

SESSION 2013

**CAPLP
CONCOURS EXTERNE
ET CAFEP**

Section : SCIENCES ET TECHNIQUES MÉDICO-SOCIALES

**ÉTUDE D'UN SYSTÈME, D'UN PROCÉDÉ
OU D'UNE ORGANISATION**

Durée : 5 heures

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

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

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

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

Tournez la page S.V.P.

A

Dans sa proposition de Loi présentée à l'Assemblée Nationale le 14 octobre 2011 contre la désertification médicale et pour l'accès de tous à des soins de proximité, Madame Véronique Besse, députée et membre de la Commission permanente des Affaires Sociales fait état de la situation préoccupante que rencontrent quotidiennement des millions de Français pour accéder à des soins de proximité.

Les causes majeures à l'accentuation des déserts médicaux ont été soulignées dans de nombreux rapports :

- le manque de médecins généralistes dans certaines zones, notamment rurales ;
- une augmentation quantitative et qualitative de la demande de soins ;
- des départs massifs à la retraite des médecins issus des générations du baby-boom ;
- une politique stricte de numerus clausus ;
- une désaffection pour les spécialités à risque, peu rentables et la médecine générale.

Le problème vient d'une « fracture médicale » sur le territoire. On constate en effet des disparités très fortes selon les régions. Alors que certaines d'entre elles disposent en moyenne de 370 médecins pour 100 000 habitants, d'autres n'en comptent que 240. Ce constat reflète en réalité une médecine à deux vitesses.

« Si rien n'est fait, la désertification médicale risque de s'aggraver au cours des prochaines années. Déjà en 2009, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS) a annoncé une diminution de 25,1 % du nombre de médecins exerçant en zone rurale et de 10,5 % dans les zones périurbaines. Les nombreux départs en retraite programmés (43 % des médecins en activité sont âgés de 55 ans et plus), l'augmentation de 10 % de la population française à l'horizon 2030, le vieillissement de la population, l'évolution des modes de prise en charge et la forte prévalence des maladies chroniques risquent d'aggraver à court et moyen terme les inégalités d'accès aux soins. »

Extrait de la **PROPOSITION DE RÉSOLUTION** contre la désertification médicale et pour l'accès de tous à des soins de proximité,

ASSEMBLÉE NATIONALE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 14 octobre 2011,

Face à la problématique du manque de médecins, Madame Froment infirmière et adjointe au maire et chargée des Affaires sociales, de la Solidarité et de la gérontologie à la ville de C, se voit confier la mission d'initier un projet de création d'une Maison de Santé pluriprofessionnelle. Ce projet de structure médicalisée a reçu l'aval de l'Agence régionale de santé (ARS) qui a décidé d'en financer les premières études.

Dans le cadre de ce projet de création, Madame Froment se doit d'informer les professionnels de santé exerçant sur le territoire.

1. Proposer et justifier une stratégie permettant la mise en œuvre de cette information.
2. Présenter les éléments constitutifs du dossier de préparation de cette mise en œuvre.
3. Réaliser la maquette d'un outil d'information relatif aux Maisons de santé.

Dans le cas de l'aboutissement de ce projet, madame Froment devra évaluer l'impact de l'implantation de la maison de santé sur ce territoire.

4. Envisager dès maintenant cette évaluation.

Annexe 1 La région Centre veut stopper le désert médical

**Le conseil régional du Centre est en session extraordinaire dans le Cher.
Un seul dossier: la désertification médicale qui ronge la région.**

Devant les élus et les membres du Conseil économique, social et environnemental régional (Ceser Centre), François Bonneau, le président du conseil régional propose aujourd'hui son plan « Urgence santé ». Ni tout à fait nouveau, ni vraiment une révolution, ce plan marque néanmoins une incontestable volonté régionale forte de s'attaquer au problème de la désertification médicale. Ce n'est pas directement de la compétence régionale, « *mais nous devons intervenir là où souffre notre population* », souligne François Bonneau qui ajoute : « *D'ailleurs, la santé fait partie des trois thématiques possibles de l'emprunt obligataire que nous lancerons peut-être cette année* ».

Une centaine de Maisons de santé

En nombre de médecins généralistes par habitant, le Centre est la dernière du classement des régions (1). Aujourd'hui, 10 % seulement des médecins diplômés choisissent le secteur libéral « *et, précise François Bonneau, ils ne veulent plus s'installer seuls, veulent pouvoir travailler en réseau avec des spécialistes, avec des paramédicaux, et certains préfèrent même être salariés* (2) ». Le conseil régional ne croit guère aux « importations » de médecins étrangers (pas plus qu'à une 1^{re} année de médecine à Orléans) et tente plutôt de séduire les étudiants (subvention de 50 euros par semaine pour les stagiaires en Indre-et-Loire, 150 euros pour ceux dans les autres départements ; financement d'une résidence pour internes à Orléans) pour les retenir dans la région une fois diplômés. Comment ? En favorisant aussi, par exemple leur installation dans des Maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) : « *D'ici 2013, précise François Bonneau, cinquante seront engagées, mais notre plan en prévoit cinquante autres d'ici à 2020, réparties sur le territoire régional pour mailler notre région* ». Le président souligné : « *Le meilleur projet de MSP est évidemment celui qui vient des médecins et professionnels eux-mêmes.* » Quand il existe encore des médecins. François Bonneau veut aussi augmenter le nombre d'étudiants en école de soins infirmiers (de 900 à 1.150 par an d'ici 2020), en école de kiné (90 places au lieu de 60) « *et augmenter aussi le nombre de diplômés aides-soignants* ». Pour mener ces actions, il s'appuie notamment sur les contrats de projets État-Région (CPER). Pour celui en cours : 5,5 millions sont déjà engagés (État : 3,3, Région : 2,2), auxquels s'ajoutent les financements des contrats avec les territoires (4,6 millions engagés). Le groupe Front de gauche votera ce plan, mais son président Marc Brynhole, confiait à la NR : « *La Région n'aura hélas pas les moyens de ses ambitions !* ».

(1) En 2007, il y avait dans le Centre 67,5 spécialistes pour 100.000 habitants (moyenne nationale de 87,8). (2) 60 % des 4.995 diplômés de 2007 ont choisi d'être salariés.

Numerus clausus, liberté d'installation

La première des raisons que donne François Bonneau à la situation de la région Centre, « c'est que la France n'a pas formé assez de médecins ». D'où la demande pressante auprès de l'État d'ouverture du numerus clausus, c'est-à-dire du nombre de places en études de médecine. En 2010, 223 médecins ont été diplômés à Tours. « Il faut en former plus de 300 par an ! » tonne François Bonneau qui y croit puisque la Région finance (11 millions d'euros) l'extension de la faculté de médecine de Tours. Une autre raison à la situation actuelle : la liberté d'installation. De fait, il ne servira à rien d'augmenter le nombre de médecins formés s'ils vont tous s'installer aux mêmes endroits, c'est-à-dire ailleurs que dans le Centre ! Mais pour changer cela, il faudra changer la loi.

Source : www.lanouvellerepublique.fr 26/01/2012

Annexe 2

LOI n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Article L6323-3 modifié par LOI n°2011-940 du 10 août 2011 - art. 2

La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens.

Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L. 1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L. 1411-12 et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé.

Le projet de santé est compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. Il est transmis pour information à l'agence régionale de santé. Ce projet de santé est signé par chacun des professionnels de santé membres de la maison de santé. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé.

Annexe 3

Les 16 points de repère d'une maison de santé pluriprofessionnelle qui marche

Une maison de santé/pôle de santé, C'EST :

Point n°1 : Une équipe de professionnels de santé qui réunit au moins médecins généralistes, infirmier(ère)s, kinésithérapeutes et autant que possible podologues, orthophonistes, sage-femme, diététicienne, psychologue et le cas échéant autres travailleurs sociaux, et disposant des personnels de soutien correspondant (secrétariat, etc.).

Point n°2 : Qui s'inscrit dans un « territoire » et prend en compte les besoins de santé et l'offre de santé préexistante et prévisionnelle (à 5 ans).

La cohésion et le dynamisme de l'équipe repose sur :

Point n°3 : Des missions et des objectifs vis-à-vis de la population du « territoire » de la maison de santé, définis et partagés par l'ensemble des professionnels de l'équipe. C'est le projet de santé.

Point n°4 : Une organisation entre les professionnels de l'équipe définie et partagée par toute l'équipe. C'est le projet professionnel.

L'équipe met en œuvre :

Point n°5 : La continuité des soins (prise en charge continue des patients par l'équipe de professionnels de santé de 8 h à 20h du lundi au vendredi et de 8h à 12 h le samedi, avec consignation dans le dossier patient de toutes les observations). Cela implique une équipe suffisamment conséquente, plutôt 10-15 que 5.

Point n°6 : Une prise en charge globale pluriprofessionnelle coordonnée et protocolée au minimum pour les affections chroniques (ALD) les plus prévalentes.

Point n°7 : Des programmes de prévention/éducation pour la santé pour la population de la maison/pôle de santé.

Point n°8 : Des programmes d'éducation/accompagnement thérapeutique pour les malades chroniques de la maison/pôle de santé.

L'équipe dispose :

Point n°9 : De moyens humains (secrétariat, entretien, etc.), matériel (ECG, stérilisation, etc.) et de locaux (salle de réunion, bureaux utilisés par différents professionnels en fonction des besoins et des plannings) mis en commun.

Point n°10 : D'une délégation des tâches administratives sur un secrétariat, permettant un recentrage des professionnels de santé sur le soin.

Point n°11 : D'un système d'information commun avec des dossiers patients partagés entre les professionnels de même métier, en visant à terme un dossier partagé entre tous les professionnels de l'équipe.

Point n°12 : Ce système d'information permet un recueil « en routine » de données d'activité clinique.

L'équipe doit pouvoir accueillir des étudiants en formation initiale :

Point n°13 : Etudiants et internes de médecine générale et étudiants infirmiers et kinésithérapeutes.

Le Projet immobilier :

Point n°14 : Le lieu d'implantation de la MSP, sa superficie utile (nombre de m²), l'existence éventuelle de sites secondaires, dépendent du projet de santé et du projet professionnel et du diagnostic territorial au niveau d'une population de 15 000 à 20 000 habitants.

NB : Dans une maison de santé pluridisciplinaire, l'équipe partage les mêmes locaux ; dans un pôle de santé, l'équipe est dispersée sur plusieurs sites.

Intégration dans l'environnement

Point n°15 : Une MSP ne doit pas fonctionner de façon isolée mais faire partie d'un pôle de santé, intégrant des services aux patients non intégrables dans la MSP (pharmacie, optique...).

Point n°16 : Une MSP doit autant que possible adhérer à une fédération régionale pour mutualiser ses réflexions de développement et de prise en charge.

Article écrit par Rémy Fromentin et Florence Maréchaux
Source : www.msp.groupe-galilee.fr

Les collectivités territoriales et leurs groupements peuvent attribuer des **aides** afin de favoriser l'implantation ou le maintien des **professionnels de santé** dans les zones où l'on constate un déficit en matière d'offre de soins. L'article L. 1511-8 du Code général des collectivités territoriales prévoit en effet que

« 1. - Les collectivités territoriales et leurs groupements peuvent attribuer des aides destinées à favoriser l'installation ou le maintien de professionnels de santé dans les zones définies à l'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale, dans lesquelles est constaté un déficit en matière d'offre de soins. A cette fin, des conventions sont passées entre les collectivités et groupements qui attribuent l'aide, les organismes d'assurance maladie et les professionnels de santé intéressés. Les centres de santé visés à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique peuvent également être attributaires de ces aides dans les mêmes conditions. Ces aides ne sont pas exclusives des aides déjà attribuées par les collectivités territoriales aux centres de santé implantés sur l'ensemble du territoire [

] Les collectivités territoriales et leurs groupements peuvent aussi attribuer des aides visant à financer des structures participant à la permanence des soins, notamment des maisons médicales.[

] Les investissements immobiliers réalisés, par les communes et leurs groupements,] ... [et destinés à l'installation des professionnels de santé ou à l'action sanitaire et sociale, sont éligibles au Fonds de compensation pour la taxe sur la valeur ajoutée.

Les zones éligibles sont définies par la mission régionale de santé selon une procédure prévue à l'article L. 162-47 du Code de la sécurité sociale qui dispose que cette mission régionale « détermine notamment :

1° Les orientations relatives à l'évolution de la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux, des maisons de santé et des centres de santé mentionnés à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique en tenant compte du schéma régional d'organisation sanitaire mentionné à l'article L. 6121-3 du code de la santé publique et du schéma d'organisation sociale et médico-sociale mentionné à l'article L. 312-4 du code de l'action sociale et des familles ; »

Les bénéficiaires sont d'abord les "professionnels de santé", ce qui comprend les professions médicales, pharmaceutiques et paramédicales exerçant sous forme libérale dont les soins font l'objet d'une prise en charge par les organismes de sécurité sociale.

Aux termes de l'article R. 1511-44 du Code général des collectivités territoriales, ces aides « peuvent consister dans :

1° La prise en charge, en tout ou en partie, des frais d'investissement ou de fonctionnement liés à l'activité de soins ;

2° La mise à disposition de locaux destinés à cette activité ;

3° La mise à disposition d'un logement ;

4° Le versement d'une prime d'installation ;

5° Le versement, aux professionnels exerçant à titre libéral, d'une prime d'exercice forfaitaire.

Les aides prévues aux 1° et 2° peuvent être attribuées aux organismes gérant les centres de santé mentionnés à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique ».

Le versement de ces aides est conditionné à la signature d'une convention conclue entre les professionnels de santé bénéficiaires des aides, la ou les collectivités qui versent ces aides et l'URCAM.