

CORRIGE

Ces éléments de correction n'ont qu'une valeur indicative. Ils ne peuvent en aucun cas engager la responsabilité des autorités académiques, chaque jury est souverain.

Diplôme de Technicien Supérieur en Imagerie Médicale et Radiologie Thérapeutique

Durée : 4 heures

Coefficient : 3

Session 2006

SCIENCES HUMAINES ET SCIENCES MÉDICO-SOCIALES

ÉLÉMENTS DE CORRIGÉ

QUESTION I

1. Une mission millénaire à l'égard du malade :

a) Depuis plus de mille ans : des tâches « nobles » :

- accueillir les malades mais aussi les pauvres (documents 1, 2, 3) par charité d'abord (documents 1, 2, 3), puis par contrat social (documents 1, 2, 3) ;
- rassurer, consoler (documents 3, 4) ;
- soigner (documents 1, 2, 3, 4) avec de plus en plus d'efficacité (documents 3, 4).

b) Des missions moins avouables :

- enfermer (documents 1, 2) et cacher (document 4) ;
- contraindre (documents 1, 2, 4) alors qu'aujourd'hui, le malade est libre de refuser et de quitter l'hôpital (document 3).

2. Une mission de progrès en médecine et une obligation de résultats :

a) Le progrès médical :

- accueil, quarantaine (document 1) ;
- progrès chirurgicaux et connaissance accrue des blessures pendant la première guerre mondiale (document 4) ;
- au 20^{ème} siècle image glorieuse et conquérante (document 2), soins efficaces mais aussi recherche et enseignement (document 1).

b) Le progrès dans l'organisation :

- services spécialisés (documents 4 et 1, 2, 3), sectorisation (documents 2, 3), autres services (document 1) et nouveautés (ex. soins palliatifs, document 1).

c) Mais coût élevé (document 1) et retour des pauvres (document 2), conséquence : des tentatives pour gérer et rentabiliser sur du long terme (document 1) et dans l'urgence (document 3).

3. Les contradictions actuelles. Cela n'est pas sans poser de problèmes :

- recul dans la qualité des soins (plusieurs exemples dans le document 3), la promiscuité aux urgences dans l'attente d'une chambre n'est pas sans rappeler la salle commune d'autrefois (document 1) ou la situation d'un hôpital de campagne (document 4) ;
- stress et énervement des malades et du personnel en raison du travail à flux tendu (document 3) ;

HIMSH bis

- tâches qui ne sont pas médicales et perte de temps (médecins au téléphone, document 3) ;
- risques (plusieurs exemples dans le document 3), patients « boomerangs » (document 3), abandon d'un SDF seul sur un brancard (document 3) ;
- que faire ? Revenir au seul accueil des plus pauvres (ordonnance de 1926) ou bien les exclure, pour des tâches plus nobles comme l'enseignement ou la recherche (document 3 : les urgences, « cinquième roue du carrosse » documents 1, 2).

QUESTION III : Discussion

Il est impératif que cette question soit corrigée par les deux enseignants : Français et SMS

Le corrigé présente un certain nombre d'éléments de discussion portant sur le fond, mais il n'est pas question d'exiger des candidats l'ensemble de ces éléments. Ceux-ci sont un guide pour les correcteurs qui s'attacheront à la rigueur sur le fond des idées présentées, à la conduite de la discussion, à l'organisation de la pensée...

Les Français ont des aspirations grandissantes vis à vis de leur santé. Ils veulent être mieux soignés et plus vite, bénéficier des technologies les plus avancées, dans un secteur géographique peu éloigné de leur lieu de résidence, avec une prise en charge importante des dépenses de santé par les organismes de protection sociale.

La réforme de 1970 et les autres réformes qui ont suivi ont mis en place le service public hospitalier en définissant de façon précise les missions de l'hôpital public et des hôpitaux privés qui acceptent d'assurer le service public hospitalier. À la mission traditionnelle de diagnostic et de soins à laquelle est soumis l'ensemble des établissements publics et privés, s'ajoutent les missions d'accueil permanent, d'accueil social, d'enseignement et de recherche, d'aide médicale urgente, d'évaluation des soins.

L'hôpital, répond-il aujourd'hui aux missions qui lui sont assignées ?

Quelques éléments de discussion :

- La mission de diagnostic et de soins constitue la mission essentielle du service public hospitalier. Elle s'organise autour d'un plateau technique plus ou moins étoffé (comprenant : bloc opératoire, service de réanimation, unité de radio diagnostic, laboratoires et pharmacie....) qui permet de couvrir les besoins d'une population donnée. Si, par leur plateau technique, les CHU sont appelés à rester des pôles de référence pour les soins hautement spécialisés, certains établissements de proximité, jugés peu rentables, sont appelés à fermer ou à envisager des reconversions pour se conformer au schéma de l'organisation sanitaire. Certaines régions sont bien équipées, d'autres le sont moins, malgré l'application de la carte sanitaire.
- La mission d'accueil permanent implique l'accessibilité de jour comme de nuit de toute personne nécessitant des soins. Cet accueil doit se faire sans discrimination, quelle que soit la personne (sa situation sociale, son âge, ses croyances...) ; elle implique également l'organisation des secours d'urgence :
 - problème des urgences médicales : sous équipement en personnel, attentes très longues pour les patients...
 - par la fonction d'accueil social, le service public hospitalier concourt à la lutte contre l'exclusion en accueillant les plus démunis et en veillant à la continuité de leurs soins. L'hôpital retrouve ainsi son rôle traditionnel dans l'accueil des pauvres et des indigents (doc. 2).

L'application de la mission d'accueil peut encore se heurter :

- à la démographie hospitalière, diminution de l'attractivité pour les métiers (médecins, infirmiers...) jugés de plus en plus difficiles et sous payés
- au souci d'équilibre du budget...

- La mission d'enseignement et de recherche :
 - quotas de personnels médicaux et paramédicaux formés (médecins, infirmiers) jugés insuffisants - moyens jugés insuffisants pour la recherche
- Les missions de prévention et d'éducation pour la santé :
 - une préoccupation : les maladies nosocomiales
 - un intérêt grandissant conduisant au travail en équipe pour établir des protocoles communs - les individus sont rendus acteurs de leur propre santé.
- La mission d'évaluation des coûts, devenue courante, applique un processus imposé par l'Agence Nationale d'accréditation qui diffuse les protocoles d'assurance qualité imposés à toutes les structures.
- L'hôpital reste le recours privilégié pour le traitement des pathologies lourdes, des progrès technologiques importants, une meilleure considération du malade.
- Malgré la législation qui impose et encadre ces missions :
 - des difficultés pour permettre à tous une prise en charge de qualité
 - des inégalités dans l'accès à la santé et aux technologies de pointe
 - une réflexion qui doit se poursuivre en terme qualitatif certes par les protocoles, l'évaluation, mais aussi en terme quantitatif par des moyens humains et matériels adaptés.

QUESTION III

III.1 - Mise en œuvre des missions par le manipulateur.

Cadre de référence : - décret de 1997 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession ;
- charte du patient hospitalisé - la loi du 4 mars 2002.

Quelques missions mises en œuvre dans l'exercice de ses fonctions.

- Accueil, examens de diagnostic, surveillance et traitement :
 - missions exercées sous la responsabilité et la surveillance d'un médecin selon les actes définis par le décret ;
 - participation à l'accueil, à la surveillance clinique, à la continuité des soins, à l'exécution des soins nécessités par l'acte réalisé ;
 - exercice de son activité en tenant compte des caractéristiques psychologiques et sociales, de la personnalité de chaque malade de tout âge.
- Information du malade : information dans le cadre de ses compétences. Participation à la transmission écrite des informations relatives au déroulement des examens et traitements.
- Aide médicale d'urgence : en cas d'urgence, accomplir les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention du médecin.
- Prévention et éducation pour la santé, recherche, formation : participation ou proposition et participation à différentes actions notamment d'éducation, de recherche, de prévention, de dépistage, de formation et d'encadrement.
- Évaluation des pratiques professionnelles : participation à l'élaboration des programmes d'assurance de la qualité et à l'application des protocoles de contrôle de qualité.

2. L'organisation administrative d'un établissement public hospitalier.

- un organe délibérant : le conseil d'administration
- des organes d'exécution : un directeur et un agent comptable
- des organes consultatifs : la commission médicale d'établissement, le comité technique d'établissement, le commission des soins infirmiers

• Le conseil d'administration

L'hôpital public :

* est administré par un Conseil d'administration présidé en règle générale par :

- le maire pour les établissements ;
- le président du Conseil Général pour les établissements départementaux ;

Composition : - des représentants des collectivités territoriales
- des représentants des usagers
- des représentants des commissions médicales d'établissement et des services de soins infirmiers
- des représentants du personnel
- des représentants des personnels qualifiés non hospitalier

Rôle : le CA

- définit la politique générale de l'établissement ;
- délibère sur les points importants : budget, acquisitions, décisions de portée générale (règlement intérieur, projet d'établissement, contrats). Le directeur prépare les travaux et exécute les décisions prises en Conseil d'administration.

• Le directeur :

- nommé par le Ministre chargé de la Santé après avis du président du Conseil d'administration
- rôle : - prépare les travaux du CA et exécute ses décisions
- assure la gestion et la conduite générale de l'établissement
- dirige le personnel

• Les organes consultatifs :

- La commission médicale d'établissement : représentants des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques
- Pouvoir relativement important par l'approche technique de certains dossiers
- Le comité technique d'établissement (CTE)
- Le comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)
- La commission des soins infirmiers

Note à l'attention des correcteurs :

Ne pas exiger un catalogue exhaustif des éléments de connaissance portant sur les missions, la composition du CA.... Privilégier les aspects logiques et démonstratifs.