



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 2010

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 Rapport de l'épreuve | 6 |
| - Projet d'organisation ou étude de cas o Rapport de l'épreuve | 10 |
| Epreuves d'admission | |
| - Action sanitaire et sociale o Rapport de l'épreuve | 14 |
| - Travaux pratiques o Sujet | 17 |
| o Rapport de l'épreuve | 41 |
| - Epreuve sur dossier o Rapport de l'épreuve | 44 |
| Conclusion générale | 48 |

Composition du jury

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

| | |
|--------------------------------------|------------------|
| ANDRAULT Christelle | Versailles |
| BARDEAU Sabine | Orléans Tours |
| BENMOUSSA Gwladys | Créteil |
| CAFFET Laurence | Reims |
| CAROTTI Sabine IA IPR | Créteil |
| CHEVREUX Vincent | Créteil |
| COQ Joëlle | Amiens |
| COSQUER Yolande | Versailles |
| DESCAMPS Nathalie | Créteil |
| DUVERGER Jacqueline | Aix Marseille |
| EGLEMME Monique | Toulouse |
| EL-FEKAIR Khedidja | Poitiers |
| FIGUEROA SAINTARD Hector | Créteil |
| FIZET Marie Bernard | Grenoble |
| FLATRES Marie Laurence | Versailles |
| GABBANI David | Créteil |
| GAILLARD Annie | Clermont Ferrand |
| GASQUET Renée IA IPR | Toulouse |
| GOSSELET Solange IA IPR | Paris |
| HASS Françoise | Nantes |
| HAIRY Barbara | Caen |
| HERVE Delphine | Rennes |
| KLISZ Martine | Bordeaux |
| LAB Agnès | Versailles |
| MICHAUD Francis | Nancy Metz |
| MOOS Agnès | Créteil |
| OUAMPANA César | Poitiers |
| PAIRAULT Valérie | Caen |
| PARRIAT-SIVRE Marie-Christine IA IPR | Nancy Metz |
| POROT Marie-Françoise | Orléans Tours |
| PUJOL BALLESTER Pascale | Orléans -Tours |
| RICHEUX Jean Yves | Nantes |
| RODA Dominique | Aix Marseille |
| ROLIN Annick | Versailles |
| RONY CHOUVION Emmanuelle | Aix Marseille |
| ROUFFET LEVESQUE Annie | Paris |
| SCHERSACH Véronique | Rennes |
| SCHULTZ Richarde | Strasbourg |
| STAATH Annette | Strasbourg |
| TABONE Danièle | Créteil |
| TABORIN Françoise IA IPR | Lyon |
| TRAN Corinne IA IPR | Aix Marseille |
| TRAVARD Dominique | Lyon |
| WINTERSDORFF Nadine | Versailles |
| WLOSZCZOWSKI Muriel | Créteil |

RENSEIGNEMENTS STATISTIQUES

CONCOURS EXTERNE

| | | |
|---|-----|------------|
| Candidats inscrits : | 490 | |
| Candidats présents à l'épreuve écrite d'admissibilité : | 181 | |
| Candidats admissibles : | 60 | |
| Candidats présents à l'épreuve orale d'admission : | 47 | |
| Candidats proposés pour l'admission : | 30 | |
| | | |
| Epreuve d'admissibilité | | |
| Note la meilleure | | 12,81 / 20 |
| Moyenne générale des candidats admissibles | | 07,59 / 20 |
| | | |
| Epreuve d'admission | | |
| Note la meilleure | | 13,75 / 20 |
| Moyenne générale des candidats admis | | 10,95 / 20 |
| | | |
| Ensemble des épreuves (admissibilité et admission) | | |
| Moyenne la meilleure | | 11,50 / 20 |
| Moyenne générale des admis | | 09,70 / 20 |

**CONCOURS D'ACCÈS A L'ÉCHELLE DE RÉMUNÉRATION
(CAFEP)**

| | | |
|---|-----|------------|
| Candidats inscrits : | 105 | |
| Candidats présents à l'épreuve écrite d'admissibilité : | 45 | |
| Candidats admissibles : | 20 | |
| Candidats présents à l'épreuve orale d'admission : | 16 | |
| Candidats proposés pour l'admission : | 10 | |
| | | |
| Epreuve d'admissibilité | | |
| Note la meilleure | | 10,56/ 20 |
| Moyenne générale des candidats admissibles | | 07,33 /20 |
| | | |
| Epreuve d'admission | | |
| Note la meilleure | | 14,96 / 20 |
| Moyenne générale des candidats admis | | 11,31 /20 |
| | | |
| Ensemble des épreuves (admissibilité et admission) | | |
| Moyenne la meilleure | | 12,20/20 |
| Moyenne générale des admis | | 09,75 /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

"Responsabilisation, individualisation, contractualisation: derrière ces trois mots, se dessine un mouvement de fond qui parcourt les politiques sociales françaises. Le passage progressif d'une action publique basée sur la solidarité à son recentrage sur un individu disjoint du contexte socio-économique amorce une mutation, un changement de paradigme à l'œuvre dans le champ du social".

Vachon 1., "L'action sociale face à l'injonction libérale", ASH, mars/avril 2006.

Analyser comment les politiques sociales, centrées sur la solidarité, glissent vers une politique centrée sur l'individu, et dans quelle mesure cette mutation constitue un enjeu majeur?

RAPPORT

Rapport établi par

| |
|------------------------|
| BARREAU Sabine |
| BENMOUSSA Gwladys |
| CHEVREUX Vincent |
| COSQUER Yolande |
| EGLemme Monique |
| FLATRES Marie Laurence |
| GABBANI David |
| HERVE Delphine |
| OUAMPANA César |
| PAIRAULT Valérie |
| Mme RODA Dominique |
| SCHERSACH Véronique |
| SCHULTZ Richarde |
| STAATH Annette |

Résultats

Moyenne générale de l'épreuve : 4,55

Répartition des notes :

- Notes supérieures ou égales à 10 : 6
- Notes comprises entre 05 et 10 : 85
- Notes inférieures à 5 : 144

Meilleure note de l'épreuve : 15/ 20

Recommandations générales :

Les sciences médico-sociales constituent une discipline à part entière, qui nécessite des connaissances en droit, sociologie, économie, histoire et psychologie, avec une approche conceptuelle et transversale.

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, et qui ne saurait se limiter à une simple reformulation de l'énoncé.

La composition ne doit pas se limiter à une simple juxtaposition 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 perspective les différentes dimensions du concept de solidarité au travers de l'évolution historique des politiques sociales.

La mutation des politiques sociales devait être éclairée à travers l'évolution du concept de solidarité. Cette étude nécessitait une référence aux fondements théoriques (courants de pensée) et à quelques facteurs (contexte européen, lutte contre les déficits publics...).

L'étude de cette mutation devait s'appuyer sur des illustrations concrètes de dispositifs sociaux, médico-sociaux.

La notion d'enjeu devait être clairement présentée et déclinée au travers de ses aspects multidimensionnels : idéologique, social, financier...

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.

Le candidat doit, avec un souci continu, articuler son devoir autour de la problématique qu'il a identifiée (fil conducteur de sa réflexion).

Eléments attendus :

Introduction :

- Délimiter le champ de l'étude.
- Contextualiser l'étude et le questionnement.
- 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 :

Concepts de solidarité, individualisation, responsabilisation, contractualisation.

- Une perspective historique qui retrace l'évolution des politiques sociales.
- Un choix pertinent de dispositifs permettant d'illustrer cette mutation. Les connaissances de ces dispositifs devaient être mises au service d'une démonstration.
- Un regard distancié sur le sujet permettait d'appréhender l'enjeu dans ses différentes dimensions.

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 en sciences médico-sociales d'un niveau universitaire 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.

- Les politiques sociales ont souvent été réduites et/ou confondues à la protection sociale voire avec les politiques de santé publique.
- L'absence de repères juridiques et historiques a limité le candidat dans sa capacité à traiter le sujet.
- Les candidats n'ont pas toujours analysé l'enjeu majeur de la mutation.

Le jury a apprécié dans certaines copies :

- L'effort de se confronter à la problématique en privilégiant une analyse théorique permettant d'éviter une compilation descriptive de connaissances.
- La capacité à ne pas développer un niveau d'analyse anecdotique.

Le jury a regretté dans certaines copies :

- Une lecture du sujet sans le problématiser.
- La recopie de l'énoncé.
- Un énoncé de dispositifs sans renvoyer aux objectifs qui les animent.
- 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 :

- Un manque de rigueur dans l'expression, l'orthographe et le vocabulaire qui est incompatible avec l'exercice du métier d'enseignant.
- La présence d'idées reçues voire stéréotypées.
- La présence de schémas, tableaux, dessins ou autres fantaisies graphiques ou textuelles.

PROJET D'ORGANISATION OU ETUDE DE CAS

Sujet consultable sur le site
<http://www.education.gouv.fr/cid4927/sujets-des-epreuves-d-admissibilite-et-rapports-des-jurys.html>

Durée : 6 heures

RAPPORT

Rapport établi par

| |
|--------------------------|
| CAFFET Laurence |
| COQ Joëlle |
| DESCAMPS Nathalie |
| FIGUEROA SAINTARD Hector |
| FIZET Marie Bernard |
| HASS Françoise |
| HAIRY Barbara |
| MOOS Agnès |
| POROT Marie-Françoise |
| PUJOL BALLESTER Pascale |
| ROLIN Annick |
| TABONE Danièle |
| WINTERSDORFF Nadine |

Résultats

Moyenne générale de l'épreuve : 5,48

Répartition des notes :

- Notes supérieures ou égales à 10 :
- Notes comprises entre 05 et 10 :
- Notes inférieures à 5 :

Meilleure note de l'épreuve : 12,38

OBJECTIFS DE L'ÉPREUVE

« 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

Observations relatives au fond :

Le diagnostic social :

Le jury rappelle qu'un diagnostic social est l'étape préalable à la mise en place d'un projet.

- Le jury attendait du candidat une véritable étude permettant de justifier l'extension du SSIAD au regard des activités déjà existantes, notamment :
 - L'introduction devait permettre :
 - de positionner le professionnel,
 - de présenter l'association ASMD et le service du SSIAD ;
 - L'inscription de l'extension découlant d'un cadre juridique obligatoire ;
 - La situation de ce cadre légal et réglementaire s'inscrivant dans une politique de territorialisation ;
 - L'analyse des besoins spécifiques de la population en sélectionnant, croisant et analysant l'ensemble des données démographiques, sociales, sanitaires, institutionnelles de la ville de C. et en proposant une argumentation quant à l'intérêt d'étendre les capacités du SSIAD.
 - Une démonstration de l'utilité de cette extension au regard des caractéristiques des populations, de leurs besoins présents et avenir, des activités déjà existantes, de la législation, et des partenaires.
 - Des propositions quant aux nouvelles capacités de prise en charge (publics, activités, fonctionnement, personnel,)
- Une attention particulière devait être portée à la lecture de la consigne. Le jury a relevé notamment deux erreurs :
 - Une confusion, voire une méconnaissance des institutions (SMAD, SSIAD, HAD) ;
 - Une démarche de projet a parfois été présentée au lieu ou en plus d'un diagnostic social.
- Le jury rappelle qu'une démonstration n'est pas une simple énumération, mais consiste en une réelle analyse des données, c'est à dire une sélection pertinente des données, une comparaison entre elles afin de démontrer le nouveau besoin. Les comparaisons doivent être faites aussi bien dans le temps que dans l'espace et en rapport avec **la situation donnée** (SSIAD de C.)

Le plan d'information :

- La consigne ne consistait pas en la présentation d'une démarche de projet.
- Il s'agissait d'envisager:
 - l'information prévue tout au long du développement du projet (de son élaboration à sa réalisation en passant par sa conception) ;
 - les destinataires, au moment opportun ;
 - l'objet de l'information, ses modalités (en interne et en externe).
- Une attention particulière devait être portée à la lecture de la consigne. Le jury a relevé notamment trois erreurs :
 - Une démarche de projet a souvent été présentée au lieu du plan d'information.
 - La réalisation d'outils de communication et/ou de recueil de données.
 - Des éléments attendus dans la première partie présentés dans cette deuxième partie.

Observations relatives à la forme

- Il est rappelé aux candidats qu'il s'agit d'une épreuve écrite.
- Le devoir doit être rédigé.
- Le candidat doit s'approprier les éléments qu'il sélectionne.
- Il n'existe pas de plan type mais le candidat doit choisir une structure adaptée au sujet. Celle-ci, reflet de la réflexion et du raisonnement mis en œuvre, doit être apparente.
- 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.

Conclusion

Le candidat doit faire preuve d'une capacité d'adaptation des modèles théoriques à une réflexion plus proche du terrain qui échappe à une lecture mécanique du sujet.

- **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

RAPPORT

Rapport établi par

| |
|------------------------|
| ANDRAULT Christelle |
| CAFFET Laurence |
| CHEVREUX Vincent |
| EGLEMME Monique |
| EL-FEKAIR Khedidja |
| FIGUEROA Hactor |
| HASS Françoise |
| HAIRY Barbara |
| OUAMPANA César |
| PAIRAULT Valérie |
| POROT Marie-Françoise |
| RICHEUX Jean Yves |
| ROUFFET LEVESQUE Annie |
| STAATH Annette |
| TABONE Danièle |
| TRAVARD Dominique |

Résultats

Moyenne de l'épreuve : 9,77

- Répartition des notes :

- * notes supérieures ou égales à 15 : 12
- * notes comprises entre 12 et 15 : 7
- * notes comprises entre 10 et 12 : 11
- * notes comprises entre 8 et 10 : 9
- * notes comprises entre 5 et 8 : 17
- * notes inférieures à 5 : 7

Meilleure note de l'épreuve : 19, 5

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 et/ou à une incapacité à lier celles-ci à une problématique cohérente, à un manque de contextualisation, et à d'importantes confusions.

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 fortement 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 du niveau attendu.

En outre, une mise à jour des connaissances 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 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, 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,
- 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.

Eléments de corrigé :

SUJET N°1 : en quoi la protection de l'enfance est-elle un enjeu de l'action publique ?

Les éléments attendus pour traiter ce sujet étaient :

- historique : évolution de la place de l'enfant dans la société et évolution de la législation.
- définitions : action publique, protection de l'enfance.
- dispositifs de la protection de l'enfance et acteurs : ASE, PMI, PJJ, associations habilitées, hôpitaux, écoles, ...
- loi du 05/03/2007.
- enjeu et perspectives : plusieurs pistes de réflexion : évolution des contextes socio-économiques, évolution des besoins et de la réponse sociétale, construction de la société, équilibre justice/conseil général, enjeux financiers, respect des textes fondamentaux,

Ces éléments sans être exhaustifs devaient être organisés dans une problématique cohérente de façon à faire ressortir les liens entre protection de l'enfance et enjeu de l'action publique.

Un regard critique était souhaitable.

SUJET N°2 : les droits des usagers contribuent-ils à leur autonomie ?

Ce sujet demandait une définition précise de tous les termes pour cerner la problématique.

Le candidat devait se questionner sur la notion d'autonomie après avoir défini de façon précise ce qu'étaient les usagers et les droits des usagers.

Le jury attendait que soient abordés les points suivants :

- cadre juridique : au moins : loi du 02/01/2002 et 04/03/2002,
- droits, outils et dispositifs : droit à l'information, libre choix, participation, consentement, recours, respect dignité, intimité, sécurité, ... ; CVS, CRUQ, livret d'accueil, chartes, contrats,
- traitement de la problématique : liens entre droits des usagers et autonomie des usagers : aspects favorables à l'autonomie, limites et éléments de questionnement.

Sujet travaux pratiques

Un secrétariat technique commun à l'Agence régionale de santé (ARH)* et à l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM) de Bretagne est l'interlocuteur privilégié chargé de l'accompagnement des professionnels souhaitant mettre en place un réseau de santé. Il met à la disposition des initiateurs de ce type de projet un ensemble de ressources techniques et humaines (renseignements sur les réseaux de santé existants, sur les dispositifs juridiques et financiers, sur l'instruction concrète des projets, mise en relation avec les personnes ressources de l'ARH et de l'URCAM, notamment).

Partant du constat que le sommeil et ses différentes pathologies sont encore trop peu connus et insuffisamment pris en charge, des professionnels de santé de la région Bretagne (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, psychologues, psychiatres, psychomotriciens) se sont réunis à plusieurs reprises, menant une réflexion approfondie sur le sujet. Ces différentes réunions ont abouti à la conclusion suivante : une nouvelle structure de soins n'est pas nécessaire, mais il paraît tout à fait opportun de créer un réseau de santé afin de mutualiser les compétences de chacun. Un groupe de six professionnels particulièrement impliqués s'est constitué, se positionnant ainsi comme promoteurs d'un réseau de santé autour du sommeil. Le groupe doit obtenir des informations sur les modalités de création et de fonctionnement d'un réseau de santé, ainsi que sur ses spécificités ~~que de~~. Le groupe a déjà réfléchi à un pré-projet afin de le finaliser, il contacte le centre de ressources « réseau de santé » de l'URCAM de Bretagne, pour solliciter l'expertise *ou* les conseils du cadre chargé de mission, responsable du secrétariat technique.

Adjoint au cadre chargé de mission à l'URCAM de Bretagne, responsable du secrétariat technique commun à l'ARH et à l'URCAM, vous êtes chargé de l'organisation d'une réunion qui aura pour objectif de proposer des outils nécessaires aux promoteurs du projet «réseau de santé sur le sommeil en Bretagne» pour le mettre en place.

A cet effet, vous avez effectué des recherches, sélectionné des documents divers, notamment sur les aspects juridiques et organisationnels des réseaux de santé et sur un exemple de réseau similaire, «le réseau Morphée», créé en région parisienne.

Afin de préparer cette réunion et d'en assurer la meilleure efficacité possible, vous devez réaliser plusieurs documents de travail. Ces documents seront diversifiés dans leur présentation et leur contenu, afin de s'adapter au mieux aux besoins d'information du groupe de professionnels, initiateurs de ce projet.

*Conformément à la loi du 21/07/09, l'ARH est appelée à disparaître. A compter du 1^{er} avril 2010, l'Agence Régionale de Santé (ARS) sera mise en place.

QUESTIONS

La première partie de la réunion permettra aux participants de s'approprier, par la présentation des différents documents, l'ensemble des informations relatives aux réseaux de santé.

Réalisez un document synthétique de votre choix présentant les principales caractéristiques d'un réseau de santé, afin que les promoteurs du projet puissent s'appuyer sur un outil de référence et vérifient que leur réseau réponde aux exigences requises par la réglementation.

Réalisez un schéma présentant les étapes nécessaires à la création d'un réseau de santé et faisant apparaître les documents correspondants.

Tout réseau de santé repose sur l'adhésion du patient à sa prise en charge par les différents professionnels qui en font partie. Cette adhésion se concrétise par la signature d'un document contractuel du patient.

Rédigez ce support formalisant l'engagement des parties, qui permet de prendre en compte la place et le rôle du patient dans sa prise en charge. Ce document pourra servir de référence aux initiateurs du projet de réseau de santé en Bretagne.

Les professionnels de santé se posent de nombreuses questions quant au dossier médical partagé du patient, mis en place dans le cadre de tout réseau de santé.

Réalisez, pour les professionnels, un document dressant l'inventaire des questions les plus fréquemment posées et des réponses qui leur sont associées.

La seconde partie de la réunion illustrera, par un exemple concret, la réalité d'un réseau de santé qui intervient dans le cadre de troubles du sommeil dans une autre région de France.

Réalisez un diaporama présentant le réseau « Morphée » (10 diapositives au maximum).

Le secrétariat technique est l'interlocuteur privilégié des promoteurs de réseaux de santé et à ce titre, il doit répondre à des besoins d'information de façon optimale, afin de remplir au mieux cette mission spécifique. Il est donc nécessaire de concevoir des outils d'évaluation qui permettent de mesurer la qualité des prestations offertes et de l'améliorer, si nécessaire.


Réalisez un questionnaire qui sera remis aux promoteurs du projet et qui permettra de mesurer la qualité et la diversité des informations apportées lors de la réunion, eu égard à leurs attentes et à leurs besoins.

ANNEXES


| N° des annexes | <u>Titre des annexes</u> | <u>Pages</u> |
|-----------------------|--|---------------------|
| 1 | Documents internes du réseau « Morphée » www.reseau-morphee.com , consulté le 2/09/09 | 4 |
| 2 | Phase d’instruction d’un projet – URCAM de Bretagne www.santebretagne.com , consulté le 2/09/09 | 2 |
| 3 | Charte du réseau « Paris – Diabète » www.paris-diabete.fr , consulté le 2/09/09 | 1 |
| 4 | Diapositives extraites d’un diaporama de la faculté de médecine de Marseille, novembre 2007 www.timone.univ-mrs.fr , consulté le 2/09/09 | 2 |
| 5 | Articles L 6321-1 , L 1111-8 et L1110-4 du code de la santé publique Article 6 du code de déontologie médicale | 1 |
| 6 | Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d’organisation, de fonctionnement ainsi que d’évaluation des réseaux de santé et portant application de l’article L. 6321-1 du code de la santé publique, J.O. n° 294 du 18/12/2002 | 4 |
| 7 | Questions sur l’informatisation des dossiers médicaux, rapport de la commission nationale permanente du Conseil national de l’Ordre des médecins, Assises nationales du 18/06/05 (extraits) | 9 |

PRESENTATION DU RESEAU MORPHEE

| | |
|---------------------------------------|---|
| N° d'identification | 960110823 |
| Promoteurs | Association Réseau Morphée |
| Adresse | 2 Grande Rue 92 380 GARCHES |
| Contacts | Président : Dr. Sylvie ROYANT |
| Zone d'intervention géographique | Ile-de-France, avec un épicentre situé au niveau des Hauts-de-Seine sud |
| Domaine d'intervention | Prise en charge des troubles chroniques du sommeil |
| Critères d'inclusion | Toute personne atteinte d'un trouble chronique du sommeil (durée de plus de trois mois) et habitant en Ile-de-France. Le patient doit présenter une plainte d'insomnie, de fatigue et/ou de besoin démesuré de dormir. |
| Objectifs | L'intérêt du patient guide le réseau qui se donne pour objectif d'offrir une réponse adaptée au patient, dans des délais raisonnables, avec des médecins mieux formés, tout en permettant au patient de s'impliquer dans sa prise en charge. Son action se structure autour de différents axes : <ul style="list-style-type: none"> - coordonner le circuit du patient, en privilégiant une prise en charge rapide par les médecins formés ou par des spécialistes de proximité, ce qui permet une orientation, si nécessaire, vers les centres hospitaliers spécialisés pour les cas difficiles. - améliorer la qualité des soins et de la prise en charge des patients en formant les professionnels de santé aux troubles du sommeil pour que chacun d'entre eux intervienne à son niveau optimal de compétence. - éduquer et responsabiliser le patient pour qu'il devienne acteur de sa prise en charge, tout en favorisant des actions de prévention. |
| Organisation et instances de pilotage | - conseil d'administration - salariés du réseau : médecin directeur (0,5 ETP) ; médecin coordonnateur (0,5 ETP) ; responsable organisation et logistique (1 ETP) ; responsable formation, information et communication (1 ETP) ; secrétaire (1 ETP). |
| Acteurs impliqués | <u>Professionnels médicaux</u> : 24 médecins généralistes, 10 pneumologues, 6 psychiatres, 1 cardiologue, neurologues, 5 ORL, 4 psychologues, 1 kinésithérapeute, infirmières, pharmaciens, 13 médecins hospitaliers <u>Etablissements de santé</u> : Hôpital Antoine Bécère, Hôpital Ambroise Paré, Hôpital Raymond Poincaré, Hôpital de l'Ouest Parisien, Clinique du Val d'Or, Clinique du Château de Garches, Centre Edouard Rist, Clinique de Meudon Bellevue. <u>Représentants des usagers</u> : Association Sommeil et Santé, Association Narcolepsie Cataplexie. |



RÉSEAU MORPHÉE



Qui sommes nous ?

- ▣ Les objectifs
- ▣ Fonctionnement du Réseau
- ▣ Contact du Réseau

Le Réseau Morphée a pour objectif principal une **optimisation des soins, par une collaboration des médecins de ville et des structures hospitalières, afin de faciliter l'accès des patients à des soins plus rapides et plus efficaces.**

Ses actions se situent à plusieurs niveaux

Informers les patients sur les pathologies du sommeil par l'intermédiaire :

- Du médecin
- Du site Internet
- D'un forum
- D'un blog
- De conférences et de différentes manifestations destinées au grand public
- Et grâce à l'action relais des associations de patients : Association Sommeil et Santé, Association Narcolepsie-Cataplexie, et autres associations.

Former les médecins et faciliter la communication entre eux

- Chaque médecin bénéficie d'une formation au diagnostic et à la prise en charge des troubles du sommeil.
- Chaque médecin peut interroger un confrère pour un avis ou faire appel au médecin coordonnateur du réseau en cas de besoin.

Mettre à disposition un dossier médical partagé sécurisé

- Ce dossier est accessible par tous les médecins du patient qui ont en ligne les derniers examens pratiqués, les conclusions de leurs confrères. La structuration du dossier est conçue pour développer un apprentissage de la séméiologie (les signes) des troubles du sommeil.
- Interrogeable par le patient, il peut autoriser un médecin ne faisant pas partie du réseau à accéder à son dossier (par exemple lorsqu'il consulte sur son lieu de vacances).

Travailler en équipe autour du patient

- Dans le cadre du réseau, les cas les plus difficiles sont discutés au cours de réunion de dossiers, afin de trouver la solution la meilleure pour le patient.
- De ce fait, le patient sait que son médecin met non seulement son savoir-faire à son service, mais aussi le savoir-faire de tous les professionnels.

- ▣ Le Réseau Morphée
 - ▣ Qui sommes nous ?
 - ▣ Le Réseau Morphée et vous
 - ▣ Atelier Insomnie
 - ▣ Journée Nationale du Sommeil
 - ▣ Une information plus interactive
- ▣ Quel dormeur êtes-vous ?
- ▣ Avez-vous des troubles du sommeil ?
- ▣ Des insomnies aux apnées du sommeil
- ▣ Le sommeil de l'adolescent
- ▣ Le sommeil de l'enfant
- ▣ Comment explorer le sommeil
- ▣ Pour en savoir plus...
- ▣ Lexique des troubles du sommeil
- ▣ Un forum pour toutes vos questions
- ▣ FAQ - Foire aux Questions
- ▣ Le blog du Réseau Morphée
- ▣ Nos liens
- ▣ Des livres sur le sommeil
- ▣ Accès Professionnels de Santé
- ▣ Mon dossier médical

21



Le Réseau Morphée

- Qui sommes nous ?
- Le Réseau Morphée et vous
- Atelier Insomnie
- Journée Nationale du Sommeil
- Une information plus interactive
- ▣ Quel dormeur êtes-vous ?
- ▣ Avez-vous des troubles du sommeil ?
- ▣ Des insomnies aux apnées du sommeil
- ▣ Le sommeil de l'adolescent
- ▣ Le sommeil de l'enfant
- ▣ Comment explorer le sommeil
- ▣ Pour en savoir plus...
- ▣ Lexique des troubles du sommeil
- ▣ Un forum pour toutes vos questions
- ▣ FAQ - Foire aux Questions
- ▣ Le blog du Réseau Morphée
- ▣ Nos liens
- ▣ Des livres sur le sommeil
- ▣ Accès Professionnels de Santé
- ▣ Mon dossier médical

- ▣ Les objectifs
- ▣ Fonctionnement du Réseau
- ▣ Contact du Réseau

Tout patient qui habite en Ile de France et qui présente des troubles du sommeil chroniques peut bénéficier de la prise en charge du Réseau

Comment ?

- Le médecin du patient fait partie du Réseau, il lui propose cette prise en charge.
- Le médecin ne fait pas encore partie du Réseau, il peut adhérer quand il le souhaite.
- Vous avez des troubles du sommeil chroniques, vous pouvez parler du Réseau à votre médecin : [imprimer une présentation du Réseau Morphée pour votre médecin](#)

Les engagements de chacun :

Pour le patient :

Recourir de manière systématique à son médecin traitant du Réseau pour ses troubles du sommeil et suivre ses indications thérapeutiques. Si nécessaire, c'est avec lui qu'un avis spécialisé sera demandé.

L'autoriser à tenir un dossier médical informatisé qui sera partagé entre les différents intervenants consultés dans le cadre du Réseau.

Participer autant que possible à des actions d'information ou de prévention organisées par le Réseau avec l'aide des associations de patients partenaires du Réseau Morphée. Un patient mieux informé gère mieux sa maladie et devient un partenaire actif du médecin.

Pour le médecin :

Participer aux actions de formation et d'information sur le traitement et la prise en charge des troubles chroniques du sommeil organisées par le Réseau Morphée, afin d'augmenter ses compétences dans le domaine des pathologies du sommeil.

Utiliser pour chacun des patients suivis le Dossier Médical Partagé conçu par le Collège des Professionnels de Santé du Réseau Morphée et accessible par connexion Internet au serveur sécurisé du Réseau.

Faciliter si nécessaire, en lien avec le médecin coordonnateur, l'accès du patient aux médecins spécialistes et aux explorations complémentaires.

Qu'apporte le réseau ?

Le réseau met à disposition des médecins un Dossier Médical Partagé communicant et assure la formation des médecins.

Un médecin coordonnateur intervient si nécessaire, pour aider le médecin traitant dans l'orientation du patient.

Des réunions de dossier, entre différents médecins, permettent de discuter des cas les plus difficiles pour trouver les solutions les plus adaptées aux patients.



RÉSEAU MORPHÉE



Le Réseau Morphée et vous

- ☐ Les outils à votre disposition
- ☐ Un bilan d'orientation avec le médecin consultant

■ Le Réseau Morphée

- Qui sommes nous ?
 - Le Réseau Morphée et vous
 - Atelier Insomnie
 - Club du sommeil - Conférences
 - Journée Nationale du Sommeil
 - Une information plus interactive
- ☐ Quel dormeur êtes-vous ?
 - ☐ Avez-vous des troubles du sommeil ?
 - ☐ Des insomnies aux apnées du sommeil
 - ☐ Le sommeil de l'adolescent
 - ☐ Le sommeil de l'enfant
 - ☐ en savoir plus sur le sommeil de l'enfant et de l'ado
 - ☐ Comment explorer le sommeil
 - ☐ Pour en savoir plus...
 - ☐ Lexique des troubles du sommeil
 - ☐ Un forum pour toutes vos questions
 - ☐ FAQ - Foire aux Questions
 - ☐ Le blog du Réseau Morphée
 - ☐ Nos liens
 - ☐ Des livres sur le sommeil
 - ☐ Accès Professionnels de Santé
 - ☐ Mon dossier médical

La qualité de la prise en charge des patients est au centre des préoccupations du Réseau Morphée. Son objectif est de faire en sorte que chacun reçoive **une réponse adaptée**, dans **des délais aussi courts que possible**, tout en lui permettant de prendre **activement part à son traitement**.

Au-delà de la formation indispensable des médecins, de la mise en place d'outils d'aide au diagnostic et de réunions de concertation pluridisciplinaires, le Réseau Morphée intervient également auprès de vous et vous aide à devenir acteur de votre prise en charge.

Pour ce faire, le réseau a développé différentes actions et modes d'intervention pour vous aider à comprendre et agir sur vos troubles du sommeil :

- Une information sur les mécanismes du sommeil et ses troubles
- Des outils d'aide au diagnostic, d'auto-évaluation et de suivi
- Une consultation spécifique avec nos médecins consultants, membres du Réseau Morphée
- Des ateliers ou groupes d'éducation thérapeutique sur l'insomnie
- Un espace de discussion avec le forum
- Une veille et un espace interactif avec le blog
- Une intervention régulière aux conférences grand public

Réseau Morphée
2 grande Rue
92380 GARCHES
contact@reseau-morphee.org
Tél : 08 77 93 12 04
(de 14h à 17h)

Quelle est la marche à suivre ?

La phase d'instruction : votre projet est prêt à être déposé

Tout projet de réseau en émergence peut faire l'objet d'une aide méthodologique ou d'un échange informel. A cet égard, vous pouvez vous référer à la fiche « A qui vous adresser ».

Cette phase d'accompagnement initial peut être l'occasion de s'assurer que vous disposez des outils nécessaires (grille d'analyse et guide du promoteur) pour monter votre projet.

Lorsque votre projet vous semble prêt à être présenté aux instances régionales, il vous appartient de le faire parvenir à l'ARH et à l'URCAM.

A cet effet et afin de faciliter les demandes des promoteurs, l'ARH et l'URCAM ont mis en place un guichet unique. Ainsi vous devez transmettre vos projets de réseaux à l'adresse suivante :

**ARH-URCAM
Comité Régional des Réseaux
40-42 rue Saint-Louis
35064 RENNES Cedex**

- A ce stade votre projet de réseau devra être accompagné de la convention constitutive signée liant les différents acteurs envisagés de votre réseau.

La convention devra comporter les éléments suivants (décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002) :

- L'objet du réseau et les objectifs poursuivis,
- L'aire géographique du réseau et la population concernée,
- Le siège du réseau, l'identification précise des promoteurs, leur fonction et, le cas échéant, l'identification du responsable du système d'information,
- Les personnes physiques et morales le composant et leurs champs d'intervention respectifs,
- Les modalités d'entrée et de sortie du réseau des professionnels et des autres intervenants,
- Les modalités de représentation des usagers,
- La structure juridique choisie et ses statuts correspondants, les différentes conventions et contrats nécessaires à sa mise en place,

- L'organisation de la coordination et du pilotage, les conditions de fonctionnement du réseau et, le cas échéant, les modalités prévues pour la continuité des soins,
- L'organisation du système d'information, et l'articulation avec les systèmes d'information existants,
- Les conditions d'évaluation du réseau,
- La durée de la convention et ses modalités de renouvellement,
- Le calendrier prévisionnel de mise en œuvre,
- Les conditions de dissolution du réseau.

- Afin que le dossier constitué soit complet, les promoteurs sollicitant un financement doivent fournir un budget prévisionnel sur 3 années, durée maximum d'attribution du financement.

Ces éléments constitutifs du dossier conditionnent la recevabilité de votre projet par le secrétariat technique de l'ARH et de l'URCAM et le lancement de la procédure d'instruction.

- Une lettre d'accusé de réception vous sera envoyée
- Un délai de 4 mois est fixé pour instruire la demande de financement. Le délai ne court que lorsque la condition de recevabilité est remplie.

- L'instruction sera menée par un binôme médico-administratif, composé de représentants de l'URCAM et de l'ARH de votre circonscription.

Ces binômes sont chargés de rédiger une synthèse critique sur les projets soumis en soulevant les points forts et les points faibles du dossier.

- Cette synthèse est ensuite transmise au Comité Régional des Réseaux qui se réunit afin de donner un avis motivé sur le projet. Cet avis est rendu après avoir entendu une présentation de ce dernier par le promoteur ou par le binôme en son absence.

- A partir de tous ces éléments, les directeurs de l'ARH et de l'URCAM prennent une décision conjointe sur le financement du réseau.

Quelle que soit la décision, une notification écrite et motivée vous sera adressée.

En cas de décision positive, un numéro d'identification sera donné au réseau.

- Le versement de la dotation sera réalisé par la CPAM de votre circonscription selon des modalités à déterminer.

CHARTRE DU RÉSEAU

Les professionnels de santé qui adhèrent au réseau Paris Diabète conviennent de définir et de mettre en œuvre en commun un ensemble de dispositions visant à améliorer la prise en charge des diabétiques parisiens.

Dans ce but, ils s'accordent pour participer à un fonctionnement coordonné permettant de conjuguer leurs compétences, dans le respect des rôles de chacun, et de faire émerger au sein du réseau une compétence collective, au bénéfice de ces patients.

Ce fonctionnement repose sur les principes suivants :

- le **partenariat** entre les membres du réseau, impliquant une répartition des interventions selon les attributions de chacun, à égalité de droits et de devoirs ;
- la mise en œuvre de **règles de bonne pratique** basées sur des référentiels consensuels, visant à une détection précoce des difficultés des patients ;
- **l'adhésion volontaire du patient** au fonctionnement du réseau ;
- l'orientation de chaque patient vers les **ressources de compétences les mieux adaptées** à son état ;
- un accès facilité à des **prestations de proximité à visée éducative et préventive**, visant à rendre le patient acteur dans la maîtrise de sa maladie ;
- un effort permanent de communication par le **partage d'informations** entre intervenants autour d'un même patient, avec l'accord de celui-ci ;
- une recherche permanente de **qualité**, par la contribution de chaque membre du réseau à l'**évaluation** des activités entreprises ;
- l'entretien et l'adaptation des **compétences** de chacun ;
- **la reconnaissance et la rémunération appropriée de l'ensemble des fonctions** assumées par chacun des professionnels.

EXEMPLAIRE A CONSERVER

LES RESEAUX DE SANTE

Tout réseau de santé doit se doter

- D'un statut juridique lui permettant de recevoir des fonds
 - Groupement de coopération sanitaire (CGS)
 - Groupement d'intérêt économique (GIE)
 - Groupement d'intérêt public (GIP)
 - Associations

- D'une plate-forme administrative et financière pour assurer la gestion

Faculté de médecine de Marseille – Novembre 2007

ETABLIR DES COOPERATIONS MEDICALES ?

Sur des critères de prise en charge :

- Des protocoles de prise en charge communs pour patients semblables
- Des critères communs d'évaluation des protocoles
- Le partage de procédures et d'un système d'information

Sur une activité centrée sur :

- Une pathologie
- Une discipline médicale (approche multidisciplinaire d'un organe)
- Une population caractérisée

Sur une recherche de bénéfice

- Pour l'organisation des soins (fidélisation des patients)
- Pour le financement des soins (amélioration de la productivité cherchée par les tutelles)
- Pour les études sur des populations (intérêt épidémiologique)

Faculté de médecine de Marseille – Novembre 2007

Article L 6321-1 du code la santé publique

Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires.

Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins.

Ils peuvent participer à des actions de santé publique ; Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations.

Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de sante, des institutions sociales ou médico-sociales, et des organisations à vocation sanitaire ou sociale ainsi qu'avec des représentants des usagers.

Article 6 du code de déontologie médicale issu du décret 95-1000 du 6 septembre 1995

Le médecin doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son médecin. Il doit lui faciliter l'exercice de ce droit.

Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Article L.1111-8

Les professionnels de santé ou les établissements de santé ou la personne concernée peuvent déposer des données de santé à caractère personnel, recueillies ou produites à l'occasion des activités de prévention, de diagnostic ou de soins, auprès de personnes physiques ou morales agréées à cet effet. Cet hébergement de données ne peut avoir lieu qu'avec le consentement exprès de la personne concernée.

Seuls peuvent accéder aux données ayant fait l'objet d'un hébergement les personnes que celles-ci concernent et les professionnels de santé ou établissements de santé qui les prennent en charge et qui sont désignés par les personnes concernées, selon les modalités fixées dans le contrat prévu au deuxième alinéa.

Article L.1110-4

Toute personne prise en charge par un professionnel, établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. Excepté dans les cas de dérogation expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant le personne, venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé. Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sans opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible.

J.O n° 294 du 18 décembre 2002 page 20933

Décrets, arrêtés, circulaires

Textes généraux

Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées

Décret n° 2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé et portant application de l'article L. 6321-1 du code de la santé publique

NOR: SANH0223594D

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées,

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 6321-1 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-43 à L. 162-46 ;

Vu l'avis de la Caisse nationale d'assurance maladie en date du 22 octobre 2002,

Décète :

Article 1

Au livre VII du code de la santé publique (troisième partie : Décrets) est inséré un titre V ainsi rédigé :

« TITRE V

« RÉSEAUX ET AUTRES SERVICES DE SANTÉ

« Chapitre 1er

« Réseaux de santé

« Art. D. 766-1-1. - Les réseaux de santé définis à l'article L. 6321-1 peuvent bénéficier de subventions de l'Etat et des collectivités territoriales ainsi que de financements de l'assurance maladie, notamment de la dotation nationale de développement des réseaux en application des articles L. 162-43 à L. 162-46 du code de la sécurité sociale, sous réserve de satisfaire aux conditions définies par les articles D. 766-1-2 à D. 766-1-6 du présent code.

« Art. D. 766-1-2. - Les réseaux de santé répondent à un besoin de santé de la population, dans une aire géographique définie, prenant en compte l'environnement sanitaire et social. En fonction de leur objet, les réseaux mettent en oeuvre des actions de prévention, d'éducation, de soin et de suivi sanitaire et social.

« Chaque réseau définit son objet et les moyens nécessaires à sa réalisation. Il rappelle et fait connaître les principes éthiques dans le respect desquels ses actions seront mises en oeuvre. Il met en place une démarche d'amélioration de la qualité des pratiques, s'appuyant notamment sur des référentiels, des protocoles de prise en charge et des actions de formation destinées aux professionnels et intervenants du réseau, notamment bénévoles, avec l'objectif d'une prise en charge globale de la personne.

« Le réseau prévoit une organisation, un fonctionnement et une démarche d'évaluation décrits dans une convention constitutive, lui permettant de répondre à son objet et de s'adapter aux évolutions de son environnement.

« Art. D. 766-1-3. - Le réseau garantit à l'utilisateur le libre choix d'accepter de bénéficier du réseau ou de s'en retirer. Il garantit également à l'utilisateur le libre choix des professionnels de santé intervenant dans le réseau.

« Le réseau remet un document d'information aux usagers qui précise le fonctionnement du réseau et les prestations qu'il propose, les moyens prévus pour assurer l'information de l'utilisateur à chaque étape de sa prise en charge, ainsi que les modalités lui garantissant l'accès aux informations concernant sa santé et le respect de leur confidentialité.

« Lorsqu'une prise en charge individualisée est proposée dans le cadre du réseau, le document prévu à l'alinéa précédent est signé, lorsque cela est possible, par l'utilisateur ou, selon le cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur, dans les conditions définies à l'article L. 1111-2 ou par la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6. Ce document détermine également les règles de cette prise en charge et les engagements réciproques souscrits par l'utilisateur et par les professionnels.

« La charte du réseau décrite à l'article D. 766-1-4 et la convention constitutive décrite à l'article D. 766-1-5 sont portées à la connaissance de l'utilisateur. Le réseau remet également la charte du réseau à l'ensemble des professionnels de santé de son aire géographique.

« Art. D. 766-1-4. - L'amélioration de la qualité du service rendu à l'utilisateur au sein du réseau implique une coordination organisée entre les membres du réseau pour assurer la continuité et la globalité des interventions, pluriprofessionnelles et, le cas échéant, interdisciplinaires.

« Une charte, dite "charte du réseau", définit les engagements des personnes physiques et des personnes morales, notamment des associations, intervenant à titre professionnel ou bénévole. Cette charte, cosignée par chacun des membres du réseau, rappelle les principes éthiques. En outre, elle précise :

« 1° Les modalités d'accès et de sortie du réseau ;

« 2° Le rôle respectif des intervenants, les modalités de coordination et de pilotage ;

« 3° Les éléments relatifs à la qualité de la prise en charge ainsi que les actions de formation destinées aux intervenants ;

« 4° Les modalités de partage de l'information dans le respect du secret professionnel et des règles déontologiques propres à chacun des acteurs.

« Les référentiels utilisés et les protocoles de prise en charge font l'objet d'une annexe à la

charte.

« Le document d'information prévu au deuxième alinéa de l'article D. 766-1-3 est également annexé à la charte du réseau.

« Les signataires de la charte s'engagent à participer aux actions de prévention, d'éducation, de soins et de suivi sanitaire et social mises en oeuvre dans le cadre du réseau, en fonction de son objet, et à la démarche d'évaluation.

« Les signataires de la charte s'engagent également à ne pas utiliser leur participation directe ou indirecte à l'activité du réseau à des fins de promotion et de publicité. Le bénéfice des financements prévus à l'article D. 766-1-1 est subordonné au respect de cette règle. Cette interdiction ne s'applique pas aux opérations conduites par le réseau et destinées à le faire connaître des professionnels ou des patients concernés, dans le respect des règles déontologiques relatives à la publicité et à la concurrence entre confrères.

« Art. D. 766-1-5. - Le ou les promoteurs du réseau et ses autres membres, au moment de sa création, signent une convention constitutive qui précise notamment :

« 1° L'objet du réseau et les objectifs poursuivis ;

« 2° L'aire géographique du réseau et la population concernée ;

« 3° Le siège du réseau ; l'identification précise des promoteurs du réseau, leur fonction et, le cas échéant, l'identification du responsable du système d'information ;

« 4° Les personnes physiques et morales le composant et leurs champs d'intervention respectifs ;

« 5° Les modalités d'entrée et de sortie du réseau des professionnels et des autres intervenants ;

« 6° Les modalités de représentation des usagers ;

« 7° La structure juridique choisie et ses statuts correspondants, les différentes conventions et contrats nécessaires à sa mise en place ;

« 8° L'organisation de la coordination et du pilotage, les conditions de fonctionnement du réseau et, le cas échéant, les modalités prévues pour assurer la continuité des soins ;

« 9° L'organisation du système d'information, et l'articulation avec les systèmes d'information existants ;

« 10° Les conditions d'évaluation du réseau ;

« 11° La durée de la convention et ses modalités de renouvellement ;

« 12° Le calendrier prévisionnel de mise en oeuvre ;

« 13° Les conditions de dissolution du réseau.

« Cette convention constitutive est signée par tout nouveau membre du réseau. Elle est portée à la connaissance des professionnels de santé de l'aire géographique du réseau.

« Art. D. 766-1-6. - Les réseaux qui sollicitent les financements mentionnés à l'article D. 766-1-1 présentent à l'appui de leur demande un dossier comprenant les documents prévus aux articles D. 766-1-3 à D. 766-1-5, ainsi qu'un plan de financement. Les financements acquis ou demandés, l'ensemble des moyens en personnel, en locaux ou en matériel mis à leur disposition et valorisés, y sont énumérés. Les documents comptables correspondants y sont annexés, ainsi que les accords passés entre les membres du réseau et des tiers, le cas échéant.

« Art. D. 766-1-7. - Chaque année, avant le 31 mars, les promoteurs du réseau transmettent aux représentants des organismes qui leur ont accordé les financements mentionnés à l'article D. 766-1-1 un rapport d'activité relatif à l'année précédente comportant des éléments d'évaluation ainsi qu'un bilan financier et les documents comptables s'y rapportant.

« Tous les trois ans, ainsi que, le cas échéant, au terme du projet, un rapport d'évaluation est réalisé permettant d'apprécier :

« 1° Le niveau d'atteinte des objectifs ;

« 2° La qualité de la prise en charge des usagers (processus et résultats) ;

« 3° La participation et la satisfaction des usagers et des professionnels du réseau ;

« 4° L'organisation et le fonctionnement du réseau ;

« 5° Les coûts afférents au réseau ;

« 6° L'impact du réseau sur son environnement ;

« 7° L'impact du réseau sur les pratiques professionnelles. »

Article 2

Le ministre de l'intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales, le ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité, le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, le ministre de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche et des affaires rurales, le ministre délégué au budget et à la réforme budgétaire et le ministre délégué aux libertés locales sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 17 décembre 2002.

Jean-Pierre Raffarin

Par le Premier ministre :

Le ministre de la santé, de la famille

et des personnes handicapées,

Jean-François Mattei

Le ministre de l'intérieur,



*Rapport de la Commission nationale permanente
adopté lors des Assises du Conseil national
de l'Ordre des médecins du 18 juin 2005*

Dr Jean-Marie FAROUDJA (Rapporteur)

Drs Monique CARTON, Maurice BERNARD-CATINAT, Jacques LUCAS, Jean-François RAULT

QUESTIONS SUR L'INFORMATISATION DES DOSSIERS MÉDICAUX, LE PARTAGE ET L'HÉBERGEMENT DES DONNÉES

« Il n'y aura plus de dérobage ; le secret médical ne sera plus qu'un lointain souvenir du temps jadis ; la place publique sera l'écho des malheurs. Nous ne l'avons pas cherché »

Pr. Richard TREVES, Limoges 2002

PRÉAMBULE :

Jean-Marie FAROUDJA

Dès le IX^e siècle, des médecins arabes tels que Rhazès (865-925), puis Avicenne (930-1037) ou Avenzoar (1073-1162), en créant la médecine clinique et en consignant sur leurs livres les observations médicales des cas intéressants qu'ils rencontraient ne pouvaient imaginer, à l'époque, qu'ils étaient en train d'élaborer les principes mêmes du dossier médical, tel qu'on peut le concevoir aujourd'hui dans une perspective plus ou moins lointaine d'utilisation de données de santé. Il s'agissait de la première somme d'informations susceptibles d'intéresser leurs condisciples et ceux qui continueraient, après eux, à bâtir l'édifice de nos connaissances.

Mais c'est sans doute avec Sydenham (1624-1689) que l'on commence à mesurer l'importance du dossier médical dans la prise en charge réelle et efficace du malade.

Le temps a passé...

Le dossier médical est devenu une exigence déontologique, puis légale. Et aujourd'hui, la médecine, comme de nombreuses autres disciplines, ne peut se priver de l'outil informatique susceptible de donner à ce dossier une nouvelle dimension. Les performances de ces nouveaux moyens de stockage, d'organisation, de communication de l'information ne peuvent qu'inciter les médecins à les utiliser dans leur pratique quotidienne pour une gestion optimale de leurs dossiers et dans l'intérêt de leurs patients.

Mais il faut bien sûr que le pensum soit acceptable et réalisable.

Déjà de très nombreux médecins ont franchi le pas. D'abord sur le mode curieux, voire ludique, puis devant les impératifs liés à leur exercice et enfin sous l'incitation des Caisses et la quasi nécessaire transmission des Feuilles de Soins Electroniques.

Le rapport que nous vous présentons aujourd'hui concerne l'informatisation des dossiers médicaux en général mais il est évident que, compte tenu de l'actualité, le DMP sera souvent au premier plan de nos préoccupations dans la mesure où, désormais légal et obligatoire, il introduit dans notre exercice de nouvelles contraintes et soulève des questions d'ordre déontologique, éthique, technique et pratique.

Depuis plus d'un an le projet de Dossier Médical Personnel (DMP) a fait couler beaucoup d'encre et suscité de nombreux commentaires dans le monde politique, syndical et médical sans oublier les usagers de la santé pour lesquels cette évolution constitue un élément nouveau dans la relation médecin patient et la réponse apparente à des souhaits depuis longtemps exprimés.

Initialement baptisé Dossier Médical Partagé, il est devenu Personnel après avis du Conseil Constitutionnel afin de respecter le principe du respect de l'individu dans ce qu'il a de plus intime : sa santé, un bien « à part » ; et tout le monde s'accorde à dire qu'il devra être tenu dans le respect du secret médical et des autres règles déontologiques et législatives en vigueur.

Il n'empêche que ce dossier personnel sera bel et bien partagé afin qu'il puisse contribuer au principe du « meilleur soin au meilleur coût ». Il est précisé dans les textes qu'il est destiné à : « *favoriser une coordination des soins effective et permettre un parcours de soins optimal pour toute personne, dans toute la France, pour n'importe quelle situation et à tout moment* »

La Loi portant réforme de l'assurance maladie l'a consacré officiellement le 13 Août 2004 et il devrait être opérationnel pour chaque Français de plus de 16 ans le 1^{er} Juillet 2007.

Mais le DMP va-t'il bouleverser l'exercice médical et « le colloque singulier » dans la relation toute particulière à laquelle nous sommes tant attachés ? Tout dépendra de l'attitude et du comportement des partenaires et surtout de ce qu'ils veulent faire de ce nouveau dispositif. Mais l'ambiguïté demeure : d'une part défini comme outil de coordination des soins, le DMP est aussi présenté comme une mesure économique indispensable assortie de menaces de sanctions pour le patient et le professionnel qui ne voudraient se soumettre à ses règles.

Par souci de clarté nous avons préféré mettre en annexe les références des textes en vigueur, les moyens de les consulter, et un glossaire susceptible d'intéresser les informaticiens les plus passionnés d'entre nous, et ceux qui le sont moins...

Car, passionnés ou pas, demain chaque patient exigera son DMP et le médecin, généraliste ou spécialiste, traitant ou pas, ne pourra qu'exceptionnellement s'y soustraire puisqu'il s'agit désormais d'une obligation conventionnelle.

En attendant le terme fixé au 1^{er} Juillet 2007 persistent aujourd'hui de nombreuses inconnues : le cahier des charges est en gestation, le GIP-DMP est en route et de nombreux décrets sont encore à paraître.

Et c'est l'avenir qui nous dira si ce DMP est en mesure de répondre aux espoirs justifiés qu'il peut susciter malgré des difficultés réelles dont certaines sont possiblement surmontables.

QUELS SONT LES AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS DE CETTE INFORMATISATION ?

Pour le patient : L'existence même d'un dossier est sécurisante sur le plan de la relation médecin-patient car elle matérialise le symbole d'un contrat de confiance. L'informatisation du dossier professionnel, -ou du DMP-, n'est pas pour autant un label de qualité de la prise en charge ou une obligatoire valeur ajoutée par rapport à l'existant.

Le DMP, nous dit la Loi, devra être composé de « *...l'ensemble des données recueillies ou produites à l'occasion des activités de prévention, de diagnostic ou de soins, notamment des informations qui permettent le suivi des actes et prestations de soins...* » C'est donc la possibilité, après consultation du dossier, de faire le point, d'éviter la redondance d'exams, les risques de iatrogénie (*les deux objectifs immédiats* de Monsieur Xavier BERTRAND, le MEDEC) mais ce sera surtout, pour le patient, le moyen d'être remboursé le mieux possible grâce à l'engagement réciproque des parties.

C'est au médecin qu'il reviendra d'informer le patient des modalités de constitution, d'accès, de mise à jour, d'utilisation, des conditions de partage et de conservation de ses données médicales. Il faudra l'informer surtout des dangers potentiels de son libre accès. Il est probable qu'il faudra plus de temps pour dire ce que l'on fait que pour faire ce que l'on dit.

Il faudra nécessairement prouver au médecin et au patient l'intérêt d'une telle informatisation, de même que celui de l'échange de données jusque là jalousement bien gardées. C'est d'ailleurs une évolution plus sociologique que technique puisque désormais les dossiers pourront être soumis à l'appréciation, à la critique, ou au jugement de ceux qui y auront accès, professionnels de santé ou pas.

QUELQUES EXEMPLES...

de dossiers informatisés qui sont en fait des dossiers de réseau mais qui peuvent parfaitement préfigurer ce que sera le DMP final. Il en est ainsi de :

- Rediab : qui existe depuis 5 ans et en place depuis 3 ans. Il existe une passerelle entre le logiciel local et le réseau, la synthèse est faite automatiquement puisque c'est le système de dossier partagé qui la gère. (Dr Thierry Wartel, Hellodoc, Uni médecine)
- Sur la plate forme Amies il n'y a pas de double saisie, la transmission est automatique ou manuelle.
- On peut citer aussi la technologie Crossway, Mégabaze, Eglantine, Médistory 3...et bien d'autres...
- Exemple réussi : RIPAM Réseau d'Information Patient de l'Ardèche Méridionale au format HL7 CDA (présenté au MEDEC). C'est un DMP dans l'exercice médical, un DMP global non lié à une pathologie, non lié à une catégorie professionnelle, accessible aux patients et aux professionnels de santé autorisés via Internet. Le programme se charge d'extraire les informations sélectionnées pour le DMP et de manière transparente.
 - Contrat, carte, mot de passe, ouverture du dossier avec la carte Vitale, Système « bris de glace » prévu.
 - Copier/coller des informations.
 - Enrichissement automatique à partir de données des établissements de santé, des laboratoires. Alimentation automatique, semi automatique, manuelle, nomade, via messagerie sécurisée.
 - E-mail ou SMS dès hospitalisation d'un patient en dehors du médecin traitant...

Et d'un seul « clic » !

Ce qui permet au médecin traitant d'avoir un compte rendu de l'urgentistes 3 heures après l'admission en urgence d'un patient en incapacité de répondre. Temps de création du dossier et alimentation à partir d'un dossier structuré inférieur à 3 minutes. C'est finalement aussi simple que l'envoi d'une FSE.

LES OBLIGATIONS LÉGALES:

Quel est le but du DMP dans la loi 2004-810 du 13 août 2004 ?

« favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins gage d'un bon niveau de santé...il comporte des informations qui permettent le suivi des actes et prestations de soins...comporte également un volet spécialement destiné à la prévention »

Quel est le contenu légal du DMP ?

Il est prévu une 1^{ère} page d'accueil formatée à l'identique pour tous avec nom, prénoms, n° Sécurité Sociale, identifiant, principales intolérances, allergie, le traitement, le groupe Rhésus...

Des décrets devraient préciser l'exact contenu de ce DMP, mais un communiqué du Conseil des Ministres en date du 12 Janvier 2005 indiquait les éléments indispensables qui devraient y figurer :

- les comptes rendus de séjours hospitaliers,
- les fiches de consultations,
- les prescriptions de médicaments,
- les prescriptions d'examens et leurs résultats,
- les médicaments délivrés par le pharmacien,
- le cas échéant le protocole des soins en ALD.

Pourraient aussi être inclus de l'imagerie (radios, échos...)

Quelles sont les obligations informatiques au regard des dispositions réglementaires ? :

Il est nécessaire de rappeler qu'un fichier de données personnelles de santé concernant des tiers doit faire l'objet d'une déclaration auprès de la CNIL. Il s'agit là d'une obligation légale. Cette loi s'impose aussi bien aux établissements de soins qu'aux libéraux.

Déclaration de l'établissement, déclaration individuelle du libéral ou au titre du cabinet de groupe si fichier commun, cette déclaration doit être faite dès que le dossier est ouvert, dès que le médecin stocke ou transmet des informations concernant des patients.

Une affichette dans les salles d'attente ou d'accueil doit indiquer que les informations concernant des données personnelles des patients sont susceptibles d'être enregistrées dans un système informatique et, qu'à ce sujet, ils ont des droits...(article 29 de la loi de 1978).

LA GESTION DES DONNÉES :

Informatisées, les données peuvent-elles être transmises comme avant ?

En cas de nécessité et avec l'accord du patient. Mais, accord tacite ou écrit ?

Dans certaines circonstances le DMP peut ne pas suffire. Comme il devait être fait avec le dossier papier, le médecin doit remettre ou transmettre un dossier selon les principes édictés dans la loi du 4 Mars 2002. En cas de remise des documents en main propre, il convient de conserver des doubles et d'exiger surtout un récépissé attestant de cette remise, mentionnant la date et la signature du patient.

Le DMP est à l'entière disposition du patient, il donne l'autorisation d'accès à qui il veut, mais le partage des informations, entre professionnels de santé, doit se faire dans le strict intérêt du patient, et avec son accord, tel que prévu dans l'article L.1110-4 du CSP, sauf dispositions contraires prévues par la loi.

L'HÉBERGEMENT :

Actuellement de nombreux industriels se sont constitués en consortiums afin de se porter candidats aux 3 à 5 sites pilotes qui devraient être opérationnels en Septembre prochain.

A. Quelles sont les dispositions légales ?

Les données doivent être anonymisées sur le serveur.

La société qui héberge des données médicales doit faire l'objet d'une procédure d'agrément dans des conditions définies par décret (article L1111-8 du CSP) actuellement en discussion au Conseil d'Etat. Néanmoins, certaines règles paraissent indispensables : Confidentialité, mise à disposition permanente à ceux qui lui ont confié des données médicales, pas d'utilisation à d'autres fins.

B. Quelles obligations et prestations de l'hébergeur ?

- Interopérabilité (donnée cryptée envoyée sur DMP).
- Standardisation avec l'ensemble des éditeurs de logiciels médicaux.
- Technologie robuste pour pérennisation des données.
- Sécurisation optimale.
- Disponibilité immédiate de l'information (?)
- D'où, peut être, nécessité d'un panel d'hébergeurs ayant déjà une bonne expérience.

C. Qui contrôle les hébergeurs de données de santé ?

En matière de sécurité et confidentialité l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) pouvant être assistée d'experts désignés par le Ministre de la Santé sous l'autorité de l'Etat (article L1421-2 et 3 du CSP)

D. Quelles sont les recommandations ordinales ?

- Fiabilité de l'hébergeur.
- Confidentialité.
- Dispositions pénales contraignantes et dissuasives si faute grave de l'hébergeur.

E. Qui choisit l'hébergeur ?

- Le médecin et le patient ; de toute façon le consentement de l'intéressé (loi du 04 mars 2002) est requis puisque c'est lui qui devrait signer le contrat. Il doit s'agir d'une société habilitée. Un serveur régional semble plus intéressant même s'il doit en exister plusieurs sur le territoire.

Qui est responsable du DMP ?

L'avènement du DMP ne va pas révolutionner le problème de la responsabilité du médecin. Il n'y aura pas de nouvelles responsabilités mais des risques nouveaux. Chaque partenaire aura une part de responsabilité au sens noble comme au sens juridique.

Sécurité juridique par le respect des obligations réglementaires, elle s'adresse à tous les partenaires.

Sécurité technique nécessitant un contrat indispensable avec assurance de ces nouveaux risques.

La responsabilité incombe :

- En premier lieu, au patient propriétaire de son DMP, à condition qu'une information claire lui soit transmise et, autant que faire se peut, comprise.
- Tous les médecins consultés en ce qui concerne ce qu'ils écrivent et la façon dont ils assurent la protection de l'accès à travers la carte CPS. Ils restent responsables du respect des mesures de sécurité tendant à préserver, au niveau de leur installation, le secret médical. Ils doivent aussi, par le biais des « infomédiaires » s'assurer que le fonctionnement est conforme aux nécessités édictées par la Loi et aux conditions du contrat.
- Le médecin traitant doit organiser le DMP de façon pertinente et actualisée; mais il n'est garant que des informations qu'il écrit à partir de ce dont il dispose, de ce que lui a dit le patient et en tenant compte de ce qu'il a voulu cacher. C'est lui qui devrait assurer la coordination.
- L'hébergeur agréé, doit amener toute la fiabilité technique (loi du 21 juin 2004 de confiance dans l'économie numérique). Il doit en assurer la sauvegarde conformément à l'article 1384 du Code Civil. Sa responsabilité pourrait être recherchée dans les cas où ne seraient pas respectées : l'intégrité restituée de l'information, la disponibilité 24 heures sur 24 de l'accès au site, la fourniture d'un éventuel site de secours, la traçabilité absolue par horodatage des flux d'information et de toute incursion dans le dossier.
- Au niveau des réseaux il existe des chartes qui devraient limiter la responsabilité des professionnels de santé. Et chaque réseau doit déterminer quels sont les professionnels de santé qui ont accès.
- En établissement la responsabilité est au directeur, de même que pour les réseaux inter établissement.
- Les données nominatives doivent être cryptées (CNIL audit e-sante Mars 2001)
- La responsabilité, quant aux mesures de sauvegarde du codage des informations sur le net, est un problème complexe qui n'appartient pas au monde médical mais à celui de l'informatique et de la CNIL. Ce problème reste à régler dans les détails.
- Enfin l'Etat qui restera responsable de l'application des lois.

DOSSIER DESTINÉ AU PARTAGE DANS LES RÉSEAUX DE SANTÉ

L'acceptation par un patient de son admission dans un réseau de santé comporte son acceptation de fait du partage des informations qui le concerne. On peut considérer qu'un réseau ce n'est en quelque sorte que l'éclatement géographique de personnels de santé qui n'exercent pas dans un site unique, comme un établissement de soins.

On ne voit donc pas pour quelles raisons le dossier dans un réseau n'obéirait pas aux règles de constitution ou aux mécanismes d'utilisation du dossier-unique du secteur hospitalier et aux mécanismes de son utilisation.

La construction d'un système de clefs d'accès selon des niveaux autorisés représente le mécanisme par lequel le secret peut être préservé, à condition que ce système soit effectivement activé. L'autorisation d'accès et le niveau de sécurité confidentielle, que le patient peut exiger, ne relèvent pas de la responsabilité particulière du médecin mais de celle de l'ensemble des professionnels utilisateurs.

TROIS PRINCIPES ESSENTIELS :

La liberté :

Le patient est libre de refuser l'inscription d'une donnée d'autant plus que l'article (L1110-4 CSP, 161-36-1 du CSS) : « toute personne...a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations le concernant...excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi... », il peut aussi refuser la simple trace de la consultation.

Mais il faut différencier le refus d'inscription, le masquage, l'effacement :

- Refus d'inscription : le médecin peut mettre une note personnelle dans son dossier professionnel. C'est tout. Ou bien garder l'information dans sa mémoire...c'est mieux !
- Masquage : dans le DMP, et à la demande du patient. La donnée masquée devrait laisser place à un patch ou à un masque visible. L'information pourrait demeurer dans le dossier médical professionnel en tant que donnée « masquée ». Le masquage pourrait être aussi levé à la demande du patient.
- L'effacement ne devrait pas être possible. Sur le DMP devrait persister un masque ou un patch occultant les données en question.

QUI A ACCÈS AU DMP ?

On peut se rapprocher du décret 2002-637 du 29 Avril 2002 CSP concernant l'accès aux dossiers médicaux, en général.

- Avec l'accord du patient, tous les professionnels de santé dans le cadre d'actes de diagnostic, prévention, consultation à l'exclusion de ceux pouvant intervenir lors de la conclusion d'un contrat relatif à une protection complémentaire ou une évaluation de santé (loi du 13 Août 2004 et Code de la SS article L.161-36-3 alinéa 2), les médecins conseil, les médecins du travail...

Néanmoins on peut admettre qu'à la demande du patient et avec son accord, en sa présence et de son code PIN, une lecture de son dossier, sans enregistrement, soit possible par le médecin du travail, dans des circonstances prévues et ponctuelles et sans que le refus puisse entraîner quelques effets nuisibles pour l'une ou l'autre des parties. Le problème est identique pour les médecins d'assurance. Mais finalement le patient, devenu responsable de par la Loi, devra assumer les risques encourus. Et c'est pourquoi l'information du patient, dans le cadre du DMP, prend une dimension capitale.

- Les services d'urgences devraient avoir accès au DMP en cas de patients empêchés de répondre. Des hypothèses sont envisagées, aucune, pour l'instant n'est retenue. Il est certain que les identifications biométriques (empreintes, iris) pourraient être des solutions fiables et pratiques. Le coût en est pour l'instant dissuasif. Un décret devrait préciser les modalités d'application de cet accès après avis de la CNIL.

Le patient pourra, avec sa Carte Vitale et sur un mode ponctuel, donner accès à son DMP n'importe quand et à n'importe quel médecin muni d'une CPS.

- Les ayants droit, tels que prévus dans la Loi de Mars 2002 pourraient réclamer des éléments du dossier professionnel du médecin susceptibles d'apporter une réponse à l'un des 3 critères exigés par la Loi. On peut imaginer qu'ils ne pourront avoir accès au DMP du patient disparu que si celui-ci a confié son code PIN et à condition que le certificat de répudiation ne soit pas encore activé. Mais rien n'est encore précisé pour le moment.

RAPPORT

Etabli par Mesdames Descamps Nathalie, Barreau Sabine, Wintersdorff Nadine, Rony Chouvion Emmanuelle, Gaillard Annie et Duverger Jacqueline.

RESULTATS :

- Moyenne générale de l'épreuve : 8,50/20
- Répartition des notes :
 - Notes supérieures ou égales à 15 : 0
 - Notes comprises entre 12 et 15 : 5
 - Notes comprises entre 10 et 12 : 11
 - Notes comprises entre 8 et 10 : 22
 - Notes comprises entre 5 et 8 : 21
 - Notes inférieures à 5 : 4
- Meilleure note de l'épreuve : 14/20

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 secrétariat technique commun à l'Agence Régionale de Santé (anciennement Agence Régionale d'Hospitalisation) et à l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie de Bretagne. Ce secrétariat apporte un soutien technique et humain aux professionnels de santé souhaitant mettre en place un réseau de santé.

Un cadre adjoint de ce secrétariat est chargé de préparer une réunion au cours de laquelle seront proposés des outils d'information et une illustration d'un réseau existant aux promoteurs d'un projet de réseau de santé en Bretagne . Un outil d'évaluation sera proposé en fin de réunion.

REMARQUES RELATIVES A CHAQUE QUESTION. ELEMENTS ATTENDUS ET CONSTATS.

Question 1 :

Il s'agit de réaliser un outil synthétique (exemple : fiche, tableau, ...), qui présente les caractéristiques d'un réseau. Le candidat doit sélectionner les éléments nécessaires à l'information des promoteurs de manière complète et pertinente afin que le document soit un outil de référence.

Le jury constate que certains documents proposés n'ont pas été synthétiques. Les éléments d'information présentés étaient parfois incomplets et mal organisés.

Question 2 :

Il fallait réaliser un schéma mettant en évidence les étapes de création d'un réseau de santé et les documents correspondants.

Les étapes ont souvent été mal identifiées et pas toujours en relation avec les documents correspondants. S'agissant d'un document visuel, le schéma doit être lisible et soigné.

Question 3 :

Le document contractuel devait présenter une formulation d'engagement pour les deux parties liées par ce contrat. Il devait aborder les obligations réciproques du patient et du professionnel.

Le jury a regretté la réalisation de supports inadaptés à la situation (exemple : charte, lettre, attestation, ...).

Question 4 :

Le jury attendait l'inventaire des questions et des réponses associées concernant le dossier médical partagé. Les informations apportées devaient répondre aux besoins des professionnels. Celles-ci devaient être sélectionnées, organisées et reformulées.

Question 5 :

Le diaporama est constitué de diapositives (10 maximum). Ce document est destiné à être projeté.

S'agissant d'un document visuel, les informations présentées devaient être synthétiques, organisées et complètes.

Le commentaire du diaporama n'était pas demandé. Il fallait présenter le « réseau Morphée » et pas un réseau de façon générale.

Question 6 :

Le questionnaire a pour but d'évaluer l'ensemble des informations apportées lors de la réunion (qualité de l'information et outils proposés).

Une échelle de satisfaction était attendue.

OBSERVATIONS ET RECOMMANDATIONS GENERALES

Les candidats n'ont pas toujours respecté les consignes.

Les annexes nombreuses exigent une analyse critique des documents. Elles conduisent à la réalisation de productions finalisées. Les candidats doivent se situer dans un contexte institutionnel. Le recopiage des annexes est à proscrire.

Les documents réalisés doivent être soignés.

Les qualités rédactionnelles doivent être correctes.

La copie doit être organisée. Le jury apprécie la numérotation des questions, la répartition par page des questions.

RAPPORT SUR L'ÉPREUVE DE DOSSIER

Etabli par Mesdames et Messieurs

| |
|--------------------------------------|
| CAROTTI Sabine IA IPR |
| GABBANI David |
| GASQUET Renée IA IPR |
| GOSSELET Solange IA IPR |
| HERVE Delphine |
| KLISZ Martine |
| LAB Agnès |
| LEROUX Patricia |
| MICHAUD Francis |
| MOOS Agnès |
| PARRIAT-SIVRE Marie-Christine IA IPR |
| PUJOL BALLESTER Pascale |
| SCHERSACH Véronique |
| SCHULTZ Richarde |
| TABORIN Françoise IA IPR |
| TRAN Corinne IA IPR |

1. Résultats

- Moyenne générale de l'épreuve : 10,4

- Répartition des notes :

- * notes supérieures ou égales à 15 : 12
- * notes comprises entre 12 et 15 : 11
- * notes comprises entre 10 et 12 : 11
- * notes comprises entre 8 et 10 : 12
- * notes comprises entre 5 et 8 : 12
- * notes inférieures à 5 : 5

- Meilleure note de l'épreuve : 19,5 / 20

2. Objectifs de l'épreuve

Cette épreuve comprend deux parties depuis l'**arrêté du 28 décembre 2009**.

- Soutenance d'un dossier technique et scientifique réalisé par le candidat dans un des domaines de la spécialité préparée, suivie d'un entretien
- Interrogation portant sur la compétence « Agir en fonctionnaire de l'Etat et de façon éthique et responsable »

Elle permet d'évaluer le candidat sur :

- l'authenticité et l'actualité du problème choisi
- la capacité à en faire une présentation construite et claire
- la mise en évidence des questionnements suscités par le problème traité
- la valorisation dans le dossier des points remarquables et caractéristiques de la discipline
- la mise en valeur de la qualité du dossier et l'exploitation pédagogique qui peut en être faite dans le cadre d'un enseignement
- les compétences des Maîtres définies dans l'arrêté du 19 décembre 2006

Le candidat a une heure trente pour préparer et une heure pour exposer les deux parties de l'épreuve (40 minutes puis 20 minutes).

La première partie est évaluée sur 14 points.

Le candidat expose le résultat de ses travaux en 20 minutes maximum ; cet exposé est suivi d'un entretien avec le jury de 20 minutes.

La seconde partie est évaluée sur 6 points.

Elle comporte une présentation de la question posée (10 minutes) et un entretien avec le jury de 10 minutes.

Première partie

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 questionnement 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, par 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 | Démarche scientifique : -analyse, -questionnement présentant un intérêt au regard des formations dans lesquelles peut intervenir le professeur de STMS (enseignement d'exploration Santé/Social, STSS, BTS ESF et SP3S) et mettant en œuvre des moyens techniques pour élaborer la réponse, -prise de recul • outils méthodologiques : moyens de recueil et de traitement des données, de formulation et de vérification d'hypothèse... avec ancrage sur le terrain. | Description d'un projet d'action, du fonctionnement d'une structure ou de la mise en œuvre d'une mission Recherche uniquement livresque et synthèse d'éléments théoriques |

| | | |
|--|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Documentation technique : <ul style="list-style-type: none"> .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 | Document à destination du grand public pour présenter une action ou une structure copiée et/ou non exploitée |
|--|--|--|

La conclusion de l'étude technique sera la réponse au questionnement initialement posé. Il ne s'agit pas de se contenter d'une étude descriptive mais bien de procéder à une analyse avec une démonstration argumentée.

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, ces exploitations portent sur les différents niveaux de formation.

Il ne s'agit pas de présenter ensuite une séance formalisée mais d'ouvrir un débat qui permette d'envisager différentes approches pédagogiques avec des illustrations. C'est la réflexion qui sera recherchée plutôt que des productions stéréotypées.

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.

Dans sa présentation, le candidat présente le support technique choisi, les investigations qu'il a conduit dans un souci d'actualisation et de prospective.

Il utilisera les moyens courants de présentation comme la vidéo-projection de documents informatiques.

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,
- 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 capacité à se questionner et à avoir un regard critique sur sa pratique et sa démarche,
- la connaissance de la filière et de son évolution,
- 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,

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).

- 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.

Seconde partie

Le candidat répond à une question posée à partir d'un document qui lui a été remis au début de l'épreuve.

La question et le document portent sur les thématiques regroupées autour des connaissances, des capacités et attitudes définies dans le point 3 de l'annexe de l'arrêté du 19 décembre 2006 qui traite des compétences professionnelles des maîtres.

L'exposé de dix minutes est suivi d'un entretien avec le jury pendant 10 minutes.

CONCLUSION GENERALE

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

On constate, cette année plus que les précédente, une forte diminution du nombre des présents aux épreuves d'admissibilité par rapport aux inscrits : sur 595 inscrits dans les deux concours seuls 226 ont composé.

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 4,55 reste insuffisante comme l'est celle de l'épreuve de projet ou étude de cas qui est en assez forte diminution par rapport aux années précédentes.

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 mais révèlent d'excellents candidats.

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.