

Secrétariat Général

Direction générale des
ressources humaines

Sous-direction du recrutement

Concours du second degré – Rapport de jury

Session 2013

CERTIFICAT D'APTITUDE AU PROFESSORAT DE L'ENSEIGNEMENT TECHNIQUE

Concours externe et CAFEP

SECTION SCIENCES ET TECHNIQUES MÉDICO-SOCIALES

Rapport de jury présenté par Mme GUILLET Françoise
Président de jury

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

Composition du jury

Présidente : Françoise GUILLET IGEN STVST

Vice présidentes : Sabine CAROTTI IA IPR Académie de Paris et Martine LEMOINE IA IPR Académie de Créteil

AJAKANE Kathy	Versailles
BENMOUSSA Gwladys	Créteil
BERNARD Eric	Montpellier
BLONDEL Céline	Lille
BOUFFECHOUX Thierry	Caen
BOURASSEAU Karine	Nantes
CAFFET Laurence	Reims
CAILLEUX Brigitte	Rouen
CAMPREDON Claude	Montpellier
CAPRA Sonia (IA-IPR)	Versailles
CASTAING Xavier	Paris
CASTOR Bénédicte	Montpellier
CERVANTES Nathalie	Nice
CHAPEL Jean-Olivier	Toulouse
COMPTE Valérie	Rouen
DUPOMMEREULLE Clarisse	Paris
DUQUET Martine	Besançon
EL-FEKAIR Khedidja	Poitiers
ENGLEBERT Christine	Lille
FIZET Marie-Bernard	Grenoble
GOMEL Frédéric (IA-IPR)	Caen
HAAS Françoise	Nantes
HERVE Delphine	Rennes
HO Adrienne	Paris
INFANTINO Caroline	Reims
KAPPLER Aurore	Amiens
LOUIS Delphine	Caen
LUYDLIN Séverine	Bordeaux
MAILLARD Christophe (IA-IPR)	Lyon
M'LIZI Fatima	Rouen
MICHAUD Francis	Nancy-Metz
NITSCHELM Elina	Créteil
PALLEZ Christiane (IA-IPR)	Nancy-Metz
PICARD Jean-Michel	Dijon
PICHONNEAU Dominique	Orléans-Tours
PLAT Aline	Clermont -Ferrand
PONCHAUX Frédérique	Créteil
POZZEBON Nadia	Créteil
RAMEL-GUIRAUD Nathalie	Montpellier
RIU Caroline	Lille
ROLIN Annick	Versailles
RONY CHOUVION Emmanuelle	Aix-Marseille
ROSTAGNI Franck	Nice
STAATH Annette	Strasbourg
TABONE Danièle	Créteil
TRAN Corinne (IA-IPR)	Aix-Marseille
TRAVARD Dominique	Lyon
WLOSZCZOWSKY Muriel	Créteil

RENSEIGNEMENTS STATISTIQUES

CONCOURS CAPET EXTERNE

Candidats inscrits :	289
Candidats présents à l'épreuve écrite d'admissibilité :	99
Candidats admissibles :	74
Candidats présents à l'épreuve orale d'admission :	57
Candidats proposés pour l'admission :	38
Epreuves d'admissibilité	
Note la meilleure	15 / 20
Moyenne générale des candidats admissibles	10,2 / 20
Epreuves d'admission	
Note la meilleure	18,3 / 20
Moyenne générale des candidats admis	13,1 / 20
Ensemble des épreuves (admissibilité et admission)	
Moyenne la meilleure	16,65 / 20
Moyenne générale des admis	11,6 / 20

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

Candidats inscrits :	59
Candidats présents à l'épreuve écrite d'admissibilité :	34
Candidats admissibles :	31
Candidats présents à l'épreuve orale d'admission :	25
Candidats proposés pour l'admission :	15
Epreuves d'admissibilité	
Note la meilleure	14,5 / 20
Moyenne générale des candidats admissibles	10,75 / 20
Epreuves d'admission	
Note la meilleure	17,7 / 20
Moyenne générale des candidats admis	14,6 / 20
Ensemble des épreuves (admissibilité et admission)	
Moyenne la meilleure	16,1 / 20
Moyenne générale des admis	12,7 / 20

EPREUVES D'ADMISSIBILITE

Première épreuve

ECRIT 1 - EPREUVE DE SYNTHESE

Durée : 5 heures – coefficient : 3

Sujet

Être malade est une expérience à la fois étrange et pénible, expérience d'une transformation de soi, à son *corps défendant*, qui peut prendre la forme de la fatigue, de la douleur, de la modification du corps – dans son aspect extérieur, ses sensations, ses désirs –, d'une perte aussi, de mobilité, de mémoire, de vitalité. La maladie jette un trouble sur l'évidence de l'existence, elle est une dépossession qui affecte en profondeur le rapport à soi et aux autres. Dépossession renforcée par les observations inquiètes des proches, et peut-être plus encore par le statut de patient, indissociable de la prise en charge médicale de la maladie.

(...) Au sein de l'hôpital, il est fréquent que le patient soit avant tout appréhendé comme un cas, évalué d'un point de vue censément objectif, et qu'il se trouve réduit à la plus complète passivité. Au scientisme qui imprègne la médecine contemporaine et ne retient du patient qu'un ensemble de symptômes visualisables, mesurables, sur lesquels il s'agit de poser un diagnostic, s'ajoute une logique comptable qui en renforce les effets. (...) La relation singulière entre le médecin et le patient est éclipsée par le recours à des protocoles impersonnels, diagnostiques et thérapeutiques, dont l'efficacité est statistiquement validée et qui autorisent un certain renoncement à la clinique.

(...) Cet effacement relatif du patient est contrebalancé par la reconnaissance récente de certains droits. La loi du 4 mars 2002 stipule que « toute personne prend, avec le professionnel de santé, compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé ». Cette loi entend éviter la perpétuation d'un paternalisme médical longtemps dominant, et qui est loin d'avoir disparu même si les formes en sont renouvelées. (...)

Source : Editorial, *CAHIERS PHILOSOPHIQUES* n° 125 / 2e trimestre 2011

« Le statut du patient hospitalisé a évolué en 3 phases : patient-objet dépourvu de droit, patient-sujet protégé par un arsenal réglementaire et législatif, patient-citoyen de l'hôpital, représenté au Conseil d'administration¹ et par la présence accrue des associations qui veillent au respect de ses droits. »

Source : MARTIN Thierry et QUIVIGER Pierre-Yves,

« Action médicale et confiance », Presses universitaires de Franche-Comté, 2007, p.87. Extrait.

Montrer en quoi la promotion des droits des patients est un enjeu de notre système de santé.

Annexes :

- **Annexe 1** : CERETTI Alain-Michel, ALBERTINI Laure, *Bilan et propositions de réformes de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*, Rapport remis à M. le Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Le 24 février 2011, pp10 à 14. Extraits.
- **Annexe 2** : *Etat des lieux des droits des patients*- Bulletin d'information de l'ordre national des médecins, N°spécial, sept.-oct.2011, p.6-8. Extraits.
- **Annexe 3** : *Faire vivre les droits des usagers du système de santé*- Revue Le magazine interne de l'administration sanitaire et sociale de l'Etat n°120, mars 2009, p.12. Extraits.
- **Annexe 4** : *d'après* dépliant Ciss, 2011, <http://www.leciss.org/qui-sommes-nous>
- **Annexe 5** : Participation des usagers dans les établissements de santé, Quelle évolution depuis 10 ans ? vendredi 9 mars 2012, Auditorium de la Cité des sciences et de l'industrie, extrait. <http://www.fhf.fr>
- **Annexe 6** : Extrait du compte-rendu, groupe de travail CRSA, réunion du 1^{er} octobre 2010, ARS de Franche-Comté, <http://www.ars.franche-comte.sante.fr>
- **Annexe 7** : BRUN Nicolas, HIRSCH Emmanuel, KIVITS Joëlle, Rapport de la mission «Nouvelles attentes du citoyen, acteur de santé », janvier 2011, pp 7 à 9. Extraits.

¹ La loi n°2009- 879 du 21juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires substitue à l'organisation antérieure (reposant sur un conseil d'administration, un conseil exécutif et un directeur), une nouvelle organisation centrée sur le directeur d'établissement, assisté d'un directoire et d'un conseil de surveillance.

ANNEXE 1

Bilan et propositions de réformes de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (extrait).

« *I have a dream* » ... Martin Luther King rêvait de démocratie, d'un monde où liberté, égalité et fraternité seraient des valeurs dans lesquelles chacun pourrait se reconnaître, un monde où chacun serait traité de la même manière.

Si traiter et soigner sont synonymes, il existe pourtant bien des déclinaisons et variations possibles. De la traite des noirs à la manière de traiter les individus ou les patients, de soigner une maladie, à prendre soin de quelqu'un, même si les mots se ressemblent, les significations sont parfois bien différentes.

Il en est de même quand il est question de santé. Etre en bonne santé, c'est quoi ?

Dans le préambule de la Constitution de 1946 de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé est définie comme étant « un état de complet bien être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». La santé n'est donc pas seulement limitée aux seuls soins apportés aux patients mais intègre également les champs de la prévention, de la promotion de modes de vie sains et les mesures à l'égard des déterminants de la santé, afin de prendre en compte les aspects de l'environnement physique, social et économique.

A l'heure de la mondialisation, la santé de chacun ne se limite pas à nos frontières mais passe par la santé de tous. La dernière crise des transports aériens liée à l'éruption d'un volcan islandais Eyjafjallajökull permit de prendre la mesure de l'intensité du flux quotidien des voyageurs. Selon l'association internationale du transport aérien (IATA), en six jours, ce sont près de 10 millions de personnes qui se retrouvèrent bloquées au sol. Par ailleurs, il ne fallut que du 26 avril au 11 juin 2009, soit moins de deux mois, entre la découverte des premiers cas de fièvre porcine et les 30 000 cas notifiés dans 74 pays, ce qui eut pour conséquence le passage en phase 6 du niveau d'alerte pandémique de l'OMS.

Il n'est donc plus possible aujourd'hui de prendre des décisions pour préserver ou améliorer la santé des uns sans se préoccuper de la santé de tous. Dans sa version actualisée de 2005, « la politique cadre de la santé pour tous dans la région européenne de l'OMS » rappelle qu'un système national de santé doit reposer d'une part, sur des biens et services de santé présentant certaines caractéristiques universelles :

- disponibilité,
- accessibilité aussi bien en termes géographiques, qu'économiques ou éthiques (absence de discrimination),
- et acceptabilité, en adaptant la communication et l'information aux différentes traditions culturelles,

et d'autre part, sur une amélioration constante de ces services de santé. L'objectif d'une telle politique de santé étant d'établir une « gouvernance éthique » basée sur le cadre juridique des droits de l'homme et sur un cadre éthique commun, accepté et respecté par tous les acteurs.

Basée sur la reconnaissance et le respect à la dignité auquel tout homme a droit, il convient de distinguer différents droits fondamentaux issus de la Déclaration universelle des droits de l'homme adoptée le 10 décembre 1948 :

- article 1 : droit à l'égalité de traitement « tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droit»,
- article 2 : droit à l'absence de discrimination,
- article 3 : droit à la vie, à la liberté et à la sûreté de sa personne,
- article 12 : droit au respect de la vie privée,
- article 19 : droit à la liberté d'opinion et d'expression, droit de rechercher et d'obtenir des informations,
- article 21 : droit à une participation libre, significative et efficace,
- article 22 : droit à la sécurité sociale,
- article 25 : droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux,
- article 26 : droit à l'éducation,
- article 27 : droit de bénéficier du progrès scientifique et de ses applications.

Ces droits sont de plus repris en 1950 dans la « convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales » signée le 4 novembre 1950 à Rome par les Etats membres du Conseil de l'Europe qui voient en ces « libertés fondamentales... les assises mêmes de la justice et de la paix dans le monde et dont le maintien repose essentiellement sur un régime politique véritablement démocratique, d'une part, et, d'autre part, sur une conception commune et un commun respect des Droits de l'homme dont ils se réclament ».

La loi du 4 mars 2002 s'inscrit dans cette démarche et « traduit la mise en œuvre d'une conception humaniste des droits de la personne dans le système de santé, affirme l'autonomie de la personne et marque l'approfondissement du principe de solidarité en matière de santé (1)». Adoptée alors que la sécurité sanitaire et les relations malade-médecin et citoyen-politique souffraient d'une grave crise de confiance, suite aux scandales successifs du sang contaminé, de la vache folle, de l'hormone de croissance mais aussi celui de la clinique du sport et des infections nosocomiales, aboutissement et rupture tout à la fois, elle « traduit une transformation profonde des approches sociales et politiques de la maladie et de la santé (2) ».

Constituée de 126 articles, la loi du 4 mars 2002 déborde largement du seul cadre de la santé publique : 8 codes sont modifiés, celui de la santé publique bien sûr mais aussi les codes de la sécurité sociale, de l'action sociale et des familles, du travail, le code civil, le code pénal, de la procédure pénale et de l'organisation judiciaire. La loi du 4 mars 2002 est donc une loi majeure qui imprime la vision d'une société sur l'organisation du système de santé, en plaçant le malade au centre de ce système. Elle consacre la fin du médecin paternaliste et fait émerger un malade adulte, maître de ses choix et acteur de sa propre santé. Elle rappelle certains droits fondamentaux et inaliénables dus à toute personne, mais aussi crée des droits et des obligations spécifiques, individuels et collectifs, pour les patients et les professionnels de santé. Elle organise et améliore l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux et d'infections nosocomiales en introduisant, pour la première fois au monde, la possibilité pour les victimes d'accidents médicaux sans faute de se voir indemniser par la solidarité nationale. Ce n'est pas un hasard si en 2002 la presse avait retenu des 126 articles de la loi, deux mesures phares : l'accès direct au dossier médical et l'indemnisation de l'aléa thérapeutique.

Bernard Kouchner souhaitait ainsi marquer sa loi d'une empreinte de modernité avec l'accès direct au dossier médical et d'humanisme avec l'indemnisation des aléas thérapeutiques. Modernité et humanisme, l'alpha et l'oméga de l'engagement de Bernard Kouchner au service des plus fragiles. Modernité quand il est le premier dans le monde à évoquer le droit d'ingérence humanitaire et humanisme quand il crée avec une poignée de copains Médecins sans frontières, consacré en 1999 par le prix Nobel de la Paix.

Le 4 mars 2011 nous rentrerons dans la dixième année de la loi des droits des malades. En 2002, le corps médical n'a pas compris immédiatement le sens de cette loi, les médecins l'ont prise comme une remise en cause de leurs pouvoirs et de leurs prérogatives. Ils n'ont pas compris à l'époque que Bernard Kouchner ne défendait pas les médecins mais la médecine. Ils n'avaient pas compris qu'en rééquilibrant la relation médecin-malade, il n'affaiblissait pas l'autorité médicale mais il transférait une part de cette autorité sur le malade, lui imposant ainsi des devoirs.

Notamment, celui d'être en capacité de gérer son capital santé, celui de s'approprier le traitement pour le rendre plus efficace, celui de respecter un système de santé en acceptant des parcours de soins. La vision de Bernard Kouchner ne se limitait pas au seul colloque singulier. Dès lors que le malade, une fois responsabilisé, devenait l'acteur principal de sa santé, il pouvait prétendre à être associé à la politique de santé du pays. C'est tout le sens du terme « Démocratie sanitaire », qui à l'instar du corps médical, fut en 2002 compris comme une remise en cause de leurs pouvoirs par les élus et les représentants syndicaux. Aujourd'hui, il paraît donc légitime de reposer un regard sur la façon dont cette loi s'est imposée dans notre pays. Il s'agit de s'assurer de son effectivité et du niveau de connaissance qu'en ont les Français. Près de dix ans après le vote de la loi, le pari semble avoir été gagné sur le volet sociétal. La plupart des médecins et directeurs d'établissements de santé s'accordent sur le bien-fondé des mesures qui hier faisaient débat. Les élus et représentants syndicaux ne voient plus dans la représentation des usagers une concurrence illégitime.

Pour autant, comme toutes les lois qui bousculent, certaines avancées attendues ont pris du retard, d'autres sont restées embryonnaires. Il s'agit donc de rentrer maintenant dans les détails de la mise en œuvre de la loi Kouchner car derrière ces détails peuvent se cacher des difficultés de mise en œuvre particulières, des immobilismes inacceptables, des conflits d'intérêts inavoués, des oublis législatifs malheureux.

(...) Il a été demandé à la mission d'une part, de dresser le « bilan de l'existant », tant sur la pertinence du corpus législatif et réglementaire des droits des patients : droits individuels et collectifs, que sur le plan de l'effectivité de leur mise en œuvre et d'autre part, d'élaborer toute proposition visant à compléter, si nécessaire, ce corpus de droits et à renforcer leur effectivité, leur visibilité et leur promotion.

1 Traité de santé publique, « les droits des personnes malades » Didier Tabuteau et Dominique Martin, p13-23
2 Ibid

Source : CERETTI Alain-Michel, ALBERTINI Laure, Rapport remis à M. le Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé,
Le 24 février 2011, pp10 à 14. Extraits.

92 % des Français estiment que leur médecin de ville leur apporte les informations dont ils ont besoin concernant leur santé.

8 % considèrent que leurs droits n'ont pas été bien respectés à l'hôpital.

66 % des Français seraient incapables de savoir à qui s'adresser en cas de problème (mauvaises conditions de séjour, accident médical) au cours d'une hospitalisation, et auraient besoin de se renseigner.

Des droits encore méconnus des patients eux-mêmes

70 % des Français déclarent ne pas connaître les droits des patients, selon un sondage réalisé par BVA en septembre 2010 auprès de 1 000 personnes.

Certains droits sont cependant bien identifiés : 80 % des sondés savent qu'ils peuvent désigner une personne de confiance lorsqu'ils sont hospitalisés.

À l'opposé, 44 % des Français croient que l'autorisation de leur médecin est indispensable pour accéder à leur dossier médical...

Globalement, les droits des patients semblent plutôt bien appliqués pour 61 % des personnes interrogées.

- **Les droits qui sont respectés** : droit au respect de la vie privée et au secret ; droit de recevoir des soins pour être soulagé de sa douleur ; droit au respect de sa dignité et de son intimité ; droit de choisir librement son médecin et son établissement de santé.
- **Ceux qui bloquent encore** : le droit à un accès direct au dossier médical, le droit à être indemnisé en cas d'accident médical, le droit à être informé sur les circonstances et les causes d'un accident.

Source : Bulletin d'information de l'ordre national des médecins, N°spécial, sept.-oct.2011, p.6-8. Extraits.

ANNEXE 3

Faire vivre les droits des usagers du système de santé (extrait).

C'est pour faire face aux graves fléaux sanitaires comme le sida ou les cancers que les usagers se sont mis à s'organiser collectivement et à mettre en place des associations de malades. Ces associations sont devenues des acteurs du système de santé. « Les usagers du système de santé se sont impliqués directement ou indirectement par le biais des associations, rappelle Jean-Jacques Nansot, responsable de la mission «Associations et représentation des usagers» à la DGS. Elles ont revendiqué leur propre indépendance et leur propre place au sein du système de santé. Elles ont permis de nourrir le débat public en médiatisant leurs conflits et certains de leurs choix. »

Leurs paroles, parfois protestataires, souvent forces de propositions, ont contribué à la formulation des droits et à leur reconnaissance dans le domaine de la santé. Mais, pour que cela aboutisse, il a fallu que les pouvoirs publics les entendent, les relaient et engagent une politique volontariste, en particulier par la mise en œuvre d'un agrément donné aux associations sous certaines conditions pour leur permettre de représenter les usagers du système de santé dans les instances hospitalières ou de santé publique.

Adopter une loi, le début du chemin.

« Sans la loi, on ne peut rien, mais la loi seule ne peut pas tout. Il faut qu'elle puisse vivre et pour cela qu'elle soit appliquée, relève Isabelle Erny de la division droits, éthique et appui juridique de la DGS. Pour qu'un malade puisse revendiquer qu'on lui délivre un traitement contre sa douleur ou accéder aux soins palliatifs, il doit savoir qu'il y a droit. » Plusieurs étapes jalonnent la vie d'une loi : l'émergence des droits, leur reconnaissance et leur mise en œuvre qui peut, à la lumière de l'expérience, justifier des ajustements.

Dans cette perspective, la DHOS a multiplié ces dernières années des actions pédagogiques tant à l'égard des établissements que des usagers. Une collection éditoriale a été créée, proposant aux établissements de nombreux guides méthodologiques pour mieux respecter les droits des usagers (sur les plaintes, sur les commissions des relations avec les usagers, sur le livret d'accueil, sur les permanences d'accès aux soins des personnes les plus vulnérables, sur le développement de la lecture au sein des structures...) et aux usagers des documents informatifs pour les aider à mieux connaître

leurs droits (charte de la personne hospitalisée, fiches sur les directives anticipées, la personne de confiance, l'accès au dossier médical, les plaintes et les réclamations...). Cette action est loin d'être achevée : cette année, l'une des priorités de la DHOS est de mener des actions de communication plus ciblées afin de mieux faire connaître leurs droits aux usagers. Elles seront complétées par des actions de formation à destination des professionnels de santé, qui sont en première ligne.

Mesurer les enjeux.

Enfin, il faut admettre que les textes puissent évoluer pour être ajustés à la réalité du terrain.

« On se rend compte, avec l'expérience, que des dispositions concernant les droits des usagers mériteraient d'être revisitées, remarque Isabelle Manzi, chargée de mission au bureau des droits des usagers à la DHOS. Par exemple, l'accès direct au dossier médical. La loi a posé des délais de communication très exigeants, difficiles à respecter par les établissements. Cette situation est insatisfaisante pour les établissements et les usagers, alors même qu'un simple réaménagement de ces délais permettrait un meilleur respect du droit, à la satisfaction de tous. » Ainsi, la démocratie sanitaire se présente-t-elle comme un défi quotidien qui ne peut être relevé que grâce au concours de l'ensemble des acteurs.

Source : *Faire vivre les droits des usagers du système de santé*- Revue Le magazine interne de l'administration sanitaire et sociale de l'Etat n°120, mars 2009, p.12. Extraits.

ANNEXE 4

Le CISS

Les combats de la santé, aux côtés des usagers

Le **Collectif Interassociatif Sur la Santé** (CISS) regroupe une grande diversité d'associations intervenant dans le champ de la santé, à partir des expériences complémentaires de personnes malades et en situation de handicap, de consommateurs, de familles et de personnes âgées.

Missions du CISS

Qu'il s'agisse des droits en matière de recours aux soins ou des revendications pour placer l'humain au cœur de ce système de santé, le CISS se veut porte-parole et conseil de chacun des usagers, dans une démarche collective et solidaire pour garantir l'accès de tous à des soins de qualité.

Représenter et défendre les intérêts communs de tous les usagers du système de santé est l'une de nos priorités.

Former les représentants des usagers, qui siègent dans les instances hospitalières ou de santé publique, est une autre de nos prérogatives.

Observer et veiller au bon fonctionnement et à l'équité du système de santé est aussi au cœur de nos missions. Le CISS est un acteur attentif à l'organisation et à la qualité des soins, pour garantir une prise en charge optimale des personnes.

Informier et communiquer sont enfin deux piliers de l'action militante du CISS : notre savoir-faire, le faire savoir !

Publications et enquêtes

Un des objectifs du CISS est de structurer **l'expression des attentes des usagers du système de santé** par le biais du recueil des attentes et du plaidoyer.

Ainsi, la remontée des attentes se fait grâce à des enquêtes régulièrement organisées auprès du grand public, et l'observatoire que constitue la ligne d'écoute Santé Info Droits. (...)L'information des usagers et de leurs représentants est également au cœur de la mission du CISS, c'est pourquoi de nombreuses publications sont régulièrement éditées pour faciliter l'accès à l'information.

Santé Info Droits

Santé Info Droits est une **ligne téléphonique d'information et d'accompagnement juridique** créée en novembre 2006. Avocats, juristes spécialisés ou travailleurs sociaux, les écoutants de la ligne répondent tous les jours à des questions sur l'accès aux soins, la prise en charge des soins, l'accès au dossier médical, les dépassements d'honoraires, l'indemnisation des accidents médicaux, les revenus de remplacement en cas d'arrêt de travail ou encore la médecine du travail.

Dès sa création, ce service unique a connu une grande activité, plus de 4 000 appels traités en 2007, qui n'a cessé d'augmenter, près de 6 500 en 2010, et s'est diversifié avec en septembre 2007 la création d'une plateforme de réponse internet.(...) A travers cette mission d'information et d'orientation, *Santé Info Droits* est aussi un véritable observatoire du respect des droits des malades et des discriminations dans le domaine de la santé et du handicap. Le recueil de données totalement anonymisées permet au CISS, conformément à ses statuts, de signaler aux pouvoirs publics les dysfonctionnements dont il a connaissance par l'intermédiaire de son rapport annuel d'observation et de son « enquête flash ».

Formation des représentants des usagers

Le représentant des usagers représente les usagers du système de santé dans les établissements de santé où il participe au conseil de surveillance et à différentes commissions, à la fois pour améliorer la vie quotidienne et pour faire valoir les droits des personnes malades, mais aussi dans de nombreuses instances contribuant à orienter la politique de santé du niveau local au niveau national. Il exerce cette mission dans le cadre d'un mandat qui ne peut lui être confié que s'il est membre d'une association agréée, à laquelle il doit rendre compte.

Le CISS est missionné pour former les représentants des usagers du système de santé afin de leur donner les moyens de leur action. (...)

Le CISS met à la disposition des représentants le savoir-faire des nombreux acteurs du monde de la santé qui acceptent de contribuer à l'essor de la parole des usagers et, également, de s'enrichir du savoir des représentants. En lien avec les problématiques de santé actuelles et avec les besoins des représentants des usagers, de nouveaux sujets de formation sont régulièrement expérimentés.

Source : d'après dépliant Ciss, 2011, <http://www.leciss.org/qui-sommes-nous>

ANNEXE 5

PARTICIPATION DES USAGERS DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE

Quelle évolution depuis 10 ans ?

Vendredi 9 mars 2012, Auditorium de la Cité des sciences et de l'industrie

ENQUETE NATIONALE SUR LA PARTICIPATION DES USAGERS DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE

ENQUETE AUPRES DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

SOUS EMBARGO JUSQU'A VENDREDI 9 MARS 8h

Une enquête qui montre que la participation des représentants des usagers (RU) est entrée dans les habitudes de fonctionnement des établissements de santé. Toutefois, l'impact de leur présence sur l'amélioration de la qualité des prises en charge reste modéré et les dispositifs de participation type Maison/Espace des usagers peinent à se développer dans les établissements.

DESCRIPTION DES REpondANTS

- Enquête nationale réalisée entre novembre 2011 et janvier 2012 auprès des établissements de santé (ES)¹.
- Sur un total 2500 établissements, 672 (27%) ont répondu². Le taux de réponse varie par type d'ES : FHF (CHU : centre hospitalier universitaire: 72%, CH : centre hospitalier: 46%, CHS/EPSM : centre hospitalier spécialisé/ établissement public de santé mentale : 37% et HL : hôpital local : 13%, FEHAP 12%, FHP-MCO (médecine chirurgie obstétrique) 35% et CLCC (centre de lutte contre le cancer) 61%.
- La précédente enquête réalisée en 2009 obtenait les mêmes taux de réponses.
- Il s'agit d'établissements de type et de taille variés : 12% ayant moins de 100 ETP⁴ non médicaux, 34% de 100 à 300, 36% de 300 à 1000, 18% plus de 1000. 36 % des établissements répondants ont une taille moyenne de 300 à 1000 ETP non médicaux.
- Pour 30% des établissements c'est un directeur qui a répondu au questionnaire.

UNE PARTICIPATION DES REPRESENTANTS DES USAGERS ORGANISEE

□ Service chargé des relations avec les usagers

□ **87% des établissements ont une personne chargée des relations avec les usagers (82% en 2009), dans 82% des cas ce n'est pas sa fonction principale.**

□ La plupart du temps, ce professionnel est rattaché à la direction. Il a un profil très varié : adjoint de direction, cadre de santé, responsable qualité, personnel administratif, secrétaire de direction, chargé des affaires générales (idem 2009)

□ Nombre de représentants des usagers (RU) dans les établissements.

□ **80% des établissements répondants ont au moins 2 RU au sein de leur Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC).**

□ 48% déclarent avoir au moins quatre RU dans leur établissement.

□ **La moitié des établissements a donc encore des progrès à faire pour se mettre en conformité avec la réglementation qui exige au moins 4 RU (titulaires et suppléants) au sein de la CRUQPC.**

□ Participation aux réunions des instances

□ Les ES répondants déclarent que les RU participent régulièrement au Conseil de surveillance (ou équivalent) (idem 2009).

□ La réglementation prévoit que la CRUQPC doit se réunir au moins une fois par trimestre.

□ **Un établissement répondant sur 2 réunit sa CRUQPC moins d'une fois par trimestre.** Ils sont 75% à avoir organisé au moins trois réunions au cours des 12 derniers mois.

□ Les réunions de la CRUQPC se font dans la quasi majorité des cas avec la présence d'un RU (idem 2009). Néanmoins 14% des établissements répondants déclarent avoir déjà tenu une réunion de la CRUQPC sans la présence d'un RU.

□ 80% des établissements informent leurs RU de la date des réunions par courrier et 90% leur envoient les documents de préparation des réunions par ce même biais.

Cette communication est généralement faite plus de 2 semaines avant la réunion.

□ Participation à la certification

□ **Si 80% des établissements répondants déclarent avoir associé leurs RU aux groupes d'auto-évaluation de la certification V2007, ils ne sont plus que 68% dans le cadre de la V2010 (participation devenue non obligatoire).**

□ Participation à la vie de l'établissement (formations, groupe de travail, enquêtes)

□ 74% des établissements répondants déclarent associer les RU à la mise en œuvre d'actions au sein de l'établissement telles des formations ou des groupes de travail.

□ Ils sont 25% à les solliciter pour participer à des projets de services ou pôles.

UN IMPACT MODERE DE LA PRESENCE DE RU DANS LES ETABLISSEMENTS

□ 33% des ES répondants sont en contact au moins une fois par mois avec leurs RU, 21% les contactent hebdomadairement, 53% trimestriellement.

□ **57% des ES répondants jugent leurs RU assez impliqués** au sein de l'établissement, 36% très impliqués et 7% peu, voire pas du tout impliqués.

□ **80% des établissements déclarent que la présence des RU donne lieu à des actions d'amélioration** et près de 30% d'entre eux sont associés à des dynamiques dans les services ou à des dynamiques associatives.

UNE PRESENCE TIMIDE DES ASSOCIATIONS D'USAGERS DANS LES ETABLISSEMENTS

□ 45% des ES intègrent des bénévoles associatifs (non RU) dans leurs groupes de travail (65% en 2009).

□ 25% des établissements reçoivent des patients (hors RU et bénévoles d'associations) dans leurs groupes de travail.

□ Plus de 65% des ES répondants (idem 2009) ont effectué un recensement des associations de santé présentes (100% pour les CLCC, de 65% à 80% établissements FHF, 77% FEHAP, FHP non disponible).

□ **Dans 66% des ES il y a moins de 10 associations d'usagers présentes (88% en 2009), dans 10% plus de 30.** Le nombre d'associations est corrélé positivement à la taille de l'établissement.

□ **Peu d'établissements déclarent avoir ouvert un lieu d'accueil animé par les associations (Maison/Espace des usagers). Au total on compte environ 180 dispositifs recensés (96 en 2009), sur 2500 établissements au total.**

□ **Parmi les ES qui ont un tel lieu, il existe de grandes variations en fonction de la taille et du statut de l'ES : FHP-MCO 10%, FEHAP 16%, CLCC 27%, FHF 37,5%, dont CHU : 63%, CHS/EPSM : 35%, CH : 15% et HL : 5%.**

□ Lorsqu'un tel lieu n'existe pas, seuls 23% des ES répondants déclarent vouloir en ouvrir un (38% en 2009).

- Pour plus de 90% des établissements, la loi du 4 mars 2002 a amélioré la confiance réciproque et a été moteur d'amélioration de la qualité.**

1 Echantillon constitué via : Fédération hospitalière de France (FHF), Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (FEHAP), Fédération de l'hospitalisation privée (FHP-MCO), Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), Croix- Rouge Française, Mutualité Française et UNICANCER. Tous les pourcentages présentés sont calculés sur cette base, hors non réponse..

2 L'échantillon est constitué de 51 % d'établissements FHF, 12% FEHAP, 34% FHP-MCO et 2% CLCC.

3 La comparaison avec les chiffres de 2009 est faite pour les questions identiques et si la significativité statistique des réponses le permet.

4 ETP : Poste équivalent temps plein

ENQUETE AUPRES D'USAGERS D'ETABLISSEMENTS DE SANTE SOUS EMBARGO JUSQU'A VENDREDI 9 MARS 8h

Une enquête qui montre la méconnaissance, par les usagers des établissements de santé, de l'existence et du rôle des représentants des usagers et de la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.

Les usagers méconnaissent aussi les associations d'usagers qui pourraient les aider dans leur parcours de soins et ils souhaiteraient le développement de Maison/Espace des usagers.

DESCRIPTION DES REpondANTS

- Enquête nationale réalisée de novembre 2011 à janvier 2012** auprès d'usagers des établissements de santé français. Echantillon constitué via les établissements de santé et les institutions partenaires (1), regroupant des personnes qui avaient consulté en milieu hospitalier ou avaient été hospitalisées ces 5 dernières années dans un hôpital ou dans une clinique.
- 438 usagers ont répondu à ce questionnaire**, dont 394 (90%) répondaient à ce critère (2).

UNE FAIBLE CONNAISSANCE DES REPRESENTANTS DES USAGERS PAR LES USAGERS

- 23% des répondants ont connaissance de l'existence des représentants des usagers** dans l'établissement de santé où ils sont allés.
A la précédente enquête en 2009, sur les 120 répondants, 15 (12.5%) d'entre eux avaient connaissance de l'existence des représentants des usagers (3).
- 14% des répondants savent quel est leur rôle et comment les contacter (7,5% en 2009).
- 6% ont été en relation avec eux à l'occasion de leur consultation ou hospitalisation.

LE ROLE DES REPRESENTANTS DES USAGERS PEU CONNU DES USAGERS

- 20% des répondants ont connaissance de l'existence d'une Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge** (CRU ou CRUQPC) dans l'établissement de santé où ils sont allés (18% en 2009).
- 16.4% des répondants savent à quoi elle sert.
- 3% ont été en relation avec cette commission lors de leur consultation ou hospitalisation.**

DES ASSOCIATIONS D'USAGERS MECONNUES

- 21% des répondants ont connaissance de l'existence des associations de patients** qui peuvent aider/informer les patients dans l'établissement de santé où ils sont allés.
- 7.3% ont été en contact avec ces associations lors de leur consultation ou hospitalisation.
- 12% savent qu'il existe un lieu d'accueil tenu par les associations d'usagers** (malades ou non) du type Maison/Espace des usagers, Maison/Espace des associations.
- Parmi les répondants qui aimeraient qu'un tel lieu existe, les raisons évoquées sont :
 - o En premier lieu : pour être mieux informé, connaître ses droits, être soutenu (moralement et/ou dans les démarches), rencontrer/dialoguer/échanger avec des personnes.
 - o Arrivent ensuite dans une moindre mesure : pour donner son avis/s'exprimer, faciliter la remontée des réclamations, savoir comment rencontrer les représentants des usagers, être aidé dans les relations avec les professionnels.

1 Association nationale des associations en milieu de santé (ANAMS), Fédération hospitalière de France (FHF), Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (FEHAP), Fédération de l'hospitalisation privée (FHP-MCO), Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), Croix-Rouge Française, Mutualité Française (site Santé Mutualiste) et UNICANCER.

ANNEXE 6

Groupe de travail CRSA (conférence régionale de la santé et de l'autonomie)

Réunion du 1er octobre 2010

Extrait du Compte-rendu

Présents

C Berniard (ARS Franche Comté) ; C Berhault (ARS Languedoc Roussillon) ; A de Romefort (ARS Rhône-Alpes) ; L Desrues (ARS Nord Pas de Calais) ; A Guillout (ARS Centre) ; X Haboury (ARS Picardie) ; A Fourcade (DGOS) ; A Viscontini (DGS)

Excusé-e-s

S Bentegeat (SG) ; P Legrand (IGAS) ; L LeBris (DGCS).

1. Méthodologie d'élaboration du rapport annuel des CRSA sur les droits des usagers, l'égalité d'accès aux services de santé et la qualité des prises en charge

11. Le rapport des CRSA en 2010

Une instruction pour l'élaboration du **rapport 2010** de la CRSA a été adressée le 27/09/2010 aux DG d'ARS.

Les CRSA sont ainsi invitées à élaborer un court rapport en trois parties :

- une analyse des processus de nomination des membres des différentes instances mises en place par la loi HPST ;
- une analyse de la synthèse des rapports des CRUQPC de 2009 transmise par l'ARS ou, à défaut, une analyse d'un échantillon de ces rapports ; ces documents peuvent être rendus publics¹ ;
- des propositions d'objectifs en matière de respect des droits des usagers pour l'élaboration du plan stratégique régional de santé.

Il est précisé que les rapports des CRSA sont attendus si possible pour la fin de l'année 2010 dans la mesure où :

- ils contiennent des propositions d'objectifs en matière de respect des droits des usagers pour l'élaboration du plan stratégique régional de santé qui doit être adopté en avril 2011 ;
- ils sont également transmis à la Conférence nationale de santé qui en fait la synthèse dans son rapport national qu'elle adopte à sa séance de juin.

(...) Le groupe met en évidence les difficultés pour les ARS de se procurer l'ensemble des rapports des CRUQPC. Il décide d'examiner l'outil utilisé en région Rhône-Alpes pour élaborer la synthèse des rapports des CRUQPC, dans un objectif de mutualisation.

- Madame Denise Janin, responsable de l'outil à l'ARS Rhône-Alpes, sera invitée à le présenter lors de la prochaine réunion du GT CRSA.

12. Le cahier des charges du rapport pour l'année 2011

Le groupe accepte la proposition de présenter le cahier des charges du rapport sur le respect des droits des usagers en deux parties, la première structurelle et obligatoire pour toutes les régions, la seconde plus libre et s'adaptant aux situations régionales :

1. **l'évaluation de l'application et du respect de certains droits et/ou situations clairement identifiés** (entre 5 et 10), à partir d'indicateurs dûment renseignés qui feront l'objet d'un suivi régulier et systématique de la part de toutes les ARS ; les ARS présenteront chaque année les données de suivi de ces droits aux CRSA qui seront chargées d'une analyse critique ; ces données pourront ainsi être consolidées au niveau national ;

2. **les alertes des CRSA sur d'autres droits ou situations, et son appréciation sur certaines mesures en faveur du respect et de la promotion des droits**, à partir d'un certain nombre de documents présentés par l'ARS à la CRSA, notamment :
- le recueil des plaintes (un processus de gestion des plaintes est mis en place actuellement dans les ARS) ;
 - des sondages ou des enquêtes propres à chaque région ;
 - d'autres documents à identifier.

La difficulté pour l'élaboration de la première partie du rapport porte sur l'identification de sources d'information solides, fiables et régulières. Parmi les sources d'information déjà identifiées :

- les rapports de certification de la HAS, qui ont le mérite d'exister mais qui ne sont pas très pratiques et dont le traitement peut être long ;
- le réseau qualité (REQUA), qui existe dans plusieurs régions (Franche Comté, Aquitaine...) ;
- les données des CRCI ;
- etc.

Pour information et pour aider à construire la première partie, il est fait état du récent rapport de l'IGAS sur l'information des usagers sur la qualité des prises en charge en établissement :

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000502/index.shtml>

Le groupe souligne la nécessité d'associer les conférences de territoire à l'élaboration des rapports sur le respect des droits des usagers.

13. Méthode d'élaboration du cahier des charges

La DGS proposera aux ARS d'ici au 15/10 un projet de grille de recensement et d'analyse des droits des usagers, permettant de porter une appréciation (de 1 à 5) sur chacun d'eux en fonction de :

- o l'accès et la fiabilité des sources d'information ;
- o la facilité de traitement des informations recueillies ;
- o l'évaluation des possibilités d'actions ou de mesures concrètes d'amélioration ;
- o l'importance pour les présidents des commissions spécialisées des droits des usagers des CRSA.

A partir de cette grille d'analyse, un choix devra être effectué collectivement pour identifier les droits qui seront analysés par les CRSA dans la première partie de leur rapport. Un équilibre entre droits individuels et droits collectifs sera recherché.

Les ARS seront invitées à faire des observations sur ce projet de grille d'analyse des droits avant le 30 octobre.

Les présidents des commissions spécialisées sur les droits des usagers des CRSA seront ensuite conviés à une rencontre nationale sous l'égide de la Conférence nationale de santé, afin de présenter la méthode d'élaboration du cahier des charges et de les inviter à y contribuer. Un retour de leur part est attendu pour le 15 décembre.

L'arrêté fixant le cahier des charges pourra ensuite être adopté début 2011.

1 L'article 7 de la loi n°78-753 du 17 juillet 1978 portant diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public et diverses dispositions d'ordre administratif, social et fiscal dispose que : « *Font l'objet d'une publication les directives, les instructions, les circulaires, ainsi que les notes et réponses ministérielles qui comportent une interprétation du droit positif ou une description des procédures administratives. Les administrations peuvent en outre rendre publics les autres documents administratifs qu'elles produisent ou reçoivent.* »

Selon l'article 1er de la même loi, sont considérés comme documents administratifs, les documents produits ou reçus, dans le cadre de leur mission de service public, par l'Etat, les collectivités territoriales ainsi que par les autres personnes de droit public ou les personnes de droit privé chargées d'une telle mission.

Les rapports des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge des droits des usagers étant, suivant l'article R. 1112-80 du code de la santé publique transmis aux ARS qui sont des établissements publics, ce sont des documents administratifs puisqu'ils sont reçus par les ARS qui sont des personnes de droit public. En tant que tels ils peuvent donc être rendus publics en vertu de l'article 7 ci-dessus rappelé. De plus ils ne comportent que des données anonymes (article R. 1112-80 du code de la santé publique) et ne devront donc pas faire l'objet d'une anonymisation avant leur publication.

Source : Extrait du compte-rendu, groupe de travail CRSA, réunion du 1^{er} octobre 2010, ARS de Franche Comté <http://www.ars.franche-comte.sante.fr>

Constat : un système de santé en forte tension... (...)

L'espérance de vie à la naissance progresse. En 2050, près de la moitié de la population française et européenne aura plus de 50 ans selon l'Institut National des Etudes Démographiques (INED). Le vieillissement de la population associé au poids constamment en augmentation de la prise en charge des maladies chroniques constitue un des enjeux majeurs de notre système de santé. Le poids des maladies chroniques est très important tant sur le plan de l'impact populationnel que sur le plan économique et de son financement. On estime aujourd'hui que 15 millions de personnes sont affectées par une ou plusieurs maladies chroniques. Les affections de longue durée (ALD) concernent 7,7 millions de Français c'est-à-dire près de 13 % de la population française et consomment 64 % des dépenses d'assurance maladie. (..)

Éléments d'ordre démographique et sociologique concernant les professionnels de santé

Un départ massif à la retraite de nombreux professionnels de santé dans les cinq à dix années à venir provoquera un risque réel de pénurie notamment dans certaines spécialités.

Les états généraux de l'organisation de la santé (EGOS) de 2008 ont également fait apparaître une profonde évolution des attentes de la part, notamment des jeunes professionnels. Ces derniers ne veulent plus exercer de la même manière que leurs prédécesseurs. Le choix d'une activité libérale isolée attire de moins en moins les jeunes médecins. Ils souhaitent pouvoir exercer leur activité dans un cadre coopératif pluridisciplinaire. Ils aspirent à des formes d'exercice professionnel moins solitaires, plus mutualisées, favorisant un exercice partagé communautaire de nature tant à améliorer les conditions de la pratique médicale que leurs conditions de vie. Par ailleurs, les professions de santé étant de plus en plus largement féminisées, les modes d'exercice sont appelés à changer profondément et les notions comme la sécurité ou celle de la qualité de vie deviennent prépondérantes. Les médecins souhaitent une carrière professionnelle diversifiée prenant en compte le rythme de la vie personnelle, notamment pour les femmes (...). (...)

Éléments d'ordre organisationnel

Une répartition de l'offre de soins pour le moins peu cohérente avec des territoires où l'offre de soins est surabondante et où d'autres (ruraux mais aussi suburbains) se retrouvent avec un déficit important de professionnels de santé. 10 % des Français affirment déjà « avoir des difficultés à trouver près de chez eux un médecin généraliste » (27 % pour un médecin spécialiste).

Une coopération entre les différents professionnels de santé, entre les structures sanitaires et celles du secteur médico-social reste largement à construire.(...)

Pour la prise en charge dans la durée d'une personne âgée il peut être fait appel au fil du temps aux EPHAD, SSIAD, HAD, SSR. Il convient de rajouter aussi les structures sanitaires de court séjour (gériatriques, non gériatriques) et de jour (sanitaires et médicosociales), les réseaux gériatriques ambulatoires, les praticiens de ville (médecins, infirmières libérales, kinésithérapeutes, etc.) et les structures sociales d'aide à domicile, de prévention et de veille (assistantes sociales de secteur, CLIC, CCAS, services à la personne, club d'activité, etc.). Il y a donc lieu d'être vigilant à ce que les missions et les rôles de toutes ces structures soient parfaitement articulés pour que la personne âgée ne se trouve pas ballottée d'une structure à l'autre sans véritable cohérence ni respect de son projet de vie. La question de la délégation de tâche a du mal à devenir une réalité (...). Il y a là une sorte de paradoxe à constater que le temps consacré à des actes que d'autres pourraient pratiquer augmente et qu'il y a réticence à développer des délégations de tâche dans un cadre respectant une prise en charge de qualité et sécurisée.(...)

La réduction des personnels dans un certain nombre de lieux aboutit à ce que ces derniers aient l'impression de ne plus pouvoir faire face à leurs engagements et responsabilités et que cette tension est palpable par les usagers eux-mêmes.

La crise économique touche également la population et conduit à ce que certains de nos concitoyens déclarent renoncer ou retarder les soins dont ils ont pourtant besoin.

Enfin, les questions sociales sont de plus en plus prégnantes dans la sphère du soin qui apparaît comme le dernier recours de solidarités qui font défaut au plan général de la vie sociale.

Rapport sur l'épreuve de synthèse

1-Résultats

Moyenne générale : 07.7/20

Note la plus haute : 17/20

Note la plus basse : 0,25/20

Critères d'évaluation	Moyennes par critère	Attentes du jury
Qualités rédactionnelles :		
<ul style="list-style-type: none"> - Orthographe ; - Syntaxe ; - Structuration. 	13,3/20	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Soigner la rédaction. ➤ Eviter les énumérations, les paraphrases. ➤ Utiliser des liens logiques. ➤ Structurer la composition conformément aux exigences de l'épreuve.
Maîtrise des connaissances :		
<ul style="list-style-type: none"> - Notions de droits du patient, cadre légal, démocratie sanitaire, système de santé - Apport de connaissances rigoureuses sur l'émergence et l'évolution des droits du patient, sur le système de santé. 	08/20	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Expliciter les concepts clés. ➤ Les mobiliser au service de l'argumentation.
Problématisation :		
<ul style="list-style-type: none"> - Élément central : enjeu de la promotion des droits des patients pour le système de santé ; - Démonstration au service du sujet. 	06,7/20	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dégager un questionnement central clair, précis et pertinent ➤ Mettre en évidence un fil conducteur
Analyse des éléments contextuels et organiques de la promotion des droits des patients :		
<ul style="list-style-type: none"> - Contextes juridique, sanitaire, social, culturel, politique, démographique, philosophique... en lien avec les besoins individuels et collectifs ; - Fonctionnement des outils et rôles des différents acteurs de promotion des droits des patients. 	08/20	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ne pas se limiter à une simple présentation. ➤ Conduire l'analyse au service de la problématique.
Analyse critique de l'enjeu de la promotion des droits pour le système de santé		
Notion d'enjeu incontournable pour les différents acteurs au niveau : <ul style="list-style-type: none"> - économique, financier, - préventif, offre de soins, - politique, social et sanitaire. 	04,7/20	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mener une analyse rigoureuse et précise ➤ Conduire cette analyse au service de la démonstration

2- Caractéristiques de l'épreuve

L'objectif de l'épreuve est 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. Cette épreuve nécessite de s'appuyer sur une culture sanitaire et sociale de niveau Master 2.

Il est attendu du candidat qu'il sache **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.

L'argumentaire construit doit répondre à cette problématique en s'appuyant sur un corpus de connaissances actualisées issues du champ disciplinaire des sciences sociales et de la santé : droit, sociologie et psychologie, économie, histoire et géographie, santé publique, sciences politiques.

En aucun cas, il ne s'agit de rédiger une note de synthèse, ni de conduire une étude ou un commentaire des documents proposés éventuellement dans les annexes. Toute paraphrase est à proscrire.

Le jury rappelle les critères d'évaluation :

- La 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 historique 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 de la composition.

L'épreuve exige de :

- Se référer aux thématiques des programmes des filières ST2S, ESF et SP3S ;
- S'appuyer sur une bibliographie actualisée ;
- Se positionner à un niveau Master 2.

3- Conseils méthodologiques

Le jury rappelle que le devoir doit être impérativement composé à l'aide d'une introduction, d'un développement et d'une conclusion clairement identifiables sans recours à des titres, sous-titres ou à une quelconque numérotation.

L'introduction permet d'inscrire le sujet dans un contexte, de définir les notions et principes incontournables pour amener le questionnement, formuler la problématique et 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. L'apport de connaissances est incontournable. La composition ne doit pas se réduire à une simple juxtaposition de connaissances, mais elle doit conduire à une réflexion critique qui ne se limite pas à l'analyse des documents éventuellement proposés.

La maîtrise de la langue (orthographe, syntaxe et vocabulaire) est un pré-requis élémentaire.

Remarques générales sur le sujet

Le sujet porte sur un questionnement d'actualité qui a fait l'objet de nombreuses publications. La thématique des droits des patients nécessite de mobiliser une culture sanitaire et sociale. La consigne posée facilitait plusieurs approches et induisait un positionnement démonstratif.

Préalablement, une lecture sémantique du sujet était incontournable au regard notamment des termes promotion et enjeu. Les annexes servent éventuellement de base documentaire. La loi Kouchner est un repère temporel.

Il convenait préalablement de définir les notions de promotion des droits des patients et de système de santé (en le distinguant du système de soins). Effectivement, ce n'est pas un hasard si l'on parle en même temps de l'affirmation des droits des malades et de démocratie sanitaire. Celle-ci induit une participation conjointe des professionnels, des usagers et des élus à la définition des politiques de santé publique, afin d'améliorer le fonctionnement et l'efficacité du système de santé. De fait, la démocratie sanitaire responsabilise le patient, pour éviter de l'enfermer dans son statut de consommateur ou de plaignant.

**ÉCRIT 2 -
ETUDE DUN SYSTEME, D'UN PROCEDE OU D'UNE ORGANISATION.**

Durée : 5 heures – coefficient : 3

Sujet

Avec la mise en place des Agences Régionales de Santé depuis le 1^{er} avril 2010, la territorialisation de la santé se renforce à l'échelon régional à travers la mission de relais des politiques de santé nationales, mais également celles de coordination et de supervision des initiatives de santé plus locales, notamment communales.

De fait, les villes peuvent officiellement orienter davantage leur intervention dans le domaine de la santé en s'appuyant sur les ateliers santé ville (ASV) institués par la circulaire du 13 juin 2000.

La ville de T. s'est engagée bien en amont dans cette dynamique. Cette commune d'environ 25 000 habitants a un passé historique très marqué par ses initiatives sanitaires. Dès 1990, la ville développe une compétence sanitaire au sein d'un service « Petite enfance ». Deux actions vont compléter cette première initiative : une action de prévention Sida qui se déroule chaque année sur deux journées et un forum santé au mois d'octobre. Le phénomène s'amplifie depuis 2007 avec des interventions de santé conduites sur des thèmes arrêtés par l'équipe municipale (la nutrition, les accidents de santé, la qualité de l'environnement...) et organisées lors de différentes manifestations sur la ville.

En 2008, la ville nomme un élu délégué à la santé et au handicap. Enfin en 2009, elle choisit une orientation politique en faveur d'une compétence accrue en santé avec la volonté de réduire les inégalités sociales de santé à l'échelon des quartiers dits solidaires. En janvier 2012, la ville recrute un chargé de mission mandaté pour mettre en œuvre les volets santé et handicap de la politique de la ville. Les élus tiennent à ce que les actions entreprises dans ces champs soient coordonnées. Durant l'année 2012, le chargé de mission a notamment travaillé à la construction d'une étude d'opportunité sur la mise en place d'un atelier santé ville (ASV). Au conseil municipal du 06 décembre 2012 est inscrit à l'ordre du jour « un avis de la Ville de T. sur la mise en place d'un ASV en 2013 » pour répondre à ce besoin de coordination. En amont de ce conseil de fin d'année, le chargé de mission prépare une série de documents afin d'éclairer les élus sur les enjeux de la démarche ASV. Ces documents permettent de présenter :

1. **Une synthèse sur les caractéristiques des ASV ;**
2. **Le diagnostic et l'argumentaire en faveur de la création d'un ASV ;**
3. **L'échéancier prévisionnel de la mise en place de l'ASV à moyen terme sous forme visuelle ;**

Réaliser ces trois documents.

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : recueil de textes sur les ASV issu de la veille documentaire mise en place par le chargé de mission en charge des volets santé et handicap de la politique de la ville.

- **Document 1.1** : Circulaire DGS/SP2/2000/324 relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire (extraits).
- **Document 1.2** : Circulaire interministérielle DGS/DHOS/SD1A n°2006-383 du 04 septembre 2006 relative à l'élaboration et à la mise en œuvre des projets de santé publique dans les territoires de proximité et du développement des ASV (extraits)
- **Document 1.3** : Enquête ACSE (Agence nationale pour la Cohésion Sociale et l'Egalité des chances), réalisée par la société Kynos, résultats de l'enquête sur les ateliers Santé Ville au 31 décembre 2008, <http://actionsociale.weka.fr/media/file> (.extrait)
- **Document 1.4** : Avis du Comité Interministériel des Villes (CIV) du 26 septembre 2007 (extrait).

Annexe 2 : données recueillies dans le cadre de la construction de l'étude d'opportunité :

- **Document 2.1** : recueil de données quantitatives existantes sur la population pauvre de la ville de T : données CAF 2009, données sociodémographiques INSEE 2005 à 2011, bilan d'activités des services de la ville, projet Urbain de cohésion sociale de la ville voisine (2007-2009), étude 2009 réalisée par un prestataire privé ARFOS pour le centre social de la ville de T.
- **Document 2.2** : entretiens semi-directifs conduits par le chargé de mission auprès des « personnes ressources » sur la ville de T, afin de mieux connaître les besoins de la population pauvre.
- **Document 2.3** : fiche d'observation actualisée des structures qui répondent aux besoins de santé de la population pauvre de la ville de T.
- **Document 2.4** : enquête par questionnaires menée en mars 2012 par le chargé de mission auprès de vingt professionnels responsables de structures et services impliqués dans la prise en charge de la population défavorisée sur le territoire de la Ville de T.

Annexe 3 : feuille de route du projet ASV à moyen terme sur la ville de T., rédigée par le chargé de mission en 2012

ANNEXE 1 : recueil de textes sur les ASV issu de la veille documentaire mise en place par le chargé de mission en charge des volets santé et handicap de la politique de la ville.

- **Document 1.1** : Circulaire DGS/SP2/2000/324 relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire (extraits).

L'article 67 de la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 a proclamé que " l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies constitue un objectif prioritaire de la politique de santé ".

L'article 71 de la loi prévoit la mise en place de programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS).

Leur enjeu est triple :

- santé publique : favoriser l'accès de tous au système de santé et ainsi améliorer l'ensemble des indicateurs de santé, accroître le contenu préventif des actions
- institutionnel : faire évoluer le système de santé vers plus d'efficacité par une meilleure prise en compte des besoins, par un fonctionnement plus partenarial, qui déterminent les conditions de protection de la santé de l'ensemble de la population, renforcer la dynamique régionale, en liaison avec les autres niveaux d'intervention (national, départemental, local)
- politique : faire reculer l'exclusion [...].

Annexe technique 1 : ATELIER SANTE VILLE

[...]

- Le Comité Interministériel des Villes du 14 décembre 1999 a précisé les orientations de la politique de la ville en matière de santé avec la mise en place, au sein des Contrats de Ville, d'ateliers "santé ville". Les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS), institués par l'article 71 de la loi n°98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions fixent un cadre d'action et contribuent à leur mise en œuvre.
- Créé à l'initiative des partenaires des contrats de ville qui souhaitent inscrire la santé comme une priorité forte, l'atelier " santé ville " pourra constituer le dispositif opérationnel de la convention thématique santé.
- L'atelier " santé ville " vise à promouvoir le développement de programmes locaux de santé, en cohérence avec la démarche stratégique utilisée pour les PRAPS.
- Il s'agit d'améliorer la cohérence et la pertinence des actions destinées aux populations prioritaires des territoires de la politique de la ville, qu'elles soient menées par les institutions, le monde associatif ou les acteurs de santé du service public ou privé.

[...]

Les ateliers "santé ville" ont pour objectifs :

- d'identifier au niveau local les besoins spécifiques des publics en difficulté et les déterminants de l'état de santé liés aux conditions de vie ;
- de faciliter la mobilisation et la coordination des différents intervenants par la création et le soutien à des réseaux médico-sociaux ;
- de diversifier les moyens d'intervention en fonction de l'analyse des besoins par site ;

- de rendre effectif l'accès aux services publics sanitaires et sociaux de droit commun ;
- de développer d'autre part, la participation active de la population à toutes les phases des programmes (diagnostic, définition des priorités, programmation, mise en œuvre et évaluation) et d'autre part, la concertation avec les professionnels et les différentes institutions du secteur sanitaire et social concernés par ces programmes.

[...]

- Tous les acteurs des champs sanitaires et sociaux doivent être impliqués, particulièrement les médecins de ville, les établissements de santé publics et privés, les structures de santé mentale, les CHRS, les centres de santé, les centres sociaux, les services de santé scolaire, les services sociaux d'accueil aux étrangers, les missions locales.
- La démarche de réseau comme moyen d'intervention devra être privilégiée de manière à évoluer vers la constitution de réseaux de santé de proximité.

[...]

Les thèmes de travail peuvent concerner :

- la connaissance de l'état de santé de la population des sites prioritaires,
- la définition des objectifs d'amélioration de l'état de santé et de ses déterminants,
- l'accessibilité aux droits sociaux, aux soins, à la prévention et à la santé,
- l'analyse des principaux dysfonctionnements de l'accès à la prévention et aux soins,
- les questions concernant les pratiques professionnelles sanitaires, sociales et d'insertion,
- la qualité et l'organisation de l'offre de soins,
- les besoins en formation des professionnels accueillant les publics en situation de précarité.

Les ateliers " santé ville " s'appliquent à des territoires infra-communaux (les quartiers), communaux ou intercommunaux suivant l'échelle pertinente définie par le diagnostic territorial.

[...]

- L'atelier " santé ville " n'est pas une structure de plus mais le lieu de la coordination des acteurs en vue de l'élaboration d'un diagnostic partagé des problèmes à traiter, de l'adoption et de la mise en œuvre d'un programme d'actions concertées, de leur réalisation et d'une évaluation régulière des résultats obtenus.
- Il est souhaitable de s'appuyer sur les structures existantes qui participent aux actions de lutte contre les exclusions.
- Un coordonnateur peut être recruté pour animer la démarche, dans ce cas il doit être intégré au pilotage du contrat de ville et dans le groupe de pilotage départemental du PRAPS animé par les DDASS.
- Sa mission porte sur l'animation, l'aide à la concertation, le soutien méthodologique par la création d'outils adaptés aux projets locaux de santé. Les techniques de travail communautaire ou en réseau sont particulièrement recommandées.
- Dans ce cadre, le coordonnateur recueille les données quantitatives et qualitatives, mobilise les compétences existantes : les chefs de projet politique de la ville, le chargé de projet toxicomanie, les centres de ressources de la politique de la ville, les centres d'information et de ressources sur la drogue et les dépendances de la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et les Toxicomanies, les Observatoires Régionaux de Santé. Il apporte un soutien aux acteurs (par exemple les Adultes relais).

- Il promeut la participation des habitants dans les projets locaux de santé et assure la cohérence et l'articulation des conventions thématiques santé prévention avec les actions de prévention du Contrat Local de Sécurité (CLS).
- Par ailleurs, il a vocation à participer, en lien avec les DDASS, aux travaux des PRAPS dont il est un correspondant privilégié sur le territoire, à l'action menée dans le cadre des Conférences Régionales de Santé et à valoriser la participation des habitants dans les projets locaux de santé comme les Etats généraux de la santé le préconisent.
- Compte tenu de la nature de la mission, il est souhaitable que cette fonction soit assurée par un professionnel ayant une connaissance des techniques de la santé publique, notamment le recueil et l'analyse des données quantitatives et qualitatives, le diagnostic partagé, les méthodes de suivi, d'animation et d'évaluation, de communication, les politiques publiques, les relations avec les partenaires et la population.

[...]

- Les ateliers " santé ville " bénéficient d'un soutien financier de la part du ministère délégué à la Ville et du secrétariat d'Etat à la santé et à l'action sociale dans le cadre des contrats de ville.
- A ce titre, ils sont financés conjointement par la Ville et l'Etat. Pour l'Etat, le chapitre 47-11-20 du ministère de l'emploi et de la solidarité, le chapitre 46-60-10 (fonds d'intervention pour la ville) et le chapitre 37-82 pour le financement des actions de service public, seront mobilisés. Les crédits des autres collectivités territoriales et des autres partenaires seront également recherchés (FAS...). Il convient dans tous les cas de figure, avant de mobiliser des financements complémentaires, de rechercher une bonne utilisation coordonnée des financements existants.
- Les ateliers " santé ville " retenus feront l'objet d'un rapport annuel de suivi auprès du Comité régional des politiques de santé (en application de l'article 71 de la loi 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions) et des instances de pilotage du contrat de ville.

[...]

- Les ateliers " santé ville " doivent prévoir une procédure précise d'évaluation de type participative comportant un volet qualitatif et quantitatif. La place donnée à la participation des habitants permettra aux acteurs d'apprécier l'impact des actions de santé dans le sens du concept de " santé bien-être ", selon des critères qui seront différents suivant les populations concernées et les modes d'intervention [...]

- **Document 1.2 :** Circulaire interministérielle DGS/DHOS/SD1A n°2006-383 du 04 septembre 2006 relative à l'élaboration et à la mise en œuvre des projets de santé publique dans les territoires de proximité et du développement des ASV (extraits)

[...]

Les pouvoirs publics ont inscrit les principes d'une politique de prévention dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, et repris ces principes dans la définition du champ de la politique de santé publique dans la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004. Cette loi traduit la volonté de l'Etat de développer une approche préventive dans tous les secteurs ayant un impact sur la santé. Elle poursuit le processus de régionalisation des politiques de santé initié depuis quelques années : un groupement régional de santé publique mettra désormais en œuvre dans chaque région le plan régional de santé publique. La « territorialisation » des politiques de santé constitue un très

fort enjeu pour les années à venir.

Le comité interministériel des villes du 9 mars dernier a posé les bases de la nouvelle politique de la ville, en prévoyant notamment l'instauration à compter de 2007 de « contrats urbains de cohésion sociale », en remplacement de l'actuelle génération des contrats de ville (2000-2006). La santé est affirmée comme un des cinq thèmes prioritaires de la politique de la ville pour la cohésion sociale afin d'encourager les acteurs locaux à mieux prendre en compte la prévention et l'accès aux soins pour les habitants des quartiers en difficulté.

Il a ainsi été décidé dans le cadre de l'élaboration des futurs contrats urbains de généraliser la démarche des Ateliers Santé Ville (ASV), expérimentée dans le cadre de la politique de la ville. Dès 2006, 160 nouveaux Ateliers Santé Ville (on en compte aujourd'hui 140) seront créés, pour couvrir d'ici 2008 l'ensemble des quartiers prioritaires de la politique de la ville. Une mesure nouvelle budgétaire de 4 millions d'euros a été inscrite à cet effet pour 2006 au titre du programme « équité sociale et territoriale et soutien » de la délégation interministérielle à la ville (DIV).

La politique de santé et la politique de la ville convergent pour reconnaître la nécessité de prendre en compte la situation de certains territoires où se concentrent des difficultés sociales et urbaines, et de faire de la démarche des ateliers santé ville l'une des déclinaisons territoriales des plans régionaux de santé publique (PRSP).

La présente circulaire définit les principes et les modalités d'une politique partagée par le ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement et le ministère de la santé et des solidarités.

[...]

Les composantes des projets locaux ou territoriaux de santé publique

Les projets locaux ou territoriaux de santé publique sont les instruments appropriés pour répondre aux besoins de santé au plus près des populations en permettant de définir des stratégies d'intervention concertées avec les ressources de proximité. A ce titre, le cadre opérationnel des ateliers santé ville a permis de préciser les principales composantes possibles de coproduction de projets locaux de santé publique entre les élus et les services déconcentrés de l'Etat.

La composante « connaissance et identification des besoins » a pour objet d'apprécier l'état de santé de la population locale et ses déterminants, notamment les conditions de vie souvent mises en cause dans les perceptions des acteurs locaux de la santé. L'élaboration du plan ou du projet local de santé suscite la mise en œuvre d'un diagnostic participatif qui permettra de recueillir les points de vue des élus, des services municipaux, des institutions, des professionnels, des associations, de la population et ses représentants, etc. Le niveau de proximité permet de croiser différentes sources de données à traiter et à analyser avec les partenaires de l'Etat, afin de rendre compte des situations spécifiques et/ou globales des personnes, lesquelles conditionnent grandement l'état de santé.

La composante « santé publique et prévention » consiste, par la connaissance territoriale de la situation sanitaire et sociale au niveau local, à définir des objectifs prioritaires, le cas échéant au titre du contrat de ville, et à mettre en œuvre les moyens de leur réalisation. Une meilleure connaissance des politiques publiques en jeu aide l'ensemble des acteurs locaux à prendre conscience des rôles que les uns et les autres peuvent jouer pour la promotion de la santé et la résolution des problèmes identifiés.

La composante « accès au système de soins et de santé » doit conduire à préciser et aider à résoudre les difficultés d'accès au système de santé et à l'offre de soins, compte tenu des éléments d'analyse contenus dans le SROS et le PRAPS, s'agissant en particulier des publics isolés et démunis. Outre un maillage plus fin de l'organisation socio-sanitaire (établissement de santé, centre de soins, médecine de ville...), il pourra convenir de favoriser l'implantation de dispositifs spécifiques tels que les équipes mobiles spécialisées en psychiatrie, les médiateurs sociaux engagés en santé publique, les maisons de

santé et espaces de prévention, les permanences hospitalières d'accès aux soins de santé, les réseaux de santé de proximité, en veillant particulièrement à l'articulation avec les dispositifs et acteurs de la politique de la ville dans un contexte urbain pour la cohésion sociale.

L'ensemble de la démarche met la prévention et la promotion de la santé au cœur de la cohérence sociale du projet territorial en les articulant avec la qualité de l'offre de soins et avec les autres politiques publiques qui concourent à l'amélioration de la santé de la population.

Modalités de mise en œuvre des « ateliers santé ville », des autres contrats territoriaux et des projets de santé dans ce cadre

La maîtrise d'œuvre pour l'élaboration du projet local ou territorial de santé s'appuie sur les structures communales ou inter communales, tout en bénéficiant des capacités offertes par la politique de la ville ou la politique de l'aménagement du territoire en termes d'ingénierie sociale et urbaine. En particulier, dans leurs missions d'échanges de pratiques et de productions, les centres de ressources de la politique de la ville ont vocation à contribuer au développement des compétences des acteurs locaux.

Pour satisfaire aux impératifs de lisibilité et d'efficacité, l'élaboration de projets locaux ou territoriaux de santé doit répondre à une méthodologie rigoureuse intégrant des éléments de pilotage commun, de suivi et d'évaluation. Un référentiel de « tableau de bord » relatif au pilotage et au suivi de la démarche des Ateliers Santé ville vous sera proposé. Il a été élaboré dans le cadre du département de Seine-St-Denis en lien avec les acteurs locaux des ASV de ce département. Il présente un tronc commun d'informations quantitatives et qualitatives qu'il convient de renseigner localement selon les objectifs stratégiques et opérationnels des ASV [...]

Il importe que le pilotage et la mise en œuvre des projets de santé au sein des contrats territoriaux soient accompagnés par les DDASS et les représentants des politiques territoriales de l'Etat. Une coordination est à assurer à ce sujet dans le cadre d'instances départementales appropriées, entre les services de l'Etat concernés et leurs partenaires institutionnels : collectivités territoriales, assurance maladie, etc. [...]

Financements

Deux sources de financement sont mobilisables pour le développement des ASV et pour l'élaboration et la mise en œuvre de projets locaux et territoriaux de santé publique : les crédits de la politique de la ville et le budget du GRSP.

Pour le développement des Ateliers Santé ville existants et la création de 160 nouveaux ASV, une dotation complémentaire de 4 millions d'euros sera mobilisée dans le cadre du programme n° 147 « équité sociale et territoriale et soutien » dont le délégué interministériel à la ville est responsable ; ces crédits seront délégués, sur présentation des projets, aux préfets de région ou aux directeurs régionaux de l'équipement, [...] à charge pour eux d'en confier la gestion aux unités opérationnelles des départements retenus [...].

Le budget du groupement régional de santé publique a vocation à soutenir l'élaboration et la mise en œuvre des projets locaux de santé publique, notamment dans le cadre des contrats territoriaux (ceux relevant de la DIV, comme, par ailleurs, ceux relevant de la DIACT). En 2007, l'ensemble de ces dépenses devrait être exécuté au niveau régional. Les crédits à vocation sanitaire de la politique de la ville seront versés aux groupements régionaux de santé publique (GRSP) par l'Agence nationale pour la cohésion sociale et à l'égalité des chances (ANCSEC) pour qu'ils assurent directement le financement des Ateliers Santé ville.

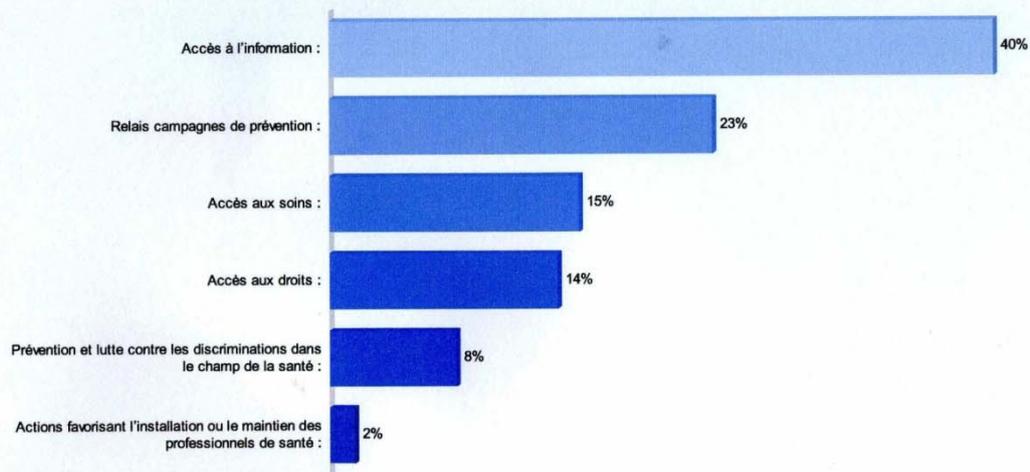
Ces modalités financières traduisent la volonté d'articuler la politique urbaine et la politique de santé, ainsi que la volonté de favoriser la mobilisation des crédits dits de droit commun en faveur de ces démarches locales. Afin de garantir, dans ce cadre de mutualisation, une bonne lisibilité des moyens dédiés au développement des ateliers santé ville, ces crédits feront l'objet d'un suivi spécifique au sein du groupement régional de santé publique, de façon qu'un bilan régulier des actions menées puisse être effectué dans chaque région et au plan national.

Au moment où l'enjeu de cohésion sociale est réaffirmé avec détermination, la démarche de santé publique au titre des ASV et des autres contrats et projets territoriaux constitue une pratique partenariale innovante de concertation et de construction au bénéfice de la santé des populations, notamment celle des publics les plus vulnérables. Nous vous invitons à vous y engager pleinement, dans le cadre des contrats urbains de cohésion sociale qui succéderont aux contrats de ville à compter de 2007, et serons attentifs à leur mise en œuvre et aux difficultés que vous pourriez rencontrer.

- **Document 1.3 :** Enquête ACSE (Agence nationale pour la Cohésion Sociale et l'Égalité des chances), réalisée par la société Kynos, résultats de l'enquête sur les ateliers Santé Ville au 31 décembre 2008, <http://actionsociale.weka.fr/media/file> (extrait)

Répartition des actions par type de démarche en 2008

l'acse

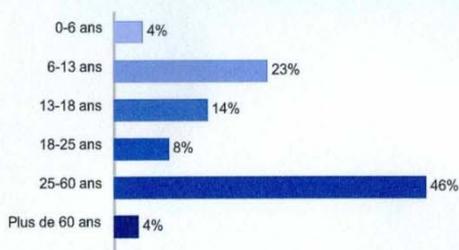


- Les 147 ASV ayant répondu à cette question nous donnent à voir ici les types de démarche dans lesquelles ils inscrivent leurs actions.
- Près des deux tiers des actions citées relèvent de l'accès à l'information (40 %) ou de campagnes de prévention (23 %).

Les principales tranches d'âge touchées par les ASV

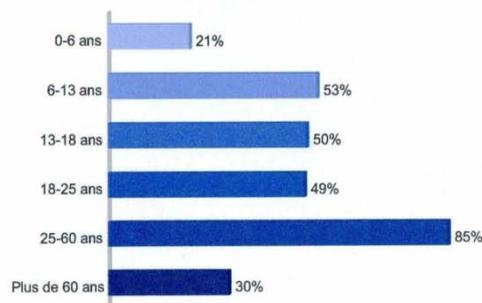
l'acse

Quelle tranche d'âge est la plus concernée par les actions de l'ASV ?



- La tranche d'âge 25-60 ans est la première concernée par les actions de près de la moitié des 157 ASV ayant répondu à cette question, suivie par les enfants entre 6 et 13 ans.

Quelles sont les tranches d'âge concernées par les actions de l'ASV ?
(résultats ci-dessous : somme des 3 tranches citées comme étant les plus concernées)



- Le graphique ci-contre élargit les résultats aux 3 premières tranches d'âge citées par l'ASV. Cet élargissement des réponses prises en compte montre que :
- 85 % des ASV touchent des adultes (25-60 ans),
 - la moitié des ASV développe des actions en direction des enfants et des jeunes.

- **Document 1.4** : Avis du Comité Interministériel des Villes (CIV) du 26 septembre 2007 (extrait).

[...] Les principaux constats

A l'issue de ce travail, plusieurs points semblent se dégager :

- a) Les ASV bénéficient d'une littérature scientifique abondante et ont été accompagnés dès leur création d'un appareillage d'évaluation externe qualitative et parfois d'indicateurs de processus ou de résultats relativement détaillés. On dispose ainsi, depuis plusieurs années, de documents de référence, généralement très accessibles.
- b) Le déploiement des ASV sur le territoire (qu'il s'agisse du territoire national ou du territoire « politique de la ville ») est extrêmement contrasté, et ce même l'application de la circulaire du 13 juin 2000, et des décisions du Comité interministériel des villes (CIV) de 2006. Ce déploiement est important en région parisienne (particulièrement en Seine-Saint-Denis, mais aussi dans les Hauts-de-Seine et le Val-de-Marne), en Provence-Alpes-Côte d'Azur, en Rhône-Alpes. Il est moins net ailleurs, et apparaît faible dans certaines régions. Ces contrastes pourraient s'expliquer par des dynamiques variables.
- c) Les ASV sont mis en œuvre en fonction de l'engagement de collectivités territoriales (celles-ci pouvant soit y trouver un complément à une politique de santé publique déjà en œuvre, soit au contraire l'occasion de l'initier), des Préfets et sous-préfets et des DDASS. Ainsi, leur développement traduit les différences d'engagement de ces partenaires auxquels se sont parfois associés la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) ou le Conseil général. Dans tel département de région parisienne, les élus semblent par exemple ne pas même avoir été informés par le Préfet de l'existence de ce dispositif, alors que dans un département limitrophe, élus de toutes tendances, DDASS et Préfet convergent dans la mobilisation. Ces différences interrogent, au demeurant, sur l'égalité de traitement de la question par l'Etat sur l'ensemble du territoire.
- d) Dans certaines régions déjà parti-prenantes d'actions dans le domaine de la santé (Bretagne, Nord-Pas-de-Calais), les ASV ont parfois été perçus comme redondants avec d'autres dispositifs de santé publique, territorialisés, voire contractuels.
- e) Le contenu des ASV est lui-même d'une grande variabilité. Cette variabilité est induite par la souplesse volontaire de la démarche et par sa nature négociée. Les ASV peuvent aller d'une posture de simple coordination à une démarche de maîtrise d'œuvre, de conduite d'actions, ou de « boîte à outils » méthodologique, en fonction des contextes locaux.
- f) L'un des points essentiels des discussions, voire des divergences, est la légitimité ou non des ASV à conduire des actions « en direct » : certains les limiteraient à la coordination et au diagnostic.
- g) L'autre point important est la question du territoire d'application de l'ASV, et de l'articulation entre action sur le/les quartier/s en politique de la ville et action municipale globale. Cette question est évidemment moins prégnante dans les villes « de banlieue », mais assez nette dans les grandes villes centres. L'ancrage progressif des ASV dans la politique « de droit commun » portée par les actions des Groupements régionaux de santé publique (GRSP) devrait rapprocher les stratégies.

[...]

Parmi les facteurs favorisant de cette situation, on citera notamment le niveau méthodologique fort affiché par les ASV : la santé publique est un domaine où l'expertise et la rigueur méthodologique sont considérés comme indispensables. Les ASV ont, ici ou là, été porteurs de discussions techniques importantes, mobilisant des outils en sciences humaines, en épidémiologie ou géographie de la santé : ils ont, par là-même, acquis une autre forme de légitimité.

Il est d'ailleurs significatif que, au décours des interrogations de ces dernières semaines, la Société Française de Santé Publique ait décidé de créer en son sein un outil de développement méthodologique des ASV.

En résumé, la politique de la Ville, après avoir promu un volet santé dans les contrats de ville, puis en créant les ASV, est reconnue comme un outil pertinent de réduction des inégalités de santé.

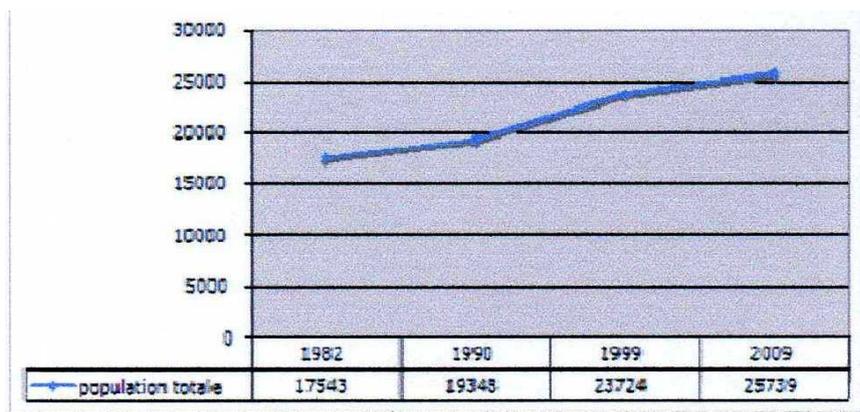
Il serait cependant illusoire de penser que cette posture soit uniforme au niveau national. Si le Directeur général de la santé, en plusieurs occasions, a manifesté son intérêt pour le sujet, si certaines régions, on l'a vu, s'en sont emparé, on peut penser que des blocages persistent ailleurs, et qu'une impulsion plus ferme de la Direction générale de la santé serait bienvenue.

ANNEXE 2 : données recueillies dans le cadre de la construction de l'étude d'opportunité

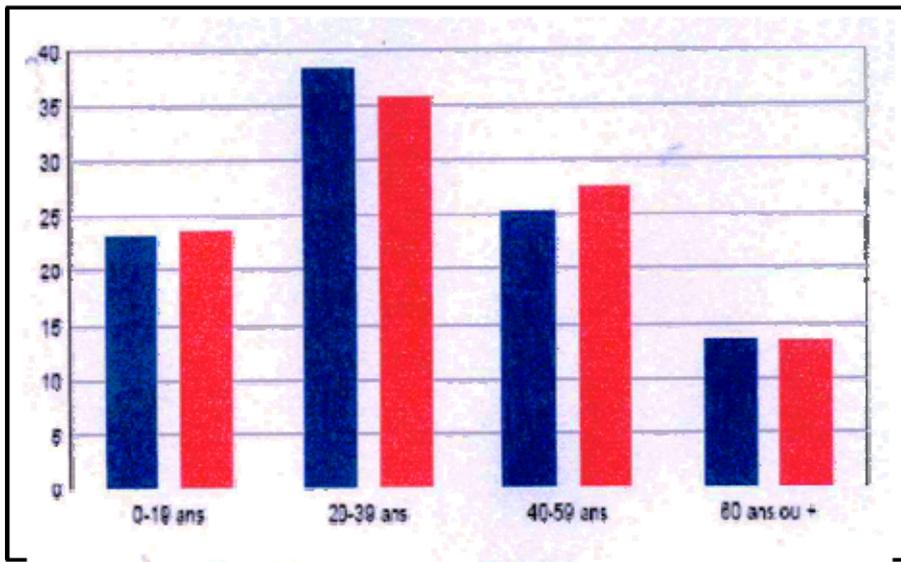
- **Document 2.1** : recueil de données quantitatives existantes sur la population pauvre de la ville de T : données CAF 2009, données sociodémographiques INSEE 2005 à 2011, bilan d'activités des services de la ville, projet Urbain de cohésion sociale de la ville voisine (2007-2009), étude 2009 réalisée par un prestataire privé ARFOS pour le centre social de la ville de T.

D'un point de vue administratif, la ville de T est constituée de quatre quartiers, et caractérisée par un certain clivage entre la haute et la basse ville. Il existe deux quartiers dans la basse ville, proches des commerces et des services, constitués surtout de logements de bailleurs privés. On trouve en revanche dans les quartiers plus récents dans la haute ville constitués de nombreux logements sociaux. C'est au sein de ces derniers que l'Etat a reconnu, dans le cadre du CUCS 2007-2009, deux zones prioritaires, classées respectivement 2 et 3.

Données sociodémographiques : population totale de la ville de T, Insee 2009



Structure par âge de la ville de T : Insee 2009, enquêtes annuelles de recensement

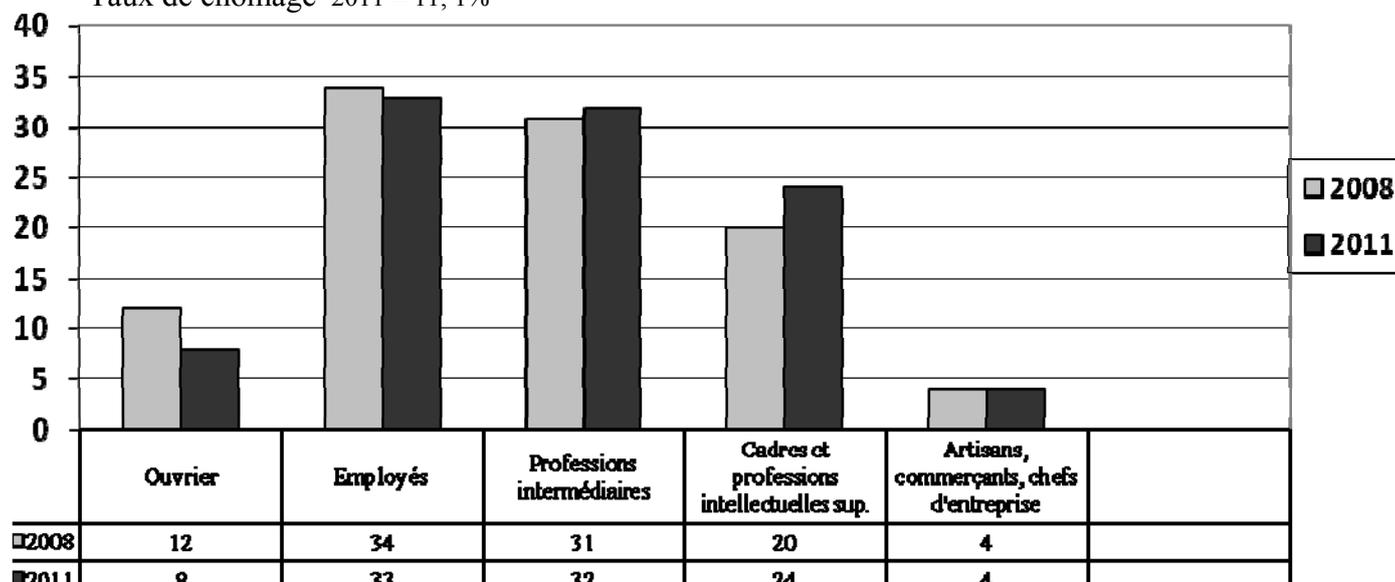


2005

2009

Emplois par catégorie socioprofessionnelle de la ville de T : Insee 2011, exploitations complémentaires lieu de travail

Taux de chômage 2011 = 11,1%



Nombre de foyers fiscaux au regard des deux villes voisines A et B : DGI, l'impôt sur le revenu en 2011.

Imposition 2011	Ville A		Ville B		Ville T	
Nb foyers fiscaux	6584	100 %	121836	100 %	14 010	100 %
Dont imposables	4148	63 %	70665	58 %	9 151	65,3 %

Distribution des revenus annuels déclarés en euros par unité de consommation en 2011 : Insee, revenus fiscaux localisés des ménages, 2011

Zone géographique	Ville T	Ville B
Limite du 1 ^{er} quartile	12 088	11 270
Limite du 2 ^{ème} quartile (médiane)	19 288	19 420
Limite du 3 ^{ème} quartile	27 970	28 736

Le seuil de pauvreté établi à l'échelle nationale pour 2009 s'élève à 875 euros/mois/UC

Allocataires CAF à bas revenu et personnes couvertes :

Zone géographique	Ville T			Ville B		
Année	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Nombre d'allocataires à bas revenu	1055	1142	1180	14 254	14 343	15 041
Personnes couvertes par les bas revenus	2316	2374	2479	32 858	31 510	32 061

Source : CAF

Taux de couverture CAF par les bas revenus en 2011 :

Zone géographique	Ville T	Ville B
Taux de couverture par les bas revenus	9,6 % (soit 10 % de la population globale)	10,2 %

- **Document 2.2** : entretiens semi-directifs conduits par le chargé de mission auprès des « personnes ressources » sur la ville de T, afin de mieux connaître les besoins de la population pauvre.

Personnes ressources interviewées sur la ville de T : directeur CCAS, présidents associations de quartiers et de clubs, responsable mission sociale de la Cpm, responsables associations parahospitalières.

Re transcription à partir de la grille d'entretien et des enregistrements autorisés (juin 2012):

Thèmes abordés	Eléments de réponses apportés
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Avis sur les caractéristiques de la population de la ville de T ➤ Impressions globales sur la typologie des populations pauvres de la ville ➤ Conditions de vie et évolution de la population pauvre étrangère ou d'origine étrangère ➤ Evolution générale des populations pauvres de la ville 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Cohabitent tout autant des cadres qui travaillent sur la ville B (ce qui confirme la part en augmentation de cadres parmi la population active ayant un emploi), qu'une population de type « classe moyenne » et que des personnes en difficulté. Concernant ce dernier groupe, tous soulignent sa présence certaine sur la ville, mais de manière proportionnellement moins importante que dans d'autres villes aux alentours (villes A et B).</i> ▪ <i>Les acteurs de terrain insistent sur la mixité du public d'un point de vue de la composition des ménages ; il y aurait en effet autant de familles (monoparentales ou non) que des personnes seules. Ensuite, tout en indiquant que la population d'origine française n'est pas épargnée, beaucoup insistent sur l'existence d'une population pauvre étrangère ou d'origine étrangère, et parfois en situation irrégulière.</i> ▪ <i>Cette population, souvent hébergée par un tiers ou à l'hôtel, semble vivre pour la majorité d'entre elle, dans des conditions précaires : surpopulation, humidité des logements... Si la proportion d'étrangers était d'après le dernier recensement Insee inférieure à la moyenne départementale (11, 7 % de la population totale contre 12, 6 % dans le département), il est fort possible qu'elle ait augmenté ces quatre dernières années, ce qui peut laisser penser notamment la hausse de demandes d'ouvertures de droits d'Aide Médicales d'Etat de 44, 2 % en 2011 par rapport à 2010.</i> ▪ <i>Celles-ci sont en augmentation, notamment à cause de la crise financière de 2008. Le CCAS a connu en 2011, une augmentation de 15 % d'attribution d'aides alimentaires (avec 256 familles en 2010, contre 222 en 2009). Les Restos du Cœur, quant à eux, ont observé entre les campagnes 2008-09 et 2010-11, une hausse de fréquentation (de personnes ou familles inscrites, c'est-à-dire qui rentrent dans la catégorie du seuil national défini par les Restos- environ équivalent au seuil du RSA) de 26 %. Enfin le Club R (équipement municipal destiné aux loisirs des retraités, et qui accueille ces derniers ainsi que le personnel communal qui le souhaite pour le self le midi, avec des prix basés sur le quotient familial) remarque qu'entre septembre 2008 et aujourd'hui, le nombre de retraités reçus pour le repas est passé de 30 à 100.</i>

- **Document 2.3** : fiche d'observation actualisée des structures qui répondent aux besoins de santé de la population pauvre de la ville de T.

STRUCTURES	OBSERVATIONS
Services de soins : offre libérale	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de médecins en activité : 44 (dont 16 omnipraticiens) • Nombre de spécialistes : 28 <p>Densité médicale : 17,6 médecins pour 10 000 habitants, contre 15,8 pour la ville B.</p> <p>Densité d'infirmiers, de masseurs-kinésithérapeutes et de chirurgiens-dentistes : légèrement inférieure à la moyenne départementale.</p>
Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS)	<p>Lieu : centre hospitalier communal de la ville de T</p> <p>Organisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ouverte trois jours par semaine ▪ 3 médecins (dont un médecin coordonnateur), 2 infirmières ▪ 1 assistante sociale <p>Missions :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Effectuer en cas de nécessité des consultations externes, des actes de diagnostics et thérapeutiques ; ▪ Assurer des traitements délivrés gratuitement ; ▪ Accompagner les patients dans les démarches de reconnaissance de leurs droits ; ▪ Prise en charge médicale des personnes qui font l'objet de refus de soins auprès des médecins libéraux (notamment certaines personnes bénéficiaires de la CMU) ; ▪ Suivi des patients atteints par le VIH et l'hépatite virale. <p>Bénéficiaires : personnes qui n'ont pas de couverture santé (issues majoritairement de la ville A), majorité d'anciens détenus.</p> <p>Activité : 600 à 700 consultations par an</p> <p>Partenaires : centres pénitentiaires</p>
Comité Médical des Exilés (COMEDE)	<p>Lieu : centre hospitalier communal de la ville de T</p> <p>Statut : association loi 1901</p> <p>Missions : prise en charge médico-psycho-sociale.</p> <p>Bénéficiaires : personnes exilées, étranger en situation de vulnérabilité particulière pourvu de couverture santé ou non.</p> <p>Activité : 3900 personnes venues en consultation en 2009 (une majorité de demandeurs d'asile) dont un tiers provenant du département.</p>
Centre municipal de santé	<p>Missions : propose des consultations variées de généralistes et de spécialistes, des soins à domicile, soins dentaires.</p>

Centres médico-psychologiques	Structure : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Un CMP enfants (0-18 ans) ▪ Un CMP adultes qui assure des consultations pour la santé mentale
Centre Communal d'Action Sociale	En plus des missions générales : <ul style="list-style-type: none"> - Atelier cuisine : <ul style="list-style-type: none"> ▪ aborde le thème de la santé ; ▪ permet d'optimiser l'utilisation des aides existantes dans la ville (bons alimentaires du CCAS, colis alimentaires des Restos du Cœur) notamment pour les personnes vivant à l'hôtel ; ▪ Équipe référente : une conseillère en économie sociale et familiale et un référent RSA (BTS SP3S) ; ▪ Partenaires : centre social et les Restos du Cœur. - Autres actions développées : « la remise à l'emploi », en partenariat avec l'Espace Départemental des Solidarités, de Parcours d'Accompagnement et des Savoirs vers l'emploi (PASE) et de pôle emploi, le CCAS accompagne un public très éloigné de l'emploi, un public en cours d'élaboration d'un projet professionnel et un public proche de l'emploi).
Service de Maintien à Domicile	Services proposés : <ul style="list-style-type: none"> ▪ service d'aide à domicile (constitué de dix agents : auxiliaires de vie sociale et aides à domicile) ; ▪ service de transport de courses lourdes ; ▪ service de portage de repas à domicile. Principe de fonctionnement : le prix de tous les services proposés est établi sur la base du quotient familial.
Protection Maternelle et Infantile municipale	Missions réglementaires. Partenaire : PMI départementale.
Centre de Planification et d'Éducation Familiale (CPEF)	Lieu : service intégré à la PMI municipale. Missions réglementaires.

Centre Social ou Centre d'Animation	<p>Statut : service municipal agrément� par la CAF</p> <p>Missions :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ équipement de quartier à vocation sociale globale, ouvert à l'ensemble de la population, qui doit prendre en compte les difficultés économiques des familles, des jeunes, et répondre en priorité aux problèmes sociaux des populations les moins défavorisées ; ▪ équipement à vocation familiale et pluri-générationnelle, avec organisation d'activités : le « café des familles » (discussions sur les relations parents-enfants avec la présence ponctuelle d'une psychologue) et des activités culturelles (cours de sculpture, guitare, ...); ▪ lieu d'animation de la vie sociale avec des permanences régulières d'associations (Secours Catholique, Association d'Aide aux devoirs, association de locataires...).
Le Club « R »	<p>Historique : �quipement municipal qui existe depuis 18 ans sur la ville de T</p> <p>Missions : proposer des animations et loisirs en direction des retraités et personnes âgées pour rompre l'isolement.</p>
Antenne locale de l'Espace Départemental des Solidarités	<p>Statut : service du conseil général 83.</p> <p>Mission : aide des habitants de la ville de T pour les difficultés sur le plan individuel, familial, économique et social.</p> <p>Equipe : 3 assistantes sociales</p>
Mission bucco-dentaire	<p>Statut : service du conseil général 83.</p> <p>Public : bénéficiaires du Rsa</p> <p>Missions : propose une enveloppe de soins bucco-dentaires gratuite regroupant des actes non remboursés par la CMU-C, donnant accès à un éventail thérapeutique large.</p>
Missions sociales de la Cnam	<p>Missions : assurer l'ouverture des droits à l'AME, la CMU et la CMU-C.</p> <p>Fonctionnement : permanences hebdomadaires assurées par plusieurs assistantes sociales.</p>
Les Restos du cœur	<p>Historique : existe depuis 15 ans sur la ville de T.</p> <p>Mission principale : distribution de colis alimentaires.</p> <p>Fonctionnement du point écoute : ouvert tous les matins avec la présence d'un bénévole qui oriente le public vers d'autres structures et associations si besoin.</p>

Le Secours Catholique	<p>Missions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • développe sur la ville de T des activités d'aide à l'alphabétisation et d'écrivain public. • parraine également une association qui réalise des domiciliations.
La Croix-Rouge	Mission principale : assure une maraude du SAMU Social tous les soirs.
Association Accueil Fraternel	<p>Missions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • fait office de vestiaire. • établit des domiciliations pour les personnes sans domicile stable.
Association Enfants du Monde Droits de l'Homme	<p>Missions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • accueille des mineurs isolés étrangers. • s'occupe des ces mineurs en attendant l'intervention administrative de l'Aide Sociale à l'Enfance.
Association Fondation Maison de la ville	Missions : offre un hébergement temporaire et un accueil médico-psycho-social pour les personnes touchées par une pathologie chronique et invalidante.

Document 2.4 : enquête par questionnaires menée en mars 2012 par le chargé de mission auprès de vingt professionnels responsables de structures et services impliqués dans la prise en charge de la population défavorisée sur le territoire de la Ville de T.

Dépouillement des questionnaires d'enquête auprès des acteurs de la ville de T sur leur connaissance des structures qui répondent aux besoins de santé de la population pauvre (établie en mars 2012). *Nombre de professionnels interrogés : 20*

Question 1 : Parmi les structures ci-dessous qui interviennent dans l'accompagnement social et sanitaire des personnes en difficulté dans la ville, lesquelles vous sont les plus connues ?

Services de soins : offre libérale	100 %
Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS)	5 %
Comité Médical des Exilés (COMEDE)	14 %
Centre municipal de santé	52 %
Centres médico-psychologiques	55 %
Centre Communal d'Action Sociale	95 %
Service de Maintien à Domicile	67 %
Protection Maternelle et Infantile municipale	43 %
Centre de Planification et d'Education Familiale (CPEF)	20 %
Centre Social ou Centre d'Animation	22 %
Le Club « R »	21 %
Antenne locale de l'Espace Départemental des Solidarités	17 %
Mission bucco-dentaire	25 %
Missions sociales de la Cпам	45 %
Les Restos du cœur	75 %
Le Secours Catholique	89 %
La Croix-Rouge	90 %
Association Accueil Fraternel	24 %
Association Enfants du Monde Droits de l'Homme	34 %
Association Fondation Maison de la ville	28 %

Question 2 : Pour quelles raisons méconnaissez-vous des dispositifs de santé pour les plus démunis ?

Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS)	5 %	Manque de lisibilité et de coordination, nom connu mais fonctionnement inconnu, travail trop isolé, sous-fréquentation des bénéficiaires.
Comité Médical des Exilés (COMEDE)	14 %	Nom inconnu, sous-fréquentation des bénéficiaires, manque de coordination.
Centre municipal de santé	55 %	Structure cloisonnée, longue liste d'attente, s'occupe en priorité de la population de la ville, manque de coordination entre structures spécialisées.

Dépouillement des questionnaires d'enquête auprès des habitants de la ville de T sur leur connaissance des structures qui répondent aux besoins de santé de la population pauvre (établie en avril 2012).

Echantillon d'habitants interrogés sur les quartiers solidaires : 400

Question 1 : Parmi les structures ci-dessous qui interviennent dans l'accompagnement des personnes en difficulté dans la ville, lesquelles vous sont les plus connues ?

Services de soins : offre libérale	100 %
Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS)	3 %
Comité Médical des Exilés (COMEDE)	1%
Centre municipal de santé	10 %
Centres médico-psychologiques	18 %
Centre Communal d'Action Sociale	60 %
Service de Maintien à Domicile	72 %
Protection Maternelle et Infantile municipale	23 %
Centre de Planification et d'Education Familiale (CPEF)	15 %
Centre Social ou Centre d'Animation	18 %
Le Club « R »	19 %
Antenne locale de l'Espace Départemental des Solidarités	26 %
Mission bucco-dentaire	19 %
Missions sociales de la Cnam	18 %
Les Restos du cœur	98 %
Le Secours Catholique	92 %
La Croix-Rouge	87 %
Association Accueil Fraternel	15 %
Association Enfants du Monde Droits de l'Homme	13 %
Association Fondation Maison de la ville	14 %

Question 2 : Pour quelles raisons méconnaissiez-vous certaines de ces structures ?

Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS)	3 %	Nom inconnu, les habitants accordent plus d'importance à la santé de leurs enfants.
Comité Médical des Exilés (COMEDE)	1 %	Nom inconnu, peu d'information sur cette structure
Centre municipal de santé	10 %	Difficulté de déplacement (pour les personnes âgées). Analphabétisme.

ANNEXE 3 : feuille de route du projet ASV à moyen terme sur la ville de T., rédigée par le chargé de mission en 2012

Eléments, étapes et évolutions utiles à la démarche projet ASV
sur le territoire communal de la ville de T.

1°) L'adhésion des acteurs et la reconnaissance de leur place.

Les ASV reposent sur le principe de transversalité. Les différents coordinateurs des structures impliquées dans la santé de la population pauvre soulignent la nécessité d'une véritable adhésion et d'un réel volontarisme de chacun, pour que le projet ASV puisse voir le jour et tenir dans la durée.

Les coordinateurs insistent sur l'adhésion préalable des différents services de la ville, et des acteurs de santé sur la ville, ainsi que sur l'existence de précédents en termes d'actions de santé coordonnées.

Par ailleurs, du fait de la transversalité du terme santé de l'ASV, ce dernier génère l'impression de vouloir tout diriger et peut engendrer des conflits de pouvoirs avec les différents services, et a fortiori des difficultés importantes de coopération.

D'où la nécessité, préalablement à la mise en place de l'ASV, d'éclaircir le rôle de chacun et la valorisation de celui-ci dans le cadre de l'ASV auprès des différents professionnels impliqués dans la santé des populations pauvres.

Dans la ville de T, les différents acteurs rencontrés sont ouverts à un partenariat et à une connaissance du fonctionnement de chacun ; pour autant, la volonté d'aller au-delà, et d'aboutir au montage d'un réseau à partir d'un projet commun, n'a été spontanément mentionnée que par un seul. En revanche, tous souhaitent se rencontrer dès le mois de janvier 2013 pour construire ensemble un projet à partir de leurs différentes attentes et de thèmes consensuels (notamment par rapport au besoin de lisibilité de l'offre de santé sur le territoire, ou encore sur la santé mentale, la santé bucco-dentaire et l'optique).

2°) Les contraintes financières

Les acteurs rencontrés font part de leurs inquiétudes au sujet de la pérennité des budgets de la politique de la ville. Pour la ville de T., le budget global de la politique de la ville est passé de 70 000 à 52 000 euros de 2010 à 2011, et la demande d'un financement pour un diagnostic ASV a été accepté lors du conseil municipal de décembre 2011.

Dans une logique de réduction des dépenses publiques, il importe de construire avec les différents partenaires, le diagnostic partagé en utilisant les ressources humaines du service municipal en charge des volets santé et handicap de la politique de la ville.

Afin de limiter les coûts liés à l'élaboration de l'état des lieux, les délais des rencontres entre acteurs doivent être rapprochés sur le premier trimestre 2013. Parallèlement, la dynamique de groupe doit permettre de gagner en efficacité en évitant le découragement des acteurs.

3°) Induire une démarche participative

Dans d'autres villes plus avancées dans leur projet, les coordonnateurs d'AVS contactés insistent sur la nécessité d'une réelle volonté de fond des élus, mais surtout sur l'indispensable mobilisation des professionnels et des habitants dans l'élaboration du projet de manière à en assurer pleinement sa mise en œuvre.

Doit s'ajouter la constitution de différentes équipes, pour élaborer les différentes parties du projet ASV avant de lancer la phase de demande d'autorisation auprès des décideurs et financeurs au cours du mois d'avril 2013.

4°) La phase d'élaboration du projet ASV

Le volontarisme des acteurs est indispensable pour obtenir le feu vert de l'antenne territoriale de l'ARS pour une partie de son financement.

La première étape à effectuer, consiste à inviter très largement et collectivement les acteurs, pour qu'ils se rencontrent et comprennent comment chacun travaille. La présentation de l'état de lieux réalisé en 2012 s'impose lors de cette première réunion de janvier, avant d'introduire l'idée d'une coordination santé sur la ville. Il convient d'éviter de soumettre d'emblée un

projet de coordination ficelé ; l'objectif de cette première rencontre est de croiser les regards et de demander à chacun ce qu'il attend d'une coordination.

Durant la deuxième réunion, les différents acteurs seront invités autour d'une table pour transformer ce premier état des lieux en réel diagnostic partagé. Le but de cette étape est que chaque acteur puisse s'exprimer et donner son avis afin de dégager des points d'accord sur les thèmes prioritaires à traiter.

La troisième étape passe par la formation de groupes de travail thématiques coordonnés par le chargé de mission responsable des volets santé et handicap de la politique de la ville de T. Les thèmes arrêtés pourront être ceux de la santé mentale, de la santé bucco-dentaire et de l'optique. A ce stade, il s'agit d'avoir des objectifs ciblés et des priorités limitées, d'une part pour des raisons de temps et de moyens, d'autre part, par souci d'efficacité. En effet, des actions trop dispersées pourraient ne pas avoir de résultats concrets rapidement et induire le découragement des acteurs de départ.

5°) Les demandes de financement

A l'issue de la mobilisation des trois groupes thématiques, il est fondamental de pouvoir apprécier le degré de connaissance des champs d'intervention de chaque acteur entre eux, mais également leur capacité à « réseauter », de manière à pouvoir justifier la demande de financement de l'ASV auprès des élus au mois d'avril 2013.

Concernant le financement étatique, il s'agit de présenter à l'ARS les comptes-rendus des groupes de travail, de manière à démontrer la mobilisation des acteurs et l'avancée de la réflexion sur les actions planifiées.

Durant cette étape, un comité de pilotage sera constitué en étroite collaboration avec l'ARS, pour valider le projet ASV et les décisions des groupes de travail, avec pour finalité de se rapprocher de la préfecture, plus précisément du sous-préfet chargé de la politique de la ville, et de la Direction Départementale de la Cohésion Sociale.

6°) Choix des indicateurs d'évaluation à présenter au conseil municipal de fin d'année

Afin de faire un bilan d'étape sur les six premiers mois de mise en œuvre du projet ASV, le comité de pilotage proposera aux différents acteurs des indicateurs sur les actions entreprises en réfléchissant sur les plans :

➤ Qualitatif :

A la nature et aux modalités des actions, des projets de chacun ;
Au rôle de chaque acteur, des partenaires associés ;
Aux nouveaux projets envisagés ;
Au public ciblé et à ses caractéristiques (âge, sexe, CSP, origine...) ;
Aux obstacles rencontrés (financement, manque de partenaires, temps...) ;
Aux modalités d'évaluation.

➤ Quantitatif :

Aux taux de participation du public, des acteurs ;
A la fréquence des actions et des interventions ;
Au nombre de prises en charge effectuées ;
Au coût ;
Au taux de satisfaction du public, des professionnels ;
Aux Modalités et à la fréquence des concertations.

Rapport de l'épreuve d'étude d'un système, d'un procédé ou d'une organisation

Rapporteurs : Céline BLONDEL, Claude CAMPREDON, Valérie COMPTE, Clarisse DUPOMMEREULLE, Khédidja EL FEKAIR, Françoise HAAS, Delphine LOUIS, Séverine LUYDLIN, Aline PLAT, Muriel WLOSZCZOWSKI.

Moyenne : 9.69/20

Note la plus basse : 03.5 /20

Note la plus haute : 17/20

Entre 0 et 5 (exclu)	5
Entre 5 et 7 (exclu)	13
Entre 7 et 10 (exclu)	50
supérieur à 10	65

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.

Conseil aux candidats : la préparation à cette épreuve passe par l'appropriation de connaissances technologiques relevant du champ sanitaire et social, et la capacité à analyser et à exploiter des documents dans un contexte donné.

Esprit de l'épreuve : 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 : Une grande vigilance doit être portée à l'expression écrite qui doit être plus soutenue. De plus, la forme de la réponse n'est pas imposée sur toutes les questions. Elle doit être adaptée de manière pertinente dans un souci de clarté, de compréhension. Elle doit tenir compte du contexte de la situation et de la consigne.

Une attention particulière doit être portée aux verbes de consignes qui induisent des exigences précises quant à la formulation de la réponse.

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 et en précisant clairement le numéro de la question.

En aucun cas, il ne s'agit de plaquer des méthodologies, ou de recopier les annexes ou de faire des renvois vers celles-ci. Les choix opérés doivent être justifiés et argumentés et des présentations synthétiques présentant une mise en relation des éléments retenus est attendue.

Au demeurant, le candidat doit avoir une vue d'ensemble du sujet pour en cerner la cohérence et la finalité.

Les candidats doivent réussir à gérer leur temps au regard de :

- l'exploitation des documents,
- la construction des argumentaires
- l'utilisation de méthodes
- la conception ou la réalisation d'outils.

Question 1 : Réaliser une synthèse sur les caractéristiques des ASV.

Cette question permettait essentiellement d'évaluer la capacité à sélectionner des informations dans divers documents, en vue de dégager des points pertinents du dispositif à présenter aux élus de manière structurée.

Éléments attendus :

- valorisation de l'analyse plutôt qu'un souci d'exhaustivité ;
- attente d'une cohérence d'un ensemble logique, pertinence de l'analyse (démonstration d'un dispositif en évolution)
- exemples de caractéristiques attendues : dispositif juridique, finalité, activités, public

Remarques :

Le jury déplore :

- le manque de sélection d'informations pertinentes ;
- le recopiage d'extraits d'annexes sans recherche de restructuration pertinente;
- le manque de catégorisation des critères ;
- le survol du cadre juridique : notamment l'absence d'un historique de ce cadre (évolution des politiques de la ville, de santé et sociales)

Question 2 : Réaliser le diagnostic et l'argumentaire en faveur de la création d'un ASV

Cette question permettait de mettre en lien l'étude d'opportunité et l'intérêt de la mise en place du dispositif dans la ville de T.

Éléments attendus :

- Une pertinence de l'analyse et des arguments (le lien entre le diagnostic et cette argumentation)
- L'utilisation pertinente de ces documents (présence d'un classement)

Remarques sur les copies :

Dans l'ensemble, la question a été comprise quant à l'élaboration d'un diagnostic, mais l'argumentation sur l'intérêt d'un Atelier Santé Ville, pour la ville de T, était incomplète voire absente.

Le jury a apprécié la proposition d'arguments pertinents, non présents dans les annexes, témoignant d'une certaine réflexion. Un argumentaire convaincant a été valorisé.

Question 3 : Réaliser un échéancier prévisionnel de la mise en place de l'ASV à moyen terme sous forme visuelle

Éléments attendus :

- Une forme visuelle était demandée donc attendue ! (élaboration d'une maquette et non d'un brouillon)
Par exemple : un planning de GANTT, schéma, tableau pertinent...
- L'outil proposé devait être exploitable
- L'échéancier devait se situer dans la phase « conception » d'une démarche de projet
- Les étapes de l'échéancier devaient faire apparaître la dimension temporelle

Remarques sur les copies :

- Cette question n'a pas été traitée sur toutes les copies
- Le jury a constaté une mauvaise compréhension de la question
- L'outil a été souvent réalisé mais peu exploitable
- L'échéancier a le plus souvent présenté la démarche de projet dans sa globalité
- La notion de moyen terme a été peu comprise
- Le jury a valorisé les copies dans lesquelles la structuration présentait certaines étapes de la démarche de projet (par exemple : analyse de la situation, choix des priorités ...)

EPREUVES D'ADMISSION

Leçon portant sur les programmes des lycées Et des sections 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 de Première 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 de travaux pratiques.

Les capacités à développer dans cette séquence sont :

- **Illustrer comment la protection maladie peut faciliter l'accès aux soins,**
- **Expliquer la complémentarité des réponses en matière de protection maladie,**
- **Montrer l'intérêt des études pour la connaissance de l'état de santé ou de bien-être d'une population.**

Première partie : Travaux pratiques

(...) « La protection sociale ne doit pas seulement compenser les conséquences des risques ou les corriger à posteriori, mais aussi investir pour assurer la cohésion sociale (...) »

Philippe Frémeaux - Alternatives Economiques Hors-Série n° 089 avril 2011



L'ado (tête baissée, assise au bord du canapé, regardant ses mains croisées sur ses genoux) :

- « Ben j'sais pas comment vous le dire... »
Le père, empathique, bienveillant, debout bras croisés regardant sa fille :
« Ca doit pas être si grave, hein... qu'est-ce qui se passe ? ... »
L'ado, levant doucement les yeux vers ses parents :
- « j'suis myope »...
Le père bouche bée, décroisant les bras, tapant sur ses genoux, quitte le salon
La mère calme, fataliste :
- « bon ben on partira pas en vacances... et puis c'est tout »

Extrait d'un spot publicitaire pour la générale d'optique 2012

Activités de travaux pratiques :

Illustrer le processus de renoncement aux soins.

Deuxième sujet

Vous enseignez en première année de S.T.S. S.P.3S. le module A : Institutions Réseaux.

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

La séquence porte sur le point 1-3 : Droits des usagers, elle doit notamment participer au développement de la compétence suivante :

- **C 34 : Assurer et développer la qualité du service rendu**

Première partie : Travaux pratiques

La défense des droits des patients, le respect de la dignité de la personne malade, la promotion de la place des usagers au sens large sont des valeurs fondamentales de notre système de santé. (...) Des efforts doivent être menés pour rendre ces droits (...) plus lisibles et accessibles à chacun. (...) Le premier droit, c'est de connaître ses droits !

« (...), or, plus de 70% des usagers déclaraient dans un sondage réalisé en septembre 2010, ne pas connaître leurs droits. Nous ne pouvons pas nous satisfaire de cet état de fait. » souligne Nora Berra.

C'est pourquoi 2011 sera « l'année des patients et de leurs droits ».

Colloque du 4 mars 2011, Ministère des affaires sociales et de la santé,
espace droits des usagers, disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/colloque-du-4-mars-2011.html> , consulté le 10 septembre 2012

<p><u>Consigne de l'activité de travaux pratiques :</u></p>
--

<p>Illustrer comment les droits des usagers sont mis en œuvre dans les institutions sanitaires et sociales.</p>
--

Troisième sujet

Vous enseignez les « Sciences et Techniques Sanitaires et Sociales » en classe de 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 de travaux pratiques.

Les capacités à développer dans cette séquence sont :

- **identifier le rôle des associations dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques sociales et apprécier leur importance**
- **comprendre la pluralité et la complémentarité des acteurs dans la mise en œuvre des politiques sociales**
- **repérer les étapes de la démarche de projet.**

Première partie : travaux pratiques

Les relations entre associations et pouvoirs publics sont historiquement marquées, en France par une longue tradition de suspicion et de méfiance réciproques. [...] Toutefois, depuis un siècle, associations et pouvoirs publics sont appelés à intervenir conjointement pour répondre à la fois aux besoins sociaux qui se sont multipliés et pour tenter de conjuguer droit commun et droits spécifiques, égalité et différenciation, obligation et participation. Il existe aujourd'hui un quasi-consensus sur la présence des associations dans de nombreux domaines que ce soit pour alléger la charge de l'État ou bien, au contraire, pour susciter la mobilisation de la "société civile". [...] Le rôle social et politique des associations ne pose plus question ; au contraire, elles sont fortement sollicitées pour alimenter le lien social, le civisme, et répondre aux nouveaux besoins sociaux de plus en plus différenciés. L'opinion publique les plébiscite pour leur participation à la lutte contre l'exclusion et pour la reconnaissance de droits. Les pouvoirs publics reconnaissent aisément le rôle du bénévolat associatif, la responsabilité des dirigeants, et l'apport des associations à l'innovation et à la cohésion sociale.

Danièle Demoustier

« Les associations et leurs partenaires publics »,

Informations sociales n°121 CNAF,

Janvier 2005.

Consigne de l'activité de travaux pratiques :

Mettre en évidence la place des associations dans la mise en œuvre des politiques sociales.

Quatrième sujet

Vous enseignez les « Sciences et Techniques Sanitaires et Sociales », en classe de première ST2S.

Vous concevez et organisez une séquence 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 :

- **Mobiliser la notion d'indicateur pour caractériser une population**
- **Porter un regard critique sur certaines données sanitaires et sociales**
- **Justifier l'intérêt de l'évaluation de l'état de santé et de bien-être social d'une population pour les acteurs des politiques publiques.**

Première partie : Travaux pratiques

Introduction

Fin 2009, en France métropolitaine, plus de trois millions d'enfants grandissaient dans une famille disposant de ressources inférieures au seuil de bas revenus, soit près d'un quart des moins de 18 ans.

Une étude interrégionale, réalisée par la branche famille de la sécurité sociale avec le dispositif régional d'Observation Sociale Provence-Alpes –Côte d'Azur (DROS), la Mission Régionale d'Information sur la pauvreté et l'exclusion sociale en Ile de France (MIPES), et l'INSEE Ile de France a rendu compte de l'ampleur de la pauvreté des enfants et de son impact sur les conditions de vie.

Parallèlement, le Conseil National des politiques de Lutte contre la pauvreté et l'Exclusion sociale (CNLE) et l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale (ONPES) ont transmis au gouvernement leurs recommandations pour espérer atteindre l'objectif gouvernemental de baisser d'un tiers la pauvreté en cinq ans. [...]

Source : Enfance, l'insupportable pauvreté, Joël Plantet,
Lien Social n° 1043, 15 décembre 2011

Activité de travaux pratiques :

Illustrer la nécessité de connaître les situations des enfants pauvres en France pour la mise en œuvre d'actions de politiques sanitaires et sociales adaptées.

Rapport de l'épreuve de Leçon portant sur les programmes des lycées et des sections post baccalauréat

1 - Résultats

- Moyenne de l'épreuve : 10,81 /20
- Meilleure note de l'épreuve : 20 /20

2 - Caractéristiques de l'épreuve

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. Le travail pratique demandé doit permettre au candidat de réaliser une activité de type investigation et analyses contextualisées dans l'objectif de produire de l'information, des données, des résultats. Le candidat doit inscrire les résultats de cette activité dans sa préparation de séquence et/ou de séance (arrêté du 28 décembre 2009).

L'épreuve prend obligatoirement appui sur les investigations (utilisation des TICE) et les analyses effectuées au préalable (exploitation du sujet et de ses annexes) 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.

L'énoncé du sujet présente l'activité de travaux pratiques à réaliser par le candidat et situe le cadre de l'exploitation pédagogique : niveau d'enseignement, thème abordé, capacités de l'élève ou de l'étudiant à développer.

Le jury attend que le candidat dégage des axes de réflexion pour concevoir et organiser une séquence et une séance pédagogique.

Objectifs de l'épreuve

Le candidat doit être capable :

- de réaliser des investigations en utilisant des TICE en lien avec la thématique ;
- de concevoir une séquence de formation et d'en détailler une séance ;
- 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.

3 - 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 finalités des enseignements (objectifs).

Il est également nécessaire que le candidat s'appuie sur une culture disciplinaire solide.

Le jury rappelle que cette épreuve positionne le candidat dans la situation d'un enseignant qui prépare une séquence de formation (investigations, analyse de documents, transposition didactique, pédagogique...).

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

- de maîtriser les techniques relatives à l'exposé ;
- de mettre en évidence le lien entre les investigations conduites lors de « l'activité de travaux pratiques » et la conception de la séquence et de la séance ;
- de situer la séquence dans la progression annuelle ;
- de présenter une séquence pédagogique et d'en détailler une séance ;
- d'utiliser un vocabulaire pédagogique adapté et d'en connaître le sens. 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 ou 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 pas informer le jury sur sa situation personnelle et professionnelle. Il peut néanmoins utiliser son expérience dans son argumentation.

Le jury a apprécié pour de nombreux candidats :

Au niveau du contenu de la prestation :

- Une maîtrise des programmes et des thèmes ;
- Une bonne prise en compte du public ;
- La rigueur de la démarche méthodologique ;
- Une séquence bien cernée ;
- L'argumentation des réponses ;
- La proposition de documents (même non finalisés) exploitables par les élèves ;
- La capacité de remédiation et de remise en question.

Au niveau de la « forme » de la prestation :

- La qualité d'écoute, de communication et d'adaptation ;
- La clarté et la structuration de la présentation ;
- La bonne gestion du temps ;
- La prise en compte des remarques énoncées dans le rapport du jury 2012.

Cependant, le jury a constaté que certains candidats :

Au niveau du contenu de la prestation :

- Ne maîtrisent pas suffisamment ou utilisent mal le vocabulaire pédagogique (séquence, séance, ...);
- Font des propositions non réalistes, notamment au regard du public ;
- Ne font pas le lien entre les résultats de l'activité de travaux pratiques, la séquence et la séance ;
- Ont des lacunes dans la compréhension des référentiels notamment ceux concernant le post-bac ;
- Manquent de rigueur et d'approfondissement dans la démarche méthodologique ;
- Ont une méconnaissance du rôle de l'enseignant et notamment, des contraintes et impératifs de la profession ainsi que des besoins des élèves et étudiants ;

Au niveau de la « forme » de la prestation :

- Ne proposent pas un travail structuré (exposés incohérents et confus) ;
- Manquent de dynamisme;
- Ont un niveau d'expression insuffisant ou inadapté ;
- Ont des difficultés à contrôler leur émotivité ;
- N'utilisent pas la totalité du temps imparti pour l'exposé.

Epreuve sur dossier

Résultats

Répartition des notes

- notes supérieures ou égales à 15 : 14
- notes comprises entre 12 et 15 : 13
- notes comprises entre 10 et 12 : 16
- notes comprises entre 8 et 10 : 9
- notes comprises entre 5 et 8 : 13
- notes inférieures à 5 : 7

Meilleure note de l'épreuve : 20 / 20

- 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 a apprécié :

- Le caractère actuel des sujets traités et la maîtrise des connaissances scientifiques ;
- L'exploitation pertinente de situations issues du milieu professionnel ;
- La cohérence des prestations :
 - Une démarche d'investigation approfondie en lien avec le thème (problématique posée, un ou des questionnements pertinents...) ;
 - Une étude et une analyse structurées ;
 - Une argumentation pertinente des choix ;
- La prise en compte de la dimension technologique (démarches d'étude, de projet, analyse des besoins...) du champ disciplinaire ;

- Le choix ciblé et justifié d'exploitations pédagogiques découlant de l'étude et de l'analyse plutôt qu'une liste exhaustive de toutes les exploitations possibles ;
- La capacité à se projeter dans une pratique pédagogique ;
- Les aptitudes à la communication : écoute, dynamisme, réactivité...et la capacité à argumenter ;
- La prise de recul, l'aptitude à se remettre en question

A noter l'excellence de certains dossiers, exposés et entretiens

Le jury a constaté :

- **Des dossiers complètement ou partiellement hors champ STMS ;**
- Une absence de support de présentation par quelques candidats, contrairement à la définition de l'épreuve ;
- L'utilisation de supports non pertinents ou mal exploités ;
- Des dossiers très documentaires, livresques (compilation de textes réglementaires ou scientifiques, définitions...) dont le contenu dilue l'objet d'étude.;
- Une absence :
 - o de réflexion préalable à la formulation de la problématique ;
 - o de questionnement ou de problématique clairement identifiés ;
 - o de réponse à un questionnement lorsqu'il est formulé ;
 - o de démarches méthodologiques rigoureuses ;
 - o d'analyse (tant dans la démarche que dans l'exploitation de l'étude) ;
- Des difficultés à envisager une exploitation pédagogique en lien avec l'objet d'étude et adaptée (au regard du diplôme préparé, du niveau de formation, du public visé et des textes réglementaires)
- Des exposés mal structurés ;
- Des défauts de formulation orale et des expressions parfois incorrectes, voire familières (voir B.O. N°29 du 22 juillet 2010).

Le jury conseille :

- De prévoir un exposé reposant sur les dimensions essentielles du dossier en évitant sa reprise littérale ;
- De mettre en œuvre une démarche davantage technologique (investigations, ancrage sur le terrain...)
- De maîtriser les connaissances au-delà de celles présentées dans le dossier ;
- D'appréhender :
 - o Les finalités des formations,
 - o L'organisation des études,
 - o La diversité des publics (élèves et étudiants) concernés,
 Notamment pour proposer des exploitations pédagogiques réalistes.

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

Les thèmes des sujets étaient les suivants

Code de l'Education et « sensibilisation à l'égalité homme femme »

Prévention des conduites à risque et comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté

Programme d'éducation à l'orientation et mission de l'enseignant

Egalité des droits et des chances : accueil d'élèves handicapés

Rapport sur la seconde partie d'épreuve

Le jury a apprécié :

- La connaissance du système éducatif, de l'institution scolaire et de ses acteurs ;
- La capacité à se situer dans l'institution, en tant qu'enseignant
- L'approche déontologique de la profession ;

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.

Toutefois, le jury a constaté chez certains candidats :

- Des développements trop théoriques ou hors sujets ;
- Des exposés peu structurés sans introduction et/ou conclusion ;
- Une connaissance insuffisante du système éducatif (dispositifs et instances).

Le jury conseille :

- 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 ;
- Une réflexion par rapport aux évolutions actuelles du système éducatif.

CONCLUSION GENERALE

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

Proposition : Les résultats des épreuves d'admissibilité font apparaître une grande diversité dans la qualité du traitement des sujets sans doute liée à des niveaux de préparation très différents.

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 et techniques 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.

L'évolution de la formation des enseignants vers une véritable alternance permettant l'appropriation de la dimension disciplinaire dans et celle des épreuves des concours de recrutement

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 et l'équipe d'accueil du lycée D'Alembert à Paris pour l'accueil et l'aide efficace apportés lors des épreuves d'admissibilité et d'admission qui ont eu lieu dans d'excellentes conditions.