
Concours du second degré – Rapport de jury

Session 2011

**CERTIFICAT D'APTITUDE AU PROFESSORAT
DE L'ENSEIGNEMENT TECHNIQUE**

Concours externe et CAFEP

SECTION SCIENCES ET TECHNIQUES MEDICO-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 synthèse	6
- Rapport de l'épreuve	17
- Etude d'un système, d'un procédé ou d'une organisation	19
- Rapport de l'épreuve	37
Epreuves d'admission	
- Leçon portant sur les programmes de lycées et des classes post baccalauréat	40
o Rapport de l'épreuve	42
- Epreuve sur dossier	
o Rapport de l'épreuve	44
o Epreuve agir en fonctionnaire de l'état et de façon éthique et responsable	46
o Rapport de l'épreuve	48
Conclusion générale	49

Composition du jury

Présidente : Françoise GUILLET IGEN STI

Vice présidentes : Sabine CAROTTI IA IPR Académie de Paris et Mireille LEFAIVRE IA IPR Académie de Caen

BARREAU Sabine	Orléans Tours
BENMOUSSA Gwladys	Créteil
BERNARD Eric	Montpellier
BOUFFECHOUX Thierry	Caen
CAMPREDON Claude	Montpellier
CAPRA Sonia (IA-IPR)	Versailles
CASTAING Xavier	Amiens
CASTOR Bénédicte	Montpellier
CERVANTES Nathalie	Nice
CHAPPELL Jean-Olivier	Toulouse
CHEVREUX Vincent	Créteil
COQ Joëlle	Amiens
DUPOMMEREULLE Clarisse	Paris
DUVERGER Jacqueline	Aix-Marseille
EL-FEKAIR Khedidja	Poitiers
FIZET Marie-Bernard	Grenoble
GABBANI David	Créteil
GASQUET Renée IA IPR	Toulouse
GOMEL Frédéric (IA-IPR)	Caen
HAAS Françoise	Nantes
HAINQUE Jean Rémi	Montpellier
HERVE Delphine	Rennes
INFANTINO Caroline	Reims
KAPPLER Aurore	Amiens
LAB Agnès	Versailles
LEMOINE Martine (IEN)	Créteil
LUYDLIN Séverine	Bordeaux
M'LIZI Fatima	Rouen
MARCHAND Sandra	Nantes
MICHAUD Francis	Nancy-Metz
NITSCHELM Elina	Créteil
NOUGIER Aurélie	Grenoble
PARRIAT-SIVRE Marie-Christine - IA IPR	Nancy-Metz
PICARD Jean-Michel	Dijon
PICHONNEAU Dominique	Orléans-Tours
PONCHAUX Frédérique	Créteil
POROT Marie-Françoise	Orléans Tours
RICHEUX Jean Yves	Nantes
RODA Dominique	Aix-Marseille
ROLIN Annick	Versailles
RONY CHOUVION Emmanuelle	Aix-Marseille
ROSTAGNI Franck	Nice
SCHULTZ Richarde	Strasbourg
STAATH Annette	Strasbourg
TABONE Danièle	Créteil
TABORIN Françoise - IA IPR	Lyon
TRAN Corinne - IA IPR	Aix-Marseille
TRAVARD Dominique	Lyon
WLOSZCZOWSKY Muriel	Créteil

RENSEIGNEMENTS STATISTIQUES

CONCOURS CAPET EXTERNE

Candidats inscrits :	295
Candidats présents à l'épreuve écrite d'admissibilité :	94
Candidats admissibles :	56
Candidats présents à l'épreuve orale d'admission :	44
Candidats proposés pour l'admission :	30
Epreuves d'admissibilité	
Note la meilleure	13,58/ 20
Moyenne générale des candidats admissibles	
7,86/20	.
Epreuves d'admission	
Note la meilleure	17,50/ 20
Moyenne générale des candidats admis	11,86/20
Ensemble des épreuves (admissibilité et admission)	
Moyenne la meilleure	14,30/ 20
Moyenne générale des admis	11,90/20

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

Candidats inscrits :	81	
Candidats présents à l'épreuve écrite d'admissibilité :	34	
Candidats admissibles :	24	
Candidats présents à l'épreuve orale d'admission :	16	
Candidats proposés pour l'admission :	14	
Epreuves d'admissibilité		
Note la meilleure		13,54 / 20
Moyenne générale des candidats admissibles		7,98 / 20
Epreuves d'admission		
Note la meilleure		14,50 / 20
Moyenne générale des candidats admis		11,43 / 20
Ensemble des épreuves (admissibilité et admission)		
Moyenne la meilleure		11,50 / 20
Moyenne générale des admis		9,68 / 20

EPREUVES D'ADMISSIBILITE

Première épreuve

Synthèse

Durée : 5 heures – coefficient : 3

SUJET DE SYNTHÈSE

CAPET EXTERNE STMS Session 2011

« Le développement d'une culture de l'évaluation créera progressivement les conditions d'une appropriation des outils économiques. Il deviendra alors possible de déployer toutes les potentialités de l'évaluation, y compris celle de fonder sur de meilleures bases l'affectation de ressources publiques limitées aux différents objectifs de santé. Le respect des exigences indissociables de rigueur et de transparence, de pluralisme et de pluridisciplinarité, permettra ainsi à l'évaluation de remplir son objectif ultime : au-delà du jugement sur le passé, orienter l'évolution des politiques. »

Source : CASES Chantal, GREMY Isabelle et PERRET Bernard, *L'évaluation en santé publique*, In *Revue ADSP n°69, décembre 2009, p17.(extrait)*

« Les établissements et services [sociaux et médico-sociaux] procèdent à des évaluations de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou, en cas de carence, élaborées, selon les catégories d'établissements ou de services, par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. [...] Les établissements et services font [également] procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent par un organisme extérieur.

Source : *Evaluation et systèmes d'information, Article L312-8 Modifié par LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 124, Code de l'action sociale et des familles, www.legifrance.gouv.fr, consulté le 11 juin 2010. (extrait)*

1.1. Montrez en quoi le contexte de la société contemporaine a permis d'imposer progressivement la culture de l'évaluation en matière de santé publique et d'action sociale.

1.2. Analyser l'impact de cette culture de l'évaluation sur la mise en œuvre des politiques sociales et de santé.

Annexes :

- **Annexe 1** : Avis, recommandations et rapports du HCSP d'octobre 2009 à janvier 2010, revue ADSP n°69, décembre 2009 p 6-7. Extraits.
- **Annexe 2** : CONTANDRIOPOULOS André-Pierre, CHAMPAGNE François, SICOTTE Claude et SAINTE-MARIE Geneviève , *L'évaluation de la performance au service d'un pilotage décentralisé du système de santé* , In revue ADSP n°69, décembre 2009, pp21 à 26. Extraits.
- **Annexe 3** : Article 24 de la constitution Française du 4 octobre 1958 / Conseil constitutionnel. Décision n°2009-581 DC du 25 juin 2009. www.assemblee-nationale.fr
- **Annexe 4** : Enquête nationale 2008 auprès des établissements et services sociaux et médico-sociaux, Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux (ANESM), extrait. <http://www.anesm.sante.gouv.fr>

- **Annexe 5 :** GRANGER Emmanuel, *Evaluation : éclairage sur des débuts laborieux*, IN ASH n° 2651, 19/03/2010.

ANNEXE 1 :

Avis, recommandations et rapports du Haut Conseil de la santé publique (extraits)

Avis :

20 OCTOBRE 2009

● **Avis relatif aux mesures d'hygiène pour la réalisation de la vaccination antigrippale A (H1N1) v présentée en flacon multidose (Pandemrix®)**

La réalisation du vaccin antigrippal A (H1N1) v en présentation multidose, actuellement mis à disposition des établissements de santé pour la vaccination des professionnels de santé, nécessite, d'une part, une opération préalable de reconstitution pour ajouter l'adjuvant et, d'autre part, l'injection successive des différentes doses de vaccin.

Le Haut Conseil de la santé publique rappelle l'intérêt du respect des précautions d'hygiène afin de prévenir un éventuel risque infectieux.

20 OCTOBRE 2009

● **Recommandations sur la prise en charge et la prévention des infections cutanées liées aux souches de Staphylocoque aureus résistant à la méticilline communautaire**

Le SARM Co (*Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline, dit communautaire) est responsable dans la grande majorité des cas d'infections cutanées. Le caractère hautement pathogène de cette bactérie, sa virulence et son potentiel de diffusion rapide au sein des collectivités ont amené plusieurs pays comme les États-Unis, la Grande-Bretagne et le Canada à la rédaction de recommandations pour mieux maîtriser sa propagation et pour la prise en charge thérapeutique et préventive.

Le ministère de la Santé a saisi le Haut Conseil de santé publique et, à travers lui, la commission spécialisée Sécurité des patients (CsSP) pour établir des recommandations françaises.

Rapports :

12 NOVEMBRE 2009

● **La prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladies chroniques**

Par leur caractère durable et évolutif, les maladies chroniques engendrent des incapacités et difficultés personnelles, familiales, professionnelles et sociales importantes. Elles constituent un véritable défi d'adaptation pour les systèmes de santé, qui ont été conçus et développés pour répondre à la prise en charge de maladies aiguës, aussi bien dans leur mode de pensée, d'organisation, que de financement. Le dispositif médico-administratif dit des affections de longue durée (ALD), qui vise à gérer la prise en charge, tant médicale que financière de ces maladies, est progressivement devenu inadapté : aujourd'hui, il ne permet pas de constituer une base d'amélioration des pratiques, ni de respecter la maîtrise des dépenses de santé, ni d'assurer une équité de répartition des restes à charge.

Le système de santé s'est engagé, depuis de nombreuses années, dans des réformes structurelles visant à mieux organiser cette prise en charge, et en 2007 un ambitieux Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques a été lancé, qui doit être décliné jusqu'en 2011. Dans cette perspective, le Haut Conseil de la santé publique propose des recommandations visant à accompagner, renforcer ou proposer des mesures adaptées au regard des enjeux.

12 NOVEMBRE 2009

● **L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours**

L'éducation thérapeutique aide les personnes atteintes de maladies chroniques et leur entourage à comprendre la maladie et le traitement, à coopérer avec les soignants et à maintenir ou améliorer leur qualité de vie. Pour bon nombre de pathologies, il est démontré que l'éducation thérapeutique des patients améliore l'efficacité des soins et permet de réduire la fréquence et la gravité des complications.

À côté des programmes - qui évoquent un processus limité dans le temps, dont le contenu et le déroulement sont précisés à l'avance -, il existe une éducation thérapeutique intégrée à la pratique des professionnels de premier recours, en particulier à celle du médecin traitant. Ce

rapport s'attache à la décrire et à identifier les mesures qui permettront son développement et son articulation avec les programmes mis en œuvre par diverses structures.

12 NOVEMBRE 2009

● **Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité**

Les inégalités sociales de santé (ISS) existent à un niveau élevé dans notre pays et ont tendance à s'accroître. Elles traversent l'ensemble de la population française selon un gradient continu, dans lequel la situation des populations en situation de précarité représente l'extrême. Elles témoignent du fait que si les politiques publiques de santé se sont traduites par une amélioration de l'état de santé moyen, parallèlement les écarts sociaux se sont creusés.

Certains pays européens ont déjà mis en œuvre des politiques explicites pour réduire les ISS. L'enjeu actuel est la mise en œuvre en France d'un plan de réduction de ces inégalités.

Dans ce rapport, le Haut Conseil de la santé publique souligne le rôle majeur des déterminants socio-économiques, tout en rappelant les enjeux liés à l'impact des évolutions du système de soins sur les inégalités sociales de santé, et formule une série de propositions en termes d'objectifs, de conditions à remplir pour suivre les évolutions et de mise en place d'interventions et de politiques publiques.

11 DÉCEMBRE 2009

● **Principales recommandations et propositions en vue de la prochaine loi pour une politique de santé publique**

En 2004, une annexe de la loi pour une politique de santé publique présentait les cent objectifs du gouvernement, associés à des indicateurs permettant au HCSP d'évaluer leur atteinte.

Mandaté par cette même loi pour contribuer à la définition des objectifs pluriannuels de santé publique, le HCSP recommande de conserver une telle démarche en l'améliorant et fait des préconisations pour la prochaine loi de santé publique.

ANNEXE 2 :

« L'évaluation de la performance au service d'un pilotage décentralisé du système de santé » (Extrait)

Les outils nécessaires pour piloter les transformations requises des systèmes de santé, en France, au Québec, comme dans tous les pays développés, font l'objet de discussions et d'efforts considérables. Partout, les effets conjugués du développement des connaissances et des techniques, du vieillissement de la population et de la dégradation de l'environnement créent de nouvelles demandes pour les systèmes de santé. La crise qui résulte de la rencontre de ces deux mouvements oblige à proposer des réformes majeures des systèmes de santé. Ces réformes visent toutes à améliorer l'intégration des soins ? Elles proposent de nouvelles instances se situant entre, d'une part, le niveau micro où les activités cliniques des professionnels se déroulent sans véritable coordination dans des organisations peu articulées les unes avec les autres et, d'autre part, le niveau macro où se prennent les décisions stratégiques (l'Etat, le ministère de la Santé). Ces instances visent, sur un territoire donné, à coordonner les ressources pour permettre à toute la population d'avoir accès de façon efficiente à des services de qualité ; exemples : au Québec, la loi 25 qui a créé des centres de santé et de services sociaux. En France, la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » qui crée les agences régionales de santé (ARS) « *pour renforcer résolument le pilotage territorial de notre système de santé* » et exercer, en reprenant les termes du Rapport Ritter « *un pilotage territorial unifié et responsabilisé tant en matière de politique de santé que de maîtrise des dépenses* ».

L'implantation de ces instances régionales consacre l'existence d'un pilotage décentralisé du système de santé. Elle implique une redistribution importante des responsabilités entre les différents niveaux du système de santé et elle oblige à concevoir de nouveaux outils pour permettre aux décideurs d'exercer leurs responsabilités et, en particulier, de nouveaux systèmes d'évaluation de la performance des instances régionales, des établissements et des projets cliniques pour pouvoir donner un sens aux réformes en cours, pour orienter les changements et pour gérer de façon responsable.

A partir des études que nous menons au Québec, nous montrons qu'il est utile de concevoir les systèmes régionaux de santé et les organisations qui les composent comme des systèmes organisés d'actions complexes qui s'emboîtent et qui s'articulent les uns avec les autres, et qu'il est possible d'évaluer de façon globale et intégrée la performance de ces systèmes complexes de façon à produire des informations utiles pour les différents preneurs de décisions, aux différents niveaux où ils exercent leurs fonctions. L'idée maîtresse qui a guidé nos travaux réside dans le fait que l'utilité d'une évaluation est d'autant plus grande qu'il existe une forte adéquation entre la complexité de l'intervention à évaluer et le dispositif d'évaluation choisi. [...]

ANNEXE 3

Article 24 de la Constitution Française du 4 octobre 1958 / Conseil constitutionnel. Décision n°2009-581 DC du 25 juin 2009

3.1 : Article 24 de la Constitution Française du 4 octobre 1958 :

Titre 4 : Le parlement

Art. 24. - Le Parlement vote la loi. Il contrôle l'action du Gouvernement. Il évalue les politiques publiques.

Il comprend l'Assemblée nationale et le Sénat.

Les députés à l'Assemblée nationale, dont le nombre ne peut excéder cinq cent soixante-dix-sept, sont élus au suffrage direct.

Le Sénat, dont le nombre de membres ne peut excéder trois cent quarante-huit, est élu au suffrage indirect. Il assure la représentation des collectivités territoriales de la République.

Les Français établis hors de France sont représentés à l'Assemblée nationale et au Sénat.

3.2 : Conseil Constitutionnel. Décision n°2009-581 DC du 25 juin 2009

(*Considérants 57 et 58*)

(...)

En ce qui concerne l'article 129 de la résolution :

57. Considérant que l'article 129 de la résolution insère, dans la première partie du titre III du règlement, un chapitre VII comportant les articles 146-2 à 146-7 ; que l'article 146-2 institue un comité permanent d'évaluation et de contrôle des politiques publiques, détermine sa composition et définit les modalités de vote en son sein ; que l'article 146-3 fixe son champ de compétence, détermine les conditions de sa saisine et son mode de fonctionnement ; qu'il dispose, en particulier, dans son quatrième alinéa, que le comité peut demander l'assistance de la Cour des comptes pour l'évaluation des politiques publiques, ainsi que le concours d'experts extérieurs à l'Assemblée ; qu'il prévoit également, dans son sixième alinéa, que la présentation des rapports est organisée en présence des responsables administratifs de la politique publique concernée et donne lieu à un débat contradictoire ; qu'il dispose, dans son septième alinéa, que les recommandations du comité sont transmises au Gouvernement et, dans son huitième alinéa, qu'à l'issue d'un délai de six mois ces recommandations peuvent faire l'objet d'un rapport de suivi ; que l'article 146-4 dispose que le comité reçoit communication des conclusions des rapports d'information réalisés par les missions d'information communes et par les rapporteurs spéciaux de la commission chargée des finances ; que les articles 146-5 et 146-6 donnent la possibilité audit comité d'être saisi des documents qui rendent compte de l'étude d'impact joints à un projet de loi déposé, ainsi que des amendements d'origine parlementaire aux fins de réaliser une étude d'impact ; que l'article 146-7 permet au comité de faire des propositions à la Conférence des présidents concernant l'ordre du jour de la semaine de contrôle visée au quatrième alinéa de l'article 48 de la Constitution ;

58. Considérant, en premier lieu, qu'aux termes de l'article 20 de la Constitution : " Le Gouvernement détermine et conduit la politique de la Nation. - Il dispose de l'administration et de la force armée. - Il est responsable devant le Parlement dans les conditions et suivant les procédures prévues aux articles 49 et 50 de la Constitution " ; qu'aux termes du premier alinéa de l'article 24 de la Constitution : " Le Parlement... contrôle l'action du Gouvernement. Il évalue les politiques publiques " ; que, dès lors, d'une part, les missions du comité ne peuvent porter que sur le contrôle de l'action du Gouvernement et l'évaluation des politiques publiques ; que, d'autre part, elles consistent en un simple rôle d'information contribuant à permettre à l'Assemblée nationale d'exercer son contrôle sur la politique du Gouvernement et d'évaluer les politiques publiques, dans les conditions prévues par la Constitution ; qu'ainsi, dans le sixième alinéa de l'article 146-3, les mots : " et donne lieu à un débat contradictoire dont le compte rendu est joint au rapport " doivent être déclarés contraires à la Constitution ;

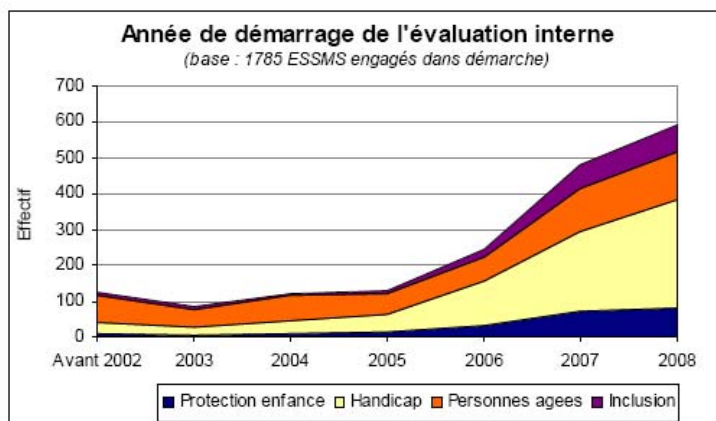
ANNEXE 4

Enquête nationale 2008 auprès des établissements et services sociaux et médico-sociaux. (ANESM) (Extraits).

3. L'avancement de la démarche d'évaluation interne

3.1 L'entrée dans la démarche

Globalement, depuis 2007, année de création de l'Agence, on observe une **accélération de l'entrée dans la démarche d'évaluation interne**.



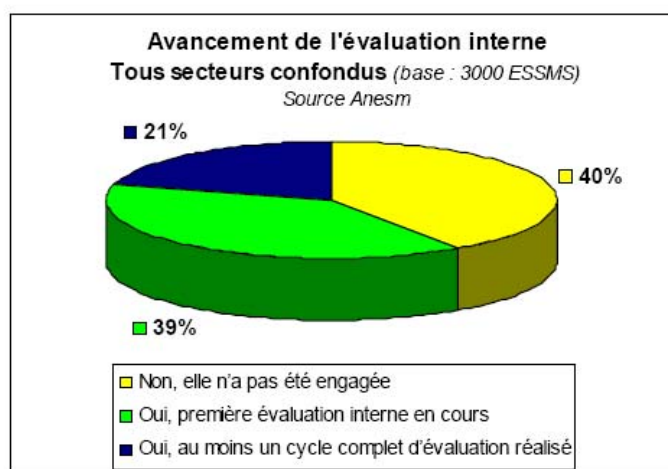
- Jusqu'en 2006, chaque année, un peu moins de 5% des structures enquêtées initiaient leur évaluation interne.
- En 2007, 16% et en 2008, 20% des structures enquêtées s'engageaient dans la démarche.

L'Agence a ainsi favorisé directement ou indirectement l'engagement des établissements et services dans la démarche d'évaluation interne.

3.2 Le niveau d'avancement

60% des ESSMS ont engagé leur démarche d'évaluation interne :

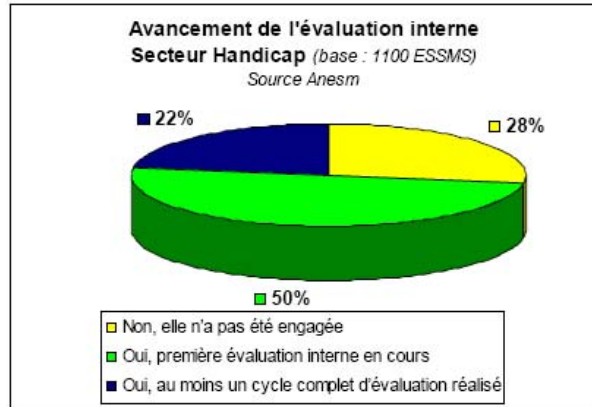
- 21% déclarent avoir achevé au moins un cycle complet d'évaluation interne ;
- 39% réalisent actuellement leur première évaluation interne.



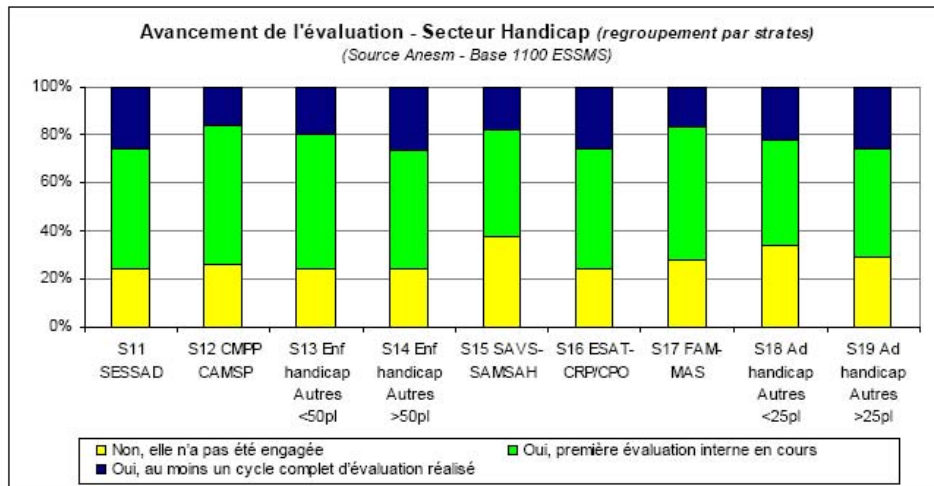
Des disparités existent entre les 4 grands secteurs

Secteur Handicap, enfants et adultes

- 72% des 1 100 structures enquêtées sont engagées dans la démarche d'évaluation interne.

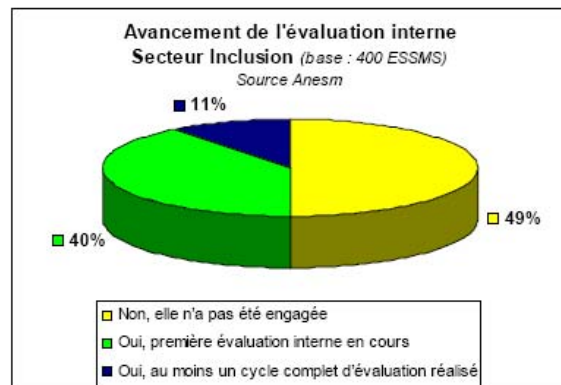
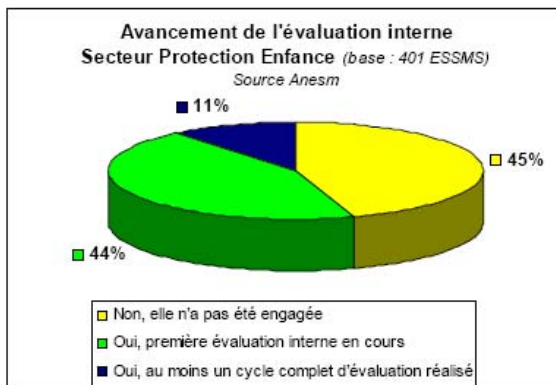


- S'agissant des différentes strates du secteur, le niveau d'avancement de la démarche d'évaluation interne est **assez homogène**.



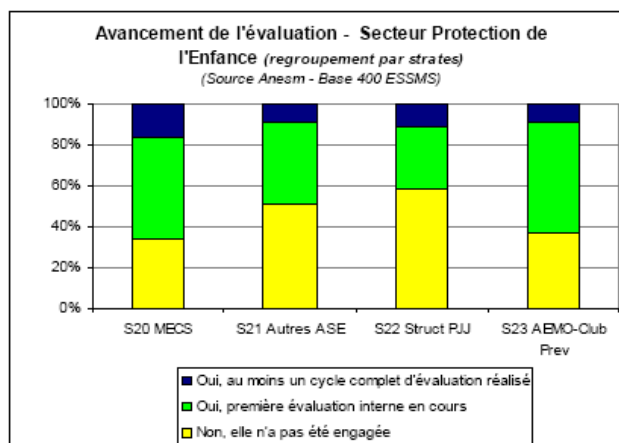
Secteurs Protection de l'enfance et Inclusion

- Plus de 50% des structures sont engagées dans la démarche d'évaluation interne.



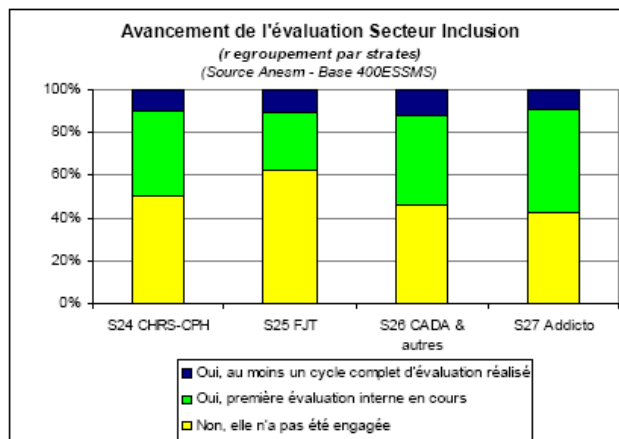
Secteur Protection de l'enfance

- Le niveau d'avancement de la démarche d'évaluation interne est assez **hétérogène** dans les strates du secteur.

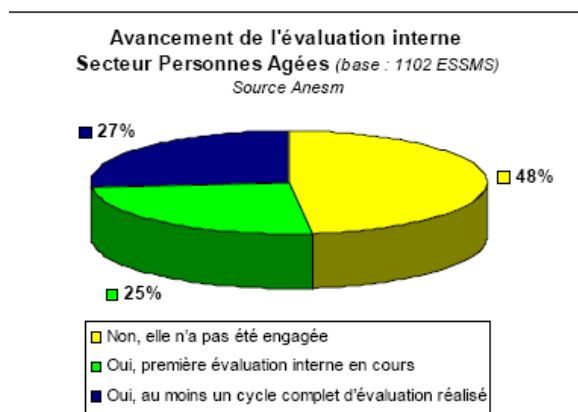


Secteur Inclusion

- Le niveau d'avancement de la démarche d'évaluation interne est assez **homogène** dans les strates du secteur – à l'exception des foyers jeunes travailleurs (strate S25) qui présente un niveau d'avancement en retrait (38% se sont engagés dans la démarche contre 54% en moyenne pour les 3 autres strates de ce secteur).



Secteur Personnes âgées

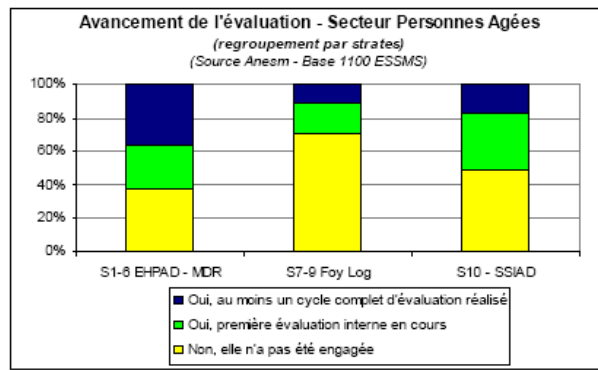


- L'obligation de mettre en œuvre l'outil *Angélique* dans le cadre des conventions tripartites explique le niveau d'avancement de la démarche d'évaluation interne. Ainsi, **62%** des 650 structures des strates correspondant aux Ehpad sont en cours de réalisation ou ont réalisé au moins une évaluation interne.

A contrario, **71%** des répondants des autres strates de ce secteur (foyers-logements non Ehpad et Ssiad, soit 450 structures), non soumis à cette obligation, n'ont pas encore engagé leur évaluation interne.

Pour mémoire : les strates 1 à 6 regroupent les établissements soumis au conventionnement tripartite (Ehpad, foyer-Logement Ehpad, USLD ayant passé convention).

Les strates 7 à 9 regroupent les établissements ne relevant pas d'une convention tripartite (foyer-logement). La strate 10 est relative aux Ssiad.



3.3 Les facteurs influençant l'avancement de la démarche

L'analyse statistique a mis en évidence que le niveau d'avancement de la démarche d'évaluation interne est fortement lié au fait que le **projet d'établissement ou de service** ait été défini.

Par ailleurs, le niveau d'avancement est également lié au nombre d'ETP disponible dans l'établissement ou le service : l'analyse a révélé un **seuil critique** de **25 ETP** en-dessous duquel la structure aurait des difficultés à initier la démarche d'évaluation.

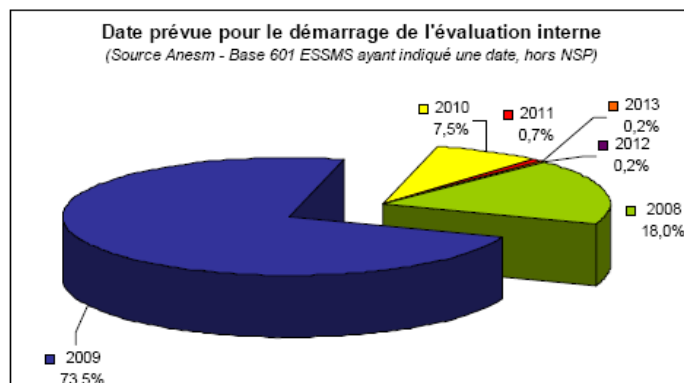
Le niveau d'avancement est lié aussi à la mise en œuvre, par ailleurs, d'une démarche qualité par l'établissement ou le service. Par contre, la mise en place d'une certification ISO ou d'une certification de service n'a aucune influence sur la démarche d'évaluation interne (ces deux types de démarches sont d'ailleurs peu souvent cités par les répondants de l'enquête).

3.4 La planification prévue par les établissements et services n'ayant pas encore engagé d'évaluation interne

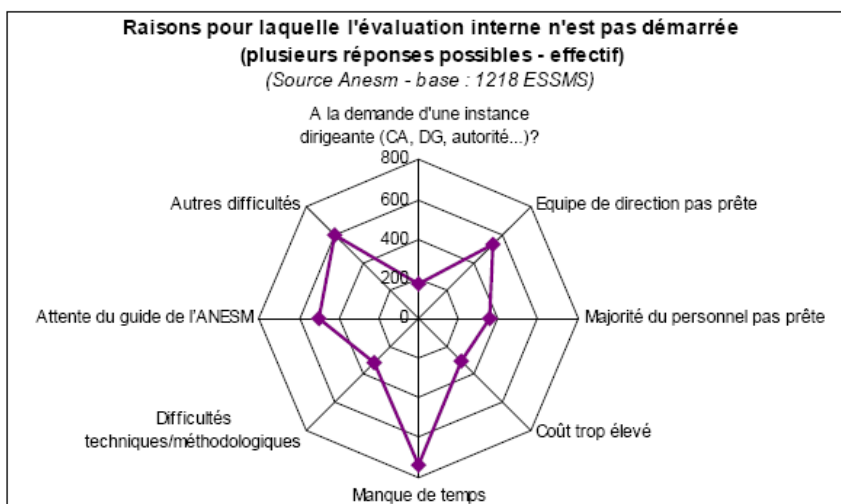


51% des ESSMS n'ayant pas encore engagé leur démarche indiquent avoir planifié le démarrage.

Lorsque la date est connue, **91,5%** des ESSMS indiquent un démarrage entre fin 2008 et l'année 2009.



3.5 Les difficultés rencontrées par les établissements et services n'ayant pas encore engagé d'évaluation interne



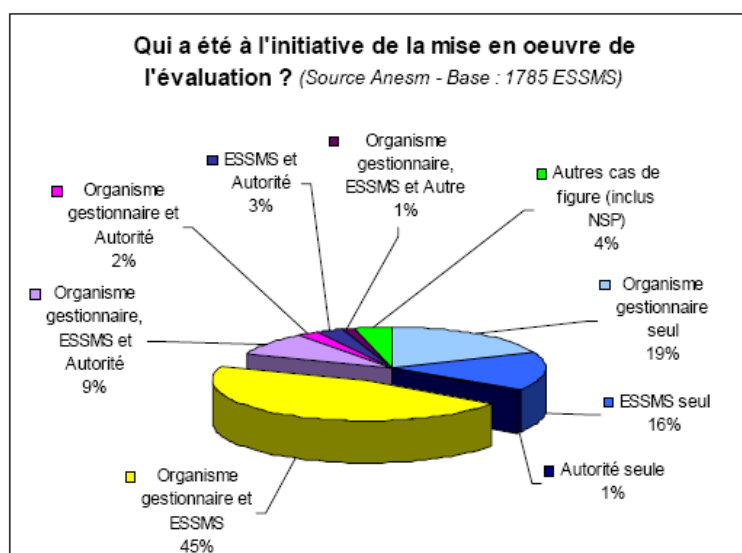
- Plus de 60% des structures n'ayant pas démarré leur évaluation interne indiquent que le **manque de temps** a été le frein principal ;
- pour 43% d'entre elles, **l'équipe de direction n'est pas prête** ;
- 41% souhaitent attendre la **parution de la recommandation** sur la conduite de l'évaluation interne de l'Anesm pour s'engager dans la démarche ;

Nota :

- 30 ESSMS ne retiennent aucune raison dans la liste proposée (NON donné pour chaque proposition) et 8 ESSMS ne savent pas (NSP pour chaque proposition) ;
- globalement, les résultats entre les différents secteurs d'activités sont homogènes.

3.6 L'initiative de la démarche

Une démarche essentiellement à l'initiative conjointe de l'organisme gestionnaire et de l'établissement ou service.



ANNEXE 5

Evaluation : éclairage sur des débuts laborieux

Actualités Sociales Hebdomadaires - Numéro 2651 du 19/03/2010

Evaluation : éclairages sur des débuts laborieux

Si les démarches d'**évaluation** se multiplient dans les établissements du secteur social et médico-social, de nombreux freins subsistent à leur plein essor. Le sociologue Emmanuel Granger passe en revue ces obstacles - financiers, conceptuels, culturels... De leur côté, Pierre Savignat, au nom de la Société française de l'**évaluation**, et Bénédicte de Ruyg, du CREAI Rhône-Alpes, insistent, du fait des nombreuses difficultés de l'exercice, sur la nécessité de débattre, d'échanger des expériences et annoncent la création d'un « Atelier de l' **évaluation** » en Rhône-Alpes.

EMMANUEL GRANGER

Sociologue, consultant au cabinet G Consultant spécialisé dans le conseil, la formation, l'accompagnement et l'évaluation dans le secteur social et médico-social

« Un basculement culturel à opérer »

« Depuis quelques mois, les réalisations d'évaluations internes et, plus sporadiquement, d'évaluations externes se multiplient. Le mouvement reste cependant timide, soulevant quelques inquiétudes quant au respect des calendriers légaux. Qu'est-ce qui justifie cet engagement très progressif dans l'évaluation ? Plusieurs explications sont avancées par les professionnels.

La question des moyens alloués ou mobilisables et les priorités de la vie institutionnelle sont le plus souvent mises en avant. Tous les établissements et services ne sont pas égaux face à ce type de contraintes. Le coût des évaluations est plus difficile à supporter pour les petites structures ou celles dont les financements sont précaires. Il faut pouvoir assumer les coûts liés aux temps de travail qui y sont consacrés, aux remplacements éventuels, le recours aux consultants et aux évaluateurs. Sans oublier les coûts induits par les ajustements qui prolongent les évaluations : actualisation du projet d'établissement, développement de projets, d'outils, formalisation de méthodes, de procédures et de partenariats, formation des salariés, etc. Au-delà du coût, l'évaluation représente aussi une contrainte organisationnelle importante. Concrètement, tout cela se traduit par une compression du temps consacré aux évaluations, qui menace leur qualité et donc leur pertinence.

La question des moyens n'explique cependant pas tout. Les discours tenus sur le terrain indiquent que l'évaluation demeure un « concept » flou et mal maîtrisé. Confondue avec le contrôle, peu distinguée parfois de la « démarche qualité », elle apparaît souvent suspecte. On lui reproche de ne pas traduire correctement les réalités professionnelles et de masquer des intentions politiques douteuses. Bref, le sens de l'évaluation fait débat. De manière plus surprenante, la question du sens des recommandations de bonnes pratiques professionnelles publiées par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements sociaux et médico-sociaux (ANESM) est aussi parfois posée. Certains estiment qu'elles contraignent trop l'organisation du travail et les pratiques. Elles sont perçues comme une tentative d'uniformisation, de « standardisation », de « formatage », critiques également adressées à

l'évaluation. Ce n'est pourtant pas une «mise en conformité» qui est recherchée, mais plutôt une mise en cohérence. Le décret du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux précise par exemple que «l'évaluation est distincte du contrôle des normes en vigueur». Malgré cela et une littérature abondante sur le sujet, la confusion et l'inquiétude se maintiennent. Alors à quoi tient ce malentendu ? Proposons trois hypothèses.

D'abord, la mutation des systèmes de représentations nécessaire à l'intégration de l'évaluation heurterait le système de valeurs du travail social. Le sentiment de perte de l'essence du travail social, qui repose en grande partie sur la qualité de la relation avec la personne, est fréquemment évoqué. La structuration et la formalisation des pratiques auxquelles conduit l'évaluation déshumaniseraient la relation. Ce qui est paradoxal parce que l'évaluation, comme les autres obligations et outils issus de la loi 2002-2, exprime une volonté de prendre en compte plus «pleinement» la personne. L'évaluation permet de dépasser les intentions et les déclarations qui ont longtemps fait foi - qui n'excluaient d'ailleurs pas des formes d'évaluation «spontanée». Conduite convenablement, elle met en exergue la générosité et le talent qui font le travail social et médico-social en procédant à une explicitation claire des références et pratiques utilisées. L'enjeu est d'ordre éthique, deux éthiques très proches qui ne se rencontrent pas. Les personnes bénéficient-elles bien de prestations de qualité et cela dans le respect de leurs droits, en réponse à leurs attentes et à leurs besoins ? Est-ce que l'évaluation est gênante parce qu'elle conduit à objectiver, à clarifier les pratiques ? Les pratiques ne peuvent-elles être mises en débat - au-delà des groupes d'analyse de la pratique ?

Ensuite, l'évaluation introduirait un système de représentations de la pratique et de son organisation sensiblement différent de celui en vigueur dans les établissements et services. L'évaluation suppose une capacité de projection explicite (projets d'établissement, d'action, individualisé, etc.) et une dynamique qui transformeraient les pratiques. Elle crée un glissement de la logique dans laquelle la pratique est définie par la relation à la personne (et ses incertitudes) à une logique de compétences, renforcée explicitement ces dernières années par l'actualisation des diplômes d'Etat du secteur, dans laquelle les professionnels ont du mal à se retrouver. Le développement très progressif de l'évaluation tiendrait donc en partie à la définition de l'identité professionnelle des métiers sociaux et médico-sociaux et aux modes de socialisation professionnelle en vigueur dans le secteur.

Enfin, les freins à l'évaluation pourraient être révélateurs de l'échec du processus d'autonomisation du secteur social et médico-social. Historiquement, ce dernier a progressivement cherché à ériger son propre modèle professionnel intégré, inspiré des professions médicales. Longtemps les professionnels se sont définis comme des «agents du changement» positionnés politiquement. Mais l'Etat-providence de l'après-guerre et l'étiollement des utopies, notamment, auront raison de ce processus d'institutionnalisation. Le travail social, bien que toujours composite et contrasté, est aujourd'hui façonné par la commande sociale. Le désir d'autonomie peut de moins en moins être affirmé.

Retenons aussi l'idée de la nouveauté relative de l'évaluation pour les pouvoirs publics, notamment les collectivités territoriales. De fait, la culture de l'évaluation est mal diffusée et partagée entre les organismes de tutelle ou financeurs et les établissements et services, ce qui peut être une source d'incompréhensions supplémentaire.

L'intégration de l'évaluation ne pourra se faire sans une accentuation du travail d'explicitation et de formation des professionnels. Le basculement culturel à opérer n'est pas neutre et réclame un accompagnement certain. »

Emmanuel GRANGER - Contact : gconsultant33@gmail.com - www.gconsultant.fr

Rapport du jury

Moyenne générale de l'épreuve : 6,54
Moyenne générale: des admissibles 7,98
Meilleure note de l'épreuve : 13,5/ 20

L'EPREUVE :

Objectif de l'épreuve :

« L'épreuve a pour objectif de vérifier que le candidat est capable de mobiliser l'ensemble de ses connaissances en vue de l'étude d'une question issue du secteur des sciences et techniques médico-sociales »
source : <http://www.education.gouv.fr>)

Nature de l'épreuve: épreuve de synthèse

Il s'agit :

- de dégager un questionnement sous-tendu par le sujet conduisant à la formulation d'une problématique qui doit servir de fil conducteur à la composition du devoir.
- de répondre à cette problématique en s'appuyant sur un corpus de connaissances actualisées issues des champs disciplinaires participant à la culture médico-sociale: droit, sociologie, économie, histoire et psychologie, santé publique...

Il ne s'agit pas:

- d'une note de synthèse, ni d'une étude de documents.

Critères d'évaluation:

- maîtrise des connaissances, leur agencement, leur liaison
- la capacité à exploiter les documents éventuellement fournis
- l'aptitude à la réflexion et au raisonnement scientifique
- la capacité à dégager les concepts fondamentaux, la compréhension des contextes historiques, politiques, économiques, juridiques, à mettre en évidence les politiques sociales et de santé publique, à identifier les dispositifs et les institutions.
- La clarté et la rigueur de l'expression écrite et la composition

Recommandations:

Cette épreuve s'appuie sur un **programme précis** nécessitant une préparation rigoureuse.
(source: <http://www.education.gouv.fr>)

Pour réussir l'épreuve écrite de synthèse, un important travail personnel de lectures actualisées et de réflexion est indispensable.

Le niveau de connaissances attendu est celui d'un **travail universitaire de niveau master**.

Les références bibliographiques doivent être utilisées avec pertinence et être adaptées au sujet.

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

Il doit 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. Le développement du sujet doit être construit autour de la problématique qui ne saurait se limiter à une simple reformulation de l'énoncé.

La composition ne doit pas se réduire 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 proposer une approche conceptuelle des notions clés du sujet:

- le concept d'évaluation
- la culture de l'évaluation

Cette approche devait être étayée par une illustration pertinente dans les champs sanitaire et social, replacée dans le cadre des politiques sociales et de santé publique.

Les illustrations doivent venir appuyer l'argumentation et ne se résument pas à une énumération ou simple citation.

L'étude contextuelle est incontournable et tout particulièrement dans ce sujet où il était nécessaire d'avoir une analyse multidimensionnelle (économique, juridique, politique, idéologique, socio-démographique, sanitaire...). Il importait de souligner l'interdépendance de ces contextes et de les mettre en relation avec l'émergence et la diffusion de cette culture d'évaluation.

Le terme d'impact renvoyait aux effets produits (attendus ou non) de la culture d'évaluation sur les politiques sociales et de santé. Il convenait de dresser une typologie de ces impacts (par exemple : institutionnel, juridique et administratif, pratiques professionnelles...).

Éléments de recommandation indispensables au traitement du sujet :

Le chapeau permettait d'identifier l'application de l'évaluation dans les domaines sanitaire et social. L'analyse de la consigne devait amener le candidat à porter son attention sur tous ses termes. Les annexes servaient à enrichir la réflexion et pouvaient appuyer certains aspects de la démonstration. L'exploitation de ces annexes ne consistait pas en une paraphrase ou une simple citation.

Observations du jury

Le jury a établi les constats suivants :

- Une méconnaissance des attendus de l'épreuve.
- Le manque de connaissances en sciences médico-sociales d'un niveau universitaire mettant 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 mêmes sans une prise de recul indispensable à l'appréhension de la problématique inhérente au sujet.
- Une analyse insuffisante des enjeux majeurs de l'évaluation.

Le jury a apprécié dans certaines copies :

- Une problématique bien identifiée qui permettait un déroulement pertinent de la démonstration.
- La capacité à structurer la réflexion.

Le jury a regretté dans les copies :

- Une lecture du sujet sans le problématiser.
- La recopie de l'énoncé et des annexes.
- Un énoncé de contextes et d'impact sans mise en relation.
- Des connaissances erronées, incomplètes, obsolètes, vagues.
- Une structuration maladroite, incohérente voire inexistante du devoir.
- Un manque de maîtrise de la méthodologie du devoir composé.

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, de jugements de valeur et d'injonctions.
- La présence de schémas, tableaux, dessins ou autres fantaisies graphiques ou textuelles.
- Le manque de soin.

Seconde épreuve
Etude d'un système, d'un procédé ou d'une organisation

Durée : 5 heures – coefficient : 3

SUJET : ETUDE D'UN SYSTEME, D'UN PROCEDE, D'UNE ORGANISATION CAPET EXTERNE STMS Session 2011

La pratique de la cancérologie est un enjeu majeur de la santé publique et de l'offre des soins hospitalière. Les établissements de santé doivent désormais demander et obtenir une autorisation pour la pratique de la cancérologie et répondre à de nombreux critères de qualité. L'objectif de ce dispositif d'autorisation est de « garantir l'égalité d'accès à des soins de qualité à travers tout le territoire. » (Plan cancer 2009-2013).

1.1 Présenter le cadre méthodologique adapté qui permet au Centre Hospitalier de P., au regard de la législation en vigueur, d'obtenir l'autorisation pour la pratique de la cancérologie.

1.2 Analyser la conformité de la demande d'autorisation de cet établissement de santé.

2. Dans le cadre d'une démarche qualité, le centre hospitalier de P. développe une politique d'évaluation des pratiques professionnelles. Proposer et réaliser un outil repérant les causes de difficultés de fonctionnement des consultations de diagnostic du cancer.

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 :

Le traitement du cancer dans les établissements de santé en France en 2010 - Extraits du Plan Cancer 2009-2013 - Institut National du Cancer, Mars 2010.

Annexe 2 :

Deux diapositives, extraites du diaporama à l'attention du personnel du Centre Hospitalier de P. Formation interne - Service Politiques Hospitalières - janvier 2009 :

- Décret du 21 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement (extrait).
- Décret du 21 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de traitement du cancer et modifiant le code de la santé publique (extrait).

Annexe 3 :

Circulaire DHOS/O/INCa n° 2008-101 du 26 mars 2008 relative à la méthodologie de mesure des seuils de certaines activités de soins de traitement du cancer et annexe 1 : guide méthodologique de mesure des activités soumises à seuils (Extrait).

Annexe 4 :

Courrier de l'ARH de V. au Directeur du Centre Hospitalier de P. - 29 mai 2009

Annexe 5 :

Courriel de Mme B., inspectrice DDASS, au Directeur du Centre Hospitalier de P. - 29 juillet 2009.

Annexe 6 :

Dossier de demande d'autorisation relative à l'activité de traitement du cancer. (Extraits) Centre Hospitalier de P. - Avril 2009.

Annexe 7 :

Le dispositif d'annonce - Extrait de la brochure réalisée par le Réseau des malades et des proches de la Ligue nationale contre le cancer- Novembre 2006.

Annexe 8 :

Extrait de compte rendu de réunion concernant le dispositif d'annonce au Centre hospitalisation de P. - Janvier 2009.

Annexe 1

Mesure 19 du Plan Cancer 2009-2013 :

Renforcer la qualité des prises en charge pour tous les malades atteints de cancer.

Action 19.3 : accompagner la mise en place des critères d'agrément et des décrets d'autorisation du cancer et clarifier le positionnement et le rôle des organisations existantes.

Le traitement du cancer dans les établissements de santé en France en 2010

Pour traiter les malades atteints de cancer, les établissements de santé doivent depuis fin 2009 disposer d'une autorisation spécifique délivrée par leur Agence Régionale de l'Hospitalisation.

LES AUTORISATIONS POUR LE TRAITEMENT DU CANCER

Le dispositif d'autorisation, issu d'un travail commun du ministère de la santé, de l'Institut National du Cancer (INCa), des fédérations hospitalières, des professionnels de santé et de la ligue nationale contre le cancer repose sur un cadre juridique spécifique, défini en 2007, dont la mise en œuvre progressive comporte plusieurs étapes, qui seront finalisées en mai 2011.

Les traitements concernés par cette autorisation cancer sont :

- la chirurgie des cancers ;
- la radiothérapie externe ;
- et la chimiothérapie et traitements médicaux du cancer.

Chaque établissement de santé peut obtenir une autorisation pour une ou plusieurs de ces modalités de traitement :

1/ Réaliser une activité annuelle minimale dans la discipline thérapeutique pour laquelle ils sollicitent une autorisation.

Arrêté du 29 mars 2007 fixant les seuils d'activité minimale annuelle applicables à l'activité de soins de traitement du cancer.

2/ Faire accéder leurs patients à 6 critères de qualité transversale, quel que soit le cancer pour lequel ils sont soignés.

Les mesures transversales de qualité :

Les 6 conditions transversales de qualité fondées sur l'objectif d'une prise en charge globale dès le diagnostic initial, garantissent aux patients le bénéfice des mesures suivantes :

1. le dispositif d'annonce.
2. La concertation pluridisciplinaire.
3. Le respect des référentiels de bonne pratique.
4. La remise d'un programme personnalisé de soins.
5. L'accès aux soins complémentaires et d'accompagnement des malades.
6. L'accès aux innovations et à la recherche clinique.

D'autres garanties transversales doivent également être mises en œuvre par l'établissement : la participation à un réseau régional de cancérologie, la garantie de la continuité des soins, et l'assurance de la qualification des médecins.

3. Remplir les critères d'agrément définis par l'INCa spécifiquement pour chacune de ces modalités de traitement du cancer :

CRITERES D'AGREMENT EN CHIRURGIE DES CANCERS (synthèse)

Critères généraux applicables à toute chirurgie en oncologie :

- Qualification des chirurgiens dans la spécialité d'intervention et justification d'une activité régulière
- Présentation du dossier patient en Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP)
[...]
- Démarche qualité (réunions régulières de morbi-mortalité)
- Autoévaluation des pratiques à partir d'indicateurs (Art.R6123-95), relatifs notamment à l'activité du chirurgien

Critères spécifiques à chacune des spécialités soumises à seuil

[...]

CRITERES D'AGREMENT EN RADIOTHERAPIE DES CANCERS (synthèse)

[...]

CRITERES D'AGREMENT EN CHIMIOOTHERAPIE DES CANCERS (synthèse)

- Définition précise de la chimiothérapie anticancéreuse : La pratique de la chimiothérapie anticancéreuse correspond aux traitements médicaux utilisant l'ensemble des médicaments anticancéreux et des biothérapies, quel que soit leur mode d'administration par voie générale, y compris la voie orale. Sont également concernés les traitements administrés par voie intrathécale, intrapéritonéale, intra-artérielle et intrapleurale.

Critères qualité en chimiothérapie :

- Compétence médicale du prescripteur (art. D.6124-134) à temps plein dans l'établissement.
- Indication de chimiothérapie posée en RCP en présence d'un médecin répondant aux titres et qualifications requis (art. D.6124-134).
- Contenu minimum attendu du Programme Personnalisé de Soins (PPS).
- Démarche qualité (réunions de morbi-mortalité sur événements sentinelles).
- Auto-évaluation annuelle des pratiques (suivi qualité-art R6123-95).

Critères sécurité en chimiothérapie :

[...]
LE TRAITEMENT DU CANCER DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE

Ce dispositif est réalisé selon un calendrier progressif qui se terminera au plus tard en mai 2011. La mise en œuvre des autorisations pour les traitements du cancer se caractérise par son aspect progressif. En effet, suivant un calendrier et des modalités arrêtés par les textes réglementaires, la mise en œuvre suit les étapes suivantes :

PHASE 1 : PLAN CANCER 2003-2007

DE MARS 2007 A MARS 2009 (TERMINEE)

Elaboration nationale des textes réglementaires (fév.2005-mars 2007) et régionale des volets cancer des Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) de cancérologie, dépôt des demandes d'autorisation par les établissements.

Lors de cette première phase, les ARH ont procédé à la révision des volets cancérologie des SROS pour planifier l'offre de soins en fonction des besoins de la population. Cette révision a également permis de prendre en compte et d'anticiper l'évolution des exigences de qualité qui seront requises des établissements. Sur la base de ce volet cancérologie du SROS, les établissements ont pu déposer leurs demandes d'autorisation pendant les fenêtres de dépôt spécifiques aux autorisations de traitement du cancer prévues par les ARH.

PHASE 2 : PLAN CANCER 2009-2013

DE MAI A DECEMBRE 2009 (TERMINEE)

Délivrance des autorisations par les ARH sur la base des seuils d'activité minimale et de l'offre de soins prévue dans chaque région.

Les ARH ont délivré les autorisations aux établissements en ayant fait la demande en fonction de trois éléments :

1. La correspondance avec l'offre de soins prévue par le SROS sur le territoire de santé : l'établissement répond aux besoins exprimés en termes d'implantation au sein du volet cancérologie du SROS arrêté par la région.

2. La réalisation d'une activité moyenne sur les trois dernières années égale à au moins 80% du seuil d'activité minimale défini par pratique thérapeutique (arrêté du 27 mars 2007).

3. La capacité potentielle à remplir la totalité des conditions de l'autorisation dans les 18 mois.

PHASE 3: PLAN CANCER 2009-2013

DE JUIN 2009 A MAI 2011 (EN COURS)

Une montée en charge progressive pendant la période de mise en conformité. La cartographie de l'offre de soins en cancérologie sur le plan national, mise en ligne sur le site internet de l'INCa en mars 2010 correspond aux établissements de santé qui ont obtenu l'autorisation de traitement des cancers.

Néanmoins, cette autorisation sera confirmée définitivement à l'issue d'une période de mise en conformité de 18 mois à partir de la date de notification.

La période de mise en conformité permet aux établissements de santé de disposer d'un délai pour répondre aux critères d'agrément techniques, mettre en place les mesures transversales de qualité, et pour certains, atteindre et maintenir l'activité minimale requise.

Cette période de mise en conformité est spécifique à chaque région puisqu'elle commence à courir au jour de la réception par l'établissement de la notification de son autorisation. Ainsi, elle prendra fin au plus tard en mai 2011 pour les établissements autorisés en novembre 2009.

Un accompagnement des établissements de santé pendant cette phase charnière est prévu au sein même du Plan cancer 2009-2013 (mesure 19-Action 19.3).

PHASE 4 : PLAN CANCER 2009-2013

A PARTIR DE MAI 2011

Une mise en application finalisée.

A l'issue de la période de mise en conformité, les établissements de santé devront :

- Offrir à leurs patients l'ensemble des mesures transversales de qualité prévues par le dispositif ;
- Répondre à tous les critères d'agrément ;
- Et avoir une activité supérieure au seuil d'activité minimale dans chacune des pratiques thérapeutiques pour lesquelles ils ont été autorisés.

Pour chaque établissement, une visite de conformité sera réalisée par l'Agence Régionale de Santé (ARS) avant l'expiration du délai de 18 mois et permettra de vérifier sur place la mise en œuvre concrète de toutes les exigences de qualité du dispositif. Cette visite de conformité sera entièrement dédiée au traitement du cancer.

L'autorisation est accordée pour une durée de 5 ans, à l'issue de laquelle l'établissement devra renouveler sa demande en déposant un dossier de demande d'autorisation en vue de la poursuite d'activité pour le traitement du cancer

ANNEXE 2

Centre Hospitalier de P. Services Politiques Hospitalières

Diaporama Cancérologie - Formation interne du personnel – Janvier 2009

Diapositive 1

DECRET n° 2007-388 DU 21 MARS 2007 RELATIF AUX CONDITIONS D'IMPLANTATION APPLICABLES A L'ACTIVITE DE SOINS DE TRAITEMENT DU CANCER ET MODIFIANT LE CODE DE LA SANTE PUBLIQUE (Extrait)

Décret concernant la chimiothérapie, la chirurgie des cancers, la radiothérapie, l'utilisation de radio-éléments en sources non scellées.

Les obligations des établissements : L'établissement demandeur d'une autorisation :

- Est membre d'une coordination de soins en cancérologie (soit réseau régional reconnu par l'INCa, soit réseau territorial reconnu par l'ARH).
- A ou « participe à » une organisation proposant :
 - Un dispositif d'annonce ;
 - Des réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP) ;
 - Un Programme Personnalisé de Soins ;
 - Des traitements conformes aux référentiels de bonnes pratiques de l'INCa (ou par le réseau territorial par exemple) ;
 - Des soins de supports (ou complémentaires) et si nécessaires soins palliatifs.
- Respecte les critères qualité des prises en charge définis par l'INCa.
- Assure ou « passe convention pour » l'accès aux traitements innovants et essais.
- Respecte les seuils minimaux d'activité.
- Assure annuellement le suivi de la qualité de sa pratique.

L'autorisation pour la pratique de la cancérologie est donnée uniquement sur les activités à seuil, pathologie par pathologie pour la chirurgie des cancers.

Diapositive 2

DECRET n° 2007-389 DU 21 MARS 2007 RELATIF AUX CONDITIONS TECHNIQUES DE FONCTIONNEMENT (Extrait)

- **La Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP)**

Tout projet thérapeutique envisagé pour chaque patient atteint de cancer est enregistré en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire. Tous les membres de l'équipe médicale d'un établissement titulaire d'une autorisation et intervenant auprès de patients atteints de cancer doivent participer régulièrement aux RCP.

- **La continuité des soins**

Le titulaire de l'autorisation organise la continuité de la prise en charge et si nécessaire de la coordination des soins avec des établissements ou des personnes autorisées.

- **L'équipe médicale minimale**

Pour être autorisé à la pratique de la chimiothérapie, un établissement doit disposer d'une équipe médicale comprenant au moins :

- un médecin spécialiste en oncologie (Oncologie médicale ou oncologie radiothérapique ou DES d'oncologie)
- ou au moins un médecin qualifié compétent en cancérologie ou titulaire d'un DECS de cancérologie. Ces médecins ne pratiquent la chimiothérapie que dans la spécialité dans laquelle ils sont inscrits au tableau de l'ordre.

SANTÉ - ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DE LA SANTÉ,
DE LA JEUNESSE,
DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

(Extraits)

Direction de l'Hospitalisation et de l'organisation des soins
Sous direction de l'organisation du système de soins

Circulaire DHOS/O/INCa n° 2008-101 du 26 mars 2008 relative à la méthodologie de mesure des seuils de certaines activités de soins de traitement du cancer.

[...]

Annexe : Guide méthodologique

[...]

L'arrêté du 29 mars 2007 fixe les seuils d'activité minimale, prévus par l'article R.6123-89 du code de la santé publique, que devront respecter les établissements pour être autorisés à prendre en charge des patients atteints de cancer.

Ces seuils concernent six spécialités chirurgicales (chirurgie mammaire, digestive, urologique, thoracique, gynécologique et ORL), la radiothérapie externe et la chimiothérapie.

L'activité des établissements intervenant dans le champ de la cancérologie doit être analysée au regard de ces seuils dans le cadre de l'évaluation de l'exécution de l'autorisation, notamment à l'échéance du renouvellement.

L'Institut National du Cancer (INCa) a élaboré les outils méthodologiques nécessaires pour mesurer cette activité avec l'appui d'un groupe d'experts. La méthode développée dans le guide en annexe résulte de ces travaux et prend en compte les recommandations de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

Le principe général de la méthode consiste à effectuer, sur les bases PMSI MCO (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information-Médecine Chirurgie Obstétrique) et pour les thérapeutiques concernées, une sélection des résumés de sortie anonymes (RSA) repérés à partir de diagnostics principaux relatifs au cancer.

Pour la ministre et par délégation :

La directrice de l'hospitalisation

Le président du conseil
d'administration de l'INCa

A. P.

D. M.

AUTORISATION DE TRAITEMENT DES CANCERS

ANNEXE 26 MARS 2008

Guide méthodologique de mesure des activités soumises à seuils

L'arrêté du 29 mars 2007 a fixé les seuils d'activité minimale annuelle applicables à l'activité de soins de traitement du cancer :

METHODES

Données de départ : ensemble des résumés de sortie anonymes (RSA) des années de référence produit dans l'établissement de santé pour chaque site concerné par l'autorisation d'activité de soins de traitement du cancer. Les données prises en considération sont celles des trois dernières années disponibles validées. La nature du seuil telle qu'elle est considérée dans l'arrêté ministériel ne concerne que les prises en charge de patients âgés de dix-huit ans au moins.

1- Activité de chirurgie

Les RSA permettant de mesurer l'activité de chirurgie cancérologie soumise à seuil sont sélectionnés sur trois critères :

- 1- Présence d'un diagnostic principal (DP) de cancer [...]
- 2- Présence d'un acte opératoire classant, repéré par le caractère chirurgical du groupe homogène de malades (GHM) dans lequel est classé le séjour (3^{ème} caractère du code du GHM égal à C) ;
- 3-Age du patient égal ou supérieur à dix-huit ans.

L'analyse porte, par site, sur les trois dernières années disponibles validées. Le seuil s'applique, sur la moyenne résultant de l'analyse de ces trois années, par site, pour chacune des six spécialités.

Activité de chimiothérapie

Les RSA permettant de mesurer l'activité de chimiothérapie soumise à seuil sont sélectionnés sur trois critères :

- 1- Présence du code CIM-10 :Z51.1 en diagnostic principal (DP)
- 2- Présence d'un code cancer en diagnostic relié ou significatif [...]
- 3- Age du patient égal ou supérieur à dix-huit ans.
[...]

L'analyse porte, par site, sur les trois dernières années disponibles validées. Le seuil s'applique, sur la moyenne résultant de l'analyse de ces trois années, par site, pour chacune des six spécialités.

PRATIQUE THERAPEUTIQUE prévues à l'article R. 6123-87 du code de la santé publique	NATURE DU SEUIL prévues à l'article R. 6123-89 du code de la santé publique (thérapeutique, intervention, appareil anatomique ou pathologie)	NOMBRE D'INTERVENTIONS Ou de patients par structure de soins comprise dans l'autorisation
Chirurgie des cancers	Pathologies mammaires (tumeurs du sein)	Interventions : 30
	Pathologies digestives	Interventions : 30
	Pathologies urologiques	Interventions : 30
	Pathologies thoraciques	Interventions : 30
	Pathologies gynécologiques	Interventions : 20
	Pathologies oto-rhino- laryngologiques et maxillo-faciales	Interventions : 20
Radiothérapie externe par site disposant au moins de deux appareils, conformément aux dispositions de l'article R. 6123- 93 du code de la santé publique.	Radiothérapie externe	Patients : 600
Chimiothérapies ou autres traitements médicaux spécifiques du cancer	Chimiothérapie Dont chimiothérapie ambula- toire en hospitalisation de jour	Patients : 80 dont au moins 50

REPUBLIQUE FRANCAISE

**Agence Régionale
de l'Hospitalisation
de**

, le **29 MAI 2009**

DRASS de

Le Directeur de l'Agence Régionale de
l'Hospitalisation de

à

Monsieur le Directeur
du centre hospitalier

Service Politiques Hospitalières

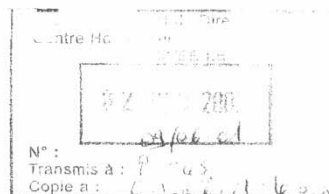
N°Ref. :

Dossier suivi par : A

Objet : Demande d'autorisation traitement du cancer

Recommandé avec A.R.

.P



Monsieur le Directeur,

Vous m'avez adressé le 30 avril 2009 un dossier de demande d'autorisation relative à l'activité de soins du traitement du cancer pour les pratiques thérapeutiques suivantes :

- chirurgie des cancers dont les pathologies suivantes : pathologies mammaires, pathologies digestives, pathologies urologiques, pathologies thoraciques, pathologies gynécologiques, pathologies oto-rhino-laryngologiques et maxillo-faciales ;
- chimiothérapie ou autres traitements médicaux spécifiques du cancer.

En réponse à ma demande, vous avez, par courrier du 28 mai 2009, apporté des éléments complémentaires à ce dossier.

J'ai l'honneur de vous informer que votre dossier est déclaré complet.

Ce dossier sera soumis pour avis au Comité Régional de l'Organisation Sanitaire lors des séances du 8 ou 9 septembre prochain.

Le rapporteur de votre dossier sera Madame B. , inspectrice à la DDASS de

Je vous de croire, Monsieur le Directeur, à l'expression de ma considération distinguée.

P/le Directeur de l'Agence Régionale
de l'Hospitalisation de
L'inspectrice

I . C



<L...B...@san...A...@ch-...fr>
 te.gouv.fr
 29/07/2009 10:51
 cc
 ccc
 Objet Autorisation cancer

Historique : Ce message a fait l'objet d'une réponse et a été transmis.

Monsieur,

Je viens d'avoir L. * I pour lui dire que vous maintenez votre demande d'autorisation de chimiothérapie. La partie est loin d'être gagnée... Il a rappelé les conditions nécessaires à l'exercice de la chimiothérapie :

- l'établissement doit employer un oncologue à temps plein. Ainsi, l'intervention d'un oncologue d'un autre établissement à temps partiel ne peut suffire.
- ou bien les praticiens de l'établissement demandeur doivent faire état d'un DESC en cancérologie,
- ou bien les praticiens peuvent faire état d'une compétence ordinaire

Il me semble que le CH ne répond pas à ces deux dernières conditions.
 Il reste une possibilité : l'INCA a décidé d'étudier au cas par cas les demandes de médecins qui n'ont ni DESC ni reconnaissance ordinaire pour leur reconnaître un savoir-faire qui leur permettrait de garder leur activité en cancérologie. Les critères sont pré-établis, ils seront validés en octobre 2009. Le SROS est début septembre...

Les praticiens du CH ont-ils déposé une demande auprès de l'INCA ? Si oui, il faudrait la joindre au dossier de demande d'autorisation.

Cordialement

Mme B.

* L.I. , médecin de santé publique en fonction à la DRASS de V., à qui l'ARH avait confié la mission de référent régional dans le domaine de la cancérologie.

CENTRE HOSPITALIER

CENTRE HOSPITALIER DE P.

**DOSSIER DE DEMANDE D'AUTORISATION RELATIVE A
L'ACTIVITE DE TRAITEMENT DU CANCER**

EXTRAITS

Personne à contacter :

Directeur de la Politique Médicale et des Coopérations
Centre Hospitalier de

AVRIL 2009

[...]

1-2 Délibération des instances

Le conseil exécutif du 14 avril 2009, la Commission médicale d'établissement du 23 avril du Centre hospitalier ont rendu un avis favorable sur le dossier de demande d'autorisation d'activité de traitement du cancer. Le conseil d'administration du 28 avril 2009 a également délibéré favorablement sur cette demande. [...]

1-2-1 Nature de la demande

Le centre hospitalier de P. demande l'autorisation de mettre en œuvre l'activité de soins « traitement du cancer » selon les modalités ci-après :

Chirurgie des cancers
Radiothérapie externe
Curiethérapie
Utilisation thérapeutique
Chimiothérapie ou autres traitements médicaux spécifiques du cancer

L'objectif général de l'établissement dans le domaine de la cancérologie est d'une part, de poursuivre le travail en réseau organisé au sein du réseau territorial et du centre de coordination des soins en cancérologie (3C) avec ses partenaires et d'autre part, de consolider dans ce cadre les efforts visant à l'amélioration de la prise en charge des malades cancéreux (renforcement des compétences médicales, optimisation des réunions de concertation pluridisciplinaires, finalisation du dispositif d'annonce, développement des soins de support, développement de l'oncogériatrie). [...]

1-2-3 Réponse aux objectifs du SROS

L'activité de cancérologie du Centre hospitalier de P., tant sur le plan de l'organisation actuelle que des projets en cours, s'inscrit dans le cadre des principes fondamentaux sur lesquels s'appuie le SROS 3^{ème} génération à savoir l'accessibilité des soins, la subsidiarité, la complémentarité, l'efficacité et l'objectif de faire du patient et de l'usager des acteurs de santé à part entière.

La demande d'autorisation déposée par le Centre hospitalier s'inscrit dans l'offre cible fixée par le SROS pour les activités de soins. (Site autorisé : P). [...]

1-2-3-1 La continuité des soins est organisée à trois niveaux

Continuité médicale

La permanence des soins est organisée selon les disciplines médicales soit sous la forme d'astreintes, soit sous la forme de garde sur place. Les prescriptions initiales et les renouvellements sont assurés 24h/24. Au moment de son entrée dans l'établissement, chaque patient se voit désigner un médecin référent assurant le suivi de sa prise en charge.

Continuité paramédicale

La continuité paramédicale est assurée 24h/24 dans le cadre du fonctionnement des services d'hospitalisation. Une astreinte de l'encadrement soignant est organisée le week end et les jours fériés. En outre, le malade pris en charge en hôpital de jour a la possibilité de joindre l'équipe soignante 24h/24.

Continuité pharmaceutique

Le centre hospitalier dispose d'une pharmacie à usage unique (PUI). La PUI est organisée pour permettre la réalisation de traitements en urgence. Un dispositif de permanence pharmaceutique est organisé. [...]

1-2-3-2 Sécuriser la chimiothérapie de la prescription à l'administration

Décision d'un traitement chimiothérapeutique en RCP

Au terme de la convention établie entre le Centre hospitalier et le réseau ONCO, les praticiens hospitaliers participant à l'activité des RCP s'engagent à :

- Appliquer le référentiel de bonnes pratiques cliniques validé par ONCO
- Suivre le règlement intérieur des RCP

- Inscrire aux RCP ses dossiers de patients ayant une pathologie cancéreuse

- Discuter aux RCP tout dossier ne répondant pas aux standards définis dans le référentiel. Les dossiers répondant aux standards peuvent ne pas faire l'objet d'une discussion pluridisciplinaire

- Renseigner le dossier communiquant de cancérologie (DCC) du patient.

Il existe un règlement local des RCP au Centre hospitalier. Ce document décrit l'organisation interne des RCP et s'applique à toutes les RCP, quel que soit son type. [...]

1-2-4 Les objectifs pour les soins de support

Mieux définir et développer les soins de support

Les soins de support correspondent à « l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades, parallèlement aux traitements spécifiques, tout au long des maladies graves dont la maladie cancéreuse ». La prise en charge de la douleur, des problèmes nutritionnels, des effets indésirables des traitements, des perturbations de l'image corporelle occasionnés par la maladie et/ou ses traitements est effectuée d'une part au sein, de l'établissement dans le cadre des consultations douleur, de diététicien, psychologue, kinésithérapie proposées par les services ayant une activité de cancérologie, d'autre part avec des partenaires privés aptes à répondre aux besoins des malades (liste à disposition des services). [...] L'objectif du Centre hospitalier est d'améliorer la traçabilité de ces soins de supports ainsi que l'identification des moyens qui y sont affectés (travail en cours).

1-2-5 Les objectifs pour les réseaux de cancérologie

L'organisation est structurée en 3 niveaux opérationnels complémentaires :

-Le réseau ONCO régional, le réseau territorial (il veille à l'organisation territoriale des RCP) -Les Centres de coordination en cancérologie (3C). [...]

-Le Centre hospitalier est membre d'une coordination des soins en cancérologie (3C) pour le territoire de santé de P.

[...]

3-1 Lits et places installés

	Hospitalisation complète Nombre de lits	Hospitalisation de jour Nombre de places
Médecine (M)	283	19
Chirurgie (C)	99	2
Obstétrique (O)	44	5
Total MCO	426	-
Psychiatrie	112	60
Soins de suite et de réadaptation	20	12

3-2 Le dispositif d'annonce

Un audit interne réalisé début 2009 par l'établissement a montré qu'en fonction des services, certains éléments du dispositif d'annonce étaient réunis. En particulier, les consultations d'annonce sont systématiques. En fonction des services, des consultations avec les psychologues, assistantes sociales sont organisées. [...]Le centre hospitalier n'ayant reçu aucun moyen financier pour le dispositif d'annonce, sa mise en place est progressive. Il a été décidé d'en faire un projet prioritaire. Dans la continuité de l'audit, un travail est actuellement en cours pour une réalisation en 2010.

3-3 Contenu du plan personnalisé de soins remis au patient.

Au cours de la consultation d'annonce du Projet Personnalisé de Soins (PPS), le médecin expose la proposition élaborée en RCP et décide avec le patient de la prise en charge la mieux adaptée. Celle-ci est formulée par écrit et est remise au patient. Un « agenda patient » est remis au patient au moment de cette consultation. Ce support contient des informations générales utiles au patient (organisation du réseau de cancérologie, présentation des établissements du 3C, lexique, adresses...) ainsi que des feuillets permettant de suivre le PPS.

3-4 Accès aux traitements innovants et aux essais cliniques

L'ensemble des dossiers de cancérologie sont présentés en RCP. Les équipes médicales intervenant dans la prise en charge de la cancérologie ayant connaissance de l'ensemble des études cliniques en cours (CHU promoteurs), chaque dossier passé en RCP fait l'objet d'un questionnement par rapport à une intégration éventuelle du patient dans l'une des études cliniques en cours.

3-5 Analyse des pratiques et des organisations

- Evaluation des transmissions infirmières, évaluation des isolements, évaluation de la sortie du patient, hygiène des mains, prise en charge et prévention des escarres. [...]

- Evaluation en cours portant sur les réunions de concertation pluridisciplinaires, méthode rétrospective de l'ensemble des réunions de concertation pluridisciplinaires : évaluation de l'organisation des quatre réunions et étude des 30 premiers dossiers 2008 pour chaque spécialité selon une grille définie en interne. [...]

- Evaluation en cours portant sur le dispositif d'annonce ; un groupe de pilotage a validé la grille d'évaluation. Les personnels médicaux concernés ont évalué les dossiers de leurs spécialités. Les grilles sont saisies par la cellule qualité.

Le groupe de pilotage analysera les résultats.

3-6 Mise en place d'indicateurs annuels

[...]

Par ailleurs, une démarche qualité, comportant notamment des réunions pluridisciplinaires régulières de morbi-mortalité sur les événements sentinelles sera mise en place en 2009.

Le Centre hospitalier s'engage à réaliser une auto-évaluation des pratiques en chimiothérapie au moyen d'indicateurs qui seront définis par l'Institut national du cancer.

3-7 Procédures ou les méthodes d'évaluation de la satisfaction des patients

Le Centre hospitalier de P. dispose depuis 2001 d'une procédure de gestion des plaintes déposées par les patients ou leur famille. [...]

4-1 Activités concernant le traitement du cancer par chirurgie

Cette activité concerne les prises en charge de patients âgés de dix-huit ans ou plus.

	Activité 2006		Activité 2007		Activité 2008		Moyenne		Activités prévisionnelles *	
	Nbre RSA	Nbre Interv	Nbre RSA	Nbre Interv	Nbre RSA	Nbre Interv	RSA	Nbre Interv	2009	2010
Pathologies mammaires seuil : 30	101	84	94	78	116	95	104	86	97	100
Pathologies digestives seuil : 30	106	95	90	84	96	92	97	90	95	95
Pathologies urologiques seuil : 30	70	70	73	72	63	62	69	68	65	75
Pathologies thoraciques Seuil : 30	25	25	33	33	42	41	33	33	40	40
Pathologies gynécologiques seuil : 20	45	42	41	33	32	29	39	35	40	45
Pathologies ORL Seuil : 20	6	6	7	7	9	9	7	7	10	10

*Nombre d'interventions

4-2 Fiche technique 2 : Traitement du cancer par chimiothérapie ou autres traitements médicaux spécifiques du cancer.

Activité envisagée pour le site d'implantation

	Activité 2006	Activité 2007	Activité 2008	Moyenne des trois dernières années	Activité prévisionnelle 2009	Activité prévisionnelle 2010
Nbre total de patients pris en charge en chimiothérapie ou autres traitements médicaux du cancer	98	105	122	108	125	130
Dont nombre de patients pris en charge en ambulatoire	53	60	71	61	70	80

4-3 Composition de l'équipe médicale

L'équipe médicale est composée de médecins qualifiés compétents en cancérologie pratiquant la chimiothérapie que dans la spécialité dans laquelle ils sont au tableau de l'ordre.

Le Centre hospitalier n'emploie plus d'oncologue depuis 2005. Il a signé une convention de partenariat avec l'établissement N. qui organise l'intervention au Centre hospitalier de P., sous forme de demi-journées hebdomadaires du Dr F., médecin oncologue. Ce dispositif permet de garantir la continuité des soins. [...]

4-4 Décision de mise en œuvre d'un traitement par chimiothérapie

La décision de mise en œuvre d'un traitement de chimiothérapie est prise au cours d'un entretien singulier par un médecin oncologue, ou par un médecin de la spécialité concernée (pneumologue, gastro-entérologue...). Dans tous les cas, la décision de recours à la chimiothérapie est validée en amont en RCP.

[...]



Extrait de la brochure réalisée par le Réseau des malades et des proches de la Ligue nationale contre le cancer, novembre 2006.

LE DISPOSITIF D'ANNONCE

Le dispositif d'annonce est une mesure (mesure 40) du Plan cancer (2003-2007), mise en place à la demande des patients lors des Etats Généraux des malades atteints de cancer organisés par la Ligue Nationale Contre le Cancer. Le patient doit bénéficier d'une prise en charge de qualité au moment de l'annonce de sa maladie.

Le dispositif d'annonce prévoit des temps de discussion et d'explication sur la maladie et les traitements afin d'apporter au patient une information adaptée, progressive et respectueuse :

- Un temps médical comprenant l'annonce du diagnostic et la proposition de traitement.
- Un temps d'accompagnement soignant permettant au malade ainsi qu'à ses proches de compléter les informations médicales reçues, de l'informer sur ses droits et sur les associations pouvant lui venir en aide.
- Un temps de soutien proposant un accompagnement social et l'accès à différents soins dits de support (psychologue, kinésithérapeute, prise en charge de la douleur, etc.).
- Un temps d'articulation avec la médecine de ville pour optimiser la bonne coordination entre l'établissement de soins et le médecin traitant.

<p>EXTRAIT D'UN COMPTE RENDU DU CENTRE HOSPITALIER DE P. RELATIF AU DISPOSITIF D'ANNONCE JANVIER 2009</p>

[...]

II ANNONCE ET PLAN CANCER**1- Qu'est-ce que l'annonce pour les soignants ? Points de vue croisés ...****Présentation**

Premier constat : la majorité des personnels médicaux et paramédicaux traitant des patients atteints de cancer mais ne travaillant pas dans un service traitant exclusivement des cancers (hématologie, oncologie, pneumologie, ORL, ...) ignorait l'existence de la mesure 40 du plan cancer et ne savait pas en quoi consistait le dispositif d'annonce.

Deuxième constat : plus de la moitié du personnel paramédical travaillant dans un service traitant exclusivement des cancers n'avait jamais entendu parler du dispositif d'annonce et ignorait en quoi il consistait.

[...]

Peut-on parler d'UNE annonce a proprement parlé ?

Il convient de rappeler qu'il n'y a pas **un** instant T au cours duquel le médecin « assènerait » l'annonce-diagnostic du cancer sans avoir à y revenir au cours de la prise en charge.

Cette démarche paraît totalement illusoire dans la mesure où :

- Premièrement, il peut y avoir plusieurs étapes à annoncer : l'annonce de l'entrée dans la maladie, l'annonce de la rechute éventuelle, l'annonce de fin de vie mais aussi l'annonce de la rémission ou l'annonce de la guérison, qui, étrangement, ne figurent pas dans les textes officiels alors que l'on mesure combien l'enjeu est important.
- Deuxièmement, une fois la consultation d'annonce **terminée**, et temps médical et le temps du malade étant 2 temps différents, il semble évident que l'annonce n'est pas pour autant **achevée**. Le médecin et l'équipe auront à y revenir fréquemment avec le patient **en s'adaptant à son rythme et en le respectant**.

Enfin, les malades ne sont pas « égaux » par rapport à l'annonce. L'une des difficultés du médecin réside dans le fait que « certains patients arrivent en ne sachant rien et d'autres savent déjà tout. En tant que médecin, on ne sait pas si on est bien perçu au moment où on dit les choses ». Actuellement, beaucoup d'annonces-diagnostic sont effectuées en amont par les spécialistes d'organes ou les radiologues. Les radiologues admettent même procéder parfois à des annonces « à leur insu » : « on se sent obligés de le faire »

Problème de forme et problème de fond

Cet état de fait vient soulever un problème d'envergure : à qui revient alors de procéder à l'annonce-diagnostic lorsqu'un patient passe par différents services, ce qui aujourd'hui représente une majorité de patients cancéreux ? Ce patient doit-il attendre la consultation d'oncologie ou de radiothérapie pour savoir ? [...] Et en même temps, dans quelle mesure est-ce que les autres services sont formés à ce type d'annonce ? En ont-ils le temps ou l'envie ?

En outre, y a-t-il un ou des lieux d'annonce ? Où l'annonce doit-elle se faire ? Est-ce que l'on considère qu'un patient qui aurait « bénéficié » du dispositif d'annonce dans un service aurait dépassé son « quota » de prise en charge qualitative ? Un dispositif identique doit-il être proposé dans chaque service que le patient sera amené à fréquenter au cours de sa prise en charge ou doit-on aménager, cibler par exemple sur la prise en charge spécifique induite par le service ? En d'autres termes, quelle

continuité pour la prise en charge des patients lorsque la proposition thérapeutique s'étend sur plusieurs services ? Quelle coordination entre les différents acteurs de la prise en charge ?
[...]

Qui prendre en charge ?

Il est bien évident qu'il s'agit en premier lieu du patient à traiter. Cependant on ne peut pas s'arrêter là et les services en ont bien conscience. On ne peut prétendre « soigner », prendre soin d'un patient sans se soucier de la famille qui l'entoure. Ce point important avec lequel tout le monde semble d'accord se heurte pourtant à un certain nombre de difficultés. La famille devrait être associée d'une façon ou d'une autre à l'annonce (ce qui très souvent est le cas) **et** à la prise en charge. Or c'est ce dernier point qui paraît le plus délicat.

Par manque de temps des soignants, par incompréhensions réciproques, l'atmosphère peut vite devenir tendue ou, au contraire, laisser place à un silence anxieux, emprunt de malaise et grouillant de questions restées sans réponse. Pour différentes raisons, la famille n'est pas toujours incluse d'emblée dans le processus de soins. Or il s'agit là d'un paradoxe car vouloir soigner un patient sans tenir compte de la famille constitue un leurre, une erreur qui entravera potentiellement l'adhésion du patient à la prise en charge.

Dispositif d'annonce : quand les avis divergent ... Paroles de médecins, paroles de soignants : des mots sur des représentations.

Les favorables...

[...]

« Aujourd'hui, la durée d'une consultation oscille entre 20 et 30 minutes. Pour prendre le temps d'amener le moins mal possible le patient à l'annonce, remettre un programme personnalisé de soins qu'on a bien sûr expliqué auparavant.... Et vous trouvez que c'est cohérent ? La prise en charge est bâclée dès le départ ».

« L'ambiguïté dans la consultation paramédicale, c'est qu'on a tendance à y inclure seulement les infirmiers alors que les manipulatrices en radiologie ou en radiothérapie aussi ont un rôle à jouer. D'après les textes du Plan Cancer, tous les soignants peuvent potentiellement faire cette consultation paramédicale ».

« La consultation infirmière existe déjà mais elle n'est pas formalisée. Souvent les soins sont l'occasion de réexpliquer le traitement ». [...]

Les réticents ...

« Tous les services n'ont pas besoin d'un infirmier pour le temps d'accompagnement soignant, sinon la prise en charge des patients est éparpillée. Un infirmier dédié au dispositif d'annonce n'est pas utile partout : dans certains services, les patients restent très peu ». [...]

« Il n'est pas nécessaire d'organiser un dispositif d'annonce dans chaque service puisque le propre du dispositif d'annonce, c'est justement la pluridisciplinarité. Une vraie consultation d'annonce, c'est que tout le monde soit sur un même site. Pour une vraie consultation d'annonce, il faut casser les cloisons entre les services. Comment faire une consultation d'annonce sans oncologue ? ». [...]

« Un patient sur dix seulement a besoin d'accompagnement ».

Remarque : Beaucoup de soignants ont le sentiment que le dispositif d'annonce vient poser des contraintes supplémentaires. Or il s'agit au contraire d'être capable de s'organiser autrement pour améliorer la prise en charge, avec, pour finalité, un patient plus satisfait et des équipes moins frustrées. Accepter de prendre un peu de temps au départ, c'est inévitablement en gagner par la suite. Le personnel paramédical semble presque toujours en adéquation avec cet état de fait alors que

certaines médecins ont encore du mal à cibler l'intérêt que peut susciter ce dispositif. Pour les paramédicaux, il y a un travail considérable de sensibilisation des médecins à réaliser.

2-Modalités de l'annonce : le constat

D'un point de vue général, il est relaté un manque de bureaux médicaux qui puissent garantir les bonnes conditions de déroulement de l'entretien. Un manque de places quant à l'aménagement des services : pas assez de salles de réunion, pas de salles dans lesquelles les patients puissent se détendre, pas de salles pour accueillir les familles. Un manque de personnel qui se sent déjà débordé par toutes les contraintes actuelles liées à la surcharge de travail : « dans certains services, ce n'est pas possible de mettre en place le dispositif d'annonce à moins d'un renfort de personnel conséquent, je crois qu'il faut être franc ». [...] L'énorme charge de travail technique et le travail dans l'urgence laissent au quotidien peu de places au relationnel, ce qui engendre un fort sentiment de frustration chez les soignants. Les moyens financiers alloués restent largement insuffisants.

Malgré cela, une majorité de cadres et de paramédicaux restent volontaires, partie prenante du projet en émettant toutefois quelques réserves quant à la faisabilité (manque de temps, doute sur l'adhésion des médecins) : « les équipes fournissent déjà un travail conséquent : on ne peut pas leur mettre une charge de travail supplémentaire ».

[...]

Rapport du jury

Moyenne générale de l'épreuve : 6,80
Moyenne des admissibles : 7,93
Meilleure note de l'épreuve : 14

Rappel sur l'esprit de l'épreuve : le sujet de l'épreuve peut contenir des documents sur des publics, des orientations politiques, des éléments organiques, des actions, qui servent de supports pour l'analyse et la proposition d'une démarche, avec la réalisation d'outils éventuellement.

Conseil aux candidats : la préparation à cette épreuve passe par l'appropriation de connaissances scientifiques et technologiques relevant du champ sanitaire et social.

Esprit de l'épreuve : il ne s'agit plus de se positionner comme un professionnel au sein d'une structure, ou d'un service. Le candidat mène une réflexion à partir d'actions réalisées par des cadres des secteurs de la santé et du social. L'épreuve, d'abord technologique, est ancrée dans un contexte institutionnel qu'il convient de s'approprier. La maîtrise du vocabulaire technologique est évaluée.

Remarques générales sur les copies : il est important de soigner la copie (calligraphie, expression écrite, structuration) et d'éviter le caractère brouillon (flèches dans les paragraphes, crayon papier, blanc correcteur, traits sans règle, ratures, abréviations...). Une grande vigilance doit être portée à l'orthographe. De plus, la forme de la réponse n'est pas imposée et reste à adapter au contexte.

Cette épreuve est technologique et n'induit pas une structuration d'ensemble du type composition écrite (introduction avec problématique, développement unique et conclusion). Il est inutile de recopier l'intitulé des questions. En revanche, il est souhaitable de répondre directement à chaque question en cernant l'objet, les différentes parties de celle-ci. Une attention particulière doit être portée aux verbes d'action. Le contexte doit être exploité de manière à éviter des propos généraux ou des lieux communs. En aucun cas, il ne s'agit de plaquer des méthodes de projet, ou de recopier les annexes ou de faire des renvois vers celles-ci.

Il est demandé que chaque question soit traitée séparément. Chacune d'entre elles amène à une exploitation différente des données. Au demeurant, le candidat doit avoir une vue d'ensemble sur le sujet pour en cerner la cohérence et la finalité.

Les candidats doivent réussir à gérer leur temps au regard de l'exploitation des documents, de la construction des argumentaires et de la réalisation de méthodes ou d'outils.

Question 1.1 : Présentation du cadre méthodologique

Cette question permettait essentiellement d'évaluer la capacité à exploiter des documents (un corpus de textes réglementaires), d'analyser la situation d'une institution au regard d'une procédure en cours, en articulant cadre législatif et situation réelle.

Il est donc essentiel de se positionner au sein de la structure proposée en dégagant, au cours de la lecture des annexes, ses caractéristiques organiques et fonctionnelles.

Éléments attendus :

Deux aspects étaient à dégager :

- Le cadre juridique spécifique du dispositif d'autorisation (analyse et synthèse des annexes 1, 2 et 3) ;
- L'adaptation du cadre juridique à la structure (analyse et synthèse des annexes 4, 5 et 6).

Au niveau du cadre juridique spécifique du dispositif d'autorisation, il s'agissait de dégager :

- Les références réglementaires (décrets du 21 mars 2007, arrêté 29 mars 2007, plans cancer, circulaire DHOS, ...)
- Les étapes de demande d'autorisation : avec la nécessité de réaliser une activité annuelle (seuil minimal), et d'accéder aux 6 critères transversaux et autres garanties, sans oublier d'y introduire les critères d'agrément.
- Les différentes phases : avec un positionnement correct par rapport aux phases 1,2, 3, le rappel des phases 1 et 2 (historique), la mise en relief de la phase 3 actuelle (période de mise en conformité des 18 mois et accompagnement possible de tutelle), avec in fine, la phase 4 (visite de conformité de l'ARS et autorisation pour 5 ans).
- Enfin, l'articulation des étapes et des phases (phasage avec le calendrier réglementaire : mai à

décembre 2009, délivrance des autorisations ; juin 2009 à mai 2011, mise en conformité avec visite de conformité de ARS ; mai 2011, fin de période de mise en conformité).

Au niveau de l'adaptation du cadre juridique à la structure, étaient attendus :

- La planification de la démarche en respectant le calendrier ;
- Le repérage de la phase 2 avec la formation intra-muros (janvier 2009) par l'équipe pilote désignée, qui fournira ensuite l'analyse des résultats au regard des seuils d'activité imposés ;
- La validation par les instances consultatives et décisionnelles de l'hôpital en avril 2009 ;
- Le dépôt auprès de la tutelle du dossier de demande d'autorisation le 30 avril ;
- La nécessité de compléter le dossier le 28 mai 2009 (dossier déclaré complet le 29 mai) ;
- Le problème de conformité du dossier (exploitation du message de l'IGAS du 29 juillet 2009) ;
- L'étude du dossier en CROSS (septembre 2009) ;
- La validation du dossier en octobre 2009 ;
- L'attente de la notification de la décision de l'ARH et le calcul du délai de 18 mois s'il y a lieu ;
- La préparation de la visite de conformité par le service qualité (apport d'éléments de correction).

Remarques sur les copies :

La majorité des candidats a survolé le cadre juridique. L'articulation entre ce cadre juridique spécifique et la situation institutionnelle manquait fréquemment.

Certains ont proposé une démarche de projet théorique, sans tenir compte qu'il s'agissait dans ce sujet d'analyser une procédure. De facto, l'adaptation du cadre méthodologique ne pouvait se réduire à une démarche de projet.

Question 1.2 : Analyse de la conformité de la demande d'autorisation

Était évaluée essentiellement la pertinence de l'analyse du respect des critères réglementaires généraux. Le diagnostic des écarts était à justifier. Une structuration de la réponse était nécessaire.

Éléments attendus :

- Dans le respect des critères réglementaires généraux :

L'obligation d'être membre d'une coordination de soins en cancérologie (réseau ONCO Régional, le travail en réseau territorial) et la réalisation d'une activité annuelle (seuil minimal), en distinguant pour la chirurgie d'un côté, une activité annuelle satisfaisant aux critères (sauf en ORL), et pour la chimiothérapie de l'autre, une activité annuelle répondant aux critères.

- En termes d'accès aux 6 critères transversaux :

- le dispositif d'annonce (projet prioritaire), à finaliser dans sa mise en place progressive ;
- le RCP, à optimiser ;
- l'engagement des praticiens à respecter les référentiels des bonnes pratiques ;
- la remise d'un PPS (le critère est atteint) ;
- pour l'accès aux soins complémentaires et l'accompagnement du malade, soins de support à développer ;
- pour l'accès aux innovations et à la recherche clinique (accès aux traitements innovants et essais), nécessité éventuelle d'intégrer les patients dans une étude clinique en cours, selon la décision prise en RCP.

- Concernant les critères complémentaires :

- au sujet de la garantie de continuité des soins et de la coordination des soins avec établissement autorisé : les trois niveaux de continuité (médicale, paramédicale et pharmaceutique) respectés ;
- la qualification des médecins reconnue, sauf pour l'oncologue ;
- critères de qualité de la pratique satisfaisants, référentiel suivi.

Remarques sur les copies :

Dans l'ensemble, la question a été comprise, mais traitée de façon incomplète. La justification de l'écart était superficielle. Deux aspects incontournables étaient négligés : l'absence de présence à temps plein d'oncologue, le seuil minimal non atteint pour l'ORL. De manière générale, les réponses étaient peu structurées (approche énumérative).

Question 2 : Proposition et réalisation d'un outil de diagnostic

Cette consigne demandait au candidat de se situer au sein d'un projet qualité. La capacité à mobiliser une méthodologie d'évaluation est appréciée par les correcteurs. Le choix de l'outil d'investigation et sa réalisation doivent conduire à une exploitation pertinente des données collectées (causes de dysfonctionnement).

Éléments attendus :

- La proposition d'un outil et sa justification :

La construction de l'argumentaire passe par le rappel du contexte particulier de la consultation et la présentation de la méthode d'évaluation choisie.

La justification de l'outil réalisable demande d'en préciser les modalités de réalisation et d'usage avec les avantages et les limites éventuelles. Le choix de ce dernier doit être cohérent avec la méthode proposée et les éléments d'information à disposition. Une articulation est également à faire avec la démarche qualité engagée et le projet institutionnel. Le phasage du projet qualité est attendu.

Par exemple, il était possible de proposer : un diagramme causes/effet (avec l'arborescence et la catégorisation des causes) ; une grille d'audit interne (missions à atteindre, réponses, commentaires, références, constats d'écart) ; un outil pertinent permettant de classer, regrouper et visualiser des causes ; etc.

- La réalisation :

Devaient impérativement figurer le repérage du problème et la mise en évidence des causes.

Par exemple, les causes liées :

- au personnel : pas d'oncologue à temps complet, manque d'auxiliaires médicaux, manque de temps pour la prise en charge, manque de formation, d'information...

- à la méthode d'organisation : défaut de répartition des rôles, manque de coordination entre services, temps de consultation trop court, cloisonnement des services...

- au milieu : dispersion des lieux, adhésion insuffisante du personnel, particulièrement des médecins, culture institutionnelle absente à ce sujet...

- aux financements insuffisants...

- au matériel et à l'espace : manque d'espace, de locaux (bureaux, lieux de détente, d'accueil)...

- à une adaptation insuffisante aux besoins des patients : niveau d'information variable, soutien variable de la famille...

Remarques sur les copies :

La présentation de la méthode et la justification de l'outil étaient souvent sommaires ou inexistantes.

La plupart des candidats s'est orientée sur un diagramme causes/effet ou un questionnaire (avec une orientation limitée).

Certains ont davantage expliqué les causes sans schématiser le diagramme causes/effet. D'autres ont réalisé des outils non exploitables (dont le questionnaire) ou incohérents (fiche patient, affiche...) au regard de la méthode choisie.

En terme de contenu, des productions étaient mal cadrées et ne répondaient pas à la consigne.

EPREUVES D'ADMISSION

Leçon portant sur les programmes des lycées et des classes post baccalauréat

Durée 6 H coefficient 3

Travaux pratiques : 4 heures

Préparation de l'exposé : 1 heure

Exposé : 30 minutes

Entretien : 30 minutes

Premier sujet

Vous enseignez les « Sciences et Techniques Sanitaires et Sociales » en classe Terminale ST2S.

Vous concevez et organisez une séquence et une séance de formation prenant appui sur les investigations et analyses que vous aurez effectuées au cours des travaux pratiques.

Les capacités à développer dans cette séquence sont :

- **Comprendre la relation entre les demandes en matière de santé et les réponses politiques et institutionnelles,**
- **Situer la place des professionnels de santé et leur complémentarité.**

Thème : Nouvelle organisation du système de soins ; coopération entre professionnels de santé

Première partie de l'épreuve : Travaux pratiques

Le développement des maladies chroniques, leur explosion modifie considérablement les organisations et les schémas de prise en charge aigus auxquels nous étions accoutumés. Opérer et hospitaliser, ou traiter à domicile en quelques semaines n'a rien à voir avec l'organisation d'une prise en charge sur dix, vingt, trente ou quarante ans avec des épisodes aigus et des allers-retours incessants entre phases d'apaisement et des poussées évolutives d'une maladie. De nouvelles coopérations entre professionnels sont à imaginer. Après un processus d'expérimentations menées par l'observatoire national de la démographie médicale, on assiste à une pérennisation de telles pratiques à travers la formulation de recommandations par la haute autorité de santé, processus généralisé par l'article 51 de la loi « Hôpital Patients Santé Territoires ». Le dispositif ASALEE « Action de Santé Libérale En Équipe », développé dans le département des Deux-Sèvres, est un exemple de mise en place d'une organisation du travail en coopération.

D'après ADSP n° 70, mars 2010

Dossier « Évolution des métiers de la santé : coopérations entre professionnels »

Consignes de l'activité de travaux pratiques :

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Présentez la procédure conduisant à la création et la mise en place de la coopération entre professionnels de santé, nouvelle forme d'organisation du système de soins.- Elaborez un support qui permettra de mettre en évidence les éléments de fonctionnement de l'organisation qui garantissent la qualité et la sécurité du suivi du patient. |
|--|

Deuxième sujet

Vous enseignez les « Sciences et Techniques Sanitaires et Sociales » en classe Terminale ST2S.

Vos séquences et séances s'inscrivent dans la continuité du programme de la classe première.

Vous concevez et organisez une séquence et une séance de formation prenant appui sur les investigations et analyses que vous aurez effectuées au cours des travaux pratiques.

Les capacités à développer dans cette séquence sont :

- **Comprendre la relation entre les demandes en matière de santé et de vie sociale et les réponses politiques et institutionnelles.**
- Identifier les organisations mises en place (institutions, dispositifs...) au niveau national et local, en caractériser les missions, les acteurs, les méthodes et les outils.

Thème :

La démarche de certification, un levier d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans les établissements de santé.

Première partie de l'épreuve : Travaux Pratiques

Améliorer la qualité et la sécurité des soins est un objectif prioritaire des politiques de santé depuis la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé confirmé par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

L'article L 6113-3 du code de la santé publique modifié par une ordonnance du 23 février 2010 dispose que tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée certification.

Cette procédure conduite par la Haute Autorité de Santé vise à porter une appréciation indépendante à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement.

Le manuel de certification publié en 2010 mentionne notamment « l'intérêt d'une démarche de promotion de la bientraitance pour assurer le respect des droits des patients et lutter contre les phénomènes de maltraitance, en particulier passifs ou institutionnel ».

Consignes de l'activité de travaux pratiques :

- Menez les investigations et élaborer les supports permettant de présenter la démarche de certification, son intérêt, ses limites, ...

Troisième sujet

Vous enseignez les « Sciences et Techniques Sanitaires et Sociales » en classe Terminale ST2S.

Vos séquences et séances s'inscrivent dans la continuité du programme de la classe première.

Vous concevez et organisez une séquence et une séance de formation prenant appui sur les investigations et analyses que vous aurez effectuées au cours des travaux pratiques.

Les capacités à développer dans cette séquence sont :

- Comprendre la relation entre les demandes en matière de santé et de vie sociale et les réponses politiques et institutionnelles.

- Identifier les organisations mises en place (institutions, dispositifs...) au niveau national et local, en caractériser les missions, les acteurs, les méthodes et les outils.

Thème : démarche d'évaluation

Première partie de l'épreuve : travaux pratiques

Améliorer la qualité et la sécurité des soins est un objectif prioritaire des politiques de santé depuis la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé confirmé par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

L'article L 6113-3 du code de la santé publique modifié par une ordonnance du 23 février 2010 dispose que tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée certification.

Cette procédure conduite par la Haute Autorité de santé vise à porter une appréciation indépendante à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement.

Le manuel de certification publié en 2010 mentionne notamment « l'intérêt d'une démarche de promotion de la bientraitance pour assurer le respect des droits des patients et lutter contre les phénomènes de maltraitance, en particulier passifs ou institutionnel ».

Consignes de l'activité de travaux pratiques :

Montrez en quoi la démarche de certification est un levier pour les établissements de santé pour conduire leurs actions en termes d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Rapport du jury

- Moyenne de l'épreuve : 10,33/20
- Répartition des notes
 - notes supérieures ou égales à 15 : 13
 - notes comprises entre 12 et 15 : 12
 - notes comprises entre 10 et 12 : 10
 - notes comprises entre 8 et 10 : 10
 - notes comprises entre 5 et 8 : 9
 - notes inférieures à 5 : 6
- Meilleure note de l'épreuve : 19/20

Rappel de la définition :

L'épreuve a pour but d'évaluer l'aptitude du candidat à concevoir et organiser une séquence et une séance de formation pour un objectif pédagogique imposé et un niveau de classe donné.

Elle prend appui sur les investigations et les analyses effectuées au préalable par le candidat au cours de « l'activité de travaux pratiques » relative à un système, ou à une organisation, ou à une mise en œuvre d'actions et comporte un exposé suivi d'un entretien avec les membres du jury....

Par « activité de travaux pratiques » mentionnée dans la définition de l'épreuve, il faut entendre l'ensemble de la démarche et des productions éventuelles de l'enseignant conduisant à l'élaboration d'une séquence et séance de formation.

L'énoncé du sujet précise le cadre de l'exploitation pédagogique: niveau d'enseignement, thème, compétences et ou capacités de l'élève ou de l'étudiant à développer dans la séquence.

Le jury attend que le candidat soit capable de prendre en compte le questionnement proposé ou induit par le sujet pour construire sa séquence et/ou sa séance pédagogique

La séance proposée par le candidat peut prendre la forme d'un cours, d'un Travail Dirigé (TD) ou de Travaux Pratiques (TP).

Objectifs de l'épreuve

Le candidat doit être capable :

- d'analyser la documentation fournie,
- de réaliser des investigations et des analyses en lien avec la thématique,
- de concevoir une séquence de formation en adéquation avec les objectifs et capacités ou compétences visées par le sujet,
- de présenter la/les démarche(s) méthodologique(s) utilisée(s) au cours de ses investigations, la séquence et la séance de formation,
- de justifier ses choix pédagogiques et didactiques,
- de s'exprimer avec clarté, précision et un vocabulaire technologique adapté,
- de faire preuve de qualités relationnelles.

Remarques générales :

Pour se préparer à cette épreuve, il est fortement recommandé aux candidats de connaître l'ensemble des programmes et référentiels relatifs aux sciences et techniques médico-sociales et surtout les objectifs des enseignements.

Il est également nécessaire que le candidat s'appuie sur des connaissances précises qu'en aucun cas les seuls manuels scolaires peuvent apporter.

Le jury rappelle que tout ou partie du TP doit être exploité dans la séquence pédagogique.

Lors de l'exposé, il est demandé au candidat :

- de maîtriser les techniques relatives à l'exposé et en particulier, de mettre en évidence le lien entre les investigations conduites lors de « l'activité de travaux pratiques » et la présentation de la séquence et de la séance,
- d'utiliser un vocabulaire pédagogique adapté. À titre d'exemples : progression, séquence, séance, pré-requis, objectifs, évaluation...

L'entretien a pour objectifs :

- de préciser et de compléter les éléments présentés au cours de l'exposé,
- d'amener le candidat à justifier ses choix pédagogiques et didactiques et la place de sa séquence au regard des programmes et référentiels,
- d'approfondir sa réflexion, d'envisager des remédiations.

Cette épreuve est une épreuve orale ; outre la qualité, la clarté de l'expression et la précision du vocabulaire technologique, 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.

Le jury a constaté que certains candidats :

- ❖ Ne maîtrisent pas la finalité des différents diplômes des secteurs dans lesquels ils peuvent intervenir en tant qu'enseignant.
- ❖ Ne font pas une analyse pertinente des difficultés rencontrées en travaux pratiques et ne les réinvestissent pas suffisamment.
- ❖ Méconnaissent le vocabulaire pédagogique nécessaire à la construction d'une séquence d'enseignement (séquence, séance, objectifs généraux, objectifs opérationnels...)
- ❖ Ne maîtrisent pas la construction d'une séquence d'enseignement et sa place dans la progression pédagogique.
- ❖ N'utilisent pas le programme à bon escient notamment pour la mise en lien des connaissances) et des capacités, des savoir-faire.
- ❖ Ne s'appuient pas sur des exemples concrets, des situations-problèmes conformément à la démarche technologique de la série ST2S ou proposent un exemple non réaliste pour le diplôme évoqué dans le sujet ; proposent donc rarement une stratégie pédagogique inductive.
- ❖ Manquent souvent de réalisme quant à l'organisation opérationnelle de la séance développée.
- ❖ Présentent des séances pédagogiques avec une incohérence chronologique.
- ❖ Ne maîtrisent pas toujours les connaissances scientifiques et technologiques en lien direct avec la séance proposée.
- ❖ Ne gèrent pas le temps et la qualité de la présentation orale : contenu succinct, débit de parole rapide, élocution peu aisée, manque de structure et de conviction...
- ❖ S'expriment parfois avec un vocabulaire peu en adéquation avec la fonction d'enseignant.
- ❖ Ne se projettent et ne se positionnent pas suffisamment dans leur rôle de futur enseignant.
- ❖ Ne prennent pas assez en compte les questions du jury lors de l'entretien comme une incitation à la réflexion.

Le jury a apprécié, chez certains candidats :

- ❖ La clarté de la présentation écrite et orale.
- ❖ La proposition de documents et d'évaluation pour les élèves.
- ❖ L'utilisation rationnelle des supports (tableau, rétroprojecteur).
- ❖ L'esprit critique lors de l'analyse du T.P.
- ❖ La qualité d'écoute, de communication et d'adaptation.
- ❖ La réactivité lors du questionnement du jury.
- ❖ L'argumentation des réponses.

Epreuve sur dossier

Moyenne générale de l'épreuve - première partie (sur 14 : 6,35) et deuxième partie (sur 6 : 3,38)

- Moyenne générale de l'épreuve : 9,80 /20
- Répartition des notes
 - notes supérieures ou égales à 15 : 10
 - notes comprises entre 12 et 15 : 10
 - notes comprises entre 10 et 12 : 6
 - notes comprises entre 8 et 10 : 5
 - notes comprises entre 5 et 8 : 15
 - notes inférieures à 5 : 14
- Meilleure note de l'épreuve :
 - Première partie : 14 / 14
 - Seconde partie : 6 / 6

Première partie de l'épreuve : Soutenance d'un dossier technique et scientifique

Rappel de la définition de l'épreuve

L'épreuve porte sur les programmes des lycées et, le cas échéant, des sections de techniciens supérieurs.

L'exposé et l'entretien permettent d'apprécier l'authenticité et l'actualité du problème choisi par le candidat, sa capacité à en faire une présentation construite et claire, à mettre en évidence les questionnements qu'il suscite et à en dégager les points remarquables et caractéristiques de la discipline. Ils permettent également au candidat de mettre en valeur la qualité de son dossier et l'exploitation pédagogique qu'il peut en faire dans le cadre d'un enseignement.

En utilisant les moyens courants de présentation (vidéoprojecteur et informatique associée, en particulier), le candidat présente le support technique qu'il a choisi pour l'épreuve, ainsi que les investigations et développements qu'il a conduits pour s'en approprier le fonctionnement et les évolutions potentielles. Lors de la présentation, le candidat justifiera le choix du support d'étude et les investigations conduites qui pourraient, selon lui, donner lieu à des exploitations pertinentes en lycée.

Le jury constate :

- des dossiers partiellement ou complètement hors champ STMS
- des dossiers livresques dont le contenu dilue le sujet au lieu de mettre en exergue des problématiques particulières
- l'absence d'une problématique clairement identifiée
- des démarches méthodologiques absentes ou non rigoureuses
- l'absence d'une analyse construite
- des documents ou étude sans lien avec le milieu professionnel
- des études certes pertinentes dont le potentiel pédagogique n'a pas toujours été exploité
- des difficultés à envisager une exploitation pédagogique pour certain thème, voire l'absence d'exploitation pédagogique
- des présentations non conformes du dossier
- des choix de supports n'apportant rien à la communication (lecture de diaporama)

Le jury a apprécié :

- la mise en relation d'une réalité du domaine sanitaire et social avec les différents programmes d'enseignement et référentiels des formations confiées aux professeurs de STMS
- des études s'appuyant sur une démarche problématisante ;
- une démarche d'investigation approfondie en lien avec le thème ;
- une étude structurée aboutissant logiquement à des pistes d'exploitation pédagogique ;
- une mise en évidence de la dimension technologique du champ disciplinaire en lien les connaissances institutionnelles et celles du public ;
- un choix ciblé et justifié d'exploitation pédagogique plutôt qu'une liste exhaustive de toutes les exploitations possibles ;
- une aptitude du candidat à se projeter dans une pratique pédagogique en sachant aller au-delà de ses expériences professionnelles ;
- une aptitude à la communication (écoute, dynamisme, réactivité, reformulation...).

Le jury conseille :

- des exposés reposant sur les dimensions essentielles du dossier en évitant sa reprise littérale.
- une maîtrise des connaissances au-delà de celles présentées dans le dossier.
- des connaissances actualisées sur le thème présenté.

Seconde partie d'épreuve : « agir en fonctionnaire de l'état et de façon éthique et responsable »

Sujet 1

Texte de Référence : Extraits Code de l'éducation, Conseil de classe

Article R421-51

Créé par [Décret n°2008-263 du 14 mars 2008 - art. \(V\)](#)

Le conseil de classe se réunit au moins trois fois par an, et chaque fois que le chef d'établissement le juge utile. Le conseil de classe examine les questions pédagogiques intéressant la vie de la classe, notamment les modalités d'organisation du travail personnel des élèves.

Le professeur principal qui assure la tâche de coordination et de suivi mentionnée à [l'article 3 du décret n° 93-55 du 15 janvier 1993](#) instituant une indemnité de suivi et d'orientation des élèves ou un représentant de l'équipe pédagogique expose au conseil de classe les résultats obtenus par les élèves et présente ses observations sur les conseils en orientation formulés par l'équipe. Sur ces bases et en prenant en compte l'ensemble des éléments d'ordre éducatif, médical et social apporté par ses membres, le conseil de classe examine le déroulement de la scolarité de chaque élève afin de mieux le guider dans son travail et ses choix d'études.

Le conseil de classe se prononce sur les conditions dans lesquelles se poursuit la scolarité de l'élève.

Présentation de la situation

Avant un conseil de classe, le chef d'établissement sensibilise les enseignants sur l'importance des appréciations apportées sur un bulletin scolaire. A titre d'exemple, il présente quelques appréciations relevées lors d'un précédent conseil de classe : « élève nul », « gentil, peut mieux faire », « trop bavard ».

Question

Indiquer les éléments à prendre en compte pour rédiger les appréciations du bulletin scolaire ; les justifier quant à leur intérêt pour l'élève, la poursuite de sa scolarité, la famille, l'établissement.

Sujet 2

Texte de référence : Circulaire de rentrée n° 2010-38 du 16-3-2010 BO N° 11 du 18 mars 2010

[...]

Favoriser un meilleur accès des élèves issus des milieux socialement défavorisés à des parcours de réussite et d'excellence

Afin d'assurer aux élèves situés dans les quartiers les moins favorisés une offre scolaire de qualité, la dynamique des réseaux « ambition réussite » (RAR) devra s'appuyer sur le bilan des quatre premières années de mise en œuvre. Le renouvellement de leurs contrats d'objectifs et de leurs projets d'établissement devra mobiliser leurs équipes éducatives, les personnels d'inspection et les services académiques pour garantir un haut niveau d'exigence et d'accompagnement des élèves.

Vous veillerez à ce que les parents des élèves scolarisés dans une école relevant d'un RAR soient informés de la possibilité qui leur est offerte de solliciter le collège de leur choix.

Les établissements évités bénéficieront d'une attention particulière des autorités académiques et de la mobilisation des corps d'inspection, afin d'identifier les raisons de la désaffection des familles et de proposer un plan d'action innovant, permettant à la fois de retrouver l'adhésion des élèves et de conquérir de nouveaux publics sur la base d'un projet d'établissement original et ambitieux.

Par ailleurs, les autorités académiques doivent contribuer à alimenter la réflexion des collectivités territoriales de manière à favoriser une évolution de la sectorisation dans le sens d'une plus grande mixité sociale.

[...]

Présentation de la situation

Vous enseignez dans un établissement intégré à un réseau ambition réussite accueillant principalement des élèves issus de milieux sociaux défavorisés.

Question

Quelles démarches pouvez-vous mettre en œuvre pour instaurer des partenariats valorisants pour vos élèves ?

Sujet 3

Référence : Contrat d'objectifs d'un EPLE

Le contrat d'objectifs s'inscrit dans le cadre défini par la Loi n°2005-380 du 23 avril 2005 d'orientation et de programme pour l'avenir de l'école.

« Le conseil d'administration se prononce sur le contrat d'objectifs conclu entre l'établissement et l'autorité académique, après en avoir informé la collectivité territoriale de rattachement. »

Il se fonde sur le décret n°2005-1145 du 9 septembre 2005;article 2.2

« Le contrat d'objectif conclu avec l'autorité académique définit les objectifs à atteindre par l'établissement pour satisfaire aux orientations nationales et académiques et mentionne les Indicateurs qui permettront d'apprécier la réalisation de ces objectifs »

Et sur la circulaire n°2005-156 du 30 septembre 2005

« Dans chaque établissement doit être établi un projet de contrat d'objectifs. En cohérence avec le projet d'établissement, et sur la base des orientations fixées aux niveaux national et académique, il définit des objectifs à atteindre à une échéance pluriannuelle (de 3 à 5 ans) sous forme d'un programme d'actions... »

Objectif 2 : Réduire l'absentéisme et diminuer le nombre d'abandons en cours de formation				
Indicateurs (3à 5)			Actions	
Dénomination	Performance observée et attendue			
	n-1	n	2010	
Taux d'absentéisme	11,24 %	10,30 %	8 %	<ul style="list-style-type: none"> - assurer un suivi régulier et formalisé pour chaque élève - améliorer la communication entre élèves et avec les adultes - faire élaborer par chaque classe une charte des droits et des devoirs - confier à chaque enseignant de l'équipe pédagogique, le suivi de 2 ou 3 élèves - construire un projet vie scolaire avec l'ensemble de la communauté éducative - susciter l'implication des parents d'élèves dans la vie de l'établissement : recherche de lieux de stage, animation de clubs, participation aux instances et commissions - mettre en place des actions d'éducation à la santé et à la citoyenneté programmées dans le cadre du CESC - créer une cellule de veille pour permettre un repérage et une prise en charge globale de tout élève rencontrant des difficultés - implique l'ensemble de l'équipe éducative et plus particulièrement les enseignants dans le cadre du GAIN (Groupe d'Aide à l'Insertion) - proposer des activités culturelles, artistiques, sportives et à caractère professionnel, à tous les élèves de l'établissement : leur permettre de devenir animateurs ou acteurs.
Taux d'abandons en cours de formation	8,6%	9,43%	3 %	

Présentation de la situation :

Dans l'une des classes dont vous avez la responsabilité, vous repérez un élève absentéiste ponctuel. Pendant vos cours, il est totalement désinvesti.

Question :

Comment contribuez-vous à l'atteinte à l'objectif 2 du contrat de l'établissement ?

Rapport du jury

Le jury a apprécié positivement la prestation d'ensemble des candidats qui sont apparus convenablement préparés à cette nouvelle épreuve, pour laquelle, les objectifs ont été assez bien cernés.

Les candidats se sont bien appropriés les situations et ont, de façon générale, replacé convenablement les sujets proposés dans le contexte des compétences de l'enseignant. Certains exposés ont été enrichis par des références à des ouvrages des sciences de l'éducation.

Toutefois, le jury déplore :

- des développements trop théoriques et non contextualisés et quelquefois hors sujets.
- des jugements de valeur sur le système éducatif et/ou ses acteurs.
- une lecture incomplète du sujet avec souvent des interprétations erronées des données.
- des exposés peu structurés sans introduction et/ou conclusion.
- une méconnaissance du terrain, du système éducatif et de ses acteurs.

Le jury souligne l'intérêt d'avoir une première approche de terrain permettant aux candidats d'appréhender le fonctionnement d'un établissement et d'avoir ainsi une meilleure connaissance des acteurs, organismes décisionnels et consultatifs et de son positionnement dans un territoire.

Il est aussi conseillé d'avoir une réflexion par rapport aux évolutions actuelles du système éducatif.

Le jury a apprécié la réflexion de certains candidats conduisant à un positionnement de fonctionnaire d'Etat.

CONCLUSION GENERALE

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

On constate, cette année, une forte diminution du nombre des candidats inscrits et le nombre de présents a été faible.

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.

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 et sont les qualités particulièrement requises pour répondre aux définitions nouvelles des épreuves d'admissibilité.

Les deux épreuves d'admission sont complémentaires et évaluent des compétences qui doivent être celles de futurs enseignants : aisance dans la réalisation de travaux pratiques, adaptabilité aux activités proposées, analyse et exploitation de documents, pertinence de la proposition et son adéquation avec les objectifs de la formation envisagée, structuration de l'analyse, maîtrise des méthodes permettant une présentation synthétique, rigoureuse, convaincante des argumentations, des questionnements, gestion du temps, qualité de l'écoute et réactivité, ...

Les résultats des épreuves d'admission font apparaître, comme l'an passé, une grande disparité entre les candidats mais révèlent d'excellents candidats qui ont su démontrer un sens de la pédagogie et le positionnement que requiert leur futur métier.

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

Le jury tient à remercier Madame le Proviseur, Madame la Gestionnaire, Madame la chef de travaux 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.