan de la mise en œuvre de la loi du 11 février 2005.

Remis au Gouvernement le 27 août 2007.

DIPH – Août 2007

Montrez en quoi l'accès aux droits fondamentaux reconnus à tous les citoyens est un principe directeur de la politique du handicap et constitue, comme l'énonce l'auteur du rapport sus-nommé, une véritable « révolution culturelle et institutionnelle » dans l'évolution de cette politique.

RAPPORT

Etabli par

Mesdames COQ Joëlle, COSQUER Yolande, DEVIN Sylvie, EGLEMME Monique, FLATRES Marie Laurence, HELLER Dominique, KLISZ Martine, LAIGNEAU Rachel, MACQUE Catherine, MONTEYRIMARD Nathalie, PARRIAT-SIVRE Marie-Christine, ROUFFET LEVESQUE Annie, SCHERSACH Véronique et Messieurs CHEVREUX Vincent, GABBANI David, OUAMPANA César.

Résultats

Moyenne générale de l'épreuve : 4,32

Répartition des notes :

Note supérieure ou égale à 15	3
Note comprise entre 12 et 15	6
Note comprise entre 10 et 12	12
Note comprise entre 8 et 10	18
Note comprise entre 5 et 8	57
Note inférieure à 5	169

- Notes supérieures ou égales à 10 : 7.5 %
- Notes comprises entre 05 et 10 : 28.7 %
- Notes inférieures à 5 : 63.8 %

Meilleure note de l'épreuve : 17 / 20

Recommandations générales :

Le champ disciplinaire des sciences médico-sociales est vaste : des connaissances en droit, sociologie, économie, histoire et psychologie sont nécessaires.

Pour réussir l'épreuve écrite de sciences médico-sociales, un important travail personnel de lectures actualisées et de réflexion est indispensable.

Le niveau de connaissance attendu est celui correspondant à un travail universitaire. Les sources documentaires doivent être utilisées avec pertinence et être adaptées au contexte.

Le jury rappelle que le devoir doit être impérativement composé, structuré et rédigé.

Le développement du sujet doit être construit autour d'une problématique clairement posée dans l'introduction.

La composition ne doit pas se limiter à un simple exposé de connaissances mais elle doit conduire à une réflexion critique.

La maîtrise de la langue (orthographe, syntaxe et vocabulaire) est un pré-requis incontournable pour un futur enseignant.

Eléments de corrigé

Le candidat devait structurer le devoir en mettant en évidence les principales orientations de la politique de la ville et des quartiers en établissant des liens avec la « réparation » des inégalités sociales dont sont victimes les populations de ces quartiers.

L'approche privilégiée par le jury concernait la mise en évidence des différentes orientations. Pour chacune de ces orientations, un lien devait être fait avec les inégalités et les mesures spécifiques de la politique de la ville.

Le devoir devait comporter une introduction et une conclusion clairement identifiées. L'introduction est particulièrement importante puisqu'elle permet d'inscrire le sujet dans un contexte, de poser la problématique et d'annoncer le plan.

Eléments de recommandation indispensables au traitement du sujet :

La lecture et l'analyse du sujet doit conduire le candidat à élaborer une problématique c'est-à-dire, reformuler le questionnement initial proposé par le sujet en justifiant les orientations retenues.

A titre d'exemple, on pourrait proposer une problématique qui permettrait de faire émerger l'idée que les droits catégoriels relèvent aujourd'hui du droit commun et constitueraient ainsi une rupture culturelle et institutionnelle en matière de politique du handicap.

Pour traiter la problématique, le candidat pouvait aborder l'existence du principe du guichet unique à condition de le présenter comme une remise en question de la segmentation des réponses institutionnelles antérieures ce qui constitue de ce fait une rupture.

Le candidat doit avec un souci continu articuler son devoir autour de la problématique qu'il a identifiée.

Eléments attendus :

Introduction :

- Délimiter le champ de l'étude.
- Contextualiser l'étude.
- Formuler une problématique
- Annoncer le plan

Développement :

Quel que soit le plan choisi, le jury attendait :

- Une présentation ciblée des concepts indispensables au traitement du sujet intégrée à la réflexion : Concept actualisé du handicap, droits fondamentaux, révolution culturelle et institutionnelle, politique du handicap.
- Une perspective historique qui retrace l'évolution de la politique du handicap.
- Une présentation des dispositifs qui s'inscrit dans le contexte de la « révolution culturelle et institutionnelle » en lien avec la problématique.
- Une réflexion sur les éléments contextuels qui ont favorisé l'émergence de la loi de 2005.
- Un regard critique, une prise de distance, sur les changements apportés par la loi au regard des ambitions affichées par la loi.

Conclusion :

Elle pouvait reprendre les axes majeurs de l'argumentation en réponse à la problématique et ouvrir sur une mise en perspective.

Observations du jury

Le jury a établi les constats suivants :

- Le manque de connaissances (voire l'absence de connaissances) met le candidat dans l'incapacité de comprendre le sujet et de construire un devoir cohérent.
Mais si les connaissances sont indispensables, elles ne sauraient se suffire à elles même sans une prise de recul indispensable à l'appréhension de la problématique inhérente au sujet.
- La notion de politique du handicap n'a pas été appréhendée comme un ensemble cohérent de mesures traduisant des évolutions de fond sur le plan historique et sociologique.
- L'absence de repères juridiques et historiques relatifs aux droits fondamentaux, a limité le candidat dans sa capacité à traiter le sujet.
- Les candidats n'ont pas toujours analysé en amont les notions de « révolution culturelle et institutionnelle » ce qui les a conduits à ne pas appréhender de façon pertinente la rupture que traduit l'évolution récente de la politique du handicap.

Le jury a apprécié dans certaines copies :

- L'effort de prise en compte du sujet dans toutes ses dimensions : principes directeurs de la politique du handicap, aspect « révolutionnaire » de l'évolution de cette politique.

- La capacité à ne pas s'appuyer sur de l'anecdotique.

Le jury a regretté dans certaines copies :

- Une lecture du sujet sans problématisation.
- Un énoncé de mesures sans conceptualisation
- Des connaissances qui n'ont pas été mobilisées au service de la problématique.
- Des connaissances erronées, incomplètes, obsolètes, vagues.
- Une structuration maladroite, incohérente voire inexistante du devoir.
- Un manque de maîtrise de la méthodologie de la dissertation.

Par ailleurs, le jury déplore dans de trop nombreuses copies :

- Un manque de rigueur dans l'expression, l'orthographe et le vocabulaire qui est incompatible avec l'exercice du métier d'enseignant.
- Une absence de connaissances précises qui limite nécessairement la réflexion.

<u>PROJET D'ORGANISATION OU ETUDE DE CAS</u>

Durée : 6 heures

L'usage de tout ouvrage de référence, de tout document et de tout matériel électronique est rigoureusement interdit.

SUJET

La loi du 09 août 2004 relative à la politique de santé publique intègre les structures de réduction des risques pour les usagers de drogues dans le champ des établissements médico-sociaux.

Dans le département de l'I., l'association Alis 36 exerce déjà, dans le cadre de ses missions, des actions de réduction des risques en direction de ces usagers.

Responsable administratif de l'association Alis 36, vous êtes chargé d'élaborer un dossier qui montrera l'intérêt de la création d'un Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques (CAARUD). La mise en place de ce centre complètera l'offre de services de l'association.

Ce dossier sera présenté au Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-sociale.

Présentez cette étude d'opportunité.

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 :

Evolution de la politique de réduction des risques,
d'après les documents internes de l'association Alis 36.

ANNEXE 2 :

L'association Alis 36, d'après les documents internes de l'association Alis 36.

ANNEXE 3 :

Perspectives à court et moyen terme : nécessité de nouveaux modes d'action,
d'après les documents internes de l'association Alis 36.

ANNEXE 4 :

Les besoins en matière de réduction des risques dans le département de l'I.,
extrait du rapport annuel d'activité 2007 de l'association Alis 36.

ANNEXE 5 :

La Toxicomanie en région Centre, ORS C.

ANNEXE 6 :

Le Sida en région Centre, ORS C.

ANNEXE 7 :

La population en région Centre,
ILIAD, INSEE, CNAF, DREES, DRASS, Fonds de financement de la CMUC.

ANNEXE 8 :

Extraits du rapport sur les enjeux du dispositif RDR en France, AFR.

ANNEXE 9 :

Enquête nationale sur les usagers du CAARUD, OFDT, revue Tendances n°61, Mai 2008.

ANNEXE 10 :

Mise en place d'un CAARUD à D., RESADInfos 46.
Un yucca dans le neuf trois, Interdépendances n°63, Octobre 2006.

ANNEXE 1

Evolution de la politique de réduction des risques (RDR)

Réduire les risques c'est réduire les dommages liés à l'usage de drogues.

- La loi du 31/12/1970 prévoit des mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie, la répression du trafic et de l'usage illicite de « substances vénéneuses ». La prévention, le traitement des usagers de drogue et la répression s'inscrivent dans un même but : éradiquer la drogue et la toxicomanie.
- Le décret n°87-328 du 13 Mai 1987 fait apparaître les premières mesures officielles de réduction des risques infectieux, liés à l'usage de drogues en France : autorisation de vente libre de seringues en pharmacie pour les personnes majeures, pérennisée par le décret du 11 Aout 1989.
- Le décret du 29 Juin 1992 officialise les Centres de Soins et de Suivi des Toxicomanes (CSST).
- Le 23 Septembre 1993, Mme Veil présente son plan gouvernemental contre la drogue, pour la période 1994-96, qui prévoit des mesures de réduction des risques : création des centres d'urgence, développement des programmes d'échange de seringues (PES), développement maîtrisé des programmes de substitution (haut seuil).
- En juillet 1994 est mis en place le dispositif institutionnel de réduction des risques infectieux. Ces mesures sont justifiées par la menace du Sida et l'état sanitaire désastreux des usagers d'héroïne : kits stéribox en vente en pharmacie, mise en place du programme d'échange de seringues, ouverture des « boutiques » bas seuil = accueil des usagers sans exigence de diminution ou d'arrêt concernant leur consommation.
- Ce dispositif expérimental sera confirmé par le « plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les toxicomanies 1999-2001 », élaboré par la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et les Toxicomanies (MILDT).
- En 1994-95 sont autorisés les traitements de substitution (Subutex, Méthadone) délivrés par les CSST et les médecins libéraux.
- En 2004 le Code de la Santé Publique crée les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques des Usagers de Drogues (CAARUD) ; le 30 Juillet, est publié le « plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008 », élaboré par le MILDT.
- La circulaire du 02/01/2006 précise les modalités d'intégration de certaines structures de réduction des risques dans le champ des établissements médico-sociaux en tant que centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques (CAARUD) ainsi que les perspectives de financement de ces structures à compter du 1er janvier 2006 :

✓ Contexte et missions

- Reconnaissance législative de la politique de réduction des risques :
La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (article L.3121-5 du code de la santé publique) a, pour la première fois, permis une reconnaissance législative de la politique de réduction des risques mise en œuvre, jusque là, par voie de circulaire. Elle vise à définir l'objet de cette politique, à affirmer la responsabilité de l'État dans ce domaine et à sécuriser le statut et le financement des structures intervenant dans ce champ en les inscrivant parmi les établissements médico-sociaux.

- Orientation générale de la réforme :

Cette réforme s'inscrit dans la volonté de donner un cadre aux structures de réduction des risques après avoir conféré un cadre aux pratiques à travers le référentiel national des actions de réduction des risques publié par décret du 14 avril 2005.

L'ensemble de ces textes devront vous permettre de structurer le dispositif de réduction des risques qui comprend, d'une part, les structures qui seront désormais regroupées sous le terme de CAARUD et qui seront financées par l'assurance maladie et, d'autre part, les actions de réduction des risques, menées par des associations ne gérant pas un CAARUD, qui pourront faire l'objet d'un financement par l'Etat.

La structuration du dispositif a pour objectif de prévenir ou de réduire, en s'adaptant aux besoins locaux, les effets négatifs liés à la consommation de stupéfiants y compris dans leur association avec d'autres substances psycho-actives (alcool, médicaments...) et, ainsi, à améliorer la situation sanitaire et sociale de ces consommateurs. Elle s'adresse à des personnes qui ne sont pas encore engagées dans une démarche de soins ou dont les modes de consommation ou les produits qu'ils consomment les exposent à des risques majeurs qu'ils soient infectieux, accidentels, psychiatriques, etc. Une attention particulière devra être portée aux usagers les plus précarisés.

- Intégration des structures de réduction des risques dans le champ des établissements médico-sociaux

L'article L.3121-5 du code de la santé publique issu de la loi du 9 août 2004 précitée crée une nouvelle catégorie d'établissement médico-social : les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues (CAARUD) qui relèvent du 9° de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles, au même titre que les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) et les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA). Leurs missions, conditions et modalités de financement sont précisées par les articles R.3121-33-1 à R.3121-33-4 du code de la santé publique issus du décret n° 2005-1606 du 19 décembre 2005.

- Missions des CAARUD

L'article R.3121-33-1 du code de la santé publique (CSP) prévoit que les CAARUD assurent :

- l'accueil collectif et individuel, l'information et le conseil personnalisé pour usagers de drogues ;
- le soutien aux usagers dans l'accès aux soins qui comprend :
 - L'aide à l'hygiène et l'accès aux soins de première nécessité, proposés de préférence sur place,
 - L'orientation vers le système de soins spécialisés ou de droit commun,
 - L'incitation au dépistage des infections transmissibles,
- le soutien aux usagers dans l'accès aux droits, l'accès au logement et à l'insertion ou la réinsertion professionnelle ;
- la mise à disposition de matériel de prévention des infections ;
- l'intervention de proximité à l'extérieur du centre, en vue d'établir un contact avec les usagers ;
- le développement d'actions de médiation sociale.

L'article R.3121-33-2 du CSP précise qu'ils ont également une mission de participation au dispositif de veille en matière de drogues et toxicomanie, à la recherche, à la prévention et à la formation sur l'évolution des pratiques des usagers. Cette mission ne doit pas être considérée comme ayant un caractère obligatoire et ne constitue donc pas une condition préalable à la délivrance d'une autorisation en tant que CAARUD.

- Structures gestionnaires :

Les CAARUD peuvent être portés par des structures associatives ou des établissements publics de santé, sous réserve que ces derniers gèrent également un CSST (article R. 3121-33-3 du CSP).

- Financement des CAARUD :

Le financement des CAARUD relève de l'assurance maladie.

ANNEXE 2

L'association Alis 36

I. Historique

En 1983, le professeur Luc Montagnier et son équipe de l'Institut Pasteur identifient le 1^{er} virus de l'immunodéficience humaine.

L'affaire du sang contaminé en 1985 informe brutalement le public de la réalité du Sida.

Dès 1987, dans l'I., le nombre de malades atteints du Sida progresse et une poignée de médecins et infirmières de l'hôpital de C. décident de créer l'association Alis 36, pour réagir, venir en aide aux patients.

1990 : Création de l'association Alis 36 le 10/09/1990.

1992 : Missions imposées par la DDASS : prévention, accompagnement.
Permanence 24h/24h.

1995 : Ouverture de la maison relais actuelle.

Alis 36, administrée par un conseil d'administration de 12 membres, et un bureau de 4 personnes, gère 3 types d'activités complémentaires : historiquement, les premières furent l'accompagnement des personnes contaminées par le VIH, et la prévention primaire en direction de publics différents ; depuis 2003, se multiplient les demandes d'hébergement et d'accompagnement social des toxicomanes contaminés par un ou plusieurs virus (VIH, VHB, ou VHC) ; une proportion importante est envoyée par le CSST, service de l'ANPAA.

Dans le cadre de la politique de réduction des risques qui définit un statut juridique visant à reconnaître les CAARUD (décret du 15 Avril 2005), des liens professionnels se nouent avec différentes structures (CSST, ANPAA) dans le cadre d'une prise en charge consensuelle et complémentaire des toxicomanes.

En 15 ans, l'extension des missions et des activités de l'association est justifiée par l'évolution des pathologies Sida et hépatites. Ces transformations ont été approuvées par les assemblées générales qui se déroulent une fois par an.

II. Localisation

L'association est installée dans des locaux situés près du Centre Hospitalier.

Les usagers et leur famille sont accueillis du Lundi au Samedi.

Une permanence téléphonique est assurée 24h/24.

Alis 36 est locataire

- d'une maison relais où les usagers sont accueillis en observation.
- d'un appartement relais depuis Janvier 2006 qui sert de tremplin entre la maison relais et le logement autonome, sur lesquels les usagers sont transférés après une période sur la maison relais.

III. L'équipe pluridisciplinaire

➤ **Personnels salariés :**

1 responsable administratif, 1 animatrice de prévention, 1 accompagnatrice éducative, 1 psychologue à mi-temps, 1 sophrologue et 1 agent de service à temps partiel.

➤ **Bénévoles :**

Ils assurent le bon fonctionnement de l'Association, en complémentarité avec les salariés.

Ils participent ensemble à des réunions de travail pour établir les projets et régler les différents problèmes qui se posent.

Ils interviennent notamment dans les domaines suivants :

- Prévention : participation aux stands lors des manifestations
- Accompagnement : une commission « hébergement » assure l'accueil et le suivi en lien avec l'animatrice. Eventuellement, en l'absence de celle-ci, les bénévoles peuvent prendre le relais pour les démarches administratives. Pour favoriser des temps d'échanges avec les usagers, les bénévoles participent, selon leurs possibilités et selon la demande au repas convivial (chaque semaine) et à des séjours organisés pour les personnes accueillies.
- Permanence téléphonique : en dehors des heures d'ouverture du bureau 24h/24, toute l'année.

IV. Coopération et partenariat

Alis 36, seule association *de lutte contre le SIDA, les hépatites et I.S.T. du département de l'I.* :

➤ Coordonne l'Equipe Mobile d'Information et de Prévention Sida 36 (l'E.M.I.P.S. 36)

➤ Travaille en lien et coordination avec les structures suivantes :

- INPES (institut national de prévention et d'éducation à la santé) : préservatifs masculins et féminins, stéribox, documents d'information, de prévention et d'éducation à la santé ;
- CODES 36 (comité départemental d'éducation pour la santé) : ouvrages sur la prévention et l'éducation à la santé et aide au montage de projets ;
- Solidarité Accueil : association d'hébergement d'urgence et d'hébergement temporaire ;
- CADA : centre d'accueil pour demandeurs d'asile ;
- Foyer AFTAM (association pour la formation des travailleurs africains et malgaches) : centre d'accueil et d'hébergement d'urgence ;
- CHRS Les Ecureuils ;
- Sites d'« Emmaüs » C. et Le B. ;
- SAMU social ;
- Resto du cœur ;
- Différents E.S.A.T. (établissements et services d'aide par le travail) ;
- Centre hospitalier (CH) de C. : pour les dépistages VIH et hépatites ; pour les suivis des personnes atteintes par le VIH ou une hépatite ;
- Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG) du CH de C., I., Le B., La C. ;
- Différents centres communaux d'action sociale du département (CCAS) ;
- Equipe de liaison en Addictologie (ELA) CH de C. ;
- Centre Psychothérapeutique de G. ;
- Service de santé publique de la ville de C. ;
- Banque alimentaire.
- Réseau Toxicomanie Ville Hôpital 36 (RTVH) : mise à disposition d'un médecin vacataire du RTVH 36 pour des examens médicaux et des soins liés à la toxicomanie de l'usager accueilli s'il le désire.

- L'ANPAA 36 fixe les objectifs de chaque structure et facilite le travail en partenariat avec le Centre d'accueil et d'écoute des toxicomanes et de leurs familles (CAETF) et l'unité « Joker », centre de méthadone ;
- OPAC de l'I. et SA HLM 2036 (organismes gérant des logements sociaux) afin de faciliter l'accès au logement des usagers de drogues accueillis, suivis et (si cela est possible) en démarche de soins en rapport avec leur conduite addictive.
- L'association AIDE (association d'insertion) pour une mise à disposition d'une femme de ménage sur le CAARUD à temps plein.
- La mairie ou des sociétés privées pour la récupération des objets souillés (seringues récupérées sur le CAARUD) pour destruction.

V. Les publics

Alis 36 dans ses missions de réduction des risques rencontre tout type de public, la tranche d'âge la plus contactée ou qui s'adresse le plus souvent à l'association est située entre 17 et 30 ans.

VI. Les missions

➤ **Cadre d'intervention de l'association :**

L'organisation et le fonctionnement des associations de prise en charge des malades atteints du Sida, des hépatites B et C, s'articulent autour du cadre prévu par la loi n° 87-588 du 31 Juillet 1987 portant diverses mesures d'ordre social dans la lutte contre l'infection par le VIH, puis plus tard contre les hépatites, où il est dit que « la définition de la politique de lutte contre l'infection par le VIH appartient à l'Etat ».

De cette loi émergent les règles fondamentales concernant les missions épurées Alis36 :

- la prévention primaire et secondaire
- l'accompagnement social et psychologique
- la réduction des risques.

➤ **La prévention :**

Elle est assurée essentiellement par l'animatrice de prévention.

Dans le cadre de la prévention, l'association Alis 36 a pour buts essentiels de :

- combattre l'extension des IST-Sida-Hépatites par l'information, le dialogue, la communication, l'installation de distributeurs de préservatifs et tous moyens de prévention.
- coordonner les actions de prévention de l'EMIPS36.

L'équipe d'Alis36 participe également aux différentes manifestations publiques, par la tenue de stands, afin de sensibiliser et d'informer l'ensemble de la population (foires, forums, concerts, journée mondiale de lutte contre le sida, congrès, ...).

Des informations de prévention sont également organisées dans les établissements scolaires, les centres de formation, les structures d'insertion, etc..., du département.

La prévention doit permettre d'augmenter le nombre de personnes ayant accès aux tests de dépistage et aux traitements d'urgence.

L'association assure la mise en place et le suivi de projets de prévention, en s'appuyant sur un large partenariat selon les projets.

➤ **L'accompagnement social et psychologique :**

L'association Alis 36 a également une mission d'accompagnement des usagers assurée par l'animatrice éducative.

Alis 36 possède une maison-relais pouvant héberger 2 personnes seules, 2 couples sans enfants ou 1 couple avec enfant.

Durant leur hébergement, les personnes bénéficient d'un suivi social.

Il s'agit tout au long de l'accueil d'une écoute face à des situations personnelles difficiles et d'un accompagnement dans les démarches : soins, ouverture de droits sociaux, recherche d'une information ou d'un emploi, recherche d'un logement.

Au cours de l'accompagnement, l'association travaille en partenariat avec des structures extérieures.

L'hébergement à l'association est temporaire, la personne doit trouver une solution de relogement dans les six mois, voire un an si la situation le nécessite.

Un groupe de parole est également proposé aux usagers. Il est assuré par un psychologue, une fois par mois. Ce dernier peut aussi rencontrer les usagers individuellement en cas de besoin et mettre en place un suivi sur plus long terme. Le psychologue intervient sur l'hôpital en visite.

Une activité de sophrologie individuelle peut être également proposée aux usagers, une fois par mois. Ceci leur permet de se consacrer un temps de détente et de relaxation.

➤ **Les actions de réduction des risques menées par Alis 36 depuis 2001 :**

- Objectifs : limiter la transmission du VIH, des VHB et VHC chez les usagers de drogue par la pratique d'échange de seringues entre usagers de drogue par voie intra-veineuse ; limiter les risques de blessures et contaminations accidentelles liées à la présence de seringues sur la voie publique ou à une élimination des seringues et aiguilles avec les ordures ménagères ; éduquer les usagers de drogues par voie intra-veineuse à l'usage individuel du matériel ainsi qu'à l'hygiène de base dans leur pratique (usage désinfectant notamment) ; sensibiliser ces usagers à l'utilisation des préservatifs (fournis dans le kit de prévention) ; donner à ces usagers une information sur les lieux de soins et de soutien existant dans le département (CSST, Médecins du RTVH 36, Equipe de liaison en Addictologie du CH de C., Centre Psychothérapeutique de G.) par la diffusion avec les « kits d'injection » de documents informatifs ; limiter les risques de rupture des liens thérapeutiques et sociaux des usagers de drogue par voie intra-veineuse (en se basant sur les relations pharmaciens/usagers et sur la relation pharmacien/éducateur) ; faciliter l'accès aux structures de soins pour ceux qui n'en n'ont pas et consolider le fonctionnement en réseau.
- Installation et gestion d'un échangeur de seringues, place Voltaire à C., dans le cadre du plan de prévention « échange de seringues » (PES) : le porteur de projet initial, le CODES36, n'ayant pas dans ses attributions un volet de réduction des risques, Alis36 a pris le relais dès l'installation de l'échangeur ; dans le cadre de la circulaire DGS n°98/72 portant sur la politique de réduction des risques en direction des usagers de drogues par voie intraveineuse, Alis36, semble aux yeux des acteurs engagés dans ce projet, l'association la plus apte à prendre en charge la gestion et le fonctionnement de l'appareil pour les années à venir.
- Intervention et actions de prévention en milieu festif : depuis 2004, Alis36 est présent lors des concerts rock, festival de musiques actuelles, rave parties, pour informer et renseigner les divers publics sur la réduction des risques. Ces interventions se font souvent avec l'ANPAA36. Ces interventions sont soit sollicitées par les organisateurs, soit programmées par Alis 36 après contact auprès des organisateurs dès leur connaissance. Un travail en partenariat avec les discothèques est entrepris depuis de nombreuses années.

D'après les documents internes de l'association Alis 36.

ANNEXE 3

Perspectives à court et moyen terme : nécessité de nouveaux modes d'action.

Dans le cadre légal et les missions (circulaire DGS n°4 du 11 Janvier 1995 et circulaire DGS n°72 du 04 Février 1998), l'association envisage :

- L'ouverture d'un lieu d'accueil des personnes les plus précarisées : Assuré par l'éducateur spécialisé ou le coordinateur, il consistera à accueillir sans condition les usagers toxicomanes aux heures d'ouverture du CAARUD.

Lors de l'accueil, un état des lieux de la situation administrative et sociale de l'utilisateur sera fait, une information sur ses droits lui sera donnée et un soutien lui sera apporté dans les démarches à effectuer tant sur le plan social, administratif, que de l'emploi et du logement.

- Une permanence téléphonique la nuit avec possibilité de rencontre qui pourra être programmée le lendemain sur la structure.
- Une orientation éventuelle vers une structure signataire d'une convention (cf les partenaires) ou Alis 36 pour un hébergement de l'utilisateur en cas de besoin.
- L'extension à une autre ville du département du PES (Programme d'Echange de Seringues), destiné aux usagers de drogues en marge des dispositifs médicaux
- Un travail plus soutenu en milieu carcéral avec le CICAT (centre d'information et de conseil sur les aides techniques), le CAETF, le SMPR.
- Le développement de l'intervention en milieu festif : distribution de matériels (stéribox-préservatifs), flyers, information des usagers sur leurs produits, effets et risques associés.
- Une médiation sociale avec les habitants du quartier : réunions de concertation avec les riverains pour dissiper les peurs et les questionnements ; c'est la « démocratie participative », outil qui permet de faire émerger les voix des personnes que l'on n'entend pas d'habitude et qui permet d'apporter des résultats différents des processus classiques.
- Une convention entre l'ANPAA36 et Alis36 : un projet de convention est à l'étude entre l'ANPAA36, qui gère le CAETF, et l'association Alis36, convention destinée à définir les projets de complémentarité et de partenariat.
- La redynamisation de l'EMIPS36 : prostitution (lieu de drague, rendez-vous, prostituées, gay, club échangiste, club libertin, sexe shop).
- La création d'un réseau VIH-Sida.
- La recherche de nouveaux locaux pour y aménager une douche, une pièce avec vestiaire, un local permettant l'accueil par l'éducateur (cette pièce lui servira également de bureau) ou le coordinateur, une pièce servant à l'infirmière pour les soins de base, un bureau permettant l'accueil et les examens médicaux du médecin vacataire, un bureau pour le coordinateur et une salle de réunion pour les synthèses avec les partenaires et les médiations.
- L'accès à des soins de santé primaire, des conseils d'éducation sanitaire (VIH, MST, Hépatites, dépistages), de nutrition, pratiqués en individuel par l'infirmière du CAARUD.
L'infirmière pourra accompagner, orienter l'utilisateur toxicomane vers le CDAG (pour un dépistage VIH, hépatites), un service hospitalier, un médecin ou un spécialiste (dentiste, gynécologue, ophtalmo, médecin généraliste,...).

Si l'utilisateur toxicomane est volontaire et n'a pas encore défini de projet de soins, une orientation vers le CAETF (CSST) ou un médecin généraliste du Réseau Toxicomanie Ville Hôpital 36 sera faite par l'infirmière avec éventuellement un accompagnement pour la mise en place de soins liés à la toxicomanie de l'utilisateur.

D'après les documents internes de l'association Alis 36.

ANNEXE 4

Les besoins en matière de réduction des risques dans le département de l'I.

Evaluation quantitative

- Fonctionnement du stéribox :

2004	2005	2006	2007
498	1017	1405	3067

- Population cible (toxicomanes recensés par le CSST appelé « CAETF ») :

	2002	2003	2004	2005
hommes				101
femmes				26
total	74	95	105	127

- Ages des toxicomanes reçus au CSST :

	2003	2004	2005
< 18 ans	0	2	0
[18-29 ans]	49	54	76
[30-39 ans]	32	41	37
[40-49 ans]	12	8	12
≥ 50 ans	2	0	2

- 6 personnes sont suivies sur l'unité méthadone, depuis son ouverture en Janvier 2006.
- Nombre de préservatifs féminins et masculins et de lubrifiants distribués¹ :

	2002	2003	2004	2005	2006
Préservatifs masculins	32060	23384	41802	44779	33093
Préservatifs féminins	3634	2846	11733	6466	3809
Gels lubrifiants	3575	1765	4184	7064	5486

- Informations prévention² :

	2004	2005	2006
Tenues de stands et festivals	30	43	39
Interventions en discothèques	5	3	5
Informations dans le cadre de l'EMIPS	78	62	67
Informations VIH et sports	1	1	4
Tenues de permanences	8	6	9
Interventions/structures d'aide à domicile	7	0	1
Interventions/structures personnes handicapées	5	0	21

¹ L'I. compte 239 800 habitants : les préservatifs sont distribués dans le cadre de la réduction des risques préventive.

² Le public ciblé concerne surtout les tranches [15-19 ans], [20-24 ans], [25-29 ans], [30-34 ans], [35-39 ans] et [40-44 ans]. L'objectif du CAARUD est de toucher 5 à 6 % de chaque tranche d'âge dès 2009.

- Public ciblé lors des actions de prévention (recensement de 1999) :

Agés	Hommes	Femmes
15-19	6681	6398
20-24	5864	5132
25-29	7277	6791
30-34	7573	7517
35-39	7907	7790
40-44	8329	7873
45-49	8494	8081
TOTAL	52125	49582

Evaluation qualitative

- Alis 36 est la seule association de lutte contre le sida et les hépatites dans le département de l'Indre. Elle est reconnue par toutes les structures et institutions, créant des liens privilégiés avec les travailleurs sociaux et les élus.
- Solidarité Accueil :
- Information du personnel encadrant et des salariés des structures d'insertion :
 - Le CAVA (centre d'adaptation à la vie active), insertion par le travail du bois,
 - Les rivières, chantiers mobiles d'entretien de rivières,
 - L'atelier bois-palettes, récupération et confection de palettes,
 - Insert-Jeunes, activités diverses sous contrat d'insertion.4h par structure une fois par mois, en 2007.
 - Information dans les structures d'hébergement :
 - CHRS éclaté, centre d'hébergement et de réinsertion sociale,
 - Foyer Arago, CHRS collectif accueil d'urgence,
 - MAT, Maison d'Accueil Temporaire3h par structure, 1 fois par mois en 2007.
 - Informations dans les structures d'urgence :
 - Samu social2h en début de période (Novembre) auprès des intervenants salariés et bénévoles du Samu Social, et intervention au cours des maraudes avec les équipes du Samu Social dès 2006.
- CCAS de C., L. B., A., L. C., I. : réunions d'information et permanences, 4h/semaine en alternance sur les 5 villes ; intervention à la demande d'une assistante de service social ou conseillère en économie sociale familiale dans le cadre d'une médiation, concernant un toxicomane.
- ANPAA 36, plus particulièrement le CAETF : mise en place d'une convention d'activités concertées (en cours d'élaboration entre les deux structures pour une mise en place en 2009) avec un groupe de travail inter structures CAARUD/CAETF.
- Pour les petites structures, intervention en fonction des besoins quantifiés lors de visites sur la structure, avec les intervenants propres à cette structure.

Source : extrait du rapport annuel d'activité 2007 de l'Association Alis 36

ANNEXE 5

LA TOXICOMANIE EN REGION CENTRE

CONTEXTE NATIONAL

En France, c'est à partir de 1970 qu'une loi sert de cadre pour la politique contre la toxicomanie. Elle s'articule sur trois axes : la répression du trafic, l'interdiction de l'usage, la proposition d'une alternative thérapeutique à la répression de l'usage, la gratuité des soins, l'anonymat pour les usagers.

Après les années 70-80 marquées surtout par une prise en charge psychothérapeutique, l'épidémie de SIDA à la fin des années 80, met en évidence le fait qu'une grande partie des usagers de drogue dont la situation médicale et sociale se dégrade rapidement ne se trouve pas en contact avec le système de soins. L'ouverture au système de soins se fait sans doute à partir de 1993 avec les traitements de substitution.

La politique de prévention elle aussi initialement orientée vers le produit, se fonde depuis quelques années sur les comportements. Ces orientations seront développées dans un plan triennal de lutte contre la drogue et la toxicomanie adopté en 1999 distinguant comportement de consommation/usage et usage nocif et dépendance qui sera suivi d'un plan quinquennal 2004/2008.

SITUATION EN RÉGION CENTRE : FAITS MARQUANTS

~ Le recours au système médico-social pour les toxicomanes de 20 à 29 ans est en dessous de la moyenne française (14,1/100000 en 2003 contre 19,7 en France)

~ Taux d'interpellation pour usage de drogue parmi les plus faibles de France

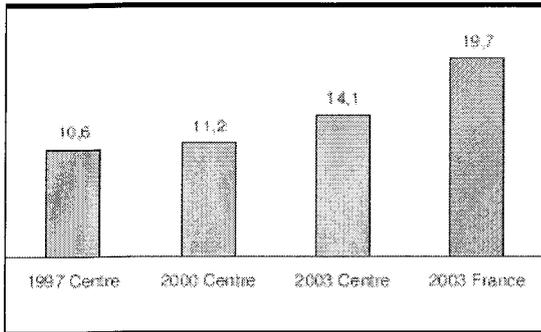
~ Légère sous-consommation de cannabis chez les jeunes

~ Moindre diffusion de l'ecstasy, des amphétamines, du LSD et de la cocaïne chez les jeunes.

~ Nette diminution du nombre de contamination VIH chez les toxicomanes depuis 1997.

Source : ORS Centre

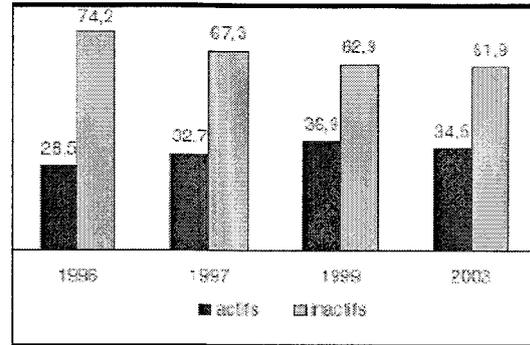
**Taux pour 100 000 habitants
de recours aux soins médico-sociaux
chez les 20-39 ans**



Source : ILLAD

Exploitation ORS Centre

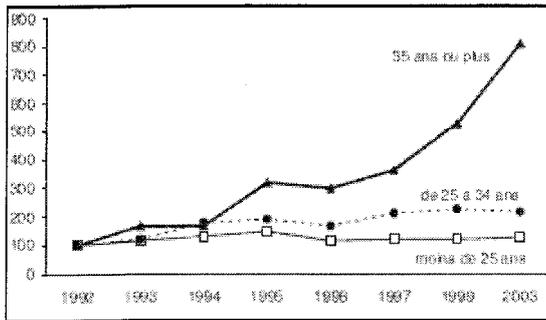
**Évolution des caractéristiques sociales
des toxicomanes (en %)**



Source : Drass

Exploitation ORS Centre

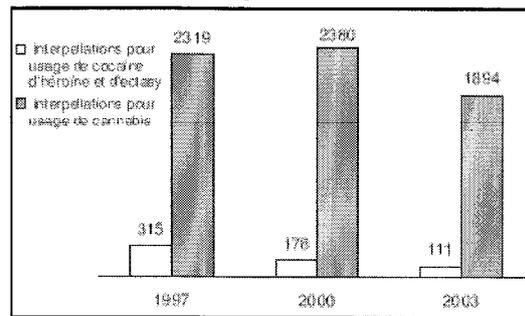
**Évolution des effectifs de toxicomanes
dans les établissements enquêtés
par groupe d'âge (base 100 : 1992)**



Source : Drass

Exploitation : ORS Centre

**Nombre d'interpellations
pour usage de drogue
en région Centre**



Source : ILLAD

Exploitation ORS Centre

Nombre d'établissements intervenant dans la prise en charge des toxicomanes en 2004

	Etab.spécialisés	Etab.sanitaires	Etab.sociaux	Total
18	-	11	4	15
28	1	9	6	16
36	2	10	2	14
37	1	15	6	22
41	3	16	7	26
45	3	15	7	25
Centre	10	76	32	118

Source : Drass Exploitation ORS Centre

**Sérologies VIH et VHC chez les toxicomanes
pendant l'enquête du mois de novembre 2003 en région Centre**

Sérologie du VIH et de l'hépatite C	VIH	VHC
% de tests de dépistage effectués	86,5%	87,5%
% de séropositifs parmi les toxicomanes ayant effectué le test	6,4%	59,9%
% d'utilisateurs de la voie intraveineuse parmi les séropositifs	65,6%	84,2%

Source : Drass Exploitation ORS Centre

Drogues illicites 2006 : Département I. / Région Centre / France

COCAINE, HEROÏNE		I.	Centre	France	Rang du dépt / à l'ensemble des dépts
Recours aux CSST	Nombre	162	2 817	90 790	91
	Pour 10 000 habitants de 20 à 39 ans	31,0	44,7	53,8	78
Ventes de Stéribox	En nombre d'unités	5 347	84 250	2 572 632	84
	Pour 100 habitants de 20 à 39 ans	10,2	13,4	15,2	74
	Taux de croissance des ventes de Stéribox par rapport à l'année antérieure (en %)	15,6	1,4	0,5	12
Ventes de Subutex	En nombre de boîtes	12 347	195 239	6 128 444	85
	Pour 100 habitants de 20 à 39 ans	23,6	31,0	36,3	68
	Taux de croissance des ventes de Subutex par rapport à l'année antérieure (en %)	3,8	-2,5	2,1	38
Décès par surdoses	En nombre	nd	nd	nd	non classé
	Pour 100 000 habitants de 20 à 39 ans	nd	nd	nd	non classé
Interpellations pour usage d'héroïne, de cocaïne et d'ecstasy	En nombre	7	166	8 636	86
	Pour 10 000 habitants de 20 à 39 ans	1,3	2,6	5,1	80
	Taux de croissance par rapport à l'année antérieure (en %)	75,0	-6,2	1,3	11

Source : ILIAD (indicateurs locaux pour l'information sur les addictions)
OFDT (Observatoire français des drogues et toxicomanies)

ANNEXE 6

LE SIDA *en région Centre*

CONTEXTE NATIONAL

En France en 2003, depuis le début de l'épidémie (il y a 20 ans), près de 57 500 personnes ont développé un sida et 33 500 en sont décédées (InVS). La grande majorité de ces décès a eu lieu avant 1996 (26 000). Depuis cette année, avec l'utilisation de puissantes associations d'anti-rétroviraux permettant de retarder l'apparition de la maladie et d'améliorer l'espérance de vie des patients, le nombre de nouveaux cas annuels de sida est passé de 4 029 en 1996 à 1 430 en 2003 (InVS). Néanmoins, l'évolution du nombre de cas de sida ne reflète plus la dynamique de l'épidémie mais est un indicateur de l'absence de dépistage ou de prise en charge. En effet, 47% des personnes dont le sida a été diagnostiqué en 2003 ignoraient leur séropositivité. Cette méconnaissance est plus fréquente chez les personnes originaires d'Afrique subsaharienne (65%) que chez les personnes de nationalité française (39%) (InVS).

Pour mieux suivre l'évolution de l'épidémie, la notification obligatoire du sida (mise en place depuis 1986) est complétée, depuis mars 2003, par celle des diagnostics de séropositivité vis-à-vis du VIH. En 2003, l'InVS estime à 6 000 le nombre de découverte de séropositivité. L'analyse des premiers résultats montre que plus de la moitié de ces découvertes concerne des personnes domiciliées en Ile-de-France (53%) et 8% en Outre-mer. Parmi les nouveaux diagnostics, 57% sont des hommes et 40% sont de nationalité française. Chez les femmes, les personnes d'origine subsaharienne sont majoritaires (52% contre 21% chez les hommes) alors que les hommes sont principalement de nationalité française (54% contre 22% chez les femmes). Les relations hétérosexuelles sont le mode de contamination principal (57%), suivie des relations homosexuelles (21%) et de l'usage de drogues injectables (3%). Il faut noter que dans 18% des cas le mode de contamination est inconnu. La contamination par rapport hétérosexuel concerne 79% des cas chez les femmes, chez les hommes, les contaminations par rapport hétérosexuel et par rapport homosexuel sont en proportion comparables (respectivement 40% et 37%). Chez les femmes, les découvertes de séropositivité sont très importantes à 20-29 ans (38%) et à 30-39 ans (36%) tandis que, chez les hommes, les nouveaux diagnostics d'infection à VIH prédominent à 30-39 ans (38%) et à 40-49 ans (27%) .

L'InVS estime, qu'en 2003, 24 900 personnes sont atteintes du sida et que 97 000 personnes sont infectées par le VIH, avec un intervalle plausible très large compris entre 61 000 et 177 000.

Au sein de l'Europe de l'Ouest en 2001 la France avait un taux de nouveaux cas de Sida de 26,9 pour 1 000 000 d'habitants, inférieur à des pays comme l'Italie (30,7), l'Espagne (59,5) et le Portugal (102,5) mais supérieur à l'Allemagne (9,4) ou la Suède (5,4) (InVS).

SITUATION EN RÉGION CENTRE : FAITS MARQUANTS

~ Une incidence du VIH parmi les plus élevées de France

~ Stagnation récente du nombre de nouveaux cas de sida (30) et du nombre de décès par sida (15)

~ Forte proportion de nouveaux cas d'infection par le VIH parmi les femmes originaires d'Afrique subsaharienne

~ Les rapports hétérosexuels responsables de 58% des nouvelles contaminations par le VIH

~ 2/3 des nouveaux malades du sida ignoraient leur séropositivité au moment du diagnostic

Source : ORS Centre

**Répartition par sexe et nationalité
des nouveaux cas d'infection par le VIH diagnostiqués en 2003**

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	C.entre	France**	Centre	France	Centre	France
France	57%	54%	27%	22%	43%	40%
Afrique Subsaharienne	29%	21%	44%	52%	36%	35%
Autres	10%	11%	5%	9%	8%	10%
Inconnu	4%	14%	24%	17%	13%	15%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

** France entière (y compris l'outre-mer) Source : InVS

**Répartition par sexe et âge
des nouveaux cas d'infection par le VIH diagnostiqués en 2003**

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Centre	France**	Centre	France	Centre	France
< 20 ans	4%	2%	5%	4%	4%	3%
20-29 ans	16%	18%	37%	38%	25%	26%
30-39 ans	37%	38%	39%	36%	38%	37%
40-49 ans	16%	27%	17%	14%	16%	21%
50-59 ans	18%	11%	0%	6%	10%	9%
60 ans et +	10%	5%	2%	2%	7%	4%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

** France entière (y compris l'outre-mer) Source : InVS

**Répartition par sexe et mode de contamination
des nouveaux cas d'infection par le VIH diagnostiqués en 2003**

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Centre	France**	Centre	France	Centre	France
Hétérosexuels	43%	41%	76%	79%	58%	57%
Homo/bisexuels	26%	37%	0%	0%	14%	21%
Toxicomanes	4%	3%	2%	1%	3%	2%
Autres	0%	1%	0%	1%	0%	1%
Inconnu	27%	18%	22%	19%	25%	19%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

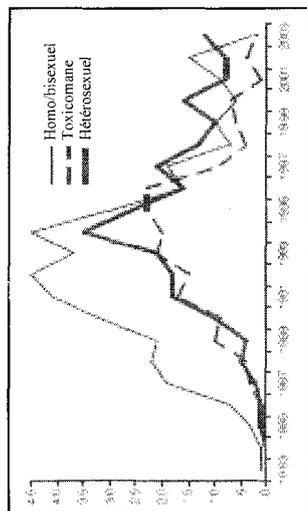
** France entière (y compris l'outre-mer) Source : InVS

**Connaissance de leur séropositivité par les nouveaux malades
et traitement anti-rétroviral avant le sida en région Centre**

	1994-1997		2003	
	Centre	France	Centre	France
Sujets ne connaissant pas leur séropositivité avant l'entrée dans le sida	23%	24%	67%	47%
Sujets, connaissant leur séropositivité, ayant un traitement anti-rétroviral avant le sida	59%	58%	43%	49%

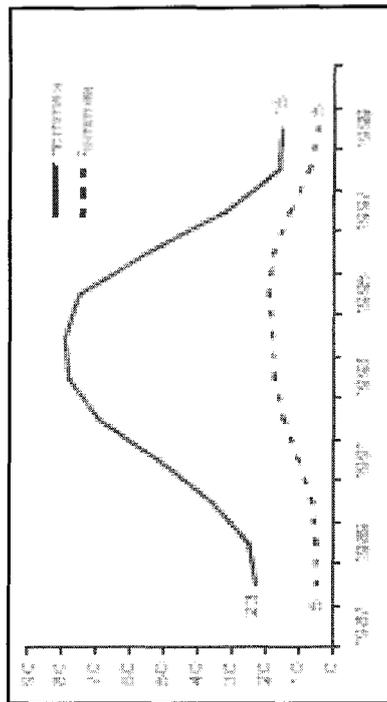
Sources : InVS Exploitation ORS Centre * 2003

Nombre de nouveaux cas de sida diagnostiqués selon le mode de transmission en région Centre



* 2002 et 2003 : données provisoires non redressées au 30/06/04
Sources : InVS
* de 1983 à 2003
Exploitation ORS Centre

Évolution du nombre de décès par sida chaque année* en région Centre depuis 1987*



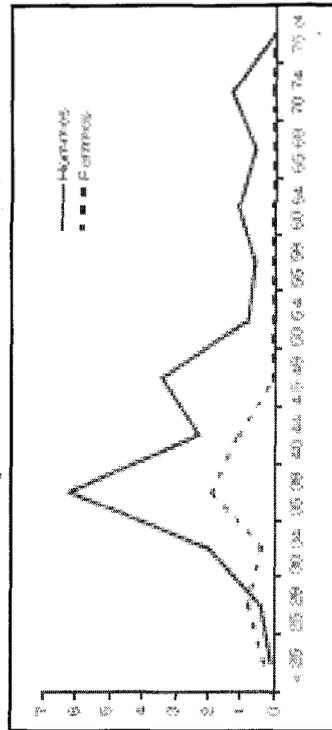
* Données lissées sur trois années
* de 1987 à 1999
Sources : INSERM CépIDC
Exploitation ORS Centre

Séjours hospitaliers pour une maladie liée au VIH en région Centre en 2000-2002

	Effectif	%	ICH
Moins de 25 ans	25	8	Nd
25-34 ans	92	28	Nd
35-44 ans	131	40	Nd
45-54 ans	47	14	Nd
55-64 ans	24	7	Nd
75 ans et +	11	3	Nd
Total	331	100	55

Source : DREES (PMSI)
Nd : non disponible
Exploitation ORS C.

Taux de mortalité par sida selon l'âge et le sexe en région Centre en 1998-2000*
(Taux pour 100 000 habitants)



* Données lissées sur trois années
Sources : INSERM CépIDC, INSEE
Exploitation ORS C.

Cas de sida par région de domicile et par année de diagnostic

Région	Année de diagnostic																Total
	<1994	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006*			
Alsace	303	64	61	58	25	25	24	22	32	24	15	18	21	11	703		
Aquitaine	1438	314	274	182	78	70	80	65	52	36	43	40	32	5	2709		
Auvergne	234	51	63	44	24	19	22	26	20	22	15	14	13	3	570		
Bourgogne	289	76	57	48	22	31	23	19	13	16	12	17	5	.	628		
Bretagne	493	123	108	77	63	48	43	38	41	45	34	25	24	4	1166		
Centre	465	120	99	65	57	32	30	37	26	31	23	19	19	6	1029		
Champ-Ard	246	57	45	36	15	7	15	7	13	18	9	8	17	5	498		
Corse	156	25	31	12	9	2	6	7	2	1	5	5	5	1	267		
Franche Comté	172	34	36	21	10	11	14	8	10	7	4	4	4	.	335		
Ile- France	14879	2523	2225	1684	991	780	748	691	701	734	646	564	443	122	27731		
Langue-Rouss	1027	170	200	160	78	65	68	80	38	53	23	28	21	7	2018		
Limousin	168	42	30	28	21	14	9	13	14	12	14	7	9	1	382		
Lorraine	362	66	83	57	17	24	17	15	16	15	13	15	8	2	710		
Midi-Pyré nées	1022	204	179	141	82	56	53	49	36	34	25	34	29	6	1950		
Nord-Pas-Calais	441	95	110	85	48	58	49	42	47	34	48	43	36	4	1140		
BasseNorm	285	71	58	52	19	20	22	14	14	10	11	14	11	.	601		
HauteNormandie	397	59	71	58	32	38	28	21	29	33	20	31	20	1	838		
Pays-Loire	594	134	141	90	43	55	44	52	50	34	29	32	22	4	1324		
Picardie	313	58	56	35	26	29	21	22	15	16	13	8	13	1	626		
PoitouCharente	371	78	84	55	30	15	21	21	26	21	10	15	18	4	769		
PACA	4081	766	673	506	252	202	195	169	154	134	119	94	77	16	7438		
Rhône-Alpes	1457	341	327	281	150	145	116	122	94	116	98	85	96	17	3445		
Outre-Mer	1261	240	251	212	150	131	149	163	174	147	158	150	111	9	3306		
Inconnu	30	.	1	3	.	1	.	1	.	2	11	11	16	1	77		
Total	31037	5775	5313	4039	2293	1948	1835	1732	1673	1637	1457	1334	1121	230	61424		

Source InVS Surveillance du sida - * Données provisoires non redressées au 30/06/2006

ANNEXE 7

LA POPULATION EN REGION CENTRE

Population 2006 : Département I. / Région Centre / France

	Indre	Centre	France
Population totale (13)	232 010	2 496 654	62 637 596
Population des 40-64 ans (13)	76 957	805 381	19 829 289
Population des 20-39 ans (13)	52 296	630 549	16 875 629
Population des 15 à 44 ans (13)	80 108	960 864	25 469 614

Source : ILIAD (indicateurs locaux pour l'information sur les addictions) OFDT

Structure par âge : les jeunes et les seniors en %

	Moins de 20 ans		75 ans et plus	
	1975	2005	1975	2005
Cher	30,1	22,6	7,6	10,1
Eure-et-Loir	33,8	25,9	5,9	8,0
Indre	29,4	21,2	8,3	11,8
Indre-et-Loire	32,8	24,3	6,4	8,9
Loir-et-Cher	31,6	23,3	7,5	10,4
Loiret	32,2	25,5	6,1	8,0
Centre	31,9	24,2	6,8	9,1
Métropole	31,6	24,9	5,8	8,1

Sources : Insee, Recensement de la population 1975, Estimations localisées de population au 1er janvier 2005

Structure par âge de la population en %

	2005			2030 (scénario central)		
	moins de 20 ans	20-59 ans	60 ans et plus	moins de 20 ans	20-59 ans	60 ans et plus
Cher	22,6	51,9	25,4	20,0	43,2	36,8
Eure-et-Loir	25,9	53,7	20,4	22,8	45,7	31,5
Indre	21,2	50,6	28,2	19,6	42,4	38,0
Indre-et-Loire	24,3	53,7	22,0	20,7	46,7	32,6
Loir-et-Cher	23,3	51,4	25,3	20,6	43,5	35,8
Loiret	25,6	54,0	20,5	23,0	47,6	29,5
Centre	24,3	53,0	22,8	21,5	45,6	32,9
Métropole	24,9	54,3	20,8	22,6	48,1	29,3

Source : Insee, Omphale

Salariés à bas revenus : nombre et caractéristiques

	Ensemble des salariés		Salariés à bas revenu salarial		Part des salariés à bas revenu salarial en %
	Nombre	%	Nombre	%	
Ensemble	851 328	100	171 823	100	20,2
Sexe					
Homme	469 841	55,2	69 760	40,0	14,6
Femme	381 487	44,8	103 063	60,0	27,0
Âge					
15-25 ans	134 057	15,7	65 017	37,8	48,5
26-35 ans	224 416	26,4	37 767	22,0	16,8
36-45 ans	225 631	26,5	30 177	17,6	13,4
46-55 ans	202 724	23,8	25 497	14,8	12,6
Plus de 55 ans	64 500	7,6	13 405	7,8	20,9
Secteur d'activité					
Commerce	131 864	15,5	26 842	15,7	20,4
Construction	58 599	6,9	6 214	3,6	10,6
Industrie	216 354	25,4	15 213	8,9	7,0
Services	377 386	44,3	89 834	52,3	23,8
Intérim	67 125	7,9	33 620	19,6	50,1
Temps de travail					
Temps partiel	197 032	23,1	101 048	58,8	51,3
Temps complet	654 296	76,9	70 804	41,2	10,8

Note : Le secteur d'activité et le temps de travail sont déterminés à partir du poste le plus rémunérateur dans l'année.
Source : Insee, DADS 2002

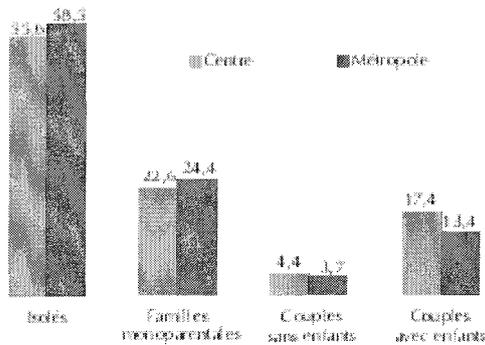
Le revenu minimum d'insertion (RMI)

	Nombre de bénéficiaires		Évolution 2000-2006		Taux de bénéficiaires pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans	
	2000	2006	en nombre	en %	2000	2006
Cher	5 458	6 640	1 184	21,7	33,8	40,6
Eure-et-Loir	4 058	5 250	1 192	29,4	18,8	23,4
Indre	2 201	2 933	732	33,3	19,0	25,0
Indre-et-Loire	7 991	8 286	294	3,7	26,9	27,1
Loir-et-Cher	3 833	4 533	700	18,3	23,9	27,4
Loiret	6 803	8 246	1 443	21,2	20,5	23,8
Centre	30 342	35 887	5 545	18,3	23,6	27,1
Métropole	966 180	1 101 372	136 192	14,1	30,5	33,4

Sources : CNAF - Dross, statistis

Situation familiale des allocataires du RMI

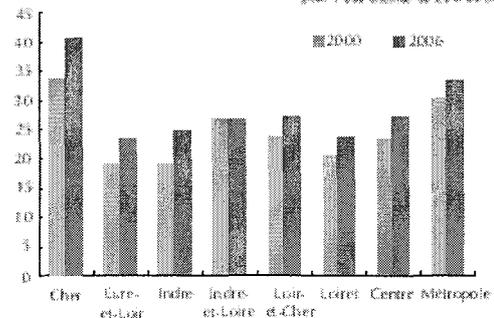
en %



Champ : hors régimes spéciaux, étudiants et plus de 65 ans
Source : Caf 2006

Taux de bénéficiaires du RMI

pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans



Sources : CNAF - Dross, statistis

Bénéficiaires de la CMU de base

	Nombre de bénéficiaires		Evolution 2000-2006 en %
	2000	2006	
Cher	3 437	4 669	35,8
Eure-et-Loir	4 516	7 339	62,5
Indre	1 995	2 707	35,7
Indre-et-Loire	5 094	6 977	37,0
Loir-et-Cher	3 285	6 367	93,8
Loiret	6 186	10 110	63,4
Centre	24 513	38 169	55,7
Métropole	1 112 059	1 696 873	51,7

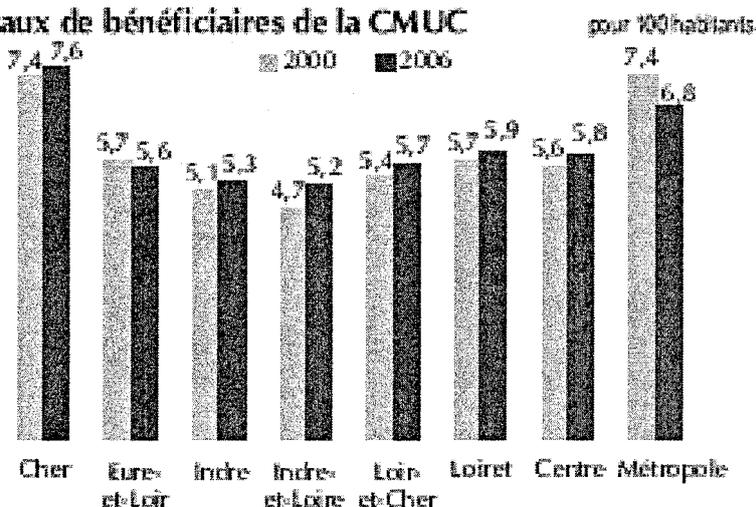
Source : Drass - Base de données sociales localisées

Bénéficiaires de la CMU Complémentaire

	2000		2006		Evolution 2000-2006	
	nombre de bénéficiaires	taux pour 100 habitants	nombre de bénéficiaires	taux pour 100 habitants	en nombre	en %
Cher	23 418	7,4	23 988	7,6	570	2,4
Eure-et-Loir	23 327	5,7	23 180	5,6	- 147	- 0,6
Indre	11 736	5,1	12 239	5,3	502	4,3
Indre-et-Loire	26 306	4,7	29 586	5,2	3 280	12,5
Loir-et-Cher	16 976	5,4	18 233	5,7	1 257	7,4
Loiret	35 339	5,7	37 959	5,9	2 620	7,4
Centre	137 102	5,6	145 184	5,8	8 082	5,9
Métropole	4 377 219	7,4	4 151 883	6,9	- 225 336	- 5,1

Sources : Drass, Statiss - Fond de financement de la CMUC

Taux de bénéficiaires de la CMUC



Source : Fond de financement de la CMUC

Annexe 8

Extrait du rapport sur les enjeux de l'institutionnalisation du dispositif de réduction des risques en France

1. La mission ACCUEIL

Elle peut être réalisée dans des lieux fixes ou mobiles (ou BUS).

Sur la base de la terminologie administrative les DDASS identifient 76 accueils fixes tandis que l'enquête AFR en dénombre 114 sur la base de la déclaration des acteurs de terrain, soit au total 159 accueils dans un lieu fixe dont 46 boutiques, 7 hébergements d'urgence de type "sleeping" et 51 lieux d'accueil mobile (BUS).

Les accueils se différencient selon les priorités de la structure (spécifique à la RDR, lutte contre le sida, soin, etc.), et selon le type de service offert. Seul 1/3 des 159 accueils fixes est destiné spécifiquement aux usagers de drogues. Dans certains sites, l'accueil se limite à une permanence ouverte deux heures par semaine tandis que d'autres offrent des services comparables à une boutique sans en avoir le statut, soit parce que les dispositifs n'étaient pas en mesure de le solliciter compte tenu de leurs ressources humaines et matérielles, ou encore parce qu'ils n'ont pas souhaité s'institutionnaliser dans le champ de la RDR. Les boutiques sont mieux financées que les accueils mais certaines structures n'ont pas souhaité ce statut institutionnel ou n'ont pu l'obtenir.

2. La mission CONTACT

Elle consiste à rencontrer les usagers sur les lieux qu'ils fréquentent. Elle concerne les équipes de rue et les intervenants en milieu festif.

Le travail de rue

Les enquêtes identifient 52 structures réalisant un travail de rue. La très grande majorité associe cette action à un accueil et/ou une unité mobile. Dans la plupart des cas, le travail de rue fait partie de la gestion des accueils fixes ou mobiles. Peu d'équipes sont en mesure de mener une action autonome, nombre d'équipes se limitant à un poste ou deux, renforcé ou non par des usagers-relais.

L'action de contact des usagers hors institution est une des actions innovantes du dispositif mais elle est souvent menée aux marges des dispositifs institutionnels. Les "usagers-relais" avec mission de médiation y jouent un rôle clé. Ce travail exige des compétences particulières qui, actuellement, ne sont pas reconnues par une qualification. Cependant l'adaptation du dispositif d'accueil aux nouveaux usagers en dépend.

Aussi la consolidation des équipes de rue est-elle un enjeu important pour l'adaptation et le développement du dispositif de réduction des risques.

Les interventions en milieu festif

Les interventions en milieu festif se caractérisent par la diversité des acteurs impliqués et des lieux d'intervention (soirées techno, festivals, concerts, clubs). Sur les 44 équipes identifiées 9 équipes interviennent exclusivement en milieu festif. Au total, une quinzaine de structures ont mis en place une équipe formée à la santé communautaire et intervenant de façon régulière. Les autres équipes interviennent occasionnellement.

L'institutionnalisation soulève des problèmes spécifiques liés à la durée et au moment de l'intervention (de nuit, sur tout un week-end, principalement durant la belle saison). Les actions telles que le *chil out* exigent des équipes importantes actuellement bénévoles. La professionnalisation de l'action s'avère particulièrement difficile et coûteuse, d'autant que l'action requiert des compétences précises qui ne correspondent à aucune qualification reconnue. Ces actions se sont révélées précieuses pour entrer en relations avec les nouvelles générations d'usagers de drogues.

3. La mission ACCES AUX SERINGUES

A l'inégale répartition géographique de l'accès aux seringues, il faut ajouter la grande disparité des programmes (type d'organisation, nombre de seringues distribuées). Ainsi l'enquête AFR relève qu'un tiers des structures ne distribue pas ou peu de seringues (moins de 250 par an) sans qu'il soit possible de déterminer s'il s'agit de programmes qui n'ont pas été en mesure d'atteindre les objectifs qui leur étaient assignés ou s'il s'agit d'actions labellisées comme PES faute d'une dénomination plus précise mais pour lesquels l'accès aux seringues vient en complément d'autres missions (lutte contre le SIDA, accès aux soins, etc.).

Globalement, les pharmacies assurent aujourd'hui environ 70 % de la diffusion de seringues, les PES en accès direct environ 22 % et les automates 8 %. Ces dispositifs remplissent des fonctions différentes ; à ce titre, ils sont complémentaires et agissent en synergie, les usagers ayant recours à l'un ou l'autre des services d'une part selon leur accessibilité (trajets, mode de vie, ressources) et d'autre part selon la qualité de l'offre de service.

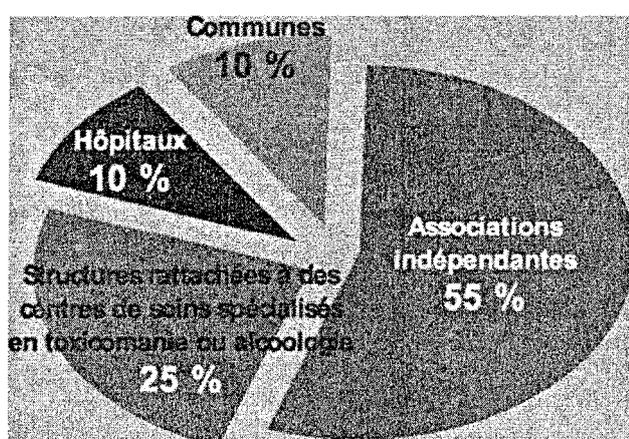
L'engagement des opérateurs s'avère déterminant. Ici, les pharmaciens sont mobilisés par un programme, là c'est la mobilisation des acteurs RDR qui est déterminante, comme c'est le cas à Paris où 50 % de la distribution sont assurés par les PES dont 40 % par les automates.

Sur le plan quantitatif, depuis 2000, la vente de Stéribox semble stable autour de 2600000 trousse. D'une année à l'autre, les données des automates montrent de grandes variations qui sont fonction de la qualité de l'offre (entretien des automates, emplacements, etc.).

4. Qui sont les acteurs institutionnels de la RDR ?

Le dispositif RDR s'est développé en faisant appel à des acteurs issus de différents secteurs d'activité. Dans certains cas, l'action RDR comme l'accès aux seringues s'ajoute au dispositif antérieur, chaque acteur ayant ses références et ses motivations pour agir (lutte contre le sida, humanitaire, accès aux soins, etc.). Dans d'autres cas, l'action RDR s'est autonomisée et les acteurs s'identifient alors comme intervenants spécifiques du champ RDR.

Typologie des acteurs de la RDR



- Plus de la moitié des 291 structures recensées sont des associations indépendantes.

- 1/4 des structures sont rattachées à des centres de soins pour toxicomanes (CSST) et d'alcoolologie (CCAA). - Les communes et les hôpitaux représentent chacun environ 10 % du secteur, les municipalités essentiellement pour la gestion d'automates.

L'enquête de l'AFR identifie les acteurs en fonction des secteurs d'activité d'origine :

- 1/4 sont des acteurs spécifiques RDR;
- 1/4 appartiennent au réseau AIDES;
- 1/4 appartiennent au réseau du soin spécialisé;
- 1/4 réunissent des acteurs divers, santé publique, soins généralistes, précarité, prévention jeune etc.

Conclusion

Structures spécifiques et non spécifiques ont besoin les unes des autres : les bons résultats de la RDR tels que la baisse de la mortalité ont été obtenus grâce à l'implication de médecins généralistes, services hospitaliers etc. Boutique, bus, équipes de rue, PES : telles sont les actions génériques à la réduction des risques, actions auxquelles il faut ajouter l'intervention en milieu festif, l'hébergement d'urgence, l'accès aux soins et aux droits sociaux, etc. Ces actions ont été mises en place au fil du temps, dans le cadre de circulaires indiquant des objectifs généraux mais sans fixer précisément la nature et les moyens à mobiliser (qualification des intervenants, cahier des charges des actions, etc.).

Une crise de croissance du secteur ?

L'hétérogénéité des structures, fruit du développement historique de la création du champ de la RDR, était jusqu'à maintenant considérée comme une richesse et un gage de créativité.

L'implication d'acteurs diversifiés est toujours une ressource indispensable, d'autant que peu d'actions RDR ont les moyens de s'autonomiser. **Aussi le nouveau cadre réglementaire doit-il être l'occasion de redéfinir la cohérence d'ensemble, il doit pouvoir intégrer les pratiques innovantes développées dans le cadre de partenariat ou de réseaux et permettre une négociation des objectifs et des résultats attendus qui tienne compte des réalités de terrain.**

Intégrer l'ensemble des acteurs, en fonction de leur contribution au dispositif, fournir aux acteurs les outils nécessaires à la professionnalisation de l'action, tels sont les défis auxquels l'institutionnalisation doit faire face. A défaut celle-ci, loin de conforter le dispositif, risque de l'appauvrir.

Source : AFR (Association Française de Réduction des risques)

ANNEXE 9

Première enquête nationale sur les usagers des CAARUD

L'enquête ENa-CAARUD a été menée à la demande du ministère de la Santé dans les 114 structures reconnues comme CAARUD afin de disposer d'indicateurs de suivi du nombre et des caractéristiques des consommateurs de drogues ayant recours à ce dispositif et contribuer ainsi à mieux adapter les réponses des professionnels et des pouvoirs publics aux besoins et aux attentes de cette population en difficulté. Les personnes qui fréquentent ces structures de réduction des risques sont, en majorité, des polyusagers de drogues en situation de précarité sociale.

Les CAARUD en bref

Les CAARUD ont été créés par les pouvoirs publics, au cours de l'année 2005, à partir des dispositifs existants, communément désignés sous les vocables génériques de structures à « bas seuil d'exigence », de « réduction des risques » voire de « première ligne ». Ces structures – « Programmes d'échanges de seringues », « boutiques », « équipes de rue » – essentiellement dédiées à la prévention de l'infection à VIH puis des hépatites auprès des usagers de drogues injecteurs ont vu le jour en France à partir de la fin des années 80. Elles ont été ensuite reconnues par le législateur par la loi de Santé publique du 9 août 2004 comme acteurs décisifs de la politique de réduction des risques. La création des CAARUD s'inscrit donc pleinement dans cette continuité. De plus, en les intégrant, dans le décret du ministère de la Santé du 14 avril 2005 complété par la circulaire du 2 janvier 2006 de la Direction générale de la Santé (DGS), dans le champ des établissements médico-sociaux, l'État manifeste sa volonté de pérenniser le financement des structures tout en les dotant d'un référentiel commun en matière de missions et d'objectifs. Désormais, les CAARUD devront assurer :

- l'accueil collectif et individuel des usagers de drogues ainsi qu'une information et un conseil personnalisés;
- le soutien aux usagers dans l'accès aux soins et aux droits sociaux (logement, insertion ou réinsertion professionnelle);

Conclusion et discussion

Les éléments les plus saillants qui émergent de cette première enquête nationale sont les suivants :

S'agissant de la nature du public, il semble que les femmes apparaissent beaucoup plus présentes parmi les jeunes générations, ce qui vient confirmer les données ethnographiques fournies par le réseau TREND [1]. Si le sexe ratio de l'ensemble de l'échantillon est conforme aux données habituelles (soit environ une femme pour quatre hommes), il apparaît que les femmes représentent plus de la moitié des usagers de moins de 20 ans. Elles se caractérisent par la fréquence d'un niveau élevé de précarité par rapport aux hommes (43 % vs [2] 33 %). Enfin, si elles pratiquent moins l'injection, elles n'en apparaissent pas moins plus vulnérables que les hommes vis-à-vis de l'infection au VIH puisqu'elles ont, à âge, statut vis-à-vis de l'injection et degré de précarité égaux, 41 % de risques en plus d'être contaminées. Essentiellement marquée chez les non injecteurs, la différence pourrait être liée à la contamination par voie sexuelle (y compris la prostitution, origine fréquente de ressources chez les jeunes usagères de drogues).

Les usagers des CAARUD se caractérisent aussi par leur précarité. Un peu moins d'un usager sur deux est sans domicile fixe ou habite dans un logement provisoire, et enfin la moitié des usagers ne vivent que des prestations sociales. Ce constat doit néanmoins être nuancé par la prise en compte de la forte proportion des usagers qui bénéficient, d'une manière ou d'une autre, d'une couverture sociale, situation qui atteste de l'ancrage très fort du système de santé jusque dans les populations les plus marginalisées.

Source : OFDT, revue *Tendances* n°61, Mai 2008

[1] TREND : Tendances récentes et nouvelles drogues

[2] vs : versus

Tournez la page S.V.P.

Extraits du rapport d'enquête sur les usagers du CAARUD référé au site Strasbourgeois

2006 constitue la première année de fonctionnement en année pleine du CAARUD d'*Espace Indépendance*. Pour mémoire, les missions de cet établissement médico-social consistent dans des actions favorisant l'accueil des usagers sans préjuger de leur état, l'accès aux soins, l'accès aux droits, l'entrée en contact avec les usagers dans leurs milieux de vie, notamment lors d'événements festifs, la facilitation de l'accès au matériel de prévention, la médiation avec l'environnement immédiat, le quartier, les partenaires.

Ces différentes missions se sont exercées dans deux sites distincts : le lieu d'accueil et le Programme d'Échange de Seringues en antenne mobile.

8.96 Equivalents temps plein (ETP) ont été affectés au CAARUD. Y interviennent des médecins, des psychologues, des travailleurs sociaux, des infirmières, un chauffeur accueillant, un coordinateur Mission Rave, ainsi qu'une équipe administrative et de direction.

Plus de trente volontaires interviennent également dans le cadre du Programme d'Échange de Seringues et de la Mission Rave. Ce bénévolat est valorisé à hauteur d'un ETP.

Conclusion

Les résultats de l'enquête Coquelicot avaient déjà mis en lumière certains éléments significatifs dans le champ des addictions pour le site strasbourgeois. Ainsi, il était constaté que l'injection au cours du dernier mois était plus fréquente dans notre région qu'au niveau national (58% vs 40%), particulièrement chez les moins de trente ans (70% vs 58%).

Cette étude mettait également en exergue l'efficacité de la politique de réduction des risques sur la transmission du VIH, puisque chez les moins de trente ans cette prévalence est quasi nulle dans notre région (0 vs 0.3%).

Les pratiques à risques sont moins importantes à Strasbourg qu'au niveau national. Le partage de seringues concerne 10% des usagers vs 14%, celui du petit matériel 18% vs 38%, celui de la paille de sniff 22% vs 34%.

Les éléments recueillis dans le cadre de l'enquête CAARUD corroborent ces données pour 2006.

Cependant, des éléments problématiques en termes de santé publique perdurent : un tiers des usagers de drogues méconnaissent leur statut VHC en 2004, et des pratiques d'injection et des pratiques à risques perdurent en particulier chez les moins de trente ans.

La vaccination contre l'hépatite B n'a été pratiquée que pour 42% des usagers enquêtés en 2006.

Source : CAARUD, Espace Indépendance - Strasbourg

ANNEXE 10

MISE EN PLACE D'UN CAARUD A D. UN CENTRE D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT À LA RÉDUCTION DES RISQUES POUR LES USAGERS DE DROGUES

s'est installé progressivement depuis mars 2007 sur D..

Situé dans les mêmes nouveaux locaux que le CSST, 377 avenue du 7ème RI, le CAARUD est animé quotidiennement par Michel L., Éducateur Spécialisé.

Ce dispositif a pour objectif de prévenir ou de réduire les effets négatifs liés à la consommation de stupéfiants y compris dans leur association avec d'autres substances psycho-actives (alcool, médicaments ...) et aussi d'améliorer la situation sanitaire et sociale de ces consommateurs. Cette action s'adresse à des personnes, le plus souvent des usagers très précarisés (jeunes en errance, sdf...), qui ne sont pas encore engagées dans une démarche de soins et dont les modes de consommation ou les produits utilisés les exposent à des risques majeurs qu'ils soient infectieux, accidentels, psychiatriques, etc...

Les missions du CAARUD se déclinent ainsi :

Ouvert du lundi au vendredi de 9 heures à 12 heures 30 et de 13 heures 30 à 17 heures, les usagers sont accueillis collectivement ou individuellement dans une ambiance conviviale.

Ils peuvent recevoir une information et un conseil personnalisé, un soutien socio-éducatif pour l'accès aux soins, pour l'accès au logement et à la réinsertion professionnelle.

De plus, il y a une mise à disposition de matériel de prévention des infections (kits d'injection, préservatifs ...) sur place au centre d'accueil ou au distributeur automatique de la Place B..

L'accueil au CAARUD est complété par l'intervention de proximité de l'éducateur à l'extérieur du centre (rue, squatts, centre d'hébergement, etc...) en vue d'établir un contact avec les usagers.

Enfin, un travail de médiation sociale est fait régulièrement (lien avec commerçants, partenaires, etc...)

Toute cette action se réalise en complément des autres équipes du CSST L. P. (ambulatoire, hébergement collectif, appartement thérapeutique) ce qui assure une meilleure efficacité dans la prise en charge des usagers de drogues sur D..

Source : RESADInfos 46, Michel L. – Éducateur Spécialisé

Bulletin d'Information semestriel du Réseau Addiction 46 Novembre 2007

Tournez la page S.V.P.

UN YUCCA DANS LE NEUF TROIS

Un mini CAARUD (1) mobile sillonne depuis le début de cet été le paysage urbain de B., C.-sous-B. et M. (Seine-Saint-Denis) à la rencontre des usagers de drogue, exclus parmi les exclus.

Le Yucca

Un nom qui se fond dans le langage bucolique local (Chêne pointu, la Forestière, les Bosquets...). En verlan ? L'envers du décor...

Accueillie chaleureusement par des acteurs municipaux clichois qui partagent leurs locaux exigus (quand la tâche est lourde, le partage militant rassure), l'équipe du CAARUD (3,5 ETP) (13) approche la toxicomanie urbaine de ce territoire de banlieue. L'activité du Yucca a débuté en juin dernier. Il s'agit d'un travail en milieu ouvert (travail de rue) de réduction des risques (RdR) auprès de personnes usagères de drogues, sur les trois communes. Concrètement, l'équipe prend contact avec ce public extrêmement marginalisé, diffuse des messages de prévention concernant les risques connexes à l'usage de drogues, distribue des matériels stériles de consommation et récupère le matériel usagé, oriente et accompagne les usagers dans leurs démarches médicales et sociales. Pour se faire, elle travaille en étroite collaboration avec les Centres de Soins Spécialisés pour Toxicomanes de Paris (Sleep In, 110 les Halles...), les Centres Médicaux Psychologiques (CMP), les hôpitaux et des partenaires associatifs des villes concernées.

Les lieux de consommation et de regroupement sur ces trois villes sont vaguement repérés, certains intervenants du CAARUD sont des « locaux » et l'été, la visibilité est favorable à la découverte. L'équipe, dans son « trafic » blanc et banalisé, tourne, s'arrête, attend, écoute, discute, change de place, revient, ouvre son accueil mobile... Arriver ainsi en banlieue sur des territoires malmenés et trahis par les politiques depuis leur création est presque une gageure.

Le véhicule du Yucca est aménagé, une sorte de bureau mobile de 3 m² avec un point d'eau. Quand le groupe de pairs et l'entourage deviennent trop pesants pour parler de soi, demander une adresse, renouveler son matériel de consommation et de prévention, alors l'utilisateur s'assied dans le camion, il parle et vous connaissez la suite... Café, biscuits, matériel de réduction des risques, de prévention, documents, adresses de structures de soins... y sont proposés aux usagers rencontrés. Les messages passent très vite et l'équipe recueille déjà les seringues utilisées et renouvelle le matériel des usagers.

Source : Interdépendances n°63 - Octobre 2006.

RAPPORT

Rapport établi par Mesdames COTTREEL Marie-Ange, DESCAMPS Nathalie, GAILLARD Annie, LEROUX Patricia, MONTOURCY Gisèle, MOOS Agnès POROT Marie-Françoise, PUJOL BALLESTER Pascale, TOULON GODARD Christine, VALENTINI Catherine, VIGUER Hélène, WINTERSDORFF Nadine et Messieurs FIGUEROA SAINTARD Hector, MORCH Alain.

1 – RESULTATS :

- Moyenne générale de l'épreuve : 6,4
- Répartition des notes :
 - notes supérieures ou égales à 15 : 0
 - notes comprises entre 12 et 15 : 16
 - notes comprises entre 10 et 12 : 23
 - notes comprises entre 8 et 10 : 42
 - notes comprises entre 5 et 8 : 88
 - notes inférieures à 5 : 84

Meilleure note de l'épreuve : 14,75 / 20

OBJECTIFS DE L'EPREUVE

« L'épreuve permet de juger de l'aptitude du candidat :

- à apprécier une situation ou à analyser un cas
- à prévoir ou engager un travail avec une méthode appropriée »

ELEMENTS DE CORRIGE

Le jury rappelle qu'une étude d'opportunité est l'étape préalable à la mise en place d'un projet.

Observations relatives au fond

- Le jury attendait du candidat une véritable étude permettant de justifier la création d'un CAARUD au regard des activités de l'association existante (Alis 36), notamment :
 - L'introduction devait permettre de positionner le professionnel et de présenter le projet en lui-même ;
 - L'inscription de la création du CAARUD dans un cadre légal obligatoire (faisant des CAARUD des établissements médico-sociaux) ;
 - La situation de ce nouveau cadre réglementaire dans l'histoire de la politique des réductions des risques évoluant vers plus d'accompagnement ;
 - L'analyse des besoins spécifiques (toxicomanes, VIH) de la population :
 - D'une part les annexes ne devaient pas être étudiées de manière linéaire, mais étudiées et mises en perspective avec le travail demandé. D'autre part, ces annexes devaient être analysées et non pas seulement citées en référence ;
 - L'étude de l'association, du projet, ses missions, ses actions, ses points forts ;
 - Une démonstration de l'utilité de la création d'un CAARUD au regard des activités déjà existantes, de la législation, des partenaires.

- Il est utile de rappeler que l'étude du partenariat était attendue sous une autre forme qu'une simple liste des partenaires. Ils devaient donc être ciblés et justifiés par domaine d'action. D'autant plus que celle-ci constituait un enjeu majeur justifiant la création du CAARUD.
- La conclusion devait permettre d'appuyer les points forts de la démonstration.
- En matière de cohérence, le devoir devait être construit, les différentes parties articulées de manière à établir la nécessité de la création d'un CAARUD. Les titres éventuels des différentes parties devaient être en correspondance avec les contenus.
- Une attention particulière devait être portée à la lecture de la consigne : le jury a relevé notamment deux erreurs :
 - le destinataire de l'étude d'opportunité n'a pas toujours été bien identifié ;
 - une démarche de projet a parfois été présentée au lieu ou en plus d'une étude d'opportunité.
- Le jury rappelle qu'une rédaction de l'ensemble des points était attendue.

Observations relatives à la forme

- Il est rappelé aux candidats qu'il s'agit d'une épreuve écrite et par conséquent le devoir doit être rédigé.
- Le candidat doit s'appropriier les éléments qu'il sélectionne.
- ***Une orthographe et une expression écrite de qualité avec utilisation d'un vocabulaire précis sont indispensables*** : il s'agit d'un concours de recrutement d'enseignants. Le travail est destiné à être lu et l'écriture doit être lisible.
- Il est donc conseillé aux candidats de se préparer à une rédaction compatible avec le métier d'enseignant. Il peut être pertinent d'intégrer une formation dans ce domaine au cours d'actions de préparation au concours.

- **EPREUVES D'ADMISSION**

Action sanitaire et sociale

Durée : 1 heure – coefficient : 1

Travaux pratiques

Durée : 6 heures – coefficient : 1

Epreuve sur dossier

Durée : 45 minutes – coefficient : 1

ACTION SANITAIRE ET SOCIALE

Sujet 1

La régionalisation de la politique de santé : situation actuelle et perspectives

Sujet 2

Contre l'exclusion et pour la rénovation de l'action publique dans le champ social : le partenariat

RAPPORT

Etabli par Mesdames DEVIN Sylvie, GAILLARD Annie, LAIGNEAU Rachel, MACQUE Catherine MONTOURCY Gisèle, PARRIAT-SIVRE Marie-Christine POROT Marie-Françoise ROUFFET LEVESQUE Annie, VIGUER Hélène et Messieurs CHEVREUX Vincent, FIGUEROA SAINTARD Hector et OUAMPANA César

RESULTATS

1 – RESULTATS :

- Moyenne générale de l'épreuve : 9,12
- Répartition des notes :
 - notes supérieures ou égales à 15 : 13
 - notes comprises entre 12 et 15 : 10
 - notes comprises entre 10 et 12 : 7
 - notes comprises entre 8 et 10 : 8
 - notes comprises entre 5 et 8 : 17
 - notes inférieures à 5 : 15

Meilleure note de l'épreuve : 19 / 20

Remarques générales sur l'épreuve

L'épreuve d'action sanitaire et sociale est une épreuve de connaissances et de réflexion. En effet, il est demandé au candidat de mobiliser ses savoirs dans le domaine sanitaire et social, de maîtriser les concepts de base et de situer le sujet dans le contexte historique, socio-économique et réglementaire.

Les notes les plus basses sont dues essentiellement à un manque de connaissances, à des difficultés d'analyse et d'argumentation et / ou à une incapacité à lier celles-ci à une problématique cohérente.

Le candidat doit donc être capable de :

- dégager une problématique,
- définir les concepts fondamentaux,
- porter un regard critique sur les phénomènes étudiés,
- mettre ses connaissances et sa capacité d'argumenter au service d'une analyse.

Pour se préparer à cette épreuve, il est recommandé aux candidats de s'appuyer sur des ouvrages universitaires. En aucun cas, l'usage des seuls manuels scolaires de la série ST2S ne saurait suffire à l'acquisition des connaissances attendues.

En outre, une mise à jour de celles-ci est indispensable. Elle doit se rapporter non seulement à l'actualité du domaine sanitaire et social, mais permettre au candidat de faire preuve d'un bon niveau de culture générale.

Le jour de l'épreuve, pendant le temps de préparation (3 heures), une documentation très succincte est mise à la disposition du candidat.

Le jury a constaté que certains candidats se référaient à ces documents sans pouvoir les exploiter faute de connaissances personnelles suffisantes.

L'épreuve n'est pas une synthèse de documents, ceux-ci ne servent que d'appoint éventuel.

Il faut bannir la simple copie des sources mises à disposition.

L'attention des candidats est attirée sur la nécessité de définir les termes employés, à l'aide d'un vocabulaire spécifique.

L'épreuve proprement dite se scinde en deux parties :

- un exposé de 20 à 30 minutes (en se détachant de ses notes),
- un entretien au cours duquel il convient d'apporter des réponses précises et argumentées aux questions posées par le jury.

Lors de l'exposé, il est demandé :

- d'introduire le sujet en délimitant le champ de l'étude et en dégagant une problématique l'introduction doit annoncer un plan cohérent qui doit pouvoir être justifié,
- de respecter le plan choisi,
- de ménager des transitions de manière à mettre en évidence les points sur lesquels s'appuie la réflexion,
- de faire ressortir les points forts du sujet,
- de situer le sujet dans son contexte historique, socio-économique et réglementaire,
- d'illustrer l'analyse par des exemples pris dans l'actualité sanitaire et sociale,
- de conclure en rappelant les principaux points et en proposant, si possible, une perspective d'ouverture du sujet,
- de maîtriser les techniques de l'exposé.

L'entretien a pour objectifs :

- de préciser et de compléter les éléments présentés au cours de l'exposé,
- de vérifier la maîtrise des connaissances du candidat, et sa capacité d'argumentation,
- d'approfondir la réflexion,
- d'apprécier la culture générale.

Le jury attendait des candidats un socle de connaissances qui sans être exhaustives devaient néanmoins se situer au niveau du concours. Ces connaissances devaient avant tout permettre l'argumentation nuancée d'une problématique correspondant au sujet posé.

Cette épreuve est une épreuve orale ; outre la qualité, la clarté de l'expression et la précision du vocabulaire spécifique, le candidat doit montrer son aptitude à la communication :

- comportement dynamique (une certaine forme de réactivité)
- attitude d'écoute et d'échange avec le jury.

Enfin, il est rappelé que le candidat ne doit, à aucun moment, informer le jury sur sa situation personnelle et professionnelle. Il peut néanmoins utiliser son expérience dans son argumentation, à titre d'exemple.

Si le candidat peut proposer une vision personnelle il doit le faire sans affirmer une position partisane.

- ELEMENTS INDICATIFS DE CORRIGE

Préalable : Le traitement de ces sujets ne doit pas aboutir à un énoncé « catalogue » linéaire, mais doit donner lieu à une véritable analyse problématisée, avec mise en perspective du contexte historique, économique et social de notre société.

SUJET 1 : « La régionalisation de la politique de santé : situation actuelle et perspectives »

Les éléments attendus pour traiter ce sujet, étaient :

● **Les notions** suivantes, devaient être énoncées de façon claire : définition, contexte économique et social et mention du cadre légal :

- politique de santé et de santé publique (acteurs, finalités, rôle, moyens...)
- régionalisation et territorialisation
- décentralisation et déconcentration

● **L'analyse** de la situation actuelle de la régionalisation devait mettre en évidence :

☛ L'organisation administrative : échelon national, services déconcentrés au niveau régional, missions respectives, organes consultatifs, instances de pilotage...

☛ **Les enjeux :**

- la place de l'usager et la démocratie sanitaire

- la réduction des inégalités d'accès aux soins
- la réduction des disparités régionales
- la prise en compte des déterminants environnementaux
- la veille et la sécurité sanitaire
- .../...

☛ Intérêt et limites de la régionalisation

Ex : réponse de proximité, adaptation aux spécificités régionales...

Ex : problème de coordination, multiplicité des acteurs, redondances des actions, disparités régionales non compensées...

Quelques jalons historiques : 1970, 1983, 1991, 1996, 2003...

Quelques jalons contextuels : système de protection sociale en danger (augmentation du déficit), indicateurs démographiques (vieillesse de la population) indicateurs économiques (augmentation du chômage et des travailleurs pauvres), indicateurs épidémiologiques (mortalité évitable importante, crises sanitaires) ...

• **Présentation des perspectives :**

- influence du contexte européen : nouvel échelon pertinent ?
- passage de l'ARH à l'ARS : élargissement des compétences, décloisonnement des secteurs de la santé et du social
- Projet de loi HPST...(articulation hôpital et médecine ambulatoire...)

• **Réflexion critique**

- Quel équilibre entre rationalisation et rationnement
- Pérennité de l'engagement de l'état / autonomie des CT
- Individualisation des responsabilités et diminution des solidarités collectives
- Rôle l'Etat dans le contrôle des déterminants environnementaux (pollution, qualité des aliments, conditions de travail...) face à la mise en évidence de leur responsabilité dans les problèmes de santé
- .../...

SUJET 2

« Contre l'exclusion et pour la rénovation de l'action publique dans le champ social : le partenariat »

Les éléments attendus pour traiter ce sujet, étaient :

Définition et contextualisation des notions d'action publique du champ social, de rénovation, de partenariat et d'exclusion.

La réflexion peut s'articuler de la façon suivante :

• **Contexte d'émergence** de l'utilisation du partenariat dans l'action publique du champ social

☛ Repères historiques :

- années 80 : début de la politique de la ville
- 1982-1983 : lois de décentralisation
- 1986 et 2002 : lois de rénovation de l'action sociale
- 1988 : le RMI
- 1998 : loi de lutte contre les exclusions
- 2007 : prévention de la maltraitance
- .../...

☛ Justifications :

- complexification des problématiques socio-économiques (chômage, nouvelles pauvretés, compétitivité...)
- évolution sociétale (mode de vie, individualisme et individualisation des parcours, état providence/accès aux droits/accompagnement vers l'autonomie...)
- évaluation prospective et maîtrise des dépenses

• **Légitimité du partenariat** dans la lutte contre l'exclusion et comme outil de rénovation sociale

☛ Outil de rénovation

- décloisonnement des interventions sociales,
- usager devient acteur et/ou partenaire
- formalisation de la notion de contrat, d'évaluation dans les pratiques professionnelles
- territorialisation des interventions
- souci d'une meilleure efficacité

☛ Lutte contre l'exclusion

- insuffisance voire inefficacité des politiques catégorielles
- prise en charge globale des individus, politiques transversales (santé, culture, logement, travail...)
- réaffirmation des solidarités collectives
- réduire les effets pervers de l'assistance, redynamiser l'insertion professionnelle comme tremplin de l'inclusion

- .../...

• **Réflexion critique**

- lourdeur de fonctionnement
- difficulté d'harmoniser des cultures professionnelles différentes
- risque de dilution des responsabilités
- partenariat : mode, tendance, « solution miracle »
- nouveaux objectifs donnés au travail social : contrôle ou accompagnement
- difficulté d'évaluation de l'efficacité
- difficulté de la maîtrise des coûts
- conflits déontologiques
- .../...

- **Sources juridiques**

Il est possible de rechercher un mot, une expression dans les textes proposés en utilisant :

- la fonction Edition/Rechercher dans le navigateur,
- ou la fonction Recherche d'Acrobat Reader.

○ **Codes**

Dernière version mars 2009

Codes	Accès
Code de l'action sociale et des familles	Partie législative Partie réglementaire
Code civil	Titre préliminaire : De la publication, des effets et de l'application des lois en général. Livre Ier : Des personnes Livre II : Des biens et des différentes modifications de la propriété Livre III : Des différentes manières dont on acquiert la propriété Livre IV : Des sûretés Livre V : Dispositions applicables à Mayotte
Code de la santé publique	Partie législative Partie législative ancienne Partie réglementaire Partie réglementaire ancienne Annexes
Code de la sécurité sociale	Partie législative Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat Partie réglementaire - Décrets simples Partie réglementaire - Arrêtés Annexes
Code du travail	Partie législative nouvelle Partie réglementaire nouvelle Partie législative Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat Partie réglementaire - Décrets simples

○ **Mise à jour juridique**

Projet de loi en cours de discussion

[Projet de loi](#) portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires
texte transmis au Sénat le 18 mars 2009

Sélection de textes juridiques récents

Thèmes	Nature du texte – Date	Objet
Enfance	Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 (pdf)	Protection de l'enfance
	Loi n° 2008-790 du 20 août 2008 (pdf)	Droit d'accueil pour les élèves des écoles maternelles et élémentaires pendant le temps scolaire

Famille	Circulaire DSS/2B n° 2006-189 du 27 avril 2006	Allocation journalière de présence parentale et congé de présence parentale
	Circulaire DSS/2B n° 2006-263 du 16 juin 2006	Complément de libre choix d'activité de la prestation d'accueil du jeune enfant
	Décret N° 2007-573 du 18 avril 2007 (pdf)	Congé de soutien familial
	Décret n° 2008-1112 du 30 octobre 2008 (pdf)	Création du Haut Conseil de la famille
	Circulaire DSS/2B n° 2008-342 du 20 novembre 2008	Mise en œuvre du partage des allocations familiales en cas de résidence alternée de l'enfant au domicile de chacun des parents
Protection des majeurs	Loi n°2007-308 du 5 mars 2007 (pdf)	Réforme de la protection juridique des majeurs
	Décret n° 2008-1276 du 5 décembre 2008 d'application de la loi du 5 mars 2007 (pdf)	Protection juridique des mineurs et des majeurs (code de procédure civile)
Situation de handicap	Loi n° 2005 – 102 du 11 février 2005 (pdf)	L'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées
	Circulaire DGAS / 1C n° 2005- 411 du 7 septembre 2005	L'allocation aux adultes handicapés, la garantie de ressources pour les personnes handicapées et la majoration pour la vie autonome
	Circulaire interministérielle DGAS/DGEFP/1C/SD3/MEPH n° 2005-433 du 23 septembre 2005	Modalités de mise en oeuvre de l'article L. 821-2 du code de la sécurité sociale relatif à l'allocation aux adultes handicapés
	Décret n° 2005- 1587 du 19 décembre 2005 (pdf)	Maison départementale des personnes handicapées et modification du code de l'action sociale et des familles (partie réglementaire)
	Décret n° 2005- 1588 du 19 décembre 2005 (pdf)	Prestation de compensation à domicile pour les personnes handicapées et modification du code de l'action sociale et des familles (dispositions réglementaires) et le code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat)
	Décret n° 2005- 1591 du 19 décembre 2005 (pdf)	Prestation de compensation à domicile pour les personnes handicapées
	Décret n° 2005- 1761 du 29 décembre 2005 (pdf)	Majoration spécifique pour parent isolé d'enfant handicapé
	Circulaire DGAS/SD3C no 2006-377 et MEM/DFESCO no 2006-126 du 17 août 2006	Mise en oeuvre et suivi du projet personnalisé de scolarisation
	Arrêté du 22 mars 2007 (pdf)	Dispositions prises pour l'application des articles R. 111-19-21 et R. 111-19-24 du code de la construction et de l'habitation, relatives à l'attestation constatant que les travaux sur certains bâtiments respectent les règles d'accessibilité aux personnes handicapées

Thèmes	Nature du texte – Date	Objet
Enfance	Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 (pdf)	Protection de l'enfance
	Loi n° 2008-790 du 20 août 2008 (pdf)	Droit d'accueil pour les élèves des écoles maternelles et élémentaires pendant le temps scolaire
Famille	Circulaire DSS/2B n° 2006-189 du 27 avril 2006	Allocation journalière de présence parentale et congé de présence parentale
	Circulaire DSS/2B n° 2006-263 du 16 juin 2006	Complément de libre choix d'activité de la prestation d'accueil du jeune enfant
	Décret N° 2007-573 du 18 avril 2007 (pdf)	Congé de soutien familial
	Décret n° 2008-1112 du 30 octobre 2008 (pdf)	Création du Haut Conseil de la famille
	Circulaire DSS/2B n° 2008-342 du 20 novembre 2008	Mise en œuvre du partage des allocations familiales en cas de résidence alternée de l'enfant au domicile de chacun des parents
Protection des majeurs	Loi n°2007-308 du 5 mars 2007 (pdf)	Réforme de la protection juridique des majeurs
	Décret n° 2008-1276 du 5 décembre 2008 d'application de la loi du 5 mars 2007 (pdf)	Protection juridique des mineurs et des majeurs (code de procédure civile)
	Décret n° 2007-965 du 15 mai 2007 (pdf)	Autorisation de la création d'un traitement automatisé de données à caractère personnel par les maisons départementales des personnes handicapées et modification du code de l'action sociale et des familles (partie réglementaire)
	Arrêté du 28 janvier 2008 (pdf)	Traitement informatique d'informations nominatives relatif au contrôle des déclarations annuelles obligatoires d'emploi de travailleurs handicapés et au suivi de la mise en œuvre de la loi n° 87-517 du 10 juillet 1987 modifiée en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés
	Décret n° 2008-451 du 7 mai 2008 (pdf)	Accès des enfants à la prestation de compensation
	Décret n° 2008-721 du 21 juillet 2008 (pdf)	Autorisation d'une enquête nationale portant sur les handicaps et la santé
Droits de l'homme Accès à l'information	Ordonnance n° 2005 – 650 Du 6 juin 2005 (pdf)	Liberté d'accès aux documents administratifs et réutilisation des informations publiques
	Ordonnance n° 2005 – 1516 Du 8 décembre 2005 (pdf)	Echanges électroniques entre les usagers et les autorités administratives et entre les autorités administratives
	Loi n° 2007-292 du 5 mars 2007	Commission nationale consultative des droits de l'homme
	Loi n° 2008-496 du 27 mai 2008 (pdf)	Adaptation au droit communautaire dans le domaine de la lutte contre les discriminations
Politique de la ville Territorialisation	Loi n° 2005-157 du 23 février 2005 (pdf)	Développement des territoires ruraux

Thèmes	Nature du texte – Date	Objet
Enfance	Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 (pdf)	Protection de l'enfance
	Loi n° 2008-790 du 20 août 2008 (pdf)	Droit d'accueil pour les élèves des écoles maternelles et élémentaires pendant le temps scolaire
Famille	Circulaire DSS/2B n° 2006-189 du 27 avril 2006	Allocation journalière de présence parentale et congé de présence parentale
	Circulaire DSS/2B n° 2006-263 du 16 juin 2006	Complément de libre choix d'activité de la prestation d'accueil du jeune enfant
	Décret N° 2007-573 du 18 avril 2007 (pdf)	Congé de soutien familial
	Décret n° 2008-1112 du 30 octobre 2008 (pdf)	Création du Haut Conseil de la famille
	Circulaire DSS/2B n° 2008-342 du 20 novembre 2008	Mise en œuvre du partage des allocations familiales en cas de résidence alternée de l'enfant au domicile de chacun des parents
Protection des majeurs	Loi n°2007-308 du 5 mars 2007 (pdf)	Réforme de la protection juridique des majeurs
	Décret n° 2008-1276 du 5 décembre 2008 d'application de la loi du 5 mars 2007 (pdf)	Protection juridique des mineurs et des majeurs (code de procédure civile)
Environnement	Loi n° 2008-595 du 25 juin 2008 (pdf)	Organismes génétiquement modifiés
	Loi n° 2008-757 du 1er août 2008 (pdf)	Responsabilité environnementale et diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de l'environnement
	Décret n° 2008-1152 du 7 novembre 2008 (pdf)	Qualité de l'air
Cohésion sociale Insertion, exclusion sociales, travail social Chômage, retour à l'emploi Travail, droit du travail	Décret N° 2006-456 du 20 avril 2006 (pdf)	Contrat insertion-revenu minimum d'activité
	Décret N° 2006-891 du 19 juillet 2006 (pdf)	Allocation de solidarité spécifique
	Circulaire interministérielle DGAS/LCE/PIA/DGUHC/UHC n° 2007-258 du 4 mai 2007	Application des dispositions de la loi n° 2007-290 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures relatives à la cohésion sociale
	Circulaire DGAS/PIE/PIA/DGEFP/MIP no 2007-198 du 15 mai 2007	Appui social individualisé (ASI)
	Loi n° 2008-126 du 13 février 2008 (pdf)	Réforme de l'organisation du service public de l'emploi
	Circulaire no 2008-5279 du 22 février 2008 (pdf)	Mise en œuvre du grand chantier prioritaire 2008-2012 pour l' hébergement et l'accès au logement des personnes sans abri
	Circulaire DGAS/MAS no 2008-70 du 25 février 2008 (pdf)	Domiciliation des personnes sans domicile stable
	Loi n° 2008-351 du 16 avril 2008 (pdf)	Journée de solidarité
Circulaire SDFE/DPS no 2008-159 du 14 mai 2008 (pdf)	Mise en place de « référents » pour les femmes victimes de violences au sein du couple	

Thèmes	Nature du texte – Date	Objet
Enfance	Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 (pdf)	Protection de l'enfance
	Loi n° 2008-790 du 20 août 2008 (pdf)	Droit d'accueil pour les élèves des écoles maternelles et élémentaires pendant le temps scolaire
Famille	Circulaire DSS/2B n° 2006-189 du 27 avril 2006	Allocation journalière de présence parentale et congé de présence parentale
	Circulaire DSS/2B n° 2006-263 du 16 juin 2006	Complément de libre choix d'activité de la prestation d'accueil du jeune enfant
	Décret N° 2007-573 du 18 avril 2007 (pdf)	Congé de soutien familial
	Décret n° 2008-1112 du 30 octobre 2008 (pdf)	Création du Haut Conseil de la famille
	Circulaire DSS/2B n° 2008-342 du 20 novembre 2008	Mise en œuvre du partage des allocations familiales en cas de résidence alternée de l'enfant au domicile de chacun des parents
Protection des majeurs	Loi n°2007-308 du 5 mars 2007 (pdf)	Réforme de la protection juridique des majeurs
	Décret n° 2008-1276 du 5 décembre 2008 d'application de la loi du 5 mars 2007 (pdf)	Protection juridique des mineurs et des majeurs (code de procédure civile)
	Loi n° 2008-758 du 1er août 2008 (pdf)	Droits et devoirs des demandeurs d'emploi
	Circulaire interministérielle NSDFE/DPS/DGAS/DGALN no 2008-260 du 4 août 2008 (pdf)	Hébergement et logement des femmes victimes de violences
	Instruction DGAS/LCE n° 2008-319 du 17 octobre 2008 (pdf)	Dispositif d'accueil, d'hébergement et d'insertion pour la période hivernale 2008-2009
	Loi no 2008-1249 du 1er décembre 2008 (pdf)	Généralisation du revenu de solidarité active et réforme des politiques d'insertion
Délinquance : prévention, sanction pénale	Loi n°2007-297 du 5 mars 2007 (pdf)	Prévention de la délinquance
	Loi n° 2007-1198 du 10 août 2007 (pdf)	Renforcement de la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs
	Loi n° 2008-174 du 25 février 2008 (pdf)	Rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental
Droits des usagers, des bénéficiaires	Circulaire DGS/SD6 C no 2005-88 du 14 février 2005	Commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP)
	Loi n° 2005 – 370 du 22 avril 2005 (pdf)	Droits des malades et la fin de vie
	Décret n° 2005-1367 du 2 novembre 2005 (pdf)	Conseil de la vie sociale et autres formes de participation institués à l'article L. 311-6 du code de l'action sociale et des familles
Démocratie sanitaire	Circulaire DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A no 2006-90 du 2 mars 2006	Droits des personnes hospitalisées et charte de la personne hospitalisée

Thèmes	Nature du texte – Date	Objet
Enfance	Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 (pdf)	Protection de l'enfance
	Loi n° 2008-790 du 20 août 2008 (pdf)	Droit d'accueil pour les élèves des écoles maternelles et élémentaires pendant le temps scolaire
Famille	Circulaire DSS/2B n° 2006-189 du 27 avril 2006	Allocation journalière de présence parentale et congé de présence parentale
	Circulaire DSS/2B n° 2006-263 du 16 juin 2006	Complément de libre choix d'activité de la prestation d'accueil du jeune enfant
	Décret N° 2007-573 du 18 avril 2007 (pdf)	Congé de soutien familial
	Décret n° 2008-1112 du 30 octobre 2008 (pdf)	Création du Haut Conseil de la famille
	Circulaire DSS/2B n° 2008-342 du 20 novembre 2008	Mise en œuvre du partage des allocations familiales en cas de résidence alternée de l'enfant au domicile de chacun des parents
Protection des majeurs	Loi n°2007-308 du 5 mars 2007 (pdf)	Réforme de la protection juridique des majeurs
	Décret n° 2008-1276 du 5 décembre 2008 d'application de la loi du 5 mars 2007 (pdf)	Protection juridique des mineurs et des majeurs (code de procédure civile)
	Circulaire DGS/SD1C n° 2006 – 259 du 15 juin 2006	Mise en place des comités de protection des personnes
	Circulaire DHOS/E1 no 2006-550 du 28 décembre 2006	Maisons des usagers au sein des établissements de santé
	Décret n° 2007-960 du 15 mai 2007	Confidentialité des informations médicales conservées sur support informatique ou transmises par voie électronique et modification du le code de la santé publique
	Arrêté du 5 juin 2007 (pdf)	Agrément national des associations et unions d'associations représentant les usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique
Établissements, centres de santé et réseaux Etablissements et services sociaux et médico-sociaux, réseaux	Circulaire DHOS/O1/O3/CNAMTS no 2006-151 du 30 mars 2006	Cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité
	Décret N° 2006- 413 du 6 avril 2006 (pdf)	Groupements assurant la coordination des interventions en matière d'action sociale et médico-sociale, application de l'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles et modification de ce code (partie réglementaire)
	Décret N° 2006-1332 du 2 novembre 2006 (pdf)	Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et modification du code de la santé publique
	Circulaire DHOS/O3 no 2006-506 du 1 décembre 2006	Hospitalisation à domicile
	Décret n° 2007-877 du 14 mai 2007 (pdf)	Missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
	Circulaire DHOS/O2/O3/UNCAM no 2007-197 du 15 mai 2007	Référentiel d'organisation national des réseaux de santé « personnes âgées »

Thèmes	Nature du texte – Date	Objet
Enfance	Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 (pdf)	Protection de l'enfance
	Loi n° 2008-790 du 20 août 2008 (pdf)	Droit d'accueil pour les élèves des écoles maternelles et élémentaires pendant le temps scolaire
Famille	Circulaire DSS/2B n° 2006-189 du 27 avril 2006	Allocation journalière de présence parentale et congé de présence parentale
	Circulaire DSS/2B n° 2006-263 du 16 juin 2006	Complément de libre choix d'activité de la prestation d'accueil du jeune enfant
	Décret N° 2007-573 du 18 avril 2007 (pdf)	Congé de soutien familial
	Décret n° 2008-1112 du 30 octobre 2008 (pdf)	Création du Haut Conseil de la famille
	Circulaire DSS/2B n° 2008-342 du 20 novembre 2008	Mise en œuvre du partage des allocations familiales en cas de résidence alternée de l'enfant au domicile de chacun des parents
Protection des majeurs	Loi n°2007-308 du 5 mars 2007 (pdf)	Réforme de la protection juridique des majeurs
	Décret n° 2008-1276 du 5 décembre 2008 d'application de la loi du 5 mars 2007 (pdf)	Protection juridique des mineurs et des majeurs (code de procédure civile)
	Décret n° 2007-975 du 15 mai 2007 (pdf)	Contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux
	Instruction interministérielle DHOS/E1/DAF/DPACI no 2007-322 et (no DAF/DPACI/RES/no 2007-014) du 14 août 2007	Conservation du dossier médical
	Décret n° 2007-1242 du 21 août 2007 (pdf)	Composition et modalités d'élection du comité technique d'établissement institué dans certains établissements publics sociaux et médico-sociaux et modification du code de l'action sociale et des familles
	Circulaire DHOS/CNAMTS/INCa no 2007-357 du 25 septembre 2007	Réseaux régionaux de cancérologie
	Arrêté du 23 janvier 2008 (pdf)	Modalités de versement des ressources des établissements publics de santé et des établissements de santé privés
	Arrêté du 6 février 2008 (pdf) et Arrêté du 14 août 2008	Agrément national des associations et unions d'associations représentant les usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique
	Circulaire DGS/MC2 no 2008-79 du 28 février 2008 (pdf)	Mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie
	Circulaire DHOS/O2 n° 2008-99 du 25 mars 2008 (pdf)	Organisation des soins palliatifs
	Circulaire DHOS/O2/O3/CNAMTS no 2008-100 du 25 mars 2008 (pdf)	Référentiel national d'organisation des réseaux de santé en soins palliatifs

Thèmes	Nature du texte – Date	Objet
Enfance	Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 (pdf)	Protection de l'enfance
	Loi n° 2008-790 du 20 août 2008 (pdf)	Droit d'accueil pour les élèves des écoles maternelles et élémentaires pendant le temps scolaire
Famille	Circulaire DSS/2B n° 2006-189 du 27 avril 2006	Allocation journalière de présence parentale et congé de présence parentale
	Circulaire DSS/2B n° 2006-263 du 16 juin 2006	Complément de libre choix d'activité de la prestation d'accueil du jeune enfant
	Décret N° 2007-573 du 18 avril 2007 (pdf)	Congé de soutien familial
	Décret n° 2008-1112 du 30 octobre 2008 (pdf)	Création du Haut Conseil de la famille
	Circulaire DSS/2B n° 2008-342 du 20 novembre 2008	Mise en œuvre du partage des allocations familiales en cas de résidence alternée de l'enfant au domicile de chacun des parents
Protection des majeurs	Loi n°2007-308 du 5 mars 2007 (pdf)	Réforme de la protection juridique des majeurs
	Décret n° 2008-1276 du 5 décembre 2008 d'application de la loi du 5 mars 2007 (pdf)	Protection juridique des mineurs et des majeurs (code de procédure civile)
	Circulaire DHOS/O/INCa n° 2008-101 du 26 mars 2008 (pdf)	Méthodologie de mesure des seuils de certaines activités de traitement du cancer
	Circulaire DGS/MC4 n° 2008-140 du 10 avril 2008 (pdf)	Hospitalisations psychiatriques sans consentement en 2005 - Transmission du rapport d'activité pour 2007
	Arrêté du 15 avril 2008 (pdf)	Livret d'accueil des établissements de santé
	Décision du 14 mai 2008 du collège de la Haute Autorité de santé (pdf)	Procédure de certification des établissements de santé
	Décret n° 2008-710 du 16 juillet 2008 (pdf)	Sanctions financières liées au contrôle des établissements de santé
	Arrêté du 10 décembre 2008 modifiant l'arrêté du 21 juillet 2000 (pdf)	Organisation de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins en bureaux
	Arrêté du 15 décembre 2008 modifiant l'arrêté du 22 novembre 2006 (pdf)	Recueil et traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en soins de suite ou de réadaptation et à la transmission d'informations issues de ce traitement
	Décret n° 2009-29 du 9 janvier 2009 (pdf)	Création et missions du Conseil national de l'urgence hospitalière
Professions	Note d'information DGAS/SD4A n° 2008-116 du 8 avril 2008 (pdf)	Mise en œuvre des contrats de professionnalisation ayant pour objet l'acquisition d'un diplôme de travail social
	Décret n° 2008-1135 du 3 novembre 2008 (pdf)	Code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes
Institutions	Décret n° 2007-840 du 11 mai 2007 (pdf)	Organisation de l'administration centrale du ministère chargé de la santé et

Thèmes	Nature du texte – Date	Objet
Enfance	Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 (pdf)	Protection de l'enfance
	Loi n° 2008-790 du 20 août 2008 (pdf)	Droit d'accueil pour les élèves des écoles maternelles et élémentaires pendant le temps scolaire
Famille	Circulaire DSS/2B n° 2006-189 du 27 avril 2006	Allocation journalière de présence parentale et congé de présence parentale
	Circulaire DSS/2B n° 2006-263 du 16 juin 2006	Complément de libre choix d'activité de la prestation d'accueil du jeune enfant
	Décret N° 2007-573 du 18 avril 2007 (pdf)	Congé de soutien familial
	Décret n° 2008-1112 du 30 octobre 2008 (pdf)	Création du Haut Conseil de la famille
	Circulaire DSS/2B n° 2008-342 du 20 novembre 2008	Mise en œuvre du partage des allocations familiales en cas de résidence alternée de l'enfant au domicile de chacun des parents
Protection des majeurs	Loi n°2007-308 du 5 mars 2007 (pdf)	Réforme de la protection juridique des majeurs
	Décret n° 2008-1276 du 5 décembre 2008 d'application de la loi du 5 mars 2007 (pdf)	Protection juridique des mineurs et des majeurs (code de procédure civile)
		modification du code de la santé publique
Santé Publique Sécurité sanitaire Crise sanitaire	Circulaire DHOS/O4 no 2006-97 du 6 mars 2006	Schémas interrégionaux d'organisation sanitaire
	Circulaire interministérielle DGS/DHOS/SD1A n° 2006-383 du 4 septembre 2006	Elaboration et mise en oeuvre des projets de santé publique dans les territoires de proximité et développement des ateliers santé ville, abrogation de la circulaire interministérielle no DGS/DHOS/SD1A/2006-353 du 2 août 2006
	Décret n° 2007-558 du 13 avril 2007 (pdf)	Création du comité de pilotage du programme national nutrition santé 2006-2010
	Arrêté du 31 janvier 2008 (pdf)	Création du comité de suivi du programme de lutte contre la tuberculose en France
	Décret n° 2008-149 du 19 février 2008 (pdf)	Conditions d'hygiène et de salubrité relatives aux pratiques du tatouage avec effraction cutanée et du perçage, et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires)
	Décret n° 2008-210 du 3 mars 2008 (pdf)	Règles de fabrication, de conditionnement et d'importation des produits de tatouage, instituant un système national de vigilance et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires)
	Arrêté du 3 avril 2008 (pdf)	Missions et composition du comité de suivi du plan national d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010
	Calendrier vaccinal 2008 (pdf)	Calendrier vaccinal 2008

Thèmes	Nature du texte – Date	Objet
Enfance	Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 (pdf)	Protection de l'enfance
	Loi n° 2008-790 du 20 août 2008 (pdf)	Droit d'accueil pour les élèves des écoles maternelles et élémentaires pendant le temps scolaire
Famille	Circulaire DSS/2B n° 2006-189 du 27 avril 2006	Allocation journalière de présence parentale et congé de présence parentale
	Circulaire DSS/2B n° 2006-263 du 16 juin 2006	Complément de libre choix d'activité de la prestation d'accueil du jeune enfant
	Décret N° 2007-573 du 18 avril 2007 (pdf)	Congé de soutien familial
	Décret n° 2008-1112 du 30 octobre 2008 (pdf)	Création du Haut Conseil de la famille
	Circulaire DSS/2B n° 2008-342 du 20 novembre 2008	Mise en œuvre du partage des allocations familiales en cas de résidence alternée de l'enfant au domicile de chacun des parents
Protection des majeurs	Loi n°2007-308 du 5 mars 2007 (pdf)	Réforme de la protection juridique des majeurs
	Décret n° 2008-1276 du 5 décembre 2008 d'application de la loi du 5 mars 2007 (pdf)	Protection juridique des mineurs et des majeurs (code de procédure civile)
	Circulaire interministérielle DGS/DHOS/DGAS/DDSC/DGT/DUS/UAR no 2008-156 du 13 mai 2008 (pdf)	Version 2008 du plan national canicule et précisant les actions à mettre en œuvre au niveau local pour détecter, prévenir et lutter contre les conséquences sanitaires d'une canicule
	Circulaire interministérielle DGS/DHOS/DAP/DPJJ/MC1 no 2008-158 du 13 mai 2008 (pdf)	Prise en charge sanitaire des mineurs incarcérés
	Ordonnance n° 2008-480 du 22 mai 2008 (pdf)	Don de gamètes et d'assistance médicale à la procréation : transposition de la directive 2004/23/CE du Parlement européen et du Conseil du 31 mars 2004
	Circulaire DGS/MC no 2008-169 du 23 mai 2008 (pdf)	Introduction de la mammographie numérique dans le programme de dépistage organisé du cancer du sein
	Décret n° 2008-641 du 30 juin 2008 (pdf)	Médicaments disponibles en accès direct dans les officines de pharmacie
	Circulaire interministérielle GS/EA3/DGESCO/B3 no 2008-229 du 11 juillet 2008 (pdf)	Interdiction de la consommation des boissons énergisantes dans les établissements scolaires
	Ordonnance n° 2008-717 du 17 juillet 2008 (pdf)	Dispositions pénales relatives à certains produits de santé
	Décret n° 2008-733 du 25 juillet 2008 (pdf)	Création du Comité de lutte contre la grippe
	Circulaire DGS/RI1 n° 2008-275 du 13 août 2008 (pdf)	Recommandation de vaccination par le BCG des enfants et adolescents exposés au risque de tuberculose
	Circulaire DHOS/O2/O1/DGS/MC3 n° 2008-291 du 15 septembre 2008 (pdf)	Mise en œuvre du volet sanitaire du plan Alzheimer 2008-2012

Thèmes	Nature du texte – Date	Objet
Enfance	Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 (pdf)	Protection de l'enfance
	Loi n° 2008-790 du 20 août 2008 (pdf)	Droit d'accueil pour les élèves des écoles maternelles et élémentaires pendant le temps scolaire
Famille	Circulaire DSS/2B n° 2006-189 du 27 avril 2006	Allocation journalière de présence parentale et congé de présence parentale
	Circulaire DSS/2B n° 2006-263 du 16 juin 2006	Complément de libre choix d'activité de la prestation d'accueil du jeune enfant
	Décret N° 2007-573 du 18 avril 2007 (pdf)	Congé de soutien familial
	Décret n° 2008-1112 du 30 octobre 2008 (pdf)	Création du Haut Conseil de la famille
	Circulaire DSS/2B n° 2008-342 du 20 novembre 2008	Mise en œuvre du partage des allocations familiales en cas de résidence alternée de l'enfant au domicile de chacun des parents
Protection des majeurs	Loi n°2007-308 du 5 mars 2007 (pdf)	Réforme de la protection juridique des majeurs
	Décret n° 2008-1276 du 5 décembre 2008 d'application de la loi du 5 mars 2007 (pdf)	Protection juridique des mineurs et des majeurs (code de procédure civile)
	Décret n° 2008-1059 du 14 octobre 2008 modifiant le décret n° 2007-558 du 13 avril 2007 (pdf)	Création du comité de pilotage du programme national nutrition santé 2006-2010
Protection sociale	Circulaire DGAS/DSS/DHOSn° 2005 – 407 du 27 septembre 2005	Aide médicale de l'Etat
	Ordonnance n° 2005-1477 du 1er décembre 2005	Procédures d'admission à l'aide sociale et établissements et services sociaux et médico-sociaux
	Ordonnance N° 2006 – 905 du 20 juillet 2006 (pdf)	Amélioration des régimes d'assurances contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des salariés et des non-salariés agricoles
	Décret n° 2007-56 du 12 janvier 2007 (pdf)	Simplification du minimum vieillesse et modification du code de la sécurité sociale
	Décret n° 2007-198 du 13 février 2007 (pdf)	Procédures d'admission à l'aide sociale et modification du code de l'action sociale et des familles (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat)
	Note d'information NDGAS/SD 5D no 2007-102 du 14 mars 2007	Procédures d'admission à l'aide sociale et suppression de la commission d'admission à l'aide sociale
	Décret n° 2007-614 du 25 avril 2007 (pdf)	Durée maximale d'assurance et revenu annuel moyen pris en compte pour le calcul de la pension de retraite des salariés et des travailleurs non salariés des professions artisanales, industrielles et commerciales et modifiant le code de la sécurité sociale
	Arrêté du 7 mai 2007 (pdf)	Composition et modalités de fonctionnement du conseil de l'hospitalisation

Thèmes	Nature du texte – Date	Objet
Enfance	Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 (pdf)	Protection de l'enfance
	Loi n° 2008-790 du 20 août 2008 (pdf)	Droit d'accueil pour les élèves des écoles maternelles et élémentaires pendant le temps scolaire
Famille	Circulaire DSS/2B n° 2006-189 du 27 avril 2006	Allocation journalière de présence parentale et congé de présence parentale
	Circulaire DSS/2B n° 2006-263 du 16 juin 2006	Complément de libre choix d'activité de la prestation d'accueil du jeune enfant
	Décret N° 2007-573 du 18 avril 2007 (pdf)	Congé de soutien familial
	Décret n° 2008-1112 du 30 octobre 2008 (pdf)	Création du Haut Conseil de la famille
	Circulaire DSS/2B n° 2008-342 du 20 novembre 2008	Mise en œuvre du partage des allocations familiales en cas de résidence alternée de l'enfant au domicile de chacun des parents
Protection des majeurs	Loi n°2007-308 du 5 mars 2007 (pdf)	Réforme de la protection juridique des majeurs
	Décret n° 2008-1276 du 5 décembre 2008 d'application de la loi du 5 mars 2007 (pdf)	Protection juridique des mineurs et des majeurs (code de procédure civile)
	Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 (pdf)	Financement de la sécurité sociale pour 2008
	Décret n° 2007-1937 du 26 décembre 2007 (pdf)	Application de la franchise prévue au III de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale
	Circulaire DSS/2A no 2008-17 9 du 5 juin 2008 (pdf)	Mise en œuvre de la franchise prévue au III de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale
	Loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 (pdf)	Financement de la sécurité sociale pour 2009
	Décret n° 2009-56 du 15 janvier 2009 (pdf)	Tableaux de maladies professionnelles annexés au livre IV du code de la sécurité sociale
Droits des assurés	Ordonnance n° 2005 – 651 du 6 juin 2005 (pdf)	Garantie des droits des cotisants dans leurs relations avec les organismes de recouvrement des cotisations et contributions sociales

Sujet travaux pratiques

Le CHPL, Centre de l'Hospitalisation Privée de La Loire, est une clinique MCO (Médecine-Chirurgie -Obstétrique) comportant 297 lits et places. C'est un établissement privé à but lucratif. Il est ouvert depuis février 2005.

Le CHPL est issu du regroupement de 3 cliniques dont la volonté est d'offrir à leurs patients un plateau technique performant conjugué à un accueil hôtelier de haut niveau.

Plus de 150 praticiens interviennent dans l'établissement, qui regroupe de nombreux services :

- service de médecine (cardiologie, coronarographie, pneumologie)
- services de chirurgie (gynécologie; ORL ; stomatologie; urologie; orthopédie ; ophtalmologie; plastique et esthétique; traumatologie; chirurgie digestive, endocrinienne, thoracique, vasculaire)
- service maternité ; - service néonatalogie ;
- service ambulatoire ;
- service réanimation ;
- service hospitalisation à temps partiel (allergologie, dermatologie, oncologie)

Le CHPL fait partie d'un réseau cancer régional : le réseau ONCORA qui regroupe environ 50 établissements de santé publics et privés mais aussi du réseau local ONCOLOIRE.

Les praticiens exercent leur activité au sein de l'établissement tout en conservant un exercice libéral.

Le CHPL dispose d'un service d'urgence ouvert 24h/24, d'un service d'urgence maternité ouvert 24h/24, d'un service de réanimation de 12 lits, d'un service de néonatalogie de 12 berceaux, d'une unité de court séjour gériatrique de 21 lits, d'un laboratoire de biologie et d'un plateau complet d'imagerie (Centre d'imagerie Nucléaire, Centre d'imagerie médicale, IRM, Scanner).

Plus de 30 000 patients sont accueillis chaque année au CHPL.L'établissement a été certifié par la Haute Autorité de Santé en juin 2006.Depuis sa création, l'amélioration continue de la qualité de la prise en charge des patients est l'une des priorités de l'établissement.Le CHPL a signé en septembre 2007 un nouveau Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens avec l'Agence Régionale d'Hospitalisation.

Le CHPL s'inscrit dans les programmes nationaux et à ce titre, il assure une veille réglementaire et met en œuvre les dispositifs législatifs. Il doit également répondre aux alertes sanitaires en appliquant les directives préconisées par le ministère de la santé et de la Direction de l'Hospitalisation (formation du personnel hospitalier...).

L'établissement s'appuie sur différentes instances dont le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) qui existe depuis 1992. Il est aidé dans la mise en œuvre de son programme par une équipe de référentes hygiène constituée en 1997 et l'équipe opérationnelle d'hygiène est rattachée à la cellule qualité. Elle est composée d'un médecin hygiéniste, d'une infirmière hygiéniste, de la qualitiennne (cadre infirmier) et du pharmacien.

Dans le cadre de l'application des directives nationales, le directeur de l'établissement vous sollicite en tant qu'adjoint chargé de la qualité, pour la mise en place de mesures et d'actions favorisant la réalisation des dispositifs.

Question 1 : Dispositif d'annonce du cancer

1.1 Dans le cadre de la mise en œuvre de la mesure n°40 du Plan Cancer, et afin d'atteindre les objectifs du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens le CIJPL doit organiser de manière opérationnelle le dispositif d'annonce. Il s'agit, plus précisément, de mettre en place le « temps d'accompagnement soignant ».

Pour cela, il est prévu de recruter et de former un(e) infirmier(e) pour assurer ce « temps d'accompagnement soignant » auprès des patients.

Réalisez la fiche de poste relative à ce recrutement qui est prévu en interne.

Présentez les modes de diffusion les plus pertinents de cette offre de poste en les justifiant.

1.2 Afin de faciliter l'instauration de ce temps d'accompagnement soignant, le Directeur vous demande d'animer une réunion auprès des professionnels exerçant dans le service d'oncologie. L'un des points évoqués portera sur la justification de ce temps d'accompagnement. Elaborez le plan détaillé des arguments que vous développerez lors de la réunion.

1.3 Le professionnel infirmier recruté pour le poste d'accompagnant soignant, vous devez en concertation avec ce dernier, préparer l'outil qui permettra durant la consultation paramédicale de recueillir un certain nombre d'éléments pour mieux cibler les besoins des patients.

Réalisez le document type permettant ce recueil de données.

1.4 Dans le cadre de l'évaluation de la mise en place du temps d'accompagnement soignant, des outils sont à élaborer. Ils concernent aussi bien la satisfaction du patient que l'évaluation globale du dispositif.

1.4.1 Une évaluation par téléphone auprès des patients suivis dans le service oncologie est envisagée. Concevez le guide d'entretien qui sera utilisé.

1.4.2 Afin d'avoir une vision globale de la mise en œuvre du temps d'accompagnement soignant, il vous est demandé de repérer et de justifier les critères d'évaluation qui pourront être présentés dans le rapport d'activité du service.

QUESTION 2 : Formation des professionnels de santé sur la grippe aviaire

Conformément à la demande du ministère de la santé et de la Direction de l'Hospitalisation, chaque personne travaillant en établissement de santé doit recevoir une formation/information sur la grippe aviaire.

Afin de répondre à cette obligation, et pour permettre d'atteindre les objectifs du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, trois salariés du CIJPL (un médecin hygiéniste, un infirmier hygiéniste, une cadre de santé qualicienne) sont d'ores et déjà partis en formation "formateur relais" aux hospices Civils

de L....

Vous devez organiser la formation de tous les personnels du CIJPL au cours du dernier semestre 2009. Une enveloppe de 450 à 500 heures est mise à disposition.

2.1. Elaborez, en concertation avec le directeur des ressources humaines, le plan de formation sous une forme synthétique.

La stratégie de formation envisagée prendra appui sur les professionnels formateurs relais, sur les supports pédagogiques existants. Elle doit permettre de réaliser les formations sans « paralyser » l'activité de l'établissement. L'information délivrée sera la plus concrète possible.

2.2 A l'issue de votre rencontre avec le directeur des ressources humaines, celui-ci souhaite organiser une réunion avec l'ensemble des responsables de service de la clinique afin de leur présenter les enjeux et l'importance de cette formation ainsi que leur place en tant qu'acteur au sein du dispositif.

2.2.1 Présentez l'ordre du jour de cette réunion.

2.2.2 Au cours de cette réunion avec les responsables de service vous présenterez un schéma visualisant la place des différents acteurs dans le dispositif de signalement d'un patient en cas de pandémie grippale et la nature de leur intervention.

Réalisez ce schéma

ANNEXES

Annexe 1 : Dispositif d'annonce du cancer (mesure 40 plan cancer) avril 2006

Annexe 2 : Extrait des recommandations nationales pour la mise en œuvre du dispositif d'annonce du cancer dans les établissements de santé. Institut national du cancer. Novembre 2005

Annexe 3 : Expressions d'équipes/ Expressions de patients <http://www.e-cancer.fr>

Annexe 4 : Extrait du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens du CIJPL sur la cancérologie.

Annexe 5 : Fiche recommandations "formation des professionnels de santé
<http://www.sante.gouv.fr>

Annexe 6 : Extrait du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens du CIJPL sur la gestion des risques

Annexe 7 : Protection sanitaire et traitements pour les hommes. Ministère santé et solidarités

Annexe 8 : Extrait du diaporama du ministère de la santé et des solidarités sur l'organisation des soins en période de pandémie grippale (diapositive n° 11).

Annexe 9 : Fiche CAT "Patient se présentant directement aux Urgences d'un établissement de santé" DGS 25/11/2005

Annexe 10 : Répartition des salariés du CIJPL par fonction au 31/12/2007



DOCUMENT
DESTINÉ AUX
PROFESSIONNELS
DE SANTÉ

DISPOSITIF D'ANNONCE

Avril 2006

Le dispositif d'annonce du cancer (Mesure 40 du Plan Cancer)

L'annonce d'une maladie grave est toujours un traumatisme pour la personne malade. Elle marque l'entrée dans une vie où il faudra composer avec la maladie. L'idée que la personne malade se fait de son futur va être bouleversée. L'annonce du cancer, en particulier, va convoquer des images de mort, de souffrance, de traitements longs et pénibles. Elle va, dans la plupart des cas, provoquer la « sidération » du patient qui va être dans l'impossibilité d'entendre ce que le médecin lui dit lors de la consultation. La personne malade passera ensuite par différentes phases de réactions psy-

chologiques au cours desquelles son désir d'information et d'accompagnement évoluera. De nouveaux temps de discussion et d'explication sur la maladie, les traitements, permettront alors de diffuser une information adaptée, progressive, respectueuse du sujet, de sa demande et de ses ressources. Une information mieux vécue et comprise facilitera une meilleure adhésion du patient à la proposition de soins et l'aidera à bâtir des stratégies d'adaptation à la maladie. C'est dans cette optique qu'a été pensée l'organisation du dispositif d'annonce telle qu'elle est présentée ci-après.

■ Le cadre général du dispositif d'annonce

Le dispositif d'annonce est une mesure du Plan Cancer mise en place pour répondre à la demande des patients formulée lors des premiers États Généraux des malades organisés par la Ligue Nationale Contre le Cancer. Son objectif est de leur faire bénéficier de meilleures conditions d'annonce du diagnostic de leur maladie. Il concerne autant le diagnostic initial d'un cancer confirmé histologiquement que la rechute de la maladie.

Cette mesure a fait l'objet pendant un an d'une expérimentation nationale portée par 58 établissements de santé. C'est en fonction de ces

résultats de terrain que le cadre de généralisation, présenté dans ce document, a été établi. Elle a débuté en janvier 2006 et s'étendra progressivement tout au long de l'année. Un budget de 15 millions d'euros est dédié à cette généralisation.

La généralisation de cette mesure s'appuie sur les deux grands principes suivants :

■ Tout patient atteint de cancer¹ doit pouvoir bénéficier, au début de sa maladie et/ou en cas de récurrence, d'un dispositif d'annonce >>>

¹ tumeur solide ou hémopathie maligne.

>>> organisé, qui doit être mis en place dans tous les établissements traitant des patients atteints de cancer.

■ La coordination interprofessionnelle, la communication en direc-

tion des patients et leurs proches ainsi que la souplesse dans la mise en œuvre seront pour beaucoup dans la réussite de ce dispositif et dans l'amélioration du vécu des malades.

■ Les objectifs de la mise en place du dispositif

Elle doit permettre au malade d'avoir de meilleures conditions d'annonce de sa pathologie en lui faisant bénéficier :

- d'un temps médical d'annonce et de proposition de traitement ;
- d'un temps soignant de soutien et de repérage de ses besoins ;
- d'un accès à des compétences en soins de support.

Elle doit aussi permettre une meilleure coordination entre la médecine de ville et les établissements privés et publics. Il est indispensable que le médecin traitant, désormais choisi par la personne malade, soit informé en temps réel, en particulier dès ce premier temps de la prise en charge hospitalière.

Le dispositif d'annonce ne se résume pas au seul colloque singulier médecin/malade, ni à une consultation médicale isolée. Il s'inscrit dans une dynamique d'équipe où l'interacti-

on entre les différents acteurs de santé est continue. Il s'appuie sur une prise en charge pluridisciplinaire associant prioritairement les médecins et les personnels paramédicaux.

La mise en place du dispositif doit enfin permettre l'information, le soutien et l'accompagnement du patient et de ses proches.

L'annonce du cancer doit respecter la volonté de savoir du patient et son rythme d'appropriation. La mise en œuvre du dispositif facilite l'implication du patient dans la décision thérapeutique. Lui et ses proches doivent pouvoir situer, tout au long de leur prise en charge, l'ensemble des ressources mises à leur disposition. Le malade pourra s'il le souhaite être entouré d'un proche à toute étape du dispositif. Ce qui permettra au proche de jouer son rôle et à l'équipe soignante de déceler chez lui des signes de souffrance.

■ Un dispositif construit autour de quatre temps

Le dispositif d'annonce est construit autour de quatre temps qui correspondent à quatre étapes de prise en charge par des personnels médicaux ou soignants.

1. Un temps médical : il correspond à une ou plusieurs consultations dédiées à l'annonce du diagnostic de cancer, puis à la proposition de stratégie thérapeutique définie lors de la

réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). Ce projet thérapeutique est présenté au patient par le médecin. La décision thérapeutique, comprise et acceptée par le malade, est ensuite formalisée par écrit et lui sera remise sous forme d'un programme personnalisé de soins (PPS). Ce programme retranscrit les modalités thérapeutiques définies par l'équipe pluridisciplinaire à ce stade de la maladie.

I. Le temps médical de l'annonce

1.1. L'annonce du cancer

L'annonce d'un cancer nécessite une consultation longue et spécifique, dédiée à l'annonce du diagnostic confirmé, qu'il soit initial ou lors d'une rechute.

Le dispositif explicité dans ce texte concerne la prise en charge en établissement de santé. La consultation d'annonce est réalisée par un médecin acteur du traitement (oncologue, hématologue, oncopédiatre, chirurgien, spécialiste d'organe) exerçant en établissement de soins et impliqué directement dans la mise en œuvre du projet thérapeutique.

Les médecins généralistes, radiologues ou spécialistes d'organe, exerçant en ville, sont aussi, bien évidemment, amenés à annoncer un diagnostic de cancer, mais les objectifs du dispositif d'annonce ciblent le temps hospitalier de l'annonce. Leur rôle est, dès lors, d'orienter rapidement le patient vers un établissement où il pourra bénéficier de ce dispositif.

Cette consultation a notamment pour buts :

- d'informer le patient sur la maladie dont il est atteint, sur les orientations thérapeutiques qui pourront lui être proposées et sur la présentation, pour avis, de son dossier en réunion de concertation pluridisciplinaire
- de permettre un dialogue autour de cette annonce, fondatrice de la confiance, tout en respectant le poids de celle-ci et les émotions qu'elle peut susciter
- d'identifier les conditions psychologiques et sociales qui constituent le quotidien du patient
- de présenter et expliciter les relais soignants possibles, en précisant les points de contact avec l'équipe.

Un rendez-vous est déjà proposé, dans un délai si possible court, pour le deuxième temps de consultation, où sera explicité le projet thérapeutique.

1.2. La proposition d'une stratégie thérapeutique et le programme personnalisé de soins

Il est souvent difficile de dissocier le temps de l'annonce diagnostique et le temps de l'annonce thérapeutique, d'autant plus qu'il s'agit souvent, en milieu hospitalier, d'une ré-annonce ou d'une consultation de confirmation du diagnostic, celui-ci ayant pu être donné avant par le médecin généraliste, le spécialiste d'organe ou le radiologue. Selon les demandes des patients et la complexité de la pathologie, ces deux temps peuvent donc être dissociés ou confondus.

Néanmoins, en se situant après la réunion de concertation pluridisciplinaire², ce deuxième temps de consultation médicale apporte au patient la garantie que la stratégie thérapeutique, qui va lui être proposée, s'est appuyée sur des référentiels validés et qu'elle a été choisie en concertation entre plusieurs professionnels, qui sont acteurs du diagnostic, et seront pour certains, acteurs de son traitement.

Cette consultation médicale ou d'équipe permet :

- d'informer le patient sur les bénéfices attendus des différentes orientations thérapeutiques proposées, les effets secondaires possibles et les risques thérapeutiques que ces traitements comportent, immédiatement ou à distance, (art L. 1111-2 du Code de la santé publique) ainsi que sur les éléments de pronostic s'il le souhaite
- au patient, compte tenu des informations et des préconisations qui lui ont été fournies, dont l'accès à son dossier médical, de prendre les décisions concernant sa santé (art. L. 1111-4 et 7 du CSP), y compris avec un délai de réflexion et après consultation d'un deuxième avis médical s'il le souhaite. Dans ce cas, il convient de tout mettre en œuvre pour lui en faciliter l'accès en lui procurant les

² Principes de fonctionnement des RCP (Circulaire n°DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie)

II. Le temps d'accompagnement soignant de l'annonce

La consultation paramédicale, temps d'accompagnement soignant de l'annonce, a un rôle clé de coordination dans le dispositif d'annonce. Elle doit bénéficier d'une organisation et d'un environnement spécifiques.

Relais essentiel des temps médicaux, cette prise en charge par un personnel soignant doit être possible immédiatement après la première consultation médicale, quand le patient se retrouve seul face à l'annonce.

Ce temps d'accompagnement soignant inclut :

■ 1. Un temps d'écoute, d'information et de soutien du patient qui permet, notamment, de :

- reformuler ce qui a été dit pendant la ou les consultations médicales, de compléter, voire de re expliquer les informations reçues
- présenter l'organisation de la prise en charge, voire visiter le service
- repérer les besoins psychologiques et sociaux, identifier les situations personnelles à risque pour anticiper les difficultés.
- aborder la question du ou des proches qui seront amenés à accompagner le patient tout au long des soins, voire les aider à mieux se situer dans cet accompagnement à venir
- répondre aux questionnements et aux inquiétudes sur les thérapeutiques, les cycles, les effets indésirables et leurs moyens de prévention et de traitement, les différents matériels et leur fonctionnement (diffuseurs portables, dispositifs veineux centraux...).

■ 2. Un temps de coordination avec les autres acteurs de la prise en charge qui permet :

- d'orienter, si nécessaire, le patient vers les équipes offrant des compétences en soins de support
- d'assurer la continuité entre ce temps de l'annonce, souvent effectué en consultation ambulatoire, et celui des traitements mis en œuvre par les équipes d'hospitalisation
- d'établir le lien avec les équipes intervenant à domicile, en particulier d'être un vecteur effectif de l'information immédiate vers le médecin traitant, si le médecin senior référent n'est pas immédiatement disponible.

Organisation du temps d'accompagnement soignant.

Le personnel soignant concerné possède une expérience professionnelle en oncologie et connaît les pathologies et les différentes techniques de soins spécifiques au service. Il est préférable que son activité ne soit pas entièrement dédiée à la consultation d'annonce mais qu'il garde une connaissance de la prise en charge des soins sur le terrain.

Il s'agit en règle générale d'un infirmier. Toutefois, compte tenu des spécificités de la radiothérapie, il peut s'agir, dans ce cas, d'un manipulateur d'électroradiologie médicale aidant à la préparation et à l'exécution du traitement de radiothérapie. Son rôle est important notamment dans l'information nécessaire au bon déroulement du traitement de radiothérapie.

Les secrétaires médicales de consultation ont aussi un rôle important dans la bonne organisation de ce dispositif, dans la fluidité de ce premier parcours et dans la qualité de l'accueil et de l'environnement dont le patient et ses proches bénéficieront.

Le personnel paramédical peut intervenir après la consultation d'annonce du diagnostic et/ou après la proposition de la stratégie thérapeutique, immédiatement ou en différé (moins de 3 à 4 jours). Le moment n'est pas imposé au patient mais laissé à son libre choix. Il peut s'avérer nécessaire de le renouveler et il peut faire l'objet d'un suivi téléphonique.

L'entretien a lieu dans un endroit propice, si possible dédié, sans perturbation venant de l'extérieur (appels téléphoniques, bips) et permet le respect de la confidentialité des échanges. L'entretien peut aussi avoir lieu dans la chambre d'hospitalisation lorsque le patient a été directement hospitalisé, sous réserve du respect des mêmes conditions.

La durée de cette consultation paramédicale est variable en fonction des besoins du patient.

Il est important que l'infirmier ait des informations écrites sur le contenu de la consultation médicale, en particulier s'il n'y a pas assisté (fiches d'entretien, grilles de mots, fiches vocabulaire).

Selon le souhait du patient, un ou plusieurs accompagnants peuvent être présents.

Le contenu de l'entretien paramédical est inscrit dans le dossier patient (fiche de liaison).

Expressions d'équipes / Expressions de patients :

« Tout d'abord, l'impression globale très positive de ce dispositif mis en place en Juin 2004, principalement en pathologie ORL et sénologique (l'extension aux autres disciplines étant prévue dans un second temps), impression ressentie par les soignants ET par les patients. Le principal intérêt constaté en pratique est de retrouver des patients beaucoup mieux préparés, moins angoissés, à leur parcours pré-thérapeutique et à leur traitement avec, comme corollaire, une meilleure adhésion à notre prise en charge et une confiance accrue. Un autre avantage, non négligeable, de ce dispositif est de renforcer la collaboration médecins-personnel soignant dans la prise en charge du patient donc, d'améliorer nos relations interprofessionnelles, d'avoir le "regard" d'autres individus de formations différentes dont le vécu de la maladie et de ses traitements peut différer, la confrontation peut-être, à mon avis, très intéressante et fructueuse. » (CLCC Antoine Lacassagne de Nice)

« La prise en charge des malades au niveau du Service a été notablement simplifiée ; le personnel soignant a considéré que les patients qui avaient bénéficié du dispositif d'annonce étaient plus à même de participer à leur plan personnalisé de soins, et moins « stressés » vis à vis de l'avenir.

La poursuite du dispositif d'annonce dans les services où ils avaient été instaurés et en particulier la création d'un poste à mi-temps d'infirmière référente prouve l'importance de cette mesure. L'infirmière référente est identifiée en effet comme l'élément principal devant entourer le dispositif d'annonce et venir le renforcer.

Le Centre de Coordination en Cancérologie (3C) a décidé que la mise en place du dispositif d'annonce devait s'étendre progressivement à l'ensemble des services prenant en charge des malades, au temps du diagnostic ou au temps de l'initialisation du traitement. Il en fait une action structurante de l'activité cancérologique du CHU au même niveau que l'harmonisation des RCP et la validation des référentiels. » (3C - CHU de Montpellier)

« Le dispositif d'annonce apporte une meilleure qualité de prise en charge avec des consultations dédiées plus longues et mieux préparées, une infirmière qui assure un rôle relais lors de l'annonce et du suivi, des médecins plus sereins, un programme personnalisé de soins rédigé. Les patients et les familles sont satisfaits. » (CH de Versailles)

« La réflexion sur le thème de l'amélioration des soins lors de la prise en charge initiale des malades a toujours impliqué l'ensemble de l'équipe soignante, sans pour autant se décharger de nos missions professionnelles propres. La sensibilisation, la formation de l'équipe soignante et des facilités à la discussion sans « barrière » hiérarchique au sein de l'équipe nous paraissent essentielles pour qu'il s'installe un esprit synergique dans les services. » (Clinique Victor Hugo, Le Mans)

« La mise en place de la consultation d'infirmière (consultation d'annonce) m'a aidé à évacuer quelques détails que je n'avais pas compris, de plus c'est un complément indispensable pour un bon moral. Ma femme et moi-même remercions Madame..., pour la forte contribution aux explications des détails non compris, son écoute, sa délicatesse à aborder des sujets épineux, cette personne est un plus pour ce service.

J'espère de tout cœur que ce service fera des émules, à mon avis je ne suis pas le seul à croire que c'est un complément indispensable pour le bien de tous.»

(Expressions provenant de la lettre d'information trimestrielle du dispositif d'annonce.)

Fiche OBJECTIF SROS n° 18
en rapport avec une autorisation d'activité de cancérologie

1.Situation actuelle, évaluation de l'existant :

L'établissement est au-dessus des seuils de chirurgie cancérologique (méthodologie INCA) pour l'année 2005 :

- chirurgie digestive : 120 pour un seuil à 30 ;
- chirurgie seniologique : 269 pour un seuil à 30 ;
- chirurgie urologique : 167 pour un seuil à 30 ;
- chirurgie thoracique : 43 pour un seuil à 30 ;
- chirurgie ORL : 42 pour un seuil à 20 ;
- chirurgie gynécologique : 39 pour un seuil à 20.

En H.T.P., 1260 séances de chimiothérapie ont été réalisées sur le site en 2005.

Les chirurgiens du CHPL participent aux réunions de RCP à l'ICL ; le CHPL souhaite que des réunions soient réalisées alternativement sur le site de Montchovet.

2.Objectifs :

- Etre autorisé pour l'activité de cancérologie ;
- Etre reconnu comme l'un des établissements faisant partie intégrante du site de cancérologie ;
- Mettre en place le dispositif d'annonce du cancer. Le CHPL sollicitera des crédits à ce titre ;
- Mettre à disposition les informations nécessaires pour l'enregistrement des dossiers en RCP et soumettre les cas le nécessitant au consensus médical ;
- Faciliter l'inscription des cancers « standard » ou « non-standard » sous réserve de la mise en place de cet enregistrement à l'ICL dans le cadre des RCP.

3.Indicateurs :

- Score (0 à 5) de lisibilité du site de cancérologie/ Score de lisibilité maximal (5) [SROS 26]
- Nombre de Fiches RCP remplies par les Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP) du bassin de santé [SROS 27]
- Nombre de K fréquents de la population du bassin, pris en charge par l'établissement / Nombre de K fréquents de la population du bassin pris en charge par les établissements de la région (bassin inclus) [SROS 37]

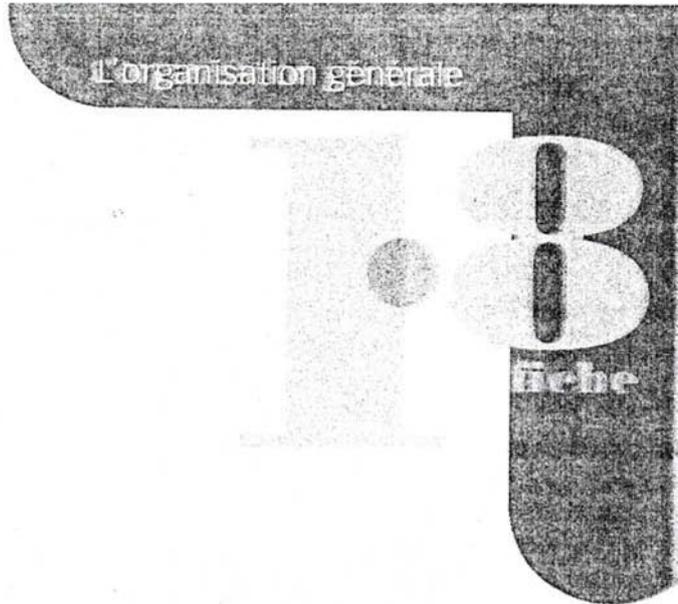
L'ARH (l'équipe de bassin) s'engage à recueillir – et à transmettre 1 fois par an - ces indicateurs à l'établissement

4.Calendrier de réalisation :

2007

5.Référents :

- pour l'établissement : Directeur & médecin oncologue
- pour l'ARH : CRAM



La formation des professionnels de santé

Objectif

- Former, informer, sensibiliser en fonction de la nature de leurs activités ou de leur niveau de responsabilité, l'ensemble des professionnels du secteur libéral et des personnels des établissements de santé publics, privés, PSPH et médico-sociaux.

L'objectif est de pouvoir assurer la cohérence et la continuité des soins en situation de pandémie grippale.

Recommandations

Les établissements de santé publics, privés, PSPH, et médico-sociaux

La formation des professionnels des établissements de santé au risque de pandémie grippale s'appuie sur le réseau de formateurs des zones de défense (délégué de zone, établissements de santé de référence, sociétés savantes, etc.).

Chaque établissement de santé public, privé,

PSPH et médico-social doit s'assurer de la participation de l'ensemble du personnel à ces séances de sensibilisation.

Les établissements mettent à disposition du personnel un CD-Rom et les outils pédagogiques diffusés par le ministère de la Santé et des Solidarités. Les établissements peuvent assurer la continuité de l'information et de la formation en mettant en place des outils pédagogiques *via* intranet, l'e-learning, le journal de l'établissement, etc.

Des exercices pédagogiques doivent être organisés avec les personnels qui seraient les plus impliqués lors de la pandémie grippale. Dans ce cadre, des formations spécifiques peuvent être organisées pour le personnel du SAMU/Centre 15, du SMUR, du service d'urgence, du service de réanimation, du service de pédiatrie.

Le plan de formation continue de chaque établissement doit promouvoir des actions prioritaires sur l'hygiène et le risque infectieux.

Il appartient maintenant aux établissements de santé d'intégrer cette formation dans le cadre de leur plan annuel de formation.

Annexe 6 :

Fiche OBJECTIF QUALITE n°1 en rapport avec la gestion des risques

1. Situation actuelle, évaluation de l'existant :

La politique qualité et de gestion des risques s'inscrit dans une dimension institutionnelle avec la participation des instances de l'établissement : la CME, le Comité des vigilances, le COMEDIMS, le CLIN, le CHSCT, le CLAN, la cellule de gestion de crise responsable de l'organisation des plans d'urgence (plan blanc).

Les cellules qualité et gestion des risques sont rattachées à la direction ; elles participent activement grâce à leurs missions transversales à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme de gestion de la qualité et des risques.

Les vigilances réglementaires sont orchestrées par un pharmacien gérant : il assure la veille réglementaire, le traitement des alertes ascendantes et descendantes et le suivi des signalements des événements liés aux vigilances.

Pour les autres signalements d'événements indésirables, ils se font sur l'intranet.

Il existe une analyse des risques à posteriori et une analyse des risques a priori pour les risques professionnels (document unique des risques professionnels).

Le CHPL atteint actuellement les scores suivants :

- 3/5 dans sa politique de gestion des risques,
- 3/6 dans l'organisation de sa gestion des risques,
- 3/5 dans la mise en place de son dispositif de veille.

2. Objectifs :

- Etendre les missions du Comité des vigilances à l'ensemble des risques.
- Rédiger un programme de gestion des risques.
- Etablir un bilan annuel de gestion des risques.
- Nommer un gestionnaire des risques (coordonnateur).
- Promouvoir la formation à la gestion des risques pour les professionnels
- Poursuivre l'identification et l'analyse des risques a priori
- Globaliser les informations relatives aux risques, les hiérarchiser et les traiter.

3. Indicateurs :

- Score atteint (0 à 5) par l'établissement de santé dans sa politique de gestion des risques / Score maximal (5) [QUALITE 1]
- Score atteint (0 à 6) par l'établissement de santé dans l'organisation de sa gestion des risques / Score maximal (6) [QUALITE 2]
- Score atteint (0 à 5) par l'établissement de santé dans la mise en place de son dispositif de veille / Score maximal (5) [QUALITE 3]

L'établissement s'engage à recueillir – et à transmettre 1 fois par an - ces indicateurs à l'ARH

4. Calendrier de réalisation :

Nomination du gestionnaire des risques et rédaction du programme de gestion des risques en 2007.

Autres objectifs pour 2009.

5. Référents :

- pour l'établissement : Pharmacien coordonnateur des vigilances, service qualité & Direction.
- pour l'ARH : CRAM

Règles d'hygiène face au risque épidémique

Les règles d'hygiène comme le respect des mesures barrières, et certaines mesures d'éloignement social (fermeture d'établissements scolaires, suppression de rassemblements), sont constitutives des mesures de santé publique non médicamenteuses dont la mise en œuvre concourt à la fois à une protection individuelle et à limiter la diffusion d'un nouveau virus grippal pandémique. Comme devant tout germe infectieux à transmission essentiellement respiratoire mais également manu portée, elles concernent principalement :

- l'attitude que doit avoir un malade lorsqu'il tousse, éternue, se mouche ou crache ;
- la distance à respecter (plus d'un mètre) avec un malade ;
- le lavage des mains par les malades et leurs contacts proches ;
- le nettoyage des surfaces et des objets utilisés par les malades ;
- la gestion des déchets.

Le respect des règles d'hygiène doit être systématique en situation de transmission inter-humaine d'un nouveau virus grippal et en pandémie

Traitements antiviraux

Il n'y a pas de traitement médicamenteux ou vaccinal préventif contre le virus de la grippe pandémique chez l'homme. Néanmoins, dans certaines circonstances particulières, un traitement anti-viral post-exposition pourrait être proposé. Les autorités sanitaires préparent des recommandations concernant l'utilisation de ces médicaments dans des indications prophylactiques

Sur le plan curatif, le recours à certains médicaments antiviraux le plus tôt possible dans les 48 heures après l'apparition des symptômes et si possible dans les 12 heures qui suivent, ou après une exposition à un malade sans protection adaptée, pourrait présenter une certaine efficacité face à la souche virale de la grippe pandémique, comme c'est le cas pour les souches de virus grippal saisonnier en circulation et pour l'actuelle souche de virus grippal aviaire de type A (H5N1). Ces traitements antiviraux permettent de réduire la charge virale, la durée des symptômes, et certaines complications de la maladie. Destinés prioritairement au traitement précoce des malades, ces médicaments seront délivrés gratuitement par les officines pharmaceutiques habituelles sur prescription médicale. Le ministère de la santé assure la disponibilité des stocks nécessaires au traitement de l'ensemble des malades, qui pourrait se chiffrer pour la France, selon l'estimation haute de l'InVS et sans intervention sanitaire corrective, à 21 millions de personnes.

Les antibiotiques, inactifs sur les virus, ne sont utilisés qu'en cas de surinfection bactérienne

Vaccin

Si la vaccination constitue le moyen le plus efficace de lutte contre les épidémies de grippe saisonnière, le vaccin pandémique ne pourra être développé que lorsque la souche pandémique aura été connue, isolée, atténuée et transmise aux industriels producteurs (phase 5 ou 6 OMS), conduisant à un délai de plusieurs mois avant que l'on dispose des premiers lots de vaccin contre la souche pandémique. C'est pourquoi il faut préconiser le respect de règles d'hygiène et mettre en œuvre des mesures barrières afin de ralentir la diffusion du virus

Le vaccin contre la grippe humaine saisonnière qui est élaboré chaque année à partir des principales souches de virus grippal ayant circulé dans le monde l'année précédente, ne protège pas contre le virus de la grippe aviaire ni contre un nouveau virus pandémique

Mesures barrières

Les mesures barrières visent à faire obstacle à la diffusion de l'agent infectieux connu ou présumé à partir d'une source d'infection, qu'il s'agisse d'une personne infectée ou de son environnement immédiat, pour éviter sa transmission à d'autres individus.

Elles font appel à différents équipements (masques antiprojection dit "chirurgicaux", appareils filtrants de protection respiratoire individuelle de type "FFP2", gants, lunettes, vêtements...). Chacun ayant une efficacité partielle dans la réduction du risque de transmission, ils peuvent être utilisés seuls ou de façon combinée selon le niveau d'exposition des personnes ou professionnels concernés. Leur utilisation impose de gérer leur élimination en tant que déchets à risque infectieux.

L'efficacité globale des mesures de protection sanitaire dépend du bon niveau d'information et de formation des intervenants, professionnels ou bénévoles, mais également de la population, ainsi que du comportement de chacun au quotidien notamment au sein de la famille ou des proches en cas de malade pris en charge à domicile

[<< Accueil](#)[<< retour Liste des dossiers](#)**LA GRIPPE AVIAIRE (OU GRIPPE DU POULET OU INFLUENZA AVIAIRE)**

La grippe aviaire est une maladie animale. Cependant, dans quelques cas répertoriés par l'Organisation mondiale de la Santé, le virus de la grippe aviaire a pu se transmettre à l'homme par le biais des sécrétions respiratoires des animaux infectés, leurs déjections ou les plumes et les poussières souillées. Seules les personnes qui ont des contacts étroits, prolongés et répétés avec des animaux malades sont exposées à une contamination par le virus aviaire A(H5N1). La maladie n'est pas transmissible d'homme à homme (pas de contamination inter-humaine).

Le risque d'être contaminé en mangeant de la viande ou des oeufs est faible voire négligeable selon l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments. La cuisson détruit le virus.

Consultez les informations pour le grand public

Info'Grippe Aviaire
0 825 302 302
 (0,15 € la minute)

Réponses aux questions les plus fréquemment posées

Affiches et dépliants : messages de vigilance et de recommandations à l'attention des voyageurs

La liste officielle des pays touchés par la grippe aviaire et la carte de ces pays figurent sur le site de l'Organisation mondiale de la santé (Oms).

Informations et documents pour les professionnels de santé**Kit à l'usage des professionnels de santé :**

- [Consultez le CD-Rom du kit en ligne](#)
- [Téléchargez le kit au format .zip](#) (142 Mo)

Fil d'actualités

- [Point de situation épidémiologique internationale de l'InVS](#)
- [Tous les communiqués de presse et dossiers de presse depuis 2004](#)

Le plan national

- [Plan national de prévention et de lutte "pandémie grippale"](#) actualisé au 9 janvier 2007 (Format PDF) - [Version anglaise](#) (Format PDF)
- [Fiches techniques du plan Pandémie grippale](#) actualisées au 16 septembre 2006
- [Circulaire N° DHOS/CGR/2007/130 relative à la diffusion du guide sur l'organisation des soins en pandémie grippale](#)
- [Guide sur l'organisation des soins en situation de pandémie grippale annexé à la circulaire](#)
- [Préparation du secteur médico-social et social à une pandémie grippale : Fiches de recommandations](#) (mars 2007)

Conduites à tenir :

- [Définition de cas possible de grippe aviaire H5N1](#) (Institut de veille sanitaire)
- [Conduite à tenir devant des cas possibles de grippe à nouvelle souche de virus grippal](#)

http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/grippe_aviaire/sommaire.htm

sans transmission inter humaine (DGS - 28 novembre 2005) 

- Conduite à tenir lors d'une exposition à des volailles ou d'autres oiseaux atteints d'influenza aviaire à virus hautement pathogène et à risque établi de transmission humaine sur le territoire national  (mis à jour au 3 octobre 2006)

- Risques infectieux en milieu de soins- masques médicaux ou appareils de protection respiratoire jetables : quel matériel choisir ?



- Grippe aviaire : risques professionnels et prévention (Institut national de recherche et de sécurité)

Outils de formation :

- Module de formation sur la grippe aviaire pour les professionnels de santé (20 janvier 2006)

LA GRIPPE AVIAIRE (OU GRIPPE DU POULET OU INFLUENZA AVIAIRE)

Module de formation sur la grippe aviaire pour les professionnels de santé

Les documents téléchargeables ci-dessous sont au format Powerpoint.

Télécharger le diaporama dans son intégralité (15 Mo)

1. Les virus grippaux (348 Ko)

2. Epidémiologie (722 Ko)

3. La grippe H5N1 : aspects cliniques (236 Ko)

4. Traitements et mesures de protection (649 Ko)

5. Préparation à la lutte contre une pandémie grippale (82 Ko)

6. Plan national de lutte contre une pandémie grippale (634 Ko)

7. Conduite à tenir devant des "cas possibles" de grippe à virus H5N1 (5,5 Mo)

8. Sources d'informations (99 Ko)

9. Questions-réponses (9 Mo)

Source :

Direction générale de la santé
SD5-C Bureau des maladies infectieuses et de la politique vaccinale
8 avenue de Ségur
75007 Paris

Mise en ligne : 14 mai 2003

Actualisation : mars 2007

http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/grippe_aviare/sommaire.htm

Extrait du diaporama du Ministère de la Santé et des Solidarités sur l'organisation des soins en période de pandémie grippale. (Diapositive n°11)

Patient	Interventions	
Le patient appelle un médecin ou se déplace directement chez lui.	<p>La visite à domicile est à privilégier. Les consultations en cabinet doivent être organisées afin de limiter le regroupement des patients grippés et non grippés.</p> <p>Si le médecin ne peut pas recevoir le patient ou n'est pas joignable : le patient appelle un autre médecin ou le SAMU/Centre 15.</p>	
Le patient appelle le 15.	<p>Le Samu/Centre 15 règle l'appel vers :</p> <ul style="list-style-type: none"> - conseil médical ; - régulation libérale pour l'envoi d'un médecin généraliste chez le patient ; - envoi d'un moyen SMUR ; - envoi d'un transport sanitaire (sapeur-pompier, ambulance, moyen associatif...). 	
Le patient appelle le 18	<p>Les appels sont reroutés vers le Samu/Centre 15.</p>	
Le patient se présente spontanément à l'hôpital.	<p>Zone de tri à l'accueil. ☺</p>	<p>Si le patient ne nécessite pas d'hospitalisation : il est orienté vers un service de consultation externe à proximité, vers un médecin libéral ou réadressé à son domicile. ☺</p>
Le patient se déplace directement dans une pharmacie, chez son kinésithérapeute, infirmier, etc.	<p>Si le patient nécessite une hospitalisation : il est orienté vers le service approprié.</p> <p>Le pharmacien, le kinésithérapeute, l'infirmier, etc. conseille le patient. Au besoin, il l'oriente vers un médecin ou vers le SAMU/Centre 15.</p>	

Annexe 9 :

Recommandations générales :

Afin d'éviter une perturbation de l'activité des urgences, et de limiter le risque de contagion par un agent pathogène, il est souhaitable que soit **identifié au préalable au sein de tout établissement de santé, un dispositif permettant l'accueil de tout patient présentant une infection respiratoire potentiellement contagieuse**, comportant :

- ❖ **un affichage en amont** des urgences demandant notamment aux patients présentant une fièvre avec toux de se signaler à l'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO), et mettant à leur disposition dès l'entrée aux urgences des masques chirurgicaux,
- ❖ **un circuit spécifique** au sein des urgences ou à proximité, avec orientation rapide par l'IAO dès signalement, pièce d'isolement simple dédiée à l'écart des flux de passage des urgences,
- ❖ **l'identification d'une équipe limitée** en nombre (médecin, infirmière, aide soignant) affectée à la prise en charge du patient,
- ❖ **une mise à disposition de moyens de protection** avec :
 - protections respiratoires individuelles pour le personnel soignant ~~type FFP2 ou à défaut FFP1~~, gants à usage unique, lunettes et casaque de protection à utiliser notamment en cas de risque de projection de sécrétions respiratoires,
 - masques chirurgicaux pour les patients,
 - soluté hydro-alcoolique ou savon antiseptique, produits détergents - désinfectants pour la désinfection des surfaces, mouchoirs jetables et sac poubelle DASRI,

Les examens complémentaires à visée diagnostique ou thérapeutique requis par l'état de santé du patient seront réalisés si possible au lit du malade ; la radiographie pulmonaire sera réalisée de préférence en service d'imagerie, le service étant prévenu préalablement pour éviter l'attente, le patient portant un masque de type chirurgical pendant tout le temps des transferts et de l'examen.

❑ **Le médecin senior du service d'urgence :**

- met en place les mesures barrières
- contacte l'infectiologue de l'établissement pour confirmer la stratégie de prise en charge.
- contacte l'InVS pour signaler et valider l'évaluation épidémiologique et le classement du patient en cas possible.

Dès confirmation du cas possible, **le praticien :**

- contacte la DDASS pour signalement et investigation épidémiologique des sujets co-exposés.
- informe le médecin traitant du patient,
- informe la Direction de son établissement, en fournissant toute information utile sur les mesures de gestion adaptées.
- informe le SAMU-Centre 15 de ce cas possible.
- réalise le prélèvement naso-pharyngé selon les modalités fournies avec le tube et rappelées au chapitre 6 ainsi que sur la fiche 3. Le prélèvement identifié avec sa fiche est placé sous emballage plastique hermétiquement fermé à +4°C avec sa fiche de renseignement.
- décide, dans l'attente des résultats, de la mise sous traitement antiviral curatif du malade ou, en lien avec l'InVS, du traitement prophylactique des sujets co-exposés asymptomatiques.
- informe le laboratoire de l'établissement afin qu'il contacte le laboratoire P3 agréé ~~pour la RT-PCR grippe destinataire et le transporteur.~~

Après réalisation des prélèvements et administration d'un traitement symptomatique, dans l'attente des résultats, le patient cas possible porte un masque chirurgical et est, soit hospitalisé dans des conditions d'isolement respiratoire de type gouttelettes, soit regagne son domicile après contact avec son médecin traitant, où il restera confiné en chambre seule.

En cas de décision de retour à domicile, **le médecin des urgences** en charge du cas devra alors:

- informer précisément par contact direct son médecin traitant, avant le retour et ensuite dès qu'il aura connaissance des résultats virologiques.
- fournir au patient et à ses proches des consignes à observer à domicile
- informer l'InVS, ainsi que la DDASS et le SAMU-Centre 15 du retour à domicile, en transmettant les coordonnées.

Annexe 10 :

Répartition des salariés du CHPL par FONCTION salariés en CDI et en CDD au 31/12/2007 (source : fiches de paie)



	2007						2006						ECART
	CDD		CDI		TOTAL		CDD		CDI		TOTAL		
filière administrative	2	3%	57	97%	59	12%	7	10%	60	90%	67	15%	-8
cadres	0		11		11	2%	2		10		12	2%	-1
non cadres	2		46		48	10%	5		50		55	12%	-7
filière générale	0	0%	16	100%	16	3%	2	12%	15	88%	17	4%	-1
filière soignante	60	15%	353	85%	413	85%	51	13%	326	87%	377	82%	36
surveillants bloc et service			14		14	3%			15		15	3%	-1
IDE hospitalisation et maternité	16		119		135	28%	24		99		123	27%	12
IDE bloc	2		48		50	10%	4		48		52	11%	-2
IDE Puericultrice	2		5		7	1%			6		6	1%	1
IDE formation			1		1	0%			1		1	0.2%	
As hospitalisation et maternité	22		68		90	18%	12		58		70	15%	20
As bloc	1		14		15	3%			13		13	3%	2
AS stérilisation et pharmacie			1		1	0%			3		3	1%	-2
AS en formation			5		5	1%			4		4	1%	1
Auxiliaires puéricultrices	6		19		25	5%	4		20		24	5%	1
Sages femmes	3		13		16	3%	4		12		16	3%	
IBODE			4		4	1%			5		5	1.1%	-1
ASH Bloc et stérilisation	1		17		18	4%	1		18		19	4%	-1
brancardiers	4		14		18	4%	1		16		17	4%	1
pharmaciens	1		2		3	1%			3		3	1%	
préparateur en pharmacie	1		3		4	1%			3		3	1%	1
chef d'équipe					0	0			1		1	0.2%	-1
manipulateur radio	1		2		3	0.6%	1		1		2	0.4%	1
Autres:			4		4	0.8%	1		5		6	1.6%	-2
TOTAL	62	13%	426	87%	488	100%	60	13%	401	87%	461	100%	27

RAPPORT

Etabli par Mesdames FLATRES Marie Laurence, MARX Laurence, MONTEYRIMARD Nathalie, WINTERSDORFF Nadine et Messieurs GABBANI David, MORCH Alain

RESULTATS

- Moyenne générale de l'épreuve : 5,20
- Répartition des notes :
 - notes supérieures ou égales à 15 : 0
 - notes comprises entre 12 et 15 : 0
 - notes comprises entre 10 et 12 : 5
 - notes comprises entre 8 et 10 : 3
 - notes comprises entre 5 et 8 : 26
 - notes inférieures à 5 : 36

Meilleure note de l'épreuve : 11,87 / 20

DEFINITION DE L'EPREUVE

A partir d'un dossier technique ou de documents techniques fournis au candidat, il sera demandé :

- une analyse des données et documents fournis,
- le traitement des informations correspondantes,
- l'organisation et l'exécution de travaux professionnels.

PRESENTATION DU SUJET

Le sujet se situe dans le cadre d'un centre hospitalier : le Centre de l'hospitalisation privée de la Loire (CHPL). L'établissement est engagé dans une démarche qualité. Celui-ci a signé un Contrat Pluri-annuel d'Objectifs et de moyens (CPOM) avec l'ARH. Le sujet positionne le candidat comme adjoint chargé de la qualité au sein de ce même établissement.

Le sujet comporte deux grandes parties : la première porte sur la mise en œuvre de la mesure 40 du plan cancer : le dispositif d'annonce du cancer. La deuxième porte sur le dispositif de gestion du risque lié à la grippe aviaire.

Les annexes, nombreuses et variées, exigent une analyse fine et conduisent à la réalisation de travaux préparatoires ou à des productions finalisées. Elles permettent aux candidats de se situer dans les contextes politique, institutionnel et professionnel.

REMARQUES RELATIVES A CHAQUE QUESTION : ELEMENTS ATTENDUS ET CONSTATS

○ **Question 1.1 : Fiche de poste**

Il s'agit de réaliser une fiche de poste en vue du recrutement d'une infirmière chargée du temps d'accompagnement soignant.

Cette fiche doit permettre de faire apparaître plusieurs rubriques utiles au recrutement (identification du poste, missions, connaissances et capacités liées au dispositif d'annonce)

Cette question nécessite un travail de lecture et d'analyse approfondi pour présenter clairement et de manière structurée et synthétique le contenu attendu.

Le candidat doit présenter les modes de diffusion les plus adaptés à un recrutement en interne en justifiant ses choix.

Question 1.2 : Plan détaillé

Il convient de réaliser un plan détaillé des arguments permettant de justifier ce temps d'accompagnement soignant. Ce travail nécessite de resituer ce temps dans un contexte institutionnel (juridique, financier,...), socioculturel (place et image de la maladie dans la société, par ex) et épidémiologique.

Le temps d'accompagnement doit être identifié comme un élément d'un dispositif se déclinant en quatre temps différents. Il est nécessaire de faire apparaître la pertinence de ce temps d'accompagnement au regard des attentes institutionnelles (continuité des soins, ...) et des besoins spécifiques (malades, familles, professionnels).

Un plan détaillé doit se traduire par une présentation structurée et synthétique. Le contenu doit comporter cependant tous les points nécessaires à l'argumentation. Ce n'est ni la reprise de l'énoncé, ni un développement rédigé.

Question 1.3 : Document type de recueil de données

Cette question vise à réaliser un document professionnel permettant le recueil de données durant le temps de l'accompagnement soignant. Il est conçu dans le but d'être utilisé par le professionnel en charge de ce temps et doit permettre ainsi une évaluation :

- de la compréhension par le patient de tous les éléments de son Plan Personnalisé de Soins (PPS)
- de son état psychologique et des besoins associés
- de ses besoins en soutien et en accompagnement dans son milieu naturel de vie

Le document doit comporter des rubriques apparentes dans un ensemble cohérent. Il doit traduire une vigilance dans la formulation et l'adaptation des propos à ce contexte très particulier.

Question 1.41 : Guide d'entretien

Ce guide d'entretien téléphonique s'adresse aux patients qui ont déjà fait l'objet d'une prise en charge dans le cadre d'un temps d'accompagnement soignant. Cet outil a donc pour objectif d'évaluer la satisfaction des patients suivis.

Il doit permettre de mesurer la qualité de cet accompagnement dans toutes ses dimensions (évoquées dans les questions précédentes) ainsi que les conditions d'organisation.

Le document doit être court, structuré et rapide à l'utilisation et doit permettre l'évaluation du degré de satisfaction.

Question 1.42 : Critères d'évaluation

Il s'agit de présenter des indicateurs (quantitatifs et qualitatifs) permettant de mesurer avec précision cette activité d'accompagnement. Il est nécessaire de s'appuyer, entre autres, sur l'exploitation des documents et des connaissances relatives aux organisations, mais également sur les réalisations précédentes (guides d'entretien, recueil de données,...)
Il convient d'expliquer l'utilité de chacun des critères retenus.

Question 2.1 : Plan de formation

Il faut réaliser un document unique permettant de visualiser pour chacune des catégories de personnels (administratifs, soignants, praticiens, services d'urgence et de pédiatrie, chefs de services, etc..) les modules spécifiques de formation mettant en évidence les intitulés, les objectifs, les formateurs intervenants, les temps affectés, les outils utilisés.

Il doit avoir une forte dimension opérationnelle sur le plan de l'organisation (utilisation des ressources internes dont les formateurs relais, volumes horaires affectés, rotations des personnels dans le temps, ..).

Chaque module proposé doit être présenté dans un ensemble cohérent.

Question 2.21 : Ordre du jour de réunion

Un ordre du jour est composé de l'énumération des points abordés lors d'une réunion, organisés selon un ordre cohérent. En l'occurrence, il convient d'aller au-delà de l'énoncé en s'inscrivant dans une dynamique générale.

Question 2.22 : Schéma

Ce schéma doit visualiser la place des différents acteurs dans le dispositif de signalement d'un patient en cas de pandémie grippale et la nature de leurs interventions.

Les liens entre les étapes, les acteurs et leurs interventions doivent être clairement matérialisés et explicites (l'utilisation de codes, formes, couleurs doivent avoir un sens et faciliter la lecture et la compréhension du schéma).

OBSERVATIONS ET RECOMMANDATIONS GENERALES

Pour réussir cette épreuve, il est indispensable que le candidat « s'imagine » dans la situation proposée, qu'il prenne particulièrement en compte les objectifs, le public visé, les moyens disponibles,...

Pour cela, une bonne analyse des annexes est indispensable car elle permet de comprendre le contexte et de trouver des pistes de réponse.

Il est inutile de présenter une introduction générale et/ou particulière à chaque question.

Le recopiage des annexes est à proscrire.

Le candidat doit s'interroger sur la pertinence et le caractère professionnel des documents qu'il produit au regard des consignes du sujet. Il ne doit pas perdre de vue le côté opérationnel de ses productions qui doivent être directement utilisables dans un contexte professionnel

Il doit également être attentif à l'orthographe, l'expression écrite et la syntaxe. La présentation doit être particulièrement soignée.

La copie doit être organisée. Les correcteurs apprécient la répartition par page, ou double page, des questions. Le respect d'une mise en page cohérente au niveau de la lecture des productions est un impératif : il est judicieux de commencer les productions en haut de page. Les brouillons ne sont pas admis.

EPREUVE SUR DOSSIER
RAPPORT

Etabli par Mesdames CAROTTI Sabine, EGLEMME Monique, GOSSELET Solange, KLISZ Martine, LEROUX Patricia, MOOS Agnès, PALLEZ Christiane, SCHERSACH Véronique, SCHULTZ Richarde, TABORIN Françoise, TRAN Corinne, VALENTINI Catherine

RESULTATS

- Moyenne générale de l'épreuve : 9,95 /20
- Répartition des notes :
 - notes supérieures ou égales à 15 : 11
 - notes comprises entre 12 et 15 : 15
 - notes comprises entre 10 et 12 : 8
 - notes comprises entre 8 et 10 : 16
 - notes comprises entre 5 et 8 : 12
 - notes inférieures à 5 : 8

Meilleure note de l'épreuve : 18 / 20

2. Objectifs de l'épreuve

Cette épreuve permet d'évaluer le candidat sur :

- sa connaissance des contenus d'enseignement dans la filière,
- sa réflexion sur les relations entre son enseignement et les autres disciplines,
- sa connaissance des finalités de la formation technologique concernée,
- sa réflexion sur la dimension civique de son enseignement, sur le rôle et la place des enseignants dans la communauté scolaire,
- ses aptitudes à l'analyse, la synthèse, la communication et l'expression orale.

L'épreuve prend appui sur un dossier réalisé par le candidat.

Le candidat expose le résultat de ses travaux en 15 minutes maximum ; cet exposé est suivi d'un entretien avec le jury de 30 minutes.

3. Observations concernant le dossier préparé par le candidat

... « L'épreuve prend appui sur un dossier réalisé par le candidat à partir d'une situation empruntée à l'entreprise ou à partir de son expérience professionnelle. Le dossier est constitué d'une ou plusieurs études techniques assorties d'une réflexion sur les conditions de leur exploitation à divers niveaux de formations technologiques et professionnelles »... (extrait de la définition de l'épreuve, B.O.E.N. du 21 octobre 1993)

- Le dossier comporte donc deux parties :
 - une étude technique
 - une réflexion sur les conditions de l'exploitation de cette étude dans le cadre pédagogique.

- **L'étude technique**

<i>Éléments de définition de l'épreuve</i>	<i>Précisions, explicitation</i>	<i>Éléments non conformes à la définition de l'épreuve</i>
Dossier réalisé à partir d'une situation	Elaboration d'un questionnaire en lien avec une situation observée ou vécue	Questionnement émergent d'une étude théorique et livresque sur un thème relevant du champ sanitaire et social
<i>empruntée à l'entreprise...</i>	Etablissement ou service du secteur sanitaire et social, apr exemple dans le cadre d'une activité bénévole ...	
<i>...ou à partir de son expérience professionnelle</i>	ou d'une expérience professionnelle	Expérience d'enseignement
Etude technique	<p>Démarche scientifique :</p> <ul style="list-style-type: none"> -analyse, -questionnement présentant un intérêt au regard des formations dans lesquelles peut intervenir le professeur de STMS (seconde option SMS, ST2S, BTS ESF et SP3S) et mettant en œuvre des moyens techniques pour élaborer la réponse, -prise de recul <p>• outils méthodologiques : moyens de recueil et de traitement des données, de formulation et de vérification d'hypothèse... avec ancrage sur le terrain.</p> <p>• Documentation technique : .documents professionnels provenant d'un service ou d'un établissement, .documents conçus et réalisés dans le cadre du recueil de données, .documentation diversifiée, actualisée, de niveau scientifique rigoureux</p>	<p>Description d'un projet d'action, du fonctionnement d'une structure ou de la mise en œuvre d'une mission</p> <p>Recherche uniquement livresque et synthèse d'éléments théoriques</p> <p>Document à destination du grand public pour présenter une action ou une structure copié et/ou non exploité</p>

La conclusion de l'étude technique sera la réponse au questionnaire initialement posé.

L'exploitation de l'étude technique dans le cadre pédagogique

L'étude conduite doit avoir des aboutissements pédagogiques à un ou plusieurs niveaux d'enseignement relevant de la compétence du professeur certifié de STMS. Cet objectif doit être présent dès la détermination du thème de l'étude afin que les applications ne soient pas artificielles.

La séquence d'enseignement doit être précédée d'une réflexion sur les exploitations pédagogiques possibles de l'étude technique ; l'inventaire synthétique de ces exploitations porte sur les différents niveaux de formation.

La présentation détaillée de la séquence comprend les objectifs de formation visés, la démarche pédagogique envisagée, les documents à remettre aux élèves ainsi que ceux utiles pour l'évaluation.

Observations concernant l'épreuve

L'épreuve orale commence par un exposé au cours duquel le candidat est invité à présenter l'ensemble de son dossier.

« L'exposé doit mettre en évidence :

- les raisons qui ont présidé au choix du thème,
- la documentation technique rassemblée,
- le travail personnel réalisé,
- les objectifs pédagogiques choisis,
- la structure de la séquence choisie, en explicitant en particulier le travail demandé aux élèves et les connaissances nouvelles apportées, ainsi que leur évaluation ».

(extrait de la définition de l'épreuve, BOEN du 21 octobre 1993)

Au cours de l'entretien, le candidat est amené à justifier les moyens utilisés pour mener son étude et à argumenter ses affirmations. Il est également invité à préciser des points relatifs à l'exploitation pédagogique proposée.

Cet entretien permet un échange avec le jury afin d'approfondir la réflexion et d'apprécier les aptitudes à la communication du candidat.

Constats :

Le jury a apprécié chez certains candidats :

- les structures de dossiers et d'exposés originales, adaptées au thème de l'étude développée et montrant une prise de recul,
- la maîtrise de la technique de l'exposé : gestion correcte du temps (15 mn), présentation synthétique,
- la qualité d'écoute et la capacité d'argumentation au cours de l'entretien,
- le respect des consignes de l'épreuve, notamment la rigueur dans la recherche et le choix d'un questionnement personnalisé et le recours à une méthodologie adaptée, ainsi que la mise en évidence de liens pertinents entre l'étude et l'exploitation pédagogique,
- la connaissance de la filière et de son évolution,
- la capacité à se questionner et à avoir un regard critique sur sa pratique et sa démarche,
- un exposé enrichissant et complétant le dossier.

Le jury regrette :

- l'absence de véritable questionnement ou la présence artificielle d'un questionnement, l'étude technique étant alors purement descriptive,
 - la formulation d'un questionnement trop large dont le traitement ne peut pas être réalisé dans le cadre de l'étude technique, ce qui conduit à des généralisations ou à des résultats très partiels au regard du questionnement initial,
 - l'utilisation de documents ou de résultats d'étude de terrain non actualisés,
 - la présence d'outils ou de méthodes sans objectif de recherche précis, sans cohérence avec le travail d'étude,
 - la présence dans les dossiers d'erreurs grossières concernant les savoirs de sciences et techniques sanitaires et sociales,
 - le manque de lien entre les deux parties (étude technique et exploitation pédagogique),
 - des activités pédagogiques (proposées dans le cadre de la séquence choisie) ne répondant pas à des objectifs de formation,
 - une structure d'exposé reprenant point par point et dans l'ordre indiqué les éléments de la définition de l'épreuve, sans articulation entre les éléments,
 - la présence de quelques dossiers dont la rédaction est incorrecte
- Un registre de langue parfois inadapté.

Conseils :

Concernant le dossier :

- La participation à une action, à des activités... du champ sanitaire et social doit servir de base au questionnement développé dans l'étude. Ainsi la seule description de cette participation ne constitue pas une étude technique.

- Les outils méthodologiques utilisés pour mener l'étude technique doivent être présentés et argumentés (questionnaires, guide d'entretien...) et pertinents avec les objectifs poursuivis.
- La documentation technique exploitée doit apparaître (références dans la bibliographie, extraits en annexes).
- Seuls doivent être mis en annexe de l'étude les documents mentionnés et exploités dans celle-ci.
- L'ensemble du dossier doit être paginé, annexes comprises, et comporter un sommaire général.
- L'exploitation pédagogique est une réflexion et une réalisation personnelles. Elle ne doit pas s'appuyer sur des documents extraits de manuels scolaires.
- La connaissance de la filière ne doit pas se limiter à une simple reprise des éléments du BO. Elle doit être réinvestie dans l'exploitation pédagogique de l'étude et doit pouvoir donner lieu à une approche réfléchie de la filière (ses objectifs, ses atouts...).
- Les concepts pédagogiques auxquels les candidats font référence doivent être assimilés. Le questionnement et la curiosité personnelle sont plus importants que du vocabulaire mal maîtrisé.

Concernant l'épreuve orale :

Le candidat doit :

- éviter de restituer oralement le contenu intégral et exclusif (sans apport nouveau) de son dossier et lui préférer une présentation synthétique, dynamique.
- réaliser un exposé structuré.
- se détacher de ses notes.
- éviter, au cours de l'exposé, de montrer des documents sans les exploiter (pour illustrer, convaincre, expliquer...);
- faire preuve de rigueur (vocabulaire, structuration de la présentation et des réponses aux questions du jury).
- être capable de faire une évaluation critique de son propre travail.

Cette épreuve permet aux candidats de montrer leurs capacités à s'investir dans la formation d'élèves, à conduire et à réussir des activités d'enseignement et à communiquer.

CONCLUSION GENERALE

Le jury félicite les candidats admis au CAPET et au CAFEP.

On constate, cette année encore, une forte diminution du nombre des présents aux épreuves d'admissibilité par rapport aux inscrits : 42,3 % contre 38,8 % en 2008 pour le CAPET et 53,5% contre 43,1 % en 2008 pour le CAFEP.

Les résultats des épreuves d'admissibilité font apparaître, année après année des insuffisances de beaucoup de candidats quant à la préparation indispensable à toute candidature.

La moyenne de l'épreuve de sciences médico-sociales de 4,32 est inférieure ! À celles des sessions précédentes (5,1 et 5,04) et atteint un niveau inquiétant.

Celle de l'épreuve de projet ou étude de cas est stable 6,4 (6,21 et 6,83) mais demeure trop faible. On ne peut que redire que l'inscription à un concours nécessite une préparation rigoureuse, la prise en compte du niveau de connaissances requises et de la complexité des questions du domaine sanitaire et social.

Un professeur en sciences médico-sociales devra maîtriser les aspects scientifiques, économiques, sociologiques et juridiques des enseignements et ses connaissances devront être actualisées. Cette exigence, la réflexion et l'analyse de questions sanitaires et sociales prévalent à ces concours comme elles prévaudront lorsqu'il s'agira d'enseigner.

Les résultats des épreuves d'admission font apparaître, comme l'an passé, une grande disparité entre les candidats en particulier lors de l'épreuve sur dossier.

Comme lors de la session 2008, les candidats disposaient pour l'épreuve d'action sanitaire et sociale, d'une bibliographie sur Cdrom, mettant à leur disposition de l'ensemble des textes récents leur permettant de trouver les références ou données complémentaires aux annexes des sujets à traiter. La rigueur, la précision, l'actualisation des éléments de réponse sont des points constamment attendus de la part du jury.

Les trois épreuves sont complémentaires et évaluent des compétences qui doivent être celles de futurs enseignants : analyse et exploitation de documents, présentation synthétique, rigoureuse, convaincante et agréable des argumentations, adaptation aux situations de type professionnel, gestion du temps, qualité de l'écoute et réactivité ...

Le jury a apprécié les prestations des candidats qu'il se réjouit de compter bientôt comme futurs collègues.

Le jury tient à remercier le RNSMS qui a conçu le CDROM mis à la disposition des candidats. Il remercie également Madame le Proviseur, Madame La gestionnaire et l'équipe d'accueil du lycée D'Alembert à Paris pour l'accueil et l'aide efficace apportés lors des épreuves d'admission qui, ont eu lieu dans d'excellentes conditions.