

DIPLÔME DE TECHNICIEN SUPÉRIEUR

IMAGERIE MÉDICALE ET RADIOLOGIE THÉRAPEUTIQUE

Durée de l'épreuve : 4 heures

Coefficient : 3

*SCIENCES HUMAINES ET
SCIENCES MÉDICO-SOCIALES*

L'usage de la calculatrice est interdit.

Le sujet comporte 6 pages numérotées de 1/6 à 6/6

QUESTION I

Document 1 : « Hospices et Hôtels-Dieu ». « Hôpital général ». Articles extraits de l'encyclopédie Encarta 2004.

Document 2 : Petit journal de l'exposition du Musée de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, du 24 octobre 1996 au 2 mars 1997.

Document 3 : La Saint-Sylvestre du docteur Pelloux, reportage de Delphine Saubaber, Le Monde n° 18 331, 2 janvier 2004.

Document 4 : La Chambre des officiers (*extraits, pages 34 et 45*), Marc Dugain, Editions Jean-Claude Lattès, 1998.

Vous ferez à partir de ce dossier une synthèse objective, concise et ordonnée.

QUESTION II

L'hôpital vous paraît-il pouvoir répondre aujourd'hui aux missions qui lui sont habituellement assignées ? Vous développerez votre réponse en une quarantaine de lignes, en vous appuyant notamment sur le corpus proposé et sur vos connaissances.

QUESTION III

III.1 Montrez comment le manipulateur en électroradiologie médicale participe à la mise en œuvre de ces missions dans l'exercice de ses fonctions.

III.2 Présentez l'organisation administrative d'un établissement public hospitalier.

Barème :

- Question I : 20 points
- Question II : 20 points
- Question III : 20 points
 - III.1 : 8 points
 - III.2 : 12 points

DOCUMENT 1

LA NAISSANCE DE L'ASSISTANCE HOSPITALIÈRE

Il existe dès l'Antiquité des lieux où les malades et les vieillards peuvent recevoir des soins. En Grèce notamment, outre les établissements traditionnels où officient les médecins, les malades se rendent dans les sanctuaires dédiés au dieu guérisseur Asclépios pour y chercher un remède à leurs maux. La Rome impériale possède des établissements proches des hôpitaux modernes. Néanmoins, on ne peut pas parler encore d'hospices, car la notion essentielle de charité fait défaut.

La diffusion de la religion chrétienne permet l'épanouissement d'une forme sociale de la miséricorde: l'assistance hospitalière. Celle-ci considérée très tôt comme une des tâches incombant à l'Eglise qui se doit d'accueillir les disciples de Jésus et de faire preuve de bonté envers les pauvres et les malades. (...)

Avec le développement des villes, à partir du XI^e siècle, les hôtels-Dieu deviennent insuffisants. Des établissements de plus grande taille sont donc construits ou aménagés. Les villes représentées par les assemblées bourgeoises, les grands seigneurs, les clercs et le roi participent à la fondation des hospices. (...) Dans les campagnes, il existe également des maisons-Dieu, qui servent de maisons de soins pour les malades et offrent souvent un abri aux pauvres mais aussi aux pèlerins, si bien qu'elles sont construites le plus souvent, le long des voies de communication. (...)

ORIGINES DE L'HÔPITAL GÉNÉRAL

Au XVI^e siècle, l'hôpital est un lieu de rassemblement des malades et des enfants abandonnés. Les pauvres quant à eux sont mis au travail forcé et s'ils sont dans l'incapacité de travailler, sont assistés. Mais au début du XVII^e siècle, l'idée d'une politique d'enfermement des mendiants prend naissance dans les milieux dévots. Certains membres de la compagnie du Saint-Sacrement, catholique dévote, émettent l'idée de la création d'un hôpital général contraignant les mendiants au travail et à la discipline religieuse.

En avril 1656, s'inscrivant dans cet esprit sécuritaire, un édit de Louis XIV annonce la création de l'Hôpital général de Paris dont l'objectif est la lutte contre la mendicité. (...) L'objectif premier de l'hôpital est donc « d'enfermer les pauvres mendiants », valides et invalides pour qu'ils soient employés aux ouvrages, manufactures et autres travaux selon leur pouvoir. (...)

HÔPITAUX ET ÉQUIPEMENTS HOSPITALIERS

Dans les premiers hôpitaux, tous les patients étaient regroupés dans une salle commune, sans distinction de maladies, les centres de quarantaine et les sanatoriums recevant les tuberculeux. À présent, les hôpitaux sont le plus souvent organisés en services spécialisés mais certains comme les hôpitaux psychiatriques n'accueillent qu'un type de pathologie. Des services encore rares de soins palliatifs aident les patients à mourir dans la dignité.

Les hôpitaux sont souvent associés à des structures de recherche et d'enseignement du corps médical et du personnel paramédical.

Ils comportent des laboratoires, des équipements de diagnostic et d'exploration fonctionnelle, une pharmacie, une salle d'urgence, des blocs opératoires, des salles d'accouchement, des ateliers d'ergothérapie et une morgue. (...) Un hôpital moderne même de taille réduite est une organisation complexe (...)

Chaque jour on compte en France près d'un million d'actes médicaux ou paramédicaux. La consommation médicale globale est estimée à plus de 8 000 francs par personne et par an dont cinquante pour cent représentent les dépenses liées à l'hospitalisation. Cette dépense ne cesse d'augmenter et les gouvernements ont pour objectif peu populaire de réduire ses coûts. (...) L'augmentation régulière du coût de la santé a conduit la plupart des pays à expérimenter des méthodes permettant d'augmenter l'efficacité de leurs systèmes sanitaires.

Encyclopédie Microsoft Encarta 2004.

DEPUIS CENT ANS, LA SOCIÉTÉ, L'HÔPITAL ET LES PAUVRES

L'exposition du Musée de l'AP-HP (Assistance Publique des Hôpitaux de Paris) propose de relire un passé récent, dans un domaine où les repères sont généralement défaut. Le versant social de l'histoire de l'hôpital est en effet méconnu, comme effacé des mémoires. Peut-être cet effacement a-t-il représenté la condition même de l'adhésion collective à la nouvelle image de l'hôpital, conquérant et glorieux. Sans doute aussi le retour brutal à l'hôpital d'une population démunie fait-il à présent vaciller cette image, jusqu'à ébranler les croyances sur lesquelles elle repose. Cette manifestation de la pauvreté pose aujourd'hui à la société et à l'hôpital des questions redoutables et révèle les contradictions qui séparent principes et réalité. L'hôpital se confronte aux problèmes économiques, juridiques et éthiques que soulève la résolution de cette tension. Comment les générations qui nous ont précédés ont-elles fait face à ces problèmes ? Quels sont les déterminismes historiques qui pèsent à présent sur ces débats ? Dans quelle mesure les réponses actuellement recherchées font-elles appel aux modèles anciens ? Et pour avoir été efficaces dans le passé (mais à quel prix...) peuvent-ils être pertinents mais dans un contexte différent ? (...)

Il arrive à l'hôpital d'aujourd'hui de se souvenir de deux grands moments de son histoire, indissociablement liés aux valeurs qui ont orienté ses missions depuis plus d'un millénaire. Le premier correspond à sa création, aux premiers temps du christianisme. L'hôpital des origines (L'hôtel-Dieu) est l'asile des pauvres par excellence, en raison d'une superposition de la figure du pauvre à celle du Christ. Pour les religieux hospitaliers, c'est emprunter comme un raccourci sur le chemin qui conduit au Christ et à Dieu. Le pauvre est un signe dans la société, sa présence sonne comme un appel à « *passer de l'appauvrissement à la pauvreté comme on va de l'humiliation à l'humilité* » (Jaqueline Pascal, 1660).

Le second moment coïncide avec la fondation de la république. L'hôpital reste ce lieu d'accueil des pauvres, au nom cette fois d'une identification de l'image du pauvre avec celle du Peuple, au nom également d'un contrat social qui lie l'ensemble des citoyens et dont l'État devient le garant.

La réalité est toutefois plus complexe. Le pauvre est choyé lorsqu'il s'agit d'un individu conforme à ces modèles théoriques : la veuve, l'orphelin, le vieillard, l'infirme ; il est abhorré lorsqu'il se confond avec le paresseux, le vagabond ou le brigand. Et lorsque l'équilibre de la société est en jeu, la théorie cède le pas à des impératifs de maintien de l'ordre social.

De même, l'hôpital se trouve pris entre son exigence d'accueil, sa participation à la gestion de l'ordre social (qui le conduit parfois à contrôler et à réprimer) et ses propres nécessités d'organisation qui le forcent à découper, à sectoriser, à territorialiser sa « *clientèle* ». L'accueil s'est parfois étrangement mué en exclusion.

L'hôpital a été créé pour les indigents et c'est le détourner de sa destination que d'y recevoir normalement des malades payants. L'admission des malades aisés ou peu aisés risque de nuire au service des malades indigents pour lequel l'hôpital a été créé (circulaire du 31 mars 1926).

Extrait du Petit journal de l'exposition du Musée de l'AP-HP du 24 octobre 1996 au 2 mars 1997.

DOCUMENT 3

Le président de l'Association des médecins urgentistes hospitaliers, qui a tiré le signal d'alarme pendant la canicule de l'été 2003, était de garde la nuit du 31 décembre à l'hôpital Saint-Antoine à Paris. Reportage.

Dans les couloirs à la blancheur blafarde, les talkies-walkies des pompiers grésillent. Un SDF recroquevillé sur un brancard, avale tout seul son repas de réveillon. Libéré des contraintes médiatiques, Patrick Pelloux peut s'engouffrer dans la pression des urgences. Et partir en quête de son premier malade. Une infirmière lui répond: « *il s'est barré après avoir voulu me foutre sur la gueule.* » Une chance, la suivante est plus docile. Une femme, visiblement angoissée, évoque ses sensations de brûlures au bras. Il entame le dialogue, prête une oreille bienveillante : trois dépressions, un emploi de femme de ménage, une dispute avec son compagnon. Il a compris. Rentrer chez elle, un soir de fête ? L'idée la panique. Ici, au moins il y a du monde. Et puis la voix tendre du docteur Pelloux, avec sa tête de môme cabochard: « *Ce n'est rien, ça va passer.* »

Quand on lui demande s'il n'a pas le sentiment parfois de faire de la « *bobologie* », il rétorque : « *Non, c'est aussi ça la richesse de l'hôpital. Papoter dix minutes quand on a le temps... Un vrai médecin ce serait celui qui ne verrait que des cas rares et publierait en anglais ? Bon c'est sûr que nous aux urgences on est la dernière roue du carrosse, on est considéré comme rien.* » Le voilà parti. Il n'aura pas le temps de se lancer dans une nouvelle diatribe contre « *le mépris des mandarins et de la technostructure à l'égard des patients* ». Une infirmière l'agrippe : « *Patrick tu viens ? la douleur thoracique...* »

20 heures. Autour de lui, la salle de coordination, sorte de tour de contrôle où les médecins se répartissent les dossiers des patients, s'agite. Vite trouver un lit de réanimation pour un patient atteint d'une méningite. Dans la salle de « *déchocage* » l'homme hagard, couché à côté de deux autres malades, se débat avec ses liens en poussant des râles. Son thermomètre affiche 41°C. « *Pendant qu'en haut, à la « réa », on devrait sortir une malade du service parce qu'elle n'a plus besoin de soins intensifs pour la repasser en pneumo* » grogne le docteur Casenove. Sauf qu'au service de pneumologie, « *il n'y a pas de lit* ». Cette rengaine, ils vont la ressasser souvent, au cours de la nuit. « *Voilà, vous voyez le problème du manque de lits d'aval qui doivent accueillir des patients sortant des urgences et de « réa », mais qui ne le peuvent pas à cause de la fermeture des lits dans les services* » soupire Patrick Pelloux, rivé au téléphone, en quête d'une place en Ile-de-France. Le SAMU 75 lui annonce qu'il n'y a que six lits disponibles en réa pour toute la région, pour quatorze services d'urgence. Mince trésor. Il ne reste plus qu'à prier pour éviter la catastrophe. D'autant qu'à l'autre bout du couloir, la « *douleur thoracique* », un homme de 60 ans qui se plaint de coups de poignard dans le dos, est soupçonné de « *disséquer son aorte* ». Ou de faire un infarctus. Vite dénicher un autre lit de réanimation. Coup de chance. Un premier lit se libère sur place pour la méningite. Le deuxième attendra. Qu'on allège finalement le diagnostic.

23 heures. Au théâtre des urgences, c'est l'heure à laquelle entrent en scène les cas d'ébriété et les syndromes « *couteaux à huîtres* »...

Minuit sonne et ils ne le voient même pas. C'est le docteur Pelloux, tout à son rôle de bateleur en chef, qui le chante à la cantonade et qui, sur le coup des quatre heures, sonnera le clairon pour sortir les cotillons. Effusions, embrassades : Pelloux, séducteur, ne manque jamais une occasion de distribuer un compliment.

Car même au pic de la surchauffe, ce tchatteur invétéré n'oublie jamais une règle d'or : blaguer quand tout va mal pour alléger la tension et le stress. Replâtrer en permanence les fissures de l'âme et du corps, catalyser tous les maux de la société met les nerfs à rude épreuve, il le sait. Au rythme de 130 patients par jour, le service fonctionne à flux tendu.

« *Avec un phénomène nouveau : les patients boomerangs. Comme on a diminué la durée moyenne du séjour dans les hôpitaux, le patient sort plus vite mais revient aussi plus vite* » déplore-t-il.

Delphine SAUBABER, *Le Monde*, n° 18 331, 2 janvier 2004.

En 1914, le lieutenant Adrien Fournier a été blessé à la face. Cette blessure a provoqué « une destruction maxillo-faciale qui a laissé une béance totale des parties situées du sommet du menton jusqu'à la moitié du nez, avec destruction totale du maxillaire supérieur et du palais. »

- Sérions les problèmes. Risque de gangrène par infection des parties meurtries. Risque d'infection des voies aériennes et régions pulmonaires par manque de protection. Risque d'anémie par difficulté d'alimenter le blessé par les voies buccales et nasales. Conclusion Charpot : vous me dégagez ce bougre à l'arrière. Direction Val-de-Grâce. À ma connaissance, il n'y a que là qu'on puisse faire quelque chose pour lui. Si la gangrène ne s'y met pas ? En attendant nettoyez les plaies. Faites-lui un ordre de transport par wagon sanitaire. Pas de transport fluvial, ce serait trop long. Essayez de l'alimenter une fois avant le départ par sonde nasale. Gardez lui les sangles surtout s'il est conscient au moment de le nourrir. Il risque de souffrir.
- Rien d'autre, major ?
- Rien d'autre Charpot. En attendant, ne le laissez pas là. Ses plaies dégagent une telle puanteur qu'il va faire tomber ceux qui tiennent encore debout. (...)

- Vous savez, vous avez de la chance La face c'est impressionnant mais c'est sans complications. Très bonne capillarité vasculaire. Pas de gangrène, contrairement à ce que croyait la vieille école. Ne vous préoccupez que de deux choses : bien respirer et bien manger. Le reste c'est mon affaire.

Enfin à voix haute s'adressant à l'infirmière :

- Voyons, nous sommes lundi. Vous allez me le faire manger trois fois par jour jusqu'à demain soir. Il me le faut à jeun pour mercredi matin, opération à six heures. S'il souffre vraiment trop, faites lui un peu de morphine. Mais qu'il n'y prenne pas goût. On n'en aura pas assez pour tout le monde, si le flot continue comme ça. À bientôt lieutenant.

L'infirmière a le visage bonasse de ceux qui consacrent leur vie aux autres sans jamais se préoccuper d'eux-mêmes. Elle me relève- dans mon lit.

- Je vais vous faire manger.

Marc DUGAIN, *La chambre des officiers*, p. 34 et 45
Editions Jean-Claude Lattès, 1998