

SESSION 2012

CAPLP
CONCOURS EXTERNE
ET CAFEP

Section : SCIENCES ET TECHNIQUES MÉDICO-SOCIALES

ÉPREUVE DE SYNTHÈSE

Durée : 5 heures

L'usage de tout ouvrage de référence, de tout dictionnaire et de tout matériel électronique (y compris la calculatrice) est rigoureusement interdit.

Dans le cas où un(e) candidat(e) repère ce qui lui semble être une erreur d'énoncé, il (elle) le signale très lisiblement sur sa copie, propose la correction et poursuit l'épreuve en conséquence.

De même, si cela vous conduit à formuler une ou plusieurs hypothèses, il vous est demandé de la (ou les) mentionner explicitement.

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

Tournez la page S.V.P.

Le 31 mars 2011, la mise en œuvre de la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) » a fait l'objet d'un débat à l'assemblée nationale. Nora Berra, la secrétaire d'état chargée de la santé, a dressé un bilan d'étape sur l'application des nouveaux principes de cette loi.

A cette occasion, il est stipulé que cette loi de grande ampleur favorise l'accès de tous à des soins de qualité et prévoit la modernisation du système de santé et de son organisation territoriale en luttant contre « les déserts médicaux », le décloisonnement entre les soins ambulatoires, les soins hospitaliers et le secteur médico-social, l'amélioration de la prise en charge des maladies chroniques, la santé des jeunes et, d'une manière générale, la coordination du système de santé.

1 - Exposer les grands principes de cette loi et l'évolution du système de soins français qu'elle induit.

2 - Présenter les agences régionales de santé (ARS) en développant leurs missions et leurs compétences.

3 - Analyser les mesures relatives à la réforme de l'hôpital prévue par la loi HPST.

« Parallèlement, les infections nosocomiales demeurent un problème de santé publique majeur qui concerne tant la qualité des soins que des coûts importants pesant sur l'économie de la santé. Les infections nosocomiales concernent 5 à 10% des patients hospitalisés. [...]

Les infections associées aux soins (IAS) sont la principale cause d'infection et seraient responsables de 2,8% des décès hospitaliers, soit 4 200 décès par an. La proportion de patients touchés par ces infections est bien plus élevée parmi les plus fragiles (affections chroniques graves, immunodéprimés, réanimation...) »

Source : Extrait du numéro spécial du BEH du 26 avril 2011 / n°15-16-17 : Les infections nosocomiales responsables de plus de 4000 décès par an.

4 - Définir précisément l'infection nosocomiale. En exploitant l'annexe 4, rappeler les modes de transmission en cause dans les infections nosocomiales et présenter les moyens de prévention de ces infections en milieu de soins.

5 - Présenter succinctement les différents agents chimiques de lutte contre les bactéries. Développer les modalités d'action des antibiotiques et énoncer les conséquences de la résistance aux antibiotiques constatée actuellement.

6 - Présenter les étapes de l'évolution de l'infection bactérienne dans l'organisme et les défenses immunitaires pour chacune d'entre elles.

Annexes :

- Annexe 1 : Préambule de la loi HPST

- Annexe 2 : Une loi, 4 titres

- Annexe 3 : ASH N° 2629 du 30/01/2009

- Annexe 4 (2 pages) : Bilan 2010 relatif au signalement des infections nosocomiales recueillis par le Centre de Coordination de Lutte contre les Infections Nosocomiales Est (CCLIN EST)

- Annexe 5 : Extrait du dossier « Les infections nosocomiales » du gouvernement, novembre 2010

- Annexe 6 : Article du 03/06/2010 « L'obligation de transparence sur la qualité des soins des cliniques et des hôpitaux »

- Annexe 7 (2 pages) : Tableau de bord de la qualité et la sécurité des soins : Exemple d'un hôpital intercommunal X

ANNEXE 1

Préambule du projet de la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires

Le projet de loi "Hôpital, patients, santé, territoires" (HPST) a été élaboré à l'issue d'un long processus de concertation et d'échanges, des débats issus notamment de la commission Larcher, des échanges des états généraux de l'organisation des soins (Egos) et des conclusions des rapports Ritter et Flajolet.

La loi est un projet d'organisation sanitaire et non de financement.

A terme, elle doit permettre de mettre en place une offre de soins gradués de qualité, accessibles à tous, satisfaisant à l'ensemble des besoins de santé.

Le texte de loi a été adopté le 23 juin 2009 par l'Assemblée nationale et le 24 juin par le Sénat. Il a été promulgué le 21 juillet 2009 et publié au journal officiel du 22 juillet.

ANNEXE 2

Une loi, 4 titres

Titre I - La modernisation des établissements de santé

Titre II - L'amélioration de l'accès à des soins de qualité

Titre III - La prévention et la santé publique

Titre IV - L'organisation territoriale du système de santé

ANNEXE 3

Extraits des Actualités Sociales Hebdomadaires N° 2629 du 30 janvier 2009

Le projet de loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires »

« Une des plus importantes réformes administratives depuis ces 20 dernières années », c'est ainsi que la ministre de la Santé qualifie la création des agences régionales de santé par le projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires ».

Objectifs affichés : mieux soigner en décloisonnant le sanitaire et le médico-social, tout en restaurant l'équilibre financier du système de santé.

Moderniser le système de santé, continuer à garantir sa qualité et permettre l'accès de tous aux soins.

[...]

Si les trois premiers titres du projet de loi (modernisation des établissements de santé, accès de tous à des soins de qualité, prévention et santé publique) ont peu d'incidences directes sur le secteur médico-social, son titre IV constitue en revanche une véritable révolution avec la mise en place d'une gestion transversale du sanitaire et du médico-social par un acteur unique, l'agence régionale de santé (ARS).

Pour autant, l'idée de créer les ARS n'est pas neuve. « Après avoir renoncé à mettre en place des agences régionales de santé lors de la réforme de 1995, les pouvoirs publics ont essayé de tester leur intérêt en prévoyant des expérimentations dans la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Cette disposition n'a pas eu de suite », a ainsi rappelé la Conférence nationale de santé dans un avis rendu le 29 novembre 2007. Resurgissant dans le cadre de la révision générale des politiques publiques démarrée en juillet 2007, la création des ARS est alors apparue comme la clé de voûte de la réforme de l'organisation du système de santé promise par le président de la République.

Plusieurs rapports ont au fur et à mesure dessiné les contours des futures ARS. Le rapport « Larcher » d'avril 2008 relatif aux missions de l'hôpital préconisait ainsi de « mieux intégrer la dimension sociale et médico-sociale de l'hospitalisation » en aménageant le retour à domicile et en organisant la prise en charge multidimensionnelle des personnes fragiles (personnes âgées et personnes handicapées notamment).

Le rapport « Ritter » de janvier 2008 avait lui aussi souligné que l'un des enjeux de la mise en place des ARS était la recomposition de l'offre hospitalière au profit du médico-social.

La mise en place de ces agences est aussi perçue comme un remède aux maux dont souffre le système de santé français et plus particulièrement à sa segmentation en différents secteurs pourtant interdépendants : prévention, médecine de ville, hôpital, secteur médico-social... Une segmentation accusée de compromettre aussi bien l'accès aux soins et leur qualité que l'équilibre financier de l'assurance maladie.

Malgré le consensus sur la nécessité d'une réforme du système de santé et sur l'utilité de décloisonner le sanitaire et le médico-social, la création des agences régionales de santé suscite l'inquiétude des associations, notamment au plan budgétaire. Ainsi, l'inclusion du secteur médico-social financé par l'assurance maladie dans le champ de compétence de l'ARS fait craindre des transferts d'enveloppe du médico-social vers le sanitaire ou encore des transformations de lits d'hôpitaux en places en établissements médico-sociaux sans transfert d'enveloppe. [...]

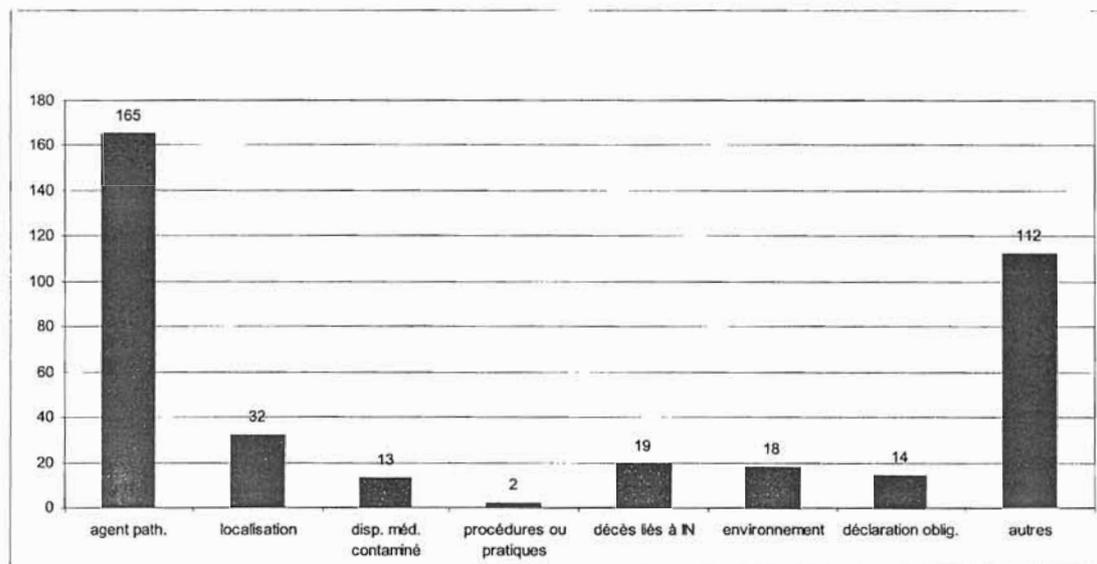
Autre préoccupation : la perte de l'identité et de la vocation propres du médico-social, avec une focalisation sur le soin au détriment de l'accompagnement. Or les personnes âgées et les personnes handicapées ne peuvent pas être uniquement assimilées à des « patients », soulignent les professionnels du secteur. Une remarque qui vaut d'autant plus s'agissant de l'extension des compétences des ARS aux établissements et services d'aide par le travail (ESAT), financés par l'Etat et non par l'assurance maladie. D'autres critiques portent par ailleurs sur l'instauration d'une procédure d'autorisation des établissements et services par appel à projets, la généralisation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens ou encore l'absence de représentants des gestionnaires d'établissements médico-sociaux au sein du conseil de surveillance des ARS. Signalons encore les craintes d'une « étatisation » de l'assurance maladie avec le transfert de la gestion du risque aux agences régionales de santé. Reste que, selon Valérie Létard, « la lecture seule de la loi ne rend [...] pas compte de l'ensemble du projet, ce qui participe à alimenter certaines incompréhensions ». En effet, a-t-elle expliqué le 15 janvier devant les directeurs régionaux et départementaux des affaires sanitaires et sociales, « beaucoup de sa construction concrète est renvoyée à la trentaine de textes d'application, prévus pour le seul titre IV du projet de loi ». L'essentiel des dispositions du projet de loi ont vocation à entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2010, à l'exclusion de certaines mesures spécifiques aux établissements et services sociaux et médico-sociaux qui sont détachables de la création des ARS, telle que l'évaluation.

ANNEXE 4

Signalement des infections nosocomiales Extraits du bilan 2010 – Centre de Coordination de Lutte contre les Infections Nosocomiales Est (CCLIN Est)

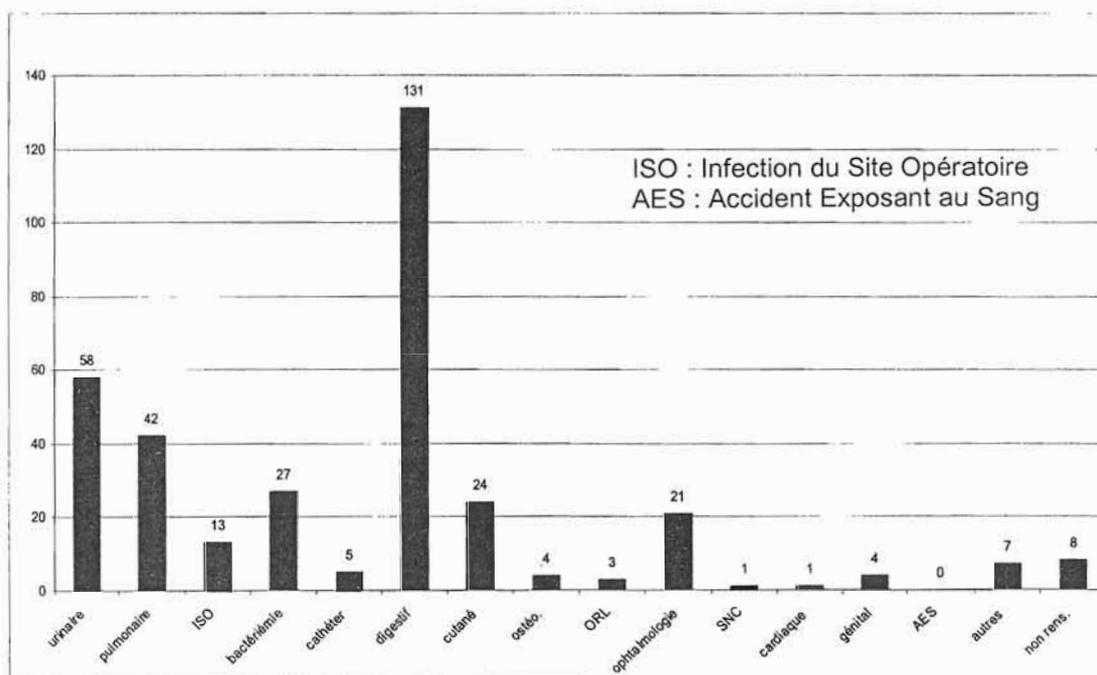


Répartition par critère de signalement (n=375)



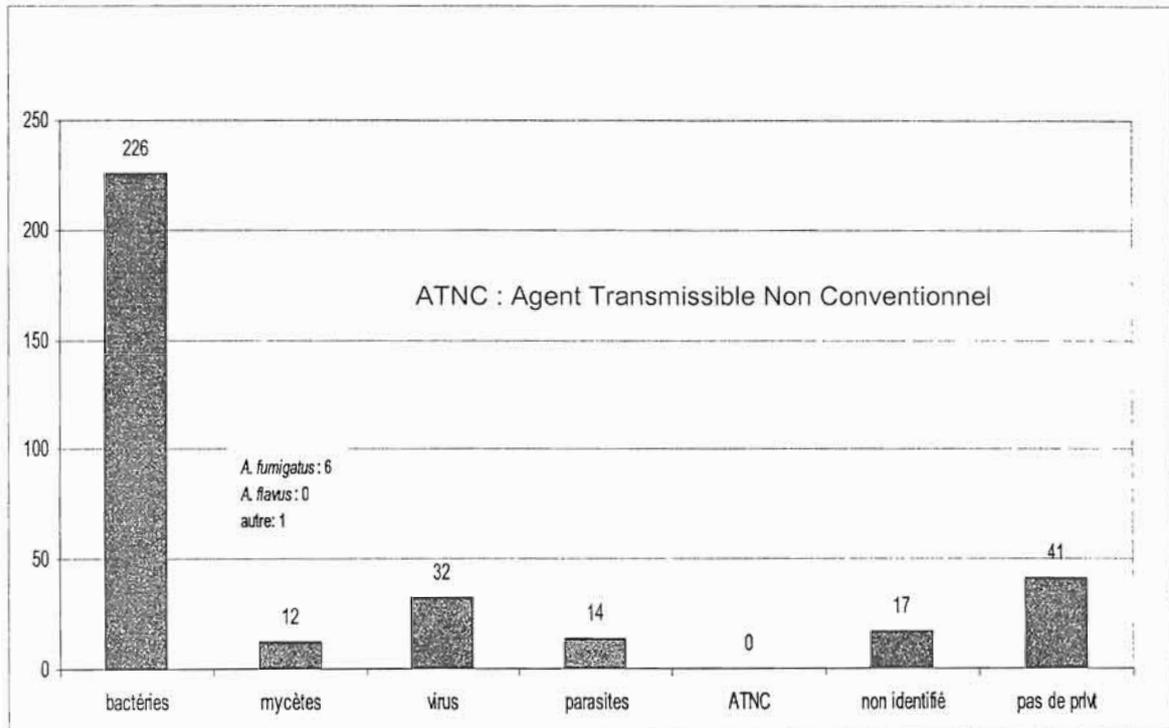
Nota : plusieurs critères possibles pour un même signalement

Répartition par site (n=349)

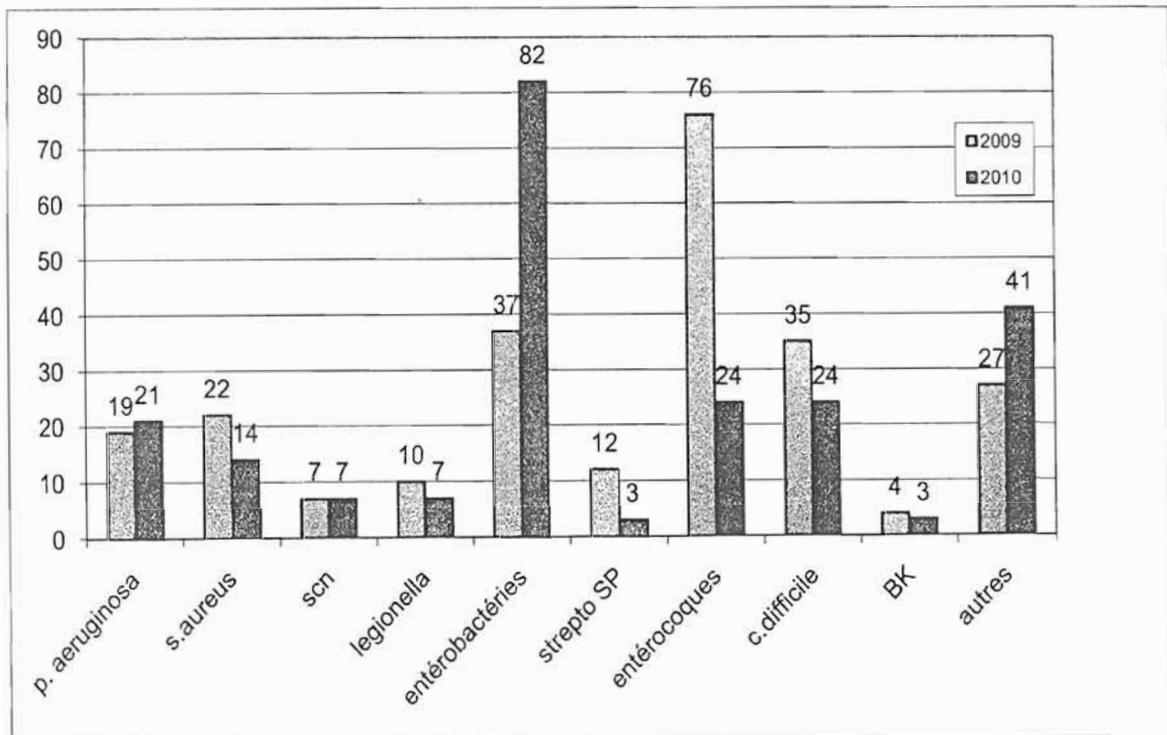


Nota : plusieurs sites possibles pour un même signalement

Répartition des agents pathogènes (n=342)



Répartition des espèces bactériennes (2009 n=249, 2010 n = 226)



scn : staphylocoques à coagulase négative

ANNEXE 5

Extrait du dossier « Les infections nosocomiales » du gouvernement Novembre 2010 (page 2/56)

SOMMAIRE	
LES INFECTIONS NOSOCOMIALES : DEFINITION ET CIRCONSTANCES DE SURVENUE	3
UNE FREQUENCE COMPARABLE AUX PAYS EUROPEENS, UNE TENDANCE A LA DIMINUTION	5
ORGANISATION DE LA LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES : DES STRUCTURES SPECIFIQUES, DES MOYENS RENFORCES, UN PROGRAMME NATIONAL PLURIANNUEL	8
LES CENTRES DE REFERENCE POUR LA PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS OSTEO-ARTICULAIRES COMPLEXES ASSOCIEES AUX SOINS.....	13
STERILISATION ET DESINFECTION DES MATERIELS MEDICAUX, UN ENSEMBLE COHERENT DE MESURES.....	15
LA GESTION DU RISQUE INFECTIEUX ENVIRONNEMENTAL.....	18
MAITRISER LA DIFFUSION DES BACTERIES RESISTANTES AUX ANTIBIOTIQUES DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE : UN DEFI A RELEVER.....	21
RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES D'HYGIENE	26
FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE.....	28
INFORMATION DU PUBLIC ET INFORMATION INDIVIDUELLE	30
RECHERCHE ET ETUDES SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES	34
COMMENT SONT EVALUEES LES RESSOURCES DISPONIBLES ET LES ACTIONS MENEES DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE ?	38
LE TABLEAU DE BORD DES INFECTIONS NOSOCOMIALES :	40
ICALIN	42
ICSHA	46
SURVISO.....	48
ICATB	49
INDICE SARM.....	51
SCORE AGREGE	54
LES PERSPECTIVES D'EVOLUTION.....	55
ABREVIATIONS	56

Infections nosocomiales : le dossier – Novembre 2010
Direction générale de l'offre de soins – Bureau qualité et sécurité des soins

Source : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Infections_Nosocomiales_le_dossier_2010.pdf

ANNEXE 6

“L’obligation de transparence sur la qualité des soins des cliniques et des hôpitaux”

Certification et lutte contre les infections nosocomiales dans les hôpitaux et cliniques

Depuis le 1er janvier 2010, les hôpitaux et cliniques ont l'obligation d'informer les patients sur les résultats obtenus par l'établissement en matière de certification ainsi que de lutte contre les infections nosocomiales. Le gouvernement a en effet procédé à la publication au Journal officiel du 31 décembre 2009 de plusieurs décrets d'application de la loi HPST portant réforme de l'hôpital n° 2009-879 du 21 juillet 2009 (art. 5-I, modifiant l'art. L6144-1 du Code de santé publique), les modalités étant déterminées par un arrêté ministériel publié à la même date.

L'enjeu est essentiel. Il s'agit de bâtir un système d'information partagé à destination de tous : les malades et usagers, les professionnels et les tutelles.

Les établissements de santé doivent désormais mettre à la disposition du public les résultats de dix indicateurs de qualité, lesquels permettront de suivre l'avancement de l'action entreprise, d'en déterminer les résultats, et de prendre les mesures correctives qui amélioreront la prestation des services.

Parmi les dix indicateurs devant être communiqués annuellement par les établissements de santé, cinq concernent les infections nosocomiales et cinq portent sur le mode de prise en charge des patients.

Les cinq indicateurs relatifs aux infections nosocomiales sont déjà existants et généralisés depuis 2005. Pour chaque hôpital, ils constituent en quelque sorte un tableau de bord de sa lutte contre les infections nosocomiales. Quant aux cinq nouveaux indicateurs, ils sont autant d'indices sur la qualité de la prise en charge. Ils concernent la tenue du dossier médical des patients, celle de leur dossier anesthésique, la manière dont le personnel médical cherche à évaluer la douleur, le dépistage des troubles nutritionnels et le délai d'envoi des courriers d'hospitalisation.

Des contrôles aléatoires sont du reste prévus pour s'assurer de la sincérité des données qui seront déclarées par les directeurs d'établissement.

De nouveaux indicateurs seront ajoutés chaque année, afin de permettre une amélioration continue.

[...]

Les cliniques et hôpitaux devraient également pouvoir être classés selon leur fiabilité pour chaque type d'intervention.

Pour autant, le dispositif actuel mis en place est imparfait, notamment en raison du fait que la mise à disposition des indicateurs s'avère être relativement permissive. Bien souvent, il s'agira d'un simple affichage et d'une mention de plus dans le livret d'accueil.

En effet, l'arrêté ministériel ne détermine pas les modalités concrètes de mise à disposition du public. Il ne s'agit pas de la publication d'un acte administratif, au sens de l'article R6143-38 du Code de santé publique.

Ce qui importe sera alors d'assurer la traçabilité de la mise à disposition du public au travers des supports utilisés, des dates de diffusion ou d'affichage, pour en rendre compte à l'Agence Régionale de Santé (ARS).

Le non-respect de cette mise à disposition sera constaté par le directeur général de l'ARS qui pourra alors adresser au directeur de l'établissement de santé une mise en demeure de mettre ses indicateurs à la disposition du public dans un délai de trois mois.

En cas d'insuffisance ou de non-respect des engagements pris, des sanctions financières pourront être infligées par les ARS à ceux qui refuseront de dévoiler leurs performances. [...]

La France n'est pas le seul pays à s'être engagé dans cette démarche de transparence, puisque actuellement 32 pays de l'OCDE participent au programme Health Care Quality Indicators Project (HCQI).

Pour exemple, aux Etats-Unis, il est d'ores et déjà possible d'accéder pour une pathologie donnée aux indicateurs concernant cette pathologie des établissements de la région, de les comparer entre eux, de les comparer à la moyenne de l'Etat ou à la moyenne nationale. Ces indicateurs deviennent donc un élément de choix de l'établissement pour le patient.

La France est cependant encore bien loin de cela...

Source : <http://www.eurojuris.fr/fre/particuliers/sante/responsabilite-medicale/articles/obligation-transparence-soins.html> - Publié le 03/06/2010

ANNEXE 7

Tableau de bord de la qualité et la sécurité des soins : exemple à l'hôpital intercommunal X
<http://www.icalin.sante.gouv.fr/index>

Tout doit être mis en œuvre à l'hôpital pour réduire ce risque. Voici le tableau synthétique des travaux de lutte contre ces infections, conformément à la démarche nationale de recueil d'indicateurs de qualité de soin initiée par le ministère de la santé et des solidarités en application de l'article 5 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST). Depuis 2010, ces nouveaux indicateurs de qualité des soins sont mis à disposition du public.

Une vision synthétique est présentée sous forme de météo de la qualité et la sécurité des soins (voir feuille ci-après)

- Le score agrégé

	2008	2009	2010
SCORE AGRÉGÉ (sur 100)	84,94	88,5	84,94
Classe	B	A	B

- **Le score ICALIN** : Indice Composite d'Activité des comités de Lutte contre les Infections Nosocomiales : il traduit l'implication et le niveau d'engagement de l'établissement dans la prévention du risque infectieux en particulier de sa direction, de son équipe d'hygiène et de son CLIN.

	2008	2009	2010
SCORE (sur 100)	96,5	97,5	96,5
Classe	A	A	A

- **L'indicateur ICSHA** : Indicateur de Consommation des Solutions Hydro-Alcooliques :

	2008	2009	2010
Consommation en litres	1741	2524	
Objectif personnalisé en litres	1876,6	1832,1	
ICSHA en %	92,8	137,8	92,8
Classe	A	A	A

- **L'indicateur SURVISO** : Indicateur de réalisation d'une SURVeillance des Infections du Site Opérateur :

	2008	2009	2010
Enquête	oui	oui	oui
Nombre de disciplines	1/5	1/5	1/5
Nombre de points (sur 10)	4	4	4

- **L'indicateur ICATB** : Indicateur Composite de bon usage des AnTiBiotiques :

	2008	2009	2010
Total (sur 20)	14,5	15,5	14,5
Classe	B	A	B

Le score sur 100 correspond à une classe de performance allant de A à D, la classe A correspondant aux établissements qui mettent en œuvre la politique la plus avancée de prévention du risque et de la sécurité des soins.

Indicateurs de qualité et de sécurité des soins

Hôpital Intercommunal

ICALIN (indice composite d'activité des comités de lutte contre les infections nosocomiales)

Il traduit l'implication et le niveau d'engagement de l'établissement dans la prévention du risque infectieux en particulier de sa direction, de son équipe d'hygiène et de son CLIN

2006	2007	2008	2009	Objectif 2010

ICTAB (indice composite de bon usage des antibiotiques)

Il mesure l'implication de l'établissement dans la politique de bon usage des antibiotiques

2006	2007	2008	2009	Objectif 2010

ICSHA (indice de consommation des produits hydro-alcooliques)

Depuis 2005, cet indicateur mesure la consommation d'un des produits phares utilisés pour l'hygiène des mains, mesure clé pour réduire la transmission des germes en particulier ceux résistants aux antibiotiques

2006	2007	2008	2009	Objectif 2010

SURVISO (indicateur de réalisation d'une surveillance des infections du site opératoire (ISO))

Cet indicateur renseigne, sur l'existence ou non d'une surveillance des infections du site opératoire, et le nombre de services qui réalisent cette surveillance par rapport à l'ensemble des services chirurgicaux.

2006	2007	2008	2009	Objectif 2010
4 sur 10	4 sur 10	4 sur 10	4 sur 10	10 sur 10

Score agrégé

Ce score est calculé en additionnant les différents indicateurs précédents, chacun ayant un coefficient différent pour obtenir une note sur 100

2006	2007	2008	2009	Objectif 2010

Le score sur 100 correspond à une classe de performance allant de A à D, la classe A correspondant aux établissements qui mettent en œuvre la politique la plus avancée de prévention du risque et de la sécurité des soins. **Classe A** **Classe B** **Classe C** **Classe D**

Source Site Internet de l'hôpital intercommunal X