



Sujets d'examens

UM, UFR, IPAG, M2, 2019-2020, Semestre 1

Les sujets sont fournis à titre indicatif et ne sauraient engager l'équipe pédagogique sur un type précis de sujet.

MASTER 2 AEPS

08 janvier 2020

M.PEYRAT

Epreuve orale de culture générale hospitalière

Durée 15 min

Au choix du candidat :

1/ la notion de territoire de démocratie sanitaire

Ou

2/ voir texte

Emmanuel Macron veut recentrer le système de santé sur la qualité, la proximité et le patient

Réformer le système de santé "pour les cinquante prochaines années" est l'ambition affichée par le président de la République dans un discours très attendu, prononcé ce 18 septembre. Emmanuel Macron y a développé les propositions et mesures à venir pour désormais "mieux prévenir, être centré sur le patient et sur la qualité du soin".

Le président de la République, Emmanuel Macron, a présenté ce 18 septembre à l'Élysée les mesures destinées à réformer le système de santé pour les cinquante prochaines années. Un rendez-vous maintes fois reporté et très attendu de tous les acteurs tant les enjeux sont nombreux et l'organisation actuelle du système n'est "*plus adaptée aux nouveaux besoins*", a-t-il indiqué. Emmanuel Macron a donc dévoilé, devant un parterre d'environ 300 personnes réunies pour l'occasion, les mesures phares de la réforme qu'il souhaite voir engagée sur le système de santé. Des mesures qui ont repris dans les grandes lignes la présentation faite à la presse la veille (lire notre [article](#)) et qui passent par plus de prévention, sont centrées sur le patient et tiennent davantage compte sur le fond de la qualité.

"Nos organisations de soins et nos modes de ressources ne sont plus les bons et ne sont plus adaptés."

Des moyens associés

Au total, plus de 3,4 milliards d'euros seront consacrés, d'ici 2022 à Ma Santé 2022. Les crédits mobilisés au sein de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam), relevé à +2,5% en 2019, permettront d'accompagner sur la période 2019-2022 :

- la structuration des soins dans les territoires, en ville et à l'hôpital, à hauteur de 500 M€ ;
- la transformation numérique, à hauteur de 500 M€ ;
- l'évolution des métiers et des formations, pour 420 M€ ;
- le développement de l'investissement hospitalier pour 920 M€.

La proximité en priorité

Pour le président de la République, alors qu'il soigne très bien, "*notre système de santé prévient mal*". Il s'agit donc d'un axe fort de la réforme auquel les professionnels de santé sont étroitement liés. Il a cité en ce sens le service sanitaire qui devrait leur permettre d'être mieux formés sur cette thématique et donc de mieux la prendre en compte. Pour ce qui est de la qualité du système de soins, "*il faut passer d'une approche qualitative et budgétaire d'offre de soins à une approche tournée vers le patient*", a souligné Emmanuel Macron. Et de poursuivre : "*Ce n'est pas au patient de s'adapter au système*" mais bien l'inverse. Dans ce cadre, "*la structuration des ressources de proximité sera la priorité des priorités*".

2

Emmanuel Macron a évoqué que ce réseau de proximité fera appel à tous les professionnels de santé du territoire, quel qu'ils soient (médecins, infirmiers, ergothérapeutes...) mais surtout quel que soit leur statut. Chacun de ces professionnels doit avoir sa place avec l'expertise qui lui est propre pour qu'il puisse intervenir au bon moment et en coordination avec une équipe, a détaillé le président.

"La cible est l'exercice coordonné."

Création des assistants médicaux

La structuration du système autour du patient pour qu'il ait accès aux soins dont il a besoin implique de regagner du temps médical et soignant, ce sera une *"priorité absolue"*. Pour commencer, il faut former suffisamment de médecins, a noté Emmanuel Macron, confirmant la suppression du *numerus clausus* à l'issue de la première année de médecins dès 2020. *"Le système actuel des études médicales est absurde"*, a-t-il ajouté, il sera donc repensé après concertation. *"Il ne s'agit en aucun cas de renoncer à l'excellence"* de la filière de médecine. Celle-ci restera sélective mais aussi *"plus vivante"* et attirera des profils variés. Pour libérer du temps médical, il convient de mieux répartir les tâches, a poursuivi le chef de l'État, notamment en déléguant des actes qui pourront être effectués par d'autres. C'est dans cet esprit que seront mis en place les assistants médicaux. *"C'est-à-dire des personnels de santé qui déchargeront les médecins"* en effectuant par exemple la prise de tension ou de température avant la consultation ou en se chargeant des tâches administratives. Ces derniers devraient voir le jour dès 2019 dans les zones sous-denses et prioritaires. Pour l'heure, le Gouvernement vise le financement de 4 000 assistants médicaux *"mais il y en aura autant que de besoin"*, a-t-il précisé.

"Rien ne sera possible sans une mise à jour de l'architecture numérique."

Si la coordination devient *"incontournable"*, a indiqué le président, cela suppose le déploiement de nouveaux outils numériques et qui sont insuffisants aujourd'hui. Il faudra *"se doter d'ici trois ans d'une offre de services numérique"*, permettant le partage de l'information médicale de manière sécurisée, a-t-il précisé. Celle-ci partira du dossier médical partagé (DMP) — qui sera déployé début novembre — mais ira plus loin avec la création d'un espace numérique patient contenant les informations médicales et un bouquet de services. Des outils territoriaux seront aussi développés avec les professionnels, *"indispensables à la bonne coordination"*.

Gradation des soins hospitaliers *"redéfinie"*

Pour Emmanuel Macron, *"c'est une hypocrisie de dire que la qualité des soins est la même sur tout le territoire"* et il faut s'y attaquer *"sans tabou"*. Chaque hôpital devra se concentrer sur les soins *"pour lesquels il est le plus pertinent"*, avec une gradation en trois niveaux *"redéfinis"* : les soins de proximité (médecine, gériatrie, réadaptation et soins non programmés) ; les soins spécialisés (la chirurgie, maternité et médecine spécialisée) ; et les soins *"ultra-spécialisés"* (plateaux techniques de pointe).

"La gradation des activités continuera de s'organiser autour des GHT [...] mais je souhaite qu'elle concerne aussi le secteur privé"

3 Pour les hôpitaux publics, "cette gradation des activités continuera de s'organiser autour des groupements hospitaliers de territoire (GHT) [...] mais je souhaite qu'elle concerne aussi le secteur privé", a souligné le chef de l'État. Et que "les établissements publics comme privés puissent ainsi développer des plateaux techniques partagés, s'associer dans le cadre d'un projet de santé de territoire pour répondre aux besoins des patients, sans concurrence inutile et néfaste", par exemple pour l'installation d'équipements de pointe. Ainsi, "certaines activités devront fermer à certains endroits, quand des plateaux techniques sous-utilisés deviennent dangereux ou que l'absence de médecins qualifiés ne permet pas de les sécuriser". "Ces structures-là pourront être réutilisées, soit pour des services de proximité, soit pour du suivi post-opératoire". Il a donc été demandé à la ministre des Solidarités et de la Santé de définir un statut "moderne et attractif" pour les hôpitaux de proximité (lire notre [article](#)). Ces travaux associeront "tous les acteurs concernés". Par ailleurs, il a confirmé que, dès 2019, l'incitation financière à la qualité (Ifaq) passera de 60 millions d'euros (M€) à 300 M€ dans les établissements et la création de financements au forfait pour le diabète et l'insuffisance rénale chronique.

Les médecins "au cœur" de la gouvernance

Pour l'accompagnement dans ces transformations, le président a ensuite évoqué plusieurs mesures touchant aux conditions d'exercice des personnels hospitaliers, pour "redonner du sens" à leur mission et des perspectives, notamment la "gestion des deuxièmes parties de carrière". Il a cité une reconnaissance par des mesures d'intéressement des fonctions d'encadrement, de "management médical ou soignant", la valorisation des infirmiers en pratique avancée, ou encore "une attention particulière" réservée aux aides-soignants. Leur cadre de compétence et de formation sera actualisé pour mieux répondre aux réalités de leur exercice et un "effort indemnitaire sera mis en œuvre, en particulier pour les aides-soignants en Ehpad".

D'autre part, le président a indiqué vouloir "remettre le médecin au cœur de la gouvernance" hospitalière et renforcer leur participation au pilotage stratégique. "La commission médicale d'établissement (CME) doit pouvoir peser dans les décisions à l'hôpital et prendre une part de décisions propres", a-t-il poursuivi. Des représentants des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) intégreront à ce titre les conseils de surveillance des hôpitaux de proximité partenaires et les GHT seront dotés d'une "véritable CME, dont les compétences seront élargies". "Je souhaite aussi que les médecins et leurs représentants prennent une part plus active dans les décisions directes des hôpitaux et que la possibilité déjà ouverte aux praticiens hospitaliers et aux PU-PH de diriger des hôpitaux se réalise pleinement à l'occasion des prochaines nominations", a-t-il ajouté. Enfin, les médecins doivent pouvoir "facilement passer d'un exercice en ville à un exercice à l'hôpital et réciproquement, ou combiner les deux dans un exercice mixte".

Déploiement national des CPTS

"Il faut que tous les professionnels d'un territoire s'engagent, travaillent ensemble et portent une responsabilité collective vis-à-vis des patients. Le cadre de cet engagement sera la constitution de CPTS". Elles doivent "aussi faire le pont entre les établissements de santé, notamment les hôpitaux de proximité et le système médico-social". Il faut "faire en sorte que ces communautés couvrent tout le territoire d'ici au 1^{er} juillet 2022" — avec 20 000 à 100 000 patients couverts par CPTS — sans plaquer un modèle uniforme "d'en haut" et les "laisser s'organiser" ensemble.

4 "Je veux précisément que l'exercice isolé devienne progressivement marginal, une aberration et puisse disparaître" à l'horizon 2022", a souligné le président, tout en se disant conscient de "ce que ce type de propos peut nourrir comme réactions chez les professionnels de santé libéraux". Il a indiqué qu'à la contrainte, il souhaite privilégier "une incitation exigeante et orientée sur le résultat". À savoir, un engagement de l'État à aider financièrement sur dix ans toutes les CPTS qui seront créées d'ici dix-huit mois. Et certaines rémunérations "existantes et à venir" seront demain réservées aux professionnels inscrits dans ces CPTS. Enfin, les termes de "ce nouveau pacte" seront à définir au sein des négociations conventionnelles.

Des urgences de jour en ville

Le recours systématique au service d'urgences représente "l'exemple le plus emblématique de nos dysfonctionnements et de la nécessité de repositionner l'hôpital à sa juste place", a souligné le chef de l'État. Il faut "inverser la spirale d'engorgement des urgences hospitalières". Ainsi, les urgences non vitales "doivent pouvoir être prises en charge en ville par les professionnels organisés" en communauté. En lien avec leur hôpital de proximité, ils "devront s'organiser collectivement pour assurer une permanence de soins non programmés de jour, tous les jours, jusqu'à 20 heures" et seront rémunérés pour cela, ainsi qu'aidés dans leurs équipements. Et le président d'ajouter qu'il "serait formidable si l'on pouvait trouver un accord pour que ce soit jusqu'à 22 heures" car "énormément" de passages aux urgences sont sur ce créneau. Dans les territoires où la situation des urgences hospitalières est la plus critique, "je souhaite vraiment que cette organisation des "urgences de ville" soit mise en place au plus tard en 2020". En parallèle, nous devons rendre les services d'urgence "beaucoup plus réactifs aux urgences vitales".

Décision en attente sur le numéro unique d'urgence

Alors que le Gouvernement a confié une mission interministérielle à l'Inspection générale des affaires sociales et à l'Inspection générale de l'administration sur la question du numéro unique pour les appels d'urgences — dont le rapport était annoncé pour fin juin-début juillet (lire notre [article](#)) — rien n'est encore décidé. Des propositions ont été faites par les représentants des urgentistes, pompiers, parlementaires, a rappelé le président. "D'ici la fin de l'année la décision sera prise sur la base des propositions qui seront faites dans les prochaines semaines" par les ministres concernés.

MASTER 2 AEPS

08 janvier 2020

M.PEYRAT

Epreuve orale de culture générale hospitalière

Durée 15 min

Au choix du candidat :

1/ les différences entre établissements publics et établissements privés

Ou

2/ voir texte

Malgré ses résultats, la recherche contre la douleur peine à convaincre les pouvoirs publics

La lutte contre la douleur chronique fait l'objet de nombreux travaux de recherche mais certains ne sont pas pérennisés au delà de l'expérimentation. Les professionnels et les patients entendent continuer leurs efforts et persuader les pouvoirs publics de relancer la politique de lutte contre la douleur.

"La recherche contre la douleur chronique est frustrante pour tout le monde", souligne Carole Robert, la présidente de l'association Fibromyalgie France, à l'occasion de la conférence de presse de lancement du congrès de la Société française d'évaluation et de traitement de la douleur (SFETD), qui se tient du 14 au 16 novembre à Lille (Nord). Ce congrès a lieu trois semaines après le plaidoyer de onze organisations de professionnels et de patients pour relancer la politique de lutte contre la douleur. Un appel auquel les pouvoirs publics n'ont pas répondu.

Plus long et plus coûteux

La recherche est un vecteur possible pour convaincre, en insistant sur l'aspect transversal et pluridisciplinaire de la lutte contre la douleur. *"On oublie que la médecine de la douleur est une médecine de pointe, qui peut être force de propositions ou de solutions sur le parcours des patients",* avance Virginie Piano, médecin au CH de Draguignan (Var) et présidente du comité scientifique du congrès. Comme pour les centres de lutte contre la douleur, la question du financement de cette recherche se pose. Les champs d'investigation concernent en effet très peu les médicaments, ceux utilisés étant anciens. *"Notre recherche se fait sur un temps long et coûte plus cher. Elle n'est pas toujours visible et demande plus de moyens que pour les autres pathologies",* poursuit Virginie Piano.

Les spécialistes de la douleur chronique bénéficient régulièrement du soutien de la Fondation Apicil pour boucler leur financement de recherche. Depuis 2004, elle a soutenu 650 projets pour un total de 9 millions d'euros, rapporte Nathalie Aulnette, la directrice de la fondation. *"Nous soutenons aussi la recherche sur la qualité de vie au travail des soignants. Je n'ai jamais autant ressenti leur manque de reconnaissance et de moyens en France",* souligne-t-elle. La fondation finance également, sur quelques années, des postes de psychomotriciens ou de socio-esthéticiennes en établissement. *"Ces postes sont toujours pérennisés. Pour ceux d'art-thérapeutes, c'est plus difficile",* complète-t-elle.

Mise en exergue des approches non-médicamenteuses

Le dispositif de l'article 51 est également une piste pour développer des projets de recherche. Des propositions ont déjà été déposées pour intégrer ce dispositif généralisé. Serge Perrot, le président de la SFETD, évoque à titre d'exemple, un coupe-fil pour réduire les délais d'attente en consultation. "*Nous sommes parfois trop innovants*", regrette Justine Avez-Couturier, médecin au CHU de Lille. Plusieurs expérimentations déjà menées n'ont ainsi pas pu être pérennisées. C'est le cas notamment des équipes mobiles d'infirmier d'évaluation de la douleur ou du dispositif d'orientation des patients douloureux chroniques pour faciliter leur retour au travail dans l'ancienne région Nord-Pas-de-Calais.

L'accent est mis, dans la recherche, sur les approches non-médicamenteuses, autour de la coordination entre les professionnels de santé ou du déploiement de la pratique avancée chez les infirmiers. La réalité virtuelle et les *serious games* font partie de ces nouvelles approches. L'hypnose est un élément incontournable depuis plusieurs années. "*Nous avons alloué des millions sur l'hypnose. Maintenant, c'est la méditation en pleine conscience qui pointe le bout de son nez*", précise Nathalie Aulnette.

MASTER 2 AEPS

08 janvier 2020

M.PEYRAT

Epreuve orale de culture générale hospitalière

Durée 15 min

Au choix du candidat :

1/ les missions du service public hospitalier

Ou

2/ voir texte

Le secteur médico-social appelle à un positionnement éthique sur les dérives des robots compagnons

Interrogés sur le rôle que peuvent prendre les robots dans le maintien de l'autonomie des personnes âgées, les acteurs du secteur médico-social — soient-ils chercheurs, représentants du secteur Ehpad, médecins ou entrepreneurs — ont décrypté les enjeux soulevés par ces nouveaux compagnons à l'occasion du salon Silver Economy Expo ce 27 novembre.

Devant le déploiement de l'offre robotique à destination du public fragile, le sentiment est partagé : l'innovation technologique offerte ouvre la voie à de nouvelles opportunités de transformation du secteur, tout autant qu'il soulève de grands questionnements éthiques. À l'occasion du salon Silver Economy expo, organisé ces 27 et 28 novembre à Paris, les professionnels du secteur font le point sur les attentes auxquelles le marché devra répondre.

Adapter les robots à l'éthique soignante

"En la matière, la technologie est très balbutiante, aussi nous devons nous d'être critiques, estime ainsi Serge Tisseron, psychiatre et spécialiste des rapports aux technologies numériques. Parmi les éléments d'inquiétude évoqués, la protection des données, bien entendu, mais surtout, le lien tissé entre l'homme et ses compagnons artificiels.

"L'introduction de la modernité en Ehpad a offert de grands progrès pour équiper les soignants et leur donner les outils de travailler mieux sans se faire mal. Il est donc important de faire entrer ces nouvelles technologies, notamment pour aider dans l'animation, dans le contact avec le résident, mais pas pour remplacer le soignant", souligne Florence Arnaiz-Maumé, déléguée générale du Synerpa non sans alerter sur le risque de maltraitance qu'induirait une utilisation inadaptée des robots conversationnels.

Si *"l'enjeu est d'aller vers des machines plus attentives et plus présentes",* pour Serge Tisseron, *"la question à se poser est de savoir comment nous allons pouvoir négocier les usages",* lance pour sa part Bertrand Boudin, chargé de mission évaluation pour la société de conseil et d'évaluation des nouvelles technologies en santé Médialis. Parallèle fait avec les systèmes d'information, où les logiciels ont fini par imposer une nouvelle structuration de l'organisation des établissements, le spécialiste insiste : il faudra que les robots *"évitent d'imposer des modes d'accompagnement et s'adaptent à l'éthique soignante, mais aussi à la relation humaine".*

Et pour cause, les nouvelles technologies digitales offrent un arsenal supplémentaire pour faire évoluer et faciliter la prise en charge tout en conférant une technicité supplémentaire aux métiers de l'accompagnement, à condition d'en assurer la formation et une bonne acculturation. Mais cette "*chance offerte aux nouvelles générations de professionnels soignants*", aux yeux de Florence Arnaiz-Maumé, introduit une dimension supplémentaire à prendre en compte : leur propension à créer un attachement auprès de celui qui utilise le robot. Une projection sentimentale "*déroutante*" et "*dangereuse*" qui se heurte au manque flagrant de réflexion éthique.

"Il faut qu'un comité d'éthique national, européen ou international s'interroge sur ces questions. Où est la ligne ? Il faut absolument traiter cette question", poursuit la déléguée générale du Synerpa. Béatrice Le Galès Garnett, chercheuse associée au centre de recherche sur l'éducation, les apprentissages et la didactique de l'université de Bretagne occidentale (Cread), va même plus loin : devant le risque de dérive émotionnelle émergent, l'importance de la recherche est patente. *"Il y a tout un champ de recherche à déployer, notamment à domicile"*, où la personne âgée se retrouve seule face à une technologie qu'elle ne comprend pas.

MASTER 2 AEPS

08 janvier 2020

M.PEYRAT

Epreuve orale de culture générale hospitalière

Durée 15 min

Au choix du candidat :

1/ Le Projet Régional de Santé et ses trois composantes

Ou

2/ voir texte

La cancérologie cherche à anticiper devant l'incertitude d'une future politique spécifique

Au milieu du gué ou sur le bord de la route ? La cancérologie s'interroge sur l'avenir et le maintien d'une politique spécifique. L'approche thématisée au profit d'une responsabilité populationnelle se dessine en effet. Les acteurs s'organisent donc.

Les 11^{es} rencontres de la cancérologie française, organisées ces 27 et 28 novembre, étaient placées sous le thème de l'anticipation, dans ses aspects thérapeutique, technologique, préventif, organisationnel et considérant les désirs et besoins des patients. Et l'angle politique n'a pas été négligé. Comme l'indique Véronique Trillet-Lenoir, professeur de cancérologie au CHU de Lyon (Rhône), présidente du comité de direction du cancéropôle Lyon-Auvergne-Rhône-Alpes et présidente des rencontres, la profession se reconnaît dans le plan Ma Santé 2022, cependant il persiste une large incertitude sur une politique spécifique en matière de cancérologie à ce jour. Sous entendu, y aura-t-il un quatrième plan Cancer ? Et quelle sera la prochaine feuille de route de l'Institut national du cancer (Inca) ?

Préférence à l'approche populationnelle

"La définition d'un plan pose le problème de la vision générale."

Norbert Ifrah, président de l'Institut national du cancer

Franck Chauvin, président du Haut Conseil de la santé publique (HCSP), organisme qui évalue les politiques de santé et va prochainement être saisi pour mener l'évaluation du plan Cancer 3, a alors rappelé les trois stratégies d'action dans lesquelles la France doit s'engager : la lutte contre les inégalités, le développement de la prévention et l'adaptation du système dans son ensemble aux nouveaux enjeux. Ce qui l'amène à préconiser de stopper les approches thématisées pour leur préférer une responsabilité populationnelle, en s'attaquant aux déterminants de la santé plutôt qu'aux maladies. Un positionnement qui pourrait effrayer Norbert Ifrah, président de l'Inca. Mais non. Celui-ci déclarant : *"la définition d'un plan pose le problème de la vision générale"*. D'après lui, il faut s'organiser pour soigner, comprendre et accompagner les patients. Cela en toute équité. Et pour conforter Franck Chauvin dans son propos de dichotomie entre politique nationale et politique régionale, Norbert Ifrah a souligné l'introduction dès le plan Cancer 3 de mesures de coordination entre les deux niveaux d'intervention afin de traiter ces inégalités. À noter que, récemment auditionnés par les parlementaires, les dirigeants de l'Inca ont évoqué le futur de l'institut attendant de se voir confier, en plus des missions actuelles, quatre ou cinq défis sur lesquels un effort collectif commun pourrait être fait (lire notre [article](#)).

Un réseau des réseaux européens

"Il faut définir une vision globale du cancer en Europe."

Thierry Philip, président de l'Organisation of European Cancer Institutes

Thierry Philip, président de l'Organisation of European Cancer Institutes, a pour sa part déclaré : *"il faut définir une vision globale du cancer en Europe"*. Il a alors appelé de ses vœux, *"un réseau des réseaux européens"*. Et étant donné le côté unique de l'Inca, qui balaie toutes les dimensions du cancer, l'organisme est légitime à jouer un rôle au niveau supranational. Il faut, a-t-il continué, que la France prenne le leadership d'un plan cancer européen. En complément, le versant régional ne devrait pas être délaissé. Preuve en est le plan cancer de la région Sud-Provence-Alpes-Côte d'Azur, dévoilé il y a de cela six mois, et mis à l'honneur dans ces rencontres. Ce plan s'octroie un budget total de 25 millions d'euros (M€, dont 8,6 déjà engagés pour des projets en cours, 5 programmés en 2018 et 11,4 jusqu'à la fin du mandat) et s'articule en cinq volets. Il vise à agir sur tous les maillons de la chaîne de la lutte contre le cancer : recherche, dépistage et prévention, accompagnement des malades et des familles, formation des soignants et combat contre les cancers de l'enfant. Il représente un exemple de collaboration État-région.

Finalement, si les interrogations s'accroissent quant au prochain plan Cancer, *"aucun n'envisage que la lutte s'arrête"*, a conclu Norbert Ifrah.

MASTER 2 AEPS

08 janvier 2020

M.PEYRAT

Epreuve orale de culture générale hospitalière

Durée 15 min

Au choix du candidat :

1/ Les établissements de santé privés à but non lucratif (ESPIC) et leur positionnement au sein de la loi du 26 janvier 2016 et plus particulièrement dans les Groupements Hospitaliers de Territoire

Ou

2/ voir texte

Sept paradoxes expliquent la lente mise en place de la sédation profonde et continue jusqu'au décès

Le recours à la sédation profonde et continue jusqu'au décès dans les prises en charge peine à se mettre en place sur le terrain. Le Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie relève sept paradoxes autour de ce dispositif légal créé en 2016. Ils ne sont pas tous irrémédiables.

Presque trois ans après la publication de la loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, le Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie (CNSPFV) souligne que le recours à la sédation profonde et continue jusqu'au décès (SPCJD) reste faible dans les pratiques sur le terrain. La loi ouvre la possibilité pour les patients de demander la mise en œuvre de cette sédation mais en fonction de certaines conditions détaillées dans les textes réglementaires.

"Flirt" sémantique avec l'euthanasie

Le CNSPFV a constitué, en son sein, un groupe de travail pour mesurer le déploiement de cette pratique. Les conclusions (à télécharger ci-dessous), présentées devant la presse ce 28 novembre, font état de sept paradoxes susceptibles d'expliquer le faible déploiement de la sédation profonde et continue dans les prises en charge. Le premier écueil est celui du manque de compréhension sémantique autour de ce type de sédation. Véronique Fournier, présidente du CNSPFV, souligne ainsi un *"flirt"* entre la SPCJD et l'euthanasie qui est *"manifeste dans tous les pays"*. *"La pratique de la sédation profonde et continue existe dans tous les pays, y compris dans ceux où une aide active à mourir est légalisée. Ces deux dispositifs ne sont pas exclusifs"*, poursuit-elle.

Manque de données détaillées

Le Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie (CNSPFV) a réalisé une enquête quantitative exploratoire sur la sédation profonde et continue jusqu'au décès. Néanmoins, ces données ne sont pas jugées suffisamment solides pour être extrapolées en raison des bas taux de retours des établissements hospitaliers mais il ressort que cette sédation ne se pratique pas qu'en unités de soins palliatifs. Une nouvelle étude sera lancée auprès d'hôpitaux volontaires en 2019 par le centre national. Les sédations profondes et continues jusqu'au décès font également l'objet de codages hétérogènes dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Le CNSPFV s'apprête également à travailler sur la définition de la médecine palliative.

Aucune obligation d'information

Outre les appréhensions conceptuelles différentes entre les acteurs, les paradoxes portent sur la confusion dans la relation médecin-malade, sur une mise en œuvre confiée uniquement aux experts de soins palliatifs, sur les inégalités d'accès ou encore sur le risque d'incompatibilité entre le temps du malade et celui de la procédure à suivre pour le médecin. Cet ensemble suscite des incompréhensions sur le terrain entre le patient demandant l'accès à un droit légal et le positionnement éthique du médecin. *"Le médecin n'a pas l'obligation d'informer le patient sur la SPCJD, contrairement aux directives anticipées. Les pratiques sont diverses, en fonction des convictions personnelles de chacun"*, souligne Michèle Levy-Soussan, responsable de l'équipe mobile de soins palliatifs à l'hôpital parisien de la Pitié-Salpêtrière.

Recours à un clown plutôt qu'à une sédation

Ces paradoxes cumulés aboutissent à un effet inverse à la volonté de départ dans la prise en charge de la fin de vie. Par exemple, au service de soins palliatifs du CHU de Toulouse (Haute-Garonne), les demandes des patients ne sont pas écoutées par l'équipe, rapporte Pascale Gabsi, psychologue clinicienne du service. *"L'équipe entend décider de tout, comme du moment où la souffrance est réfractaire. Dans ce cas, pas de raison de respecter la loi"*, explique-t-elle. À son sens, la loi de 2016 a *"compliqué les choses"* et apporté plus de confusion. *"Après avoir envoyé la psychologue, puis le psychiatre, on préfère envoyer le clown de l'hôpital pour distraire une personne en demande d'euthanasie"*, plutôt que de mettre en œuvre une SPCJD, rapporte-t-elle.

Si le tableau du CHU de Toulouse est plutôt sombre, il n'est pas unique. Les médecins réticents à la pratique de la sédation profonde et continue avancent comme argument soit que le patient n'entre pas dans les clous de la loi, soit qu'ils sont en mesure de soulager les souffrances réfractaires et n'ont donc pas besoin d'appliquer la loi, précise Véronique Fournier. Il ressort ainsi que l'accès à la SPCJD est inégal sur le territoire, en fonction des professionnels exerçant dans tel ou tel établissement. *"Dans la culture palliative, stopper le lien avec le patient n'est pas naturel"*, précise-t-elle.

Des pistes pour résoudre certains paradoxes

À son sens, certains paradoxes ciblés par le CNSPFV ne sont pas susceptibles de pouvoir changer. Néanmoins, des améliorations sont possibles sur certains points. Il s'agit, tout d'abord, des prises en charge en ville, en facilitant notamment l'accès au midazolam, la molécule utilisée pour réaliser les SPCJD. Véronique Fournier espère aussi voir se développer le diagnostic de mort prochaine pour améliorer la qualité des prises en charge. *"Nous disposons des outils pour ce diagnostic mais il n'est pas formalisé. Certes, il ne sera pas toujours scientifiquement précis mais je crois beaucoup en une éthique formalisée"*, avance René Robert, chef de service de réanimation médicale au CHU de Poitiers (Vienne) et président du groupe de travail du CNSPFV. Michèle Levy-Soussan

évoque, pour sa part, une clause de conscience qui permettrait une reconnaissance des convictions personnelles des professionnels chargés de la mise en œuvre des SPCJD.

Un "afflux" de patients français vers la Belgique

La législation en Belgique permet de procéder à des euthanasies à la demande de patients. François Damas, réanimateur et chef de service adjoint des soins intensifs du CHR de la Citadelle, à Liège, note une "*accélération notable*" du nombre de patients français effectuant une demande d'euthanasie en Belgique. "*Les médecins français adhèrent de plus en plus à l'accompagnement de ces malades*", souligne-t-il. Les patients français disposent en effet de plus en plus souvent de certificats de leur médecin traitant ou spécialiste (oncologue et neurologue principalement). À noter que ces patients souhaitant bénéficier d'une euthanasie en Belgique ne remplissent pas les conditions pour bénéficier d'une sédation profonde et continue jusqu'au décès. Cet "afflux" de patient suit temporellement la médiatisation de l'euthanasie de l'écrivaine Anne Bert en octobre 2017.

MASTER 2 AEPS

08 janvier 2020

M.PEYRAT

Epreuve orale de culture générale hospitalière

Durée 15 min

Au choix du candidat :

1/ le Schéma Régional de Santé : les principaux parcours parmi les 5 parcours prioritaires

Ou

2/ voir texte

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 est définitivement adopté

PLFSS 2019

Publié le 03/12/18 - 18h29 – HOSPIMEDIA

Dans un hémicycle quasi vide mais dans un climat pourtant très animé, les députés ont procédé ce 3 décembre à l'adoption définitive du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2019, par 48 voix contre 32. Cette séance a été en effet dépourvue d'enjeux sur le texte même, puisqu'elle n'a pas comporté de nouvelle discussion sur les articles. Le texte soumis au vote final des députés (et définitivement validé) était celui voté à l'issue de la nouvelle lecture de l'Assemblée nationale le 28 novembre, les sénateurs ayant pour leur part rejeté le texte en nouvelle lecture au préalable, sans le réexaminer (lire notre article). Mais certains députés de l'opposition, à droite comme à gauche, ont demandé ce 3 décembre de surseoir au vote du PLFSS en raison de l'actualité sociale très tendue, évoquant la nécessité d'y introduire les (éventuelles) futures annonces de l'exécutif pour répondre au mouvement des "gilets jaunes".

Cette ultime session parlementaire a notamment été l'occasion pour la ministre des Solidarités et de la Santé, Agnès Buzyn, d'annoncer le dégel de "*l'intégralité des crédits prudentiels*" réalisés sur le budget des établissements de santé en 2018, soit de 415 millions d'euros (M€, lire notre article), comme l'ont demandé d'une seule voix les fédérations hospitalières. Parmi les mesures "phares" du texte, affichées comme telles par le Gouvernement, figurent notamment : la transformation du crédit d'impôt compétitivité emploi (CICE) en baisse pérenne de cotisations (lire notre article), abondamment débattue dans les assemblées ; l'exonération de cotisations salariales sur les heures supplémentaires bénéficiant aux salariés du privé et aux fonctionnaires, y compris hospitaliers (lire notre article) ; ou encore la mise en place progressive du "reste à charge zéro". Du point de vue sanitaire se trouvent aussi : l'extension du dispositif de paiement à la qualité (Ifaq) des établissements de santé et la création d'une pénalité financière à la non-qualité (lire notre article) ; la création d'un forfait de réorientation des "petites urgences" vers la ville, introduit par les députés et lui aussi largement débattu (lire notre article). L'amplification de la portée du dispositif d'innovation du système de santé dit article 51 de la LFSS 2018 et son extension au médico-social (lire notre article) figure aussi dans le texte final. Enfin, il comprend un volet sur la prise en charge de l'intervention précoce pour l'autisme et les troubles du neurodéveloppement ou encore une possibilité élargie de prescription pour les médecins coordonnateurs en Ehpad, introduite par les parlementaires.

Il faudra désormais attendre la décision du Conseil constitutionnel, saisi sur le texte par l'opposition, pour connaître la liste exhaustive des articles qui entreront en vigueur à la promulgation du texte, d'ici au 31 décembre.

MASTER 2 AEPS

08 janvier 2020

M.PEYRAT

Epreuve orale de culture générale hospitalière

Durée 15 min

Au choix du candidat :

1/ Le Schéma Régional de Santé : les principaux thèmes parmi les 9 thèmes transversaux

Ou

2/ voir texte

Les hôpitaux labellisés "proximité" disposeront d'un financement "beaucoup plus populationnel"

La labellisation de 500 à 600 hôpitaux de proximité d'ici 2022 implique d'inscrire dans le Code de la santé publique une nouvelle catégorie juridique d'établissement. La DGOS l'a confirmé ce 20 septembre. Ils devront respecter un socle minimal de missions, dont l'étendue n'est pas complètement tranchée, sur la base d'un financement "populationnel".

Quarante-huit heures après la présentation par le président de la République, Emmanuel Macron, de sa stratégie de transformation du système de santé, la DGOS, par la voix de sa directrice générale, Cécile Courrèges, est quelque peu rentrée dans le détail des mesures. Devant la presse ce 20 septembre, tout n'a pas été pour autant éclairci mais le contour des futurs 500 à 600 hôpitaux de proximité a tout de même été précisé (lire notre [article](#)).

Un modèle de missions et non de financement

Contrairement aux 243 hôpitaux de proximité quasi exclusivement publics listés pas plus tard que le 17 mai dernier au *Journal officiel* (lire notre [article](#)), qui doivent absolument disposer d'une activité de médecine, les établissements amenés demain à être labellisés pourront concerner des structures qui, à ce jour, en sont dépourvues. Pour le ministère des Solidarités et de la Santé, il s'agit bel et bien de créer "une nouvelle catégorie juridique dans le Code de la santé publique", ce qui impliquera courant 2019 d'en passer par la loi. Et à l'inverse des 243 établissements actuellement reconnus comme tel, le label proximité reposera sur un modèle de missions et non plus de financement. Pour autant, leur fonctionnement implique de mettre sur pied un nouveau modèle de tarification en cours d'élaboration par la *task force* pilotée par Jean-Marc Aubert, l'actuel responsable de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). Et une chose est sûre, il promet d'être "beaucoup plus populationnel".

Bientôt des libéraux dans la gouvernance des GHT ?

Si les hôpitaux de proximité devront demain ouvrir leur gouvernance (commission médicale d'établissement et conseil de surveillance) à des représentants des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), rien ne dit pour l'heure que les GHT ne suivront pas cette orientation dans l'idée ministérielle de les ouvrir davantage sur la ville. Mais le débat n'est pas encore tranché, a laissé entendre la DGOS.

Une activité de chirurgie ambulatoire n'est pas exclue

Côté missions, les 500 à 600 hôpitaux de proximité seront centrés sur des activités de médecine et ne pourront pas disposer de chirurgie ou d'obstétrique ni être sur une seule offre médico-sociale. Ils pourront être toutefois support de consultations avancées de spécialités ou chirurgicales. S'ils devront avoir une offre d'imagerie-biologie, le débat est en revanche encore en cours pour savoir s'ils pourront proposer de la chirurgie ambulatoire, un service d'urgences ou une antenne Smur. L'étendue de ces "*missions socles minimales*", à l'instar de celles qui seront ancrées dans le cadre conventionnel pour ce qui relèvera des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), devrait être tranchée au premier trimestre 2019, a indiqué la directrice générale de l'offre de soins. Autre élément de confirmation, ces établissements, qui en soi sont tous d'ores et déjà existants — la DGOS n'envisageant aucune création —, resteront "*à très grande majorité publics*". Et mis à part dans le privé, ils seront obligatoirement membre d'un groupement hospitalier de territoire (GHT). C'est d'ailleurs l'un des points de divergence avec la proposition faite avant l'été par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM, lire notre article).

Environ 10 M€ pour le fonds d'innovation en psychiatrie

Dans le projet Ma Santé 2022, il est notamment prévu de créer un "*fonds d'innovation organisationnelle*" pour le seul secteur de la psychiatrie. Celui-ci ne se substituera pas aux expérimentations menées dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018. Il ciblera des bonnes pratiques de coopérations territoriales entre professionnels de la psychiatrie qui ne dérogent pas à la loi ni aux règles de financement. Et le montant de ce fonds devrait s'élever à une dizaine de millions d'euros en 2019, a laissé entendre Cécile Courrèges.

MASTER 2 AEPS

08 janvier 2020

M.PEYRAT

Epreuve orale de culture générale hospitalière

Durée 15 min

Au choix du candidat :

1/ Au sein de Schéma Régional de Santé : le parcours « vieillissement »

Ou

2/ voir texte

Agnès Buzyn promet à la Fehap une équité territoriale de traitement avec le secteur public

Pas d'annonce mais l'assurance de traiter à parts égales dans les territoires le privé non lucratif, le public et le privé lucratif. Tel est le message qu'a voulu faire passer Agnès Buzyn au congrès de la Fehap. Elle en a profité pour paraphraser la déclaration Associations nos savoirs, qui immisce les usagers au sein même du cursus des professionnels.

Certes, la ministre des Solidarités et de la Santé n'entend pas reformuler les groupements hospitaliers de territoire (GHT) en groupements hospitaliers publics (GHP), comme ne cesse de le lui réclamer la Fehap. Pour autant, Agnès Buzyn a promis ce 28 novembre à la fédération du secteur privé non lucratif, à l'occasion de son congrès annuel qui se tient deux jours durant à Rennes (Ille-et-Vilaine), qu'elle garantira sur le terrain une "équité" territoriale de traitement entre acteurs du public et du privé, lucratif ou non. Et cela prévaut sur les projets régionaux de santé mais aussi demain sur la réforme du droit des autorisations, en combinant d'un côté un *"esprit girondin respectueux des dynamiques territoriales"*, et de l'autre une impulsion nationale garante de cette équité territoriale. Car l'offre de soins sur les territoires *"ne peut être l'apanage des GHT publics"*, a-t-elle insisté dans son discours inaugural, saluant *"l'esprit constructif et déterminé"* des acteurs non lucratifs : *"Vous avez compris depuis longtemps que les patients ne constituent pas seulement un soin, un acte mais une prise en charge globale"*.

La réserve prudentielle dégelée le 3 décembre ?

Pour son troisième déplacement à la grand-messe annuelle de la Fehap*, la ministre a également donné rendez-vous le 3 décembre aux fédérations hospitalières pour leur signifier, en direct et de vive voix, un éventuel dégel des réserves prudentielles que toutes attendent de pied ferme. Elle entend aussi les tranquilliser sur la mise en œuvre de la réforme tarifaire des transports inter-établissements, entrée en vigueur début octobre. Sur ce dernier point et face au vif mécontentement des acteurs, établissements mais aussi transporteurs et patients, elle avait déjà promis quelques ajustements au Sénat (lire notre [article](#)). Cette fois, Agnès Buzyn a assuré être *"prête à faire évoluer"* cette mise en œuvre.

Lors de ce déplacement en terres bretonnes, la ministre en a également profité pour signer et donc donner formellement son appui à la démarche Associations nos savoirs, poussée entre autres de l'avant par la Fehap, la Haute Autorité de santé (HAS), France assos santé, APF France handicap, etc. Dans la lignée de l'appel de chercheurs canadiens, dit déclaration de Vancouver de 2015, l'objectif affiché est ici d'intégrer des patients ou personnes accompagnées dans la formation initiale et continue des professionnels de la santé et du social. Objectifs affichés par la fédération : *"recentrer la pédagogie sur la relation équilibrée entre les professionnels et les usagers pour mieux promouvoir leur autonomie et leur citoyenneté"* ; *"promouvoir la qualité de vie au travail par le renouvellement du sens du métier autour de la relation aux patients et personnes accompagnées, qui est au cœur de l'engagement dans ces professions"* (lire notre [article](#)). Une *"expertise d'usage"* vue comme un *"vrai changement de paradigme"*, dicit Agnès Buzyn.

Appel au "*simplisme*" et à la "*simplicité*" tarifaire

Auparavant dans son discours, le président de la Fehap, Antoine Dubout, a rappelé à la ministre combien sa réforme Ma Santé 2022, mais aussi les mesures en faveur de la prise en charge du grand âge et de la lutte contre la pauvreté, ne peuvent s'envisager sans une "*vraie décentralisation*" ni "*réelle coconstruction*". Et ceci, "*d'emblée*", a-t-il insisté. Tant sur le sanitaire que le médico-social ou le social, la fédération milite par exemple instamment pour être pleinement associée aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), de même que celles-ci devront probablement englober à moyen terme les autres représentants des déterminants de santé que sont le logement et le transport. Elle entend également que, sur l'insuffisance rénale chronique (IRC) ou le diabète, une approche globale intégrant les honoraires des libéraux soit mise en œuvre. S'agissant de la pertinence, elle espère encore obtenir du ministère une année de transition pour anticiper et apprivoiser les indicateurs couplés à l'incitation financière à la qualité (Ifaq).

Encore faut-il disposer de perspectives pluriannuelles et insuffler davantage de transparence dans l'allocation des ressources si l'exécutif souhaite rassurer les plus que deux tiers de directeurs qui se déclarent aujourd'hui inquiets (lire notre [article](#)). Plus globalement, la fédération aspire à des "*temps de discernement*" entre professionnels, développer elle aussi une stratégie de groupe, à l'instar de l'alliance bâtie dans les Hauts-de-Seine (lire notre [article](#)). Et un fil rouge en tête qui ressort des débats tarifaires : faire en sorte d'y insuffler du "*simplicisme*" et de la "*simplicité*". Car le risque est grand, sur l'article 51 par exemple, d'accoucher à nouveau d'une "*énorme machine complexe*", et donc d'une nouvelle perte de confiance. Car si elle applaudit cette démarche d'innovation, la Fehap aimerait bien tout de même que les appels à manifestation d'intérêt soient définis de manière "*moins restrictive*" qu'actuellement par les ARS et que la dynamique médico-sociale soit davantage intégrée.

MASTER 2 AEPS

08 janvier 2020

M.PEYRAT

Epreuve orale de culture générale hospitalière

Durée 15 min

Au choix du candidat :

1/ les centres régionaux de lutte contre le cancer : statuts, organisation, missions

Ou

2/ voir texte

La mise en place de la télémédecine interroge les contours des métiers

Publié le 04/12/19 - 17h52

Outre l'ambition d'apporter une nouvelle organisation territoriale de l'accès aux soins, la télémédecine et, plus largement, les outils technologiques interrogent les contours des métiers. De nouvelles frontières pourraient ainsi être définies.

La télémédecine permet de développer les coopérations professionnelles sur le terrain. Et, au travers de ses déclinaisons, comme la téléconsultation, elle représente un outil adapté au décroisement des pratiques et à la coordination des acteurs, a indiqué Daniel Guillermin, président de la Fédération nationale des infirmiers (FNI) le 3 décembre lors d'une table ronde au 12^e congrès européen de la Société française de télémédecine. À ce titre, Nicolas Revel, directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam), a relevé lors d'une autre table ronde que la télémédecine s'implique dans une structuration de l'organisation des soins en partant d'un cloisonnement très important entre la ville et l'hôpital et entre professionnels de santé.

Ainsi, le Dr Suzy Josroland, médecin généraliste à Villedieu-les-Poêles-Rouffigny (Manche), a noté que le projet de téléconsultation mis en place entre sept médecins généralistes et quinze infirmiers libéraux a permis d'instaurer une coopération entre des professionnels de santé qui ne se connaissent pas et d'échanger des informations. Pour le Pr François Le Bas, directeur du département médecine générale à l'université de Caen (Calvados), *"nous sommes dans une vraie réorganisation du parcours de soins"*. Et il faut maintenant réfléchir à l'interopérabilité entre professionnels de santé : *"Nous avons tous besoin de nous investir et c'est à nous de prendre la main sur les investissements locaux à mettre en place pour proposer une offre de soins adaptée aux besoins des patients."* Le cadre législatif est là et *"il faut s'en emparer"*, a souligné Daniel Guillermin à destination des infirmiers. Notant cependant que, selon les territoires, l'engagement est plus ou moins favorisé.

Nouveaux contours des métiers à définir

Dans les territoires où l'accès aux soins est difficile, les infirmiers peuvent, par le biais de la téléconsultation, apporter une réponse en devenant un lien avec le professionnel de santé qu'il soit médecin généraliste ou spécialiste. Les infirmiers libéraux ou de pratique avancée pourront ainsi jouer un rôle majeur. Nicolas Revel l'a souligné, les infirmiers sur les territoires en souffrance peuvent être *"un élément de contact"*. Les outils technologiques permettent en effet de déléguer auprès des infirmiers notamment, a relevé Guy Vallancien, laissant aux médecins les situations les plus ambiguës ou délicates. *"C'est ça notre futur rôle"*, a-t-il insisté, notant de manière un peu provocante qu'il n'y a pas besoin de former plus de médecins avec l'arrivée de l'intelligence artificielle. Car ces nouveaux outils amènent le sujet de l'hybridation des métiers, a indiqué Daniel Guillermin. La télémédecine est un dispositif qui fait sauter les barrières et fait connaître les métiers avec lesquels s'installe le parcours mais cela nécessite peut-être un balayage complet des métiers et de s'interroger sur leurs contours.

Géraldine Tribault, à Paris

Écrire à l'auteur • Suivre sur Twitter

Les informations publiées par Hospimedia sont réservées au seul usage de ses abonnés. Pour toute demande de droits de reproduction et de diffusion, contactez Hospimedia (copyright@hospimedia.fr). Plus d'informations sur le copyright et le droit d'auteur appliqués aux contenus publiés par Hospimedia dans la rubrique droits de reproduction.

Rejoindre la discussion

2019/2020

EXAMEN
1^{er} semestre

M2 SANTE

MERCREDI 18/12/2019

9H – 13H salle 109

DROIT DE LA SECURITE SOCIALE

Mme SELUSI

SUJET :

Dissertation au choix

- **La réforme des retraites**
- **Le financement de la sécurité sociale**

2019/2020

EXAMEN

M2 SANTE

LUNDI 16 DECEMBRE 2019

9H – 13H salle 109

*ENVIRONNEMENT JURIDIQUE ET
FINANCIER DES ETABLISSEMENTS
PUBLICS DE SANTE*

M. Nicolas MARTY
Institutions administratives

SUJET :

Veillez traiter les deux QRC suivantes :

- **L'expérimentation au sein des collectivités territoriales.**
- **Les services déconcentrés de l'Etat dans le secteur social.**

(1 page ½ chaque sujet)

h2 S
Sem 1

Université de Montpellier
I.P.A.G
2019-2020

M2 Administration des établissements publics de santé
x Politiques de l'Union européenne

Répondez aux questions suivantes :

- 1) Les conditions d'adhésion à l'Union européenne
- 2) Le rôle de surveillance de la Commission européenne