

**CONCOURS INTERNE SUR EPREUVES
D'ASSISTANT MEDICO-ADMINISTRATIF 1^{er} GRADE
Branche « Secrétariat Médical »
N° 2017 - III -**

SESSION DU 14 DECEMBRE 2017

EPREUVE 1

9H – 12H

Epreuve écrite de cas pratique avec mise en situation s'appuyant sur un dossier documentaire remis au candidat, de dix à vingt pages, comportant des données administratives et médicales relatives aux patients.

**Durée : 3 heures - coefficient 3
Note éliminatoire inférieure à 5/20**

INSTRUCTIONS :

***Questions A1 à A5 : répondre directement sur le sujet (ne pas le dégrafer)
Questions A6 à A10 – B1 à B6 – C1 à C3 – D1 et D2 : répondre sur la copie en notant le numéro de la question concernée. Le sujet sera agrafé à la copie***

Nombre de pages : Sujet 9 pages (sans la page de garde) – Dossier documentaire 10 pages

Tous les noms sont fictifs

SUJET

Récemment recruté au Centre Hospitalier des Alpes, vous êtes affecté en renfort sur un poste d'assistant médico-administratif en secrétariat médical, dans le service d'hépatogastro-entérologie. Le Directeur des Ressources Humaines vous informe qu'il y aura prochainement un départ au sein de ce secrétariat et que, sous réserve que vous confirmiez votre aptitude à assurer le traitement et la coordination des opérations et des informations médico-administratives concernant les patients, le poste devenant vacant pourra vous être proposé.

Le premier dossier que vous avez à prendre en charge est celui de Madame Andrée DURAND, née le 2 octobre 1935.

A l'appui de ce dossier (cf. contenu ci-dessous) et des questions posées ci-après, le Directeur des Ressources Humaines va tester vos connaissances en matière de terminologie médicale, de constitution et de tenue du dossier patient ainsi que de fonctionnement d'un secrétariat médical.

Contenu du dossier de Madame DURAND :

- Document 1 : compte rendu opératoire (pages 1 et 2)
- Document 2 : courrier du Docteur JANIN au Docteur PAUL (page 3)
- Document 3 : laboratoire de bactériologie - résultats d'analyse (pages 4 et 5)
- Document 4 : compte rendu de prélèvement (pages 6 et 7)
- Document 5 : lettre du Dr PAUL au Dr ROBERT (page 8)
- Document 6 : extrait du code de la Santé Publique - information des usagers du système de santé et expression de leur volonté (pages 9 et 10)

A. TERMINOLOGIE MEDICALE

1. Donnez la définition des termes suivants

ADENOCARCINOME : tumeur maligne (cancer) qui s'est développée dans les cellules d'une muqueuse glandulaire (prostate, ovaire, estomac, thyroïde...)

ANASTOMOSE : suture d'un organe à un autre

ENTEROTOMIE : incision chirurgicale de l'intestin grêle

EVENTRATION : hernie/protrusion apparaissant sur la zone antérieure et latérale de l'abdomen.

HYPOCHONDRE : zone de l'abdomen située sous le diaphragme et les côtes flottantes, de chaque côté de l'épigastre

HYSTERECTOMIE : ablation de l'utérus

IONOGRAMME : examen de laboratoire de biologie médicale qui analyse la concentration en électrolytes d'un liquide organique (sodium, potassium, calcium..)

JEJUNOSTOMIE : déviation chirurgicale du jéjunum

MALIGNITE : caractère grave d'une affection ou d'une tumeur

METASTASE : migration de cellules cancéreuses, issue d'une tumeur primitive, depuis un tissu ou un organe, jusqu'à un autre tissu ou organe

PARENTERAL : Qui s'administre par une voie autre que la voie digestive, généralement sous la forme d'injection intraveineuse, musculaire, sous-cutanée

SEPSIS : syndrome d'infection générale et grave de l'organisme par des agents pathogènes

STASE STERCORALE : stagnation des selles dans les intestins

THROMBOSE : formation d'un caillot dans un vaisseau sanguin l'obstruant.

2. Donnez la signification des abréviations ci-dessous :

AMK : Acte médical de kinésithérapie

PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information

RGO : reflux gastro-oesophagien

ASP : abdomen sans préparation

AIT : accident ischémique transitoire

MDPH : maison départementale des personnes handicapées

AAA : anévrisme de l'aorte abdominale

3. Comparez les termes suivants

Colectomie et colostomie : ablation chirurgicale du colon / déviation chirurgicale permettant de relier le colon à la paroi de l'abdomen

Pariétal et péritonéal : relatif à la paroi d'une cavité et relatif au péritoine

4. Remplacer les termes courants soulignés par la terminologie médicale adaptée :

En 2005, Madame DURAND a subi une ablation des cellules cancéreuses hépatiques (metastasectomie). Madame DURAND a été transférée en décembre 2012 dans le service qui prend en charge l'ensemble des pathologies digestives. (hépato-gastro-entérologie). Dans ses antécédents, elle a subi une libération étendue de l'intestin grêle (entérolyse) et une jejunostomie en raison de conduits anormaux faisant communiquer une cavité ou un organe (fistules) multiples. En décembre 2012, un examen de laboratoire visant à déterminer la sensibilité d'une bactérie à différents antibiotiques (antibiogramme) a été pratiqué et on a relevé des cellules sanguines qui permettent le transport de l'oxygène (hématies) assez nombreuses.

5. Citez 6 organes constitutifs l'appareil digestif

Cavité buccale/pharynx/œsophage/estomac/pancréas/intestin grêle/côlon/rectum

6. Citez 3 examens d'imagerie concernant spécifiquement l'appareil digestif et donnez leur définition

COLOSCOPIE : examen qui permet d'étudier la paroi interne de la totalité du côlon (gros intestin)

GASTROSCOPIE : examen qui permet d'étudier la paroi interne de l'estomac

ECHOENDOSCOPIE : examen le plus performant pour étudier ou explorer le tube digestif ou les organes proches

OESOPHAGOSCOPIE : endoscopie de l'œsophage

RADIOGRAPHIE DE L'ABDOMEN SANS PREPARATION (ASP) : permet de visualiser par transparence l'aspect de tous les organes de l'abdomen (intestin, estomac, reins) et de leur contenu.

SCANNER ABDOMINAL : technique d'imagerie médicale qui permet d'obtenir des images en coupe (dans plusieurs dimensions) de l'appareil digestif, des vaisseaux sanguins et des organes de la région abdominale

7. Listez les antécédents chirurgicaux de Madame DURAND dans l'ordre chronologique

1994 : chirurgie de cancer du rectum – adénocarcinome du rectum

1997 : hystérectomie pour fibrome

2005 : métastasectomie hépatique

2009 : colectomie droite

Octobre 2012 : entérolyse et résection de grêle pour anastomose

Novembre 2012 : jejunostomie – cure d'éventration

8. Quelle intervention subie par Madame DURAND a donné lieu au compte rendu de prélèvement figurant à son dossier ?

Résection anastomose grêle – colons droit et gauche - résection grêle

9. Quelles sont les cellules dont il est fait état dans ce compte rendu ?

Polynucléaires neutrophiles

Lymphocytes

Cellules cytotytaires

Histiocytes

(enduit fibrino-leucocytaire)

10. Quelles bactéries apparaissent dans les résultats d'analyse de madame DURAND ?

Enterococcus faecium

Escherichia coli

B. DOSSIER MEDICAL DU PATIENT

1. Citez au moins 6 éléments constitutifs d'une ordonnance médicamenteuse

<https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/prescription-prise-charge/medicaments-et-dispositifs/medicaments>

- identification complète (nom, qualification, numéro d'identification, etc.) du médecin ;
- le nom et le prénom du patient, éventuellement son âge, son sexe, son poids et sa taille ;
- la date de rédaction de l'ordonnance ;
- le nom de la spécialité (princeps ou générique) ou la dénomination commune d'un principe actif (DC) assortie ou non d'une marque ou du nom du fabricant ;
- le dosage et la forme pharmaceutique ;
- la posologie et le mode d'emploi ; s'il s'agit d'une préparation, précisez la formule détaillée ;
- la durée du traitement (exemple : traitement pour trois mois) ou le nombre d'unités de conditionnement dans le cas d'une prescription en nom de marque (exemple : deux boîtes de 20 comprimés) ;
- le nombre de renouvellements de la prescription si nécessaire ;
- la mention non remboursable (NR) dans le cas d'une prescription d'un médicament en dehors des indications thérapeutiques remboursables ;
- votre signature.

2. Qu'est-ce que le dossier médical partagé et quel est son intérêt ?

<http://www.dmp.gouv.fr/>

Le DMP est le carnet de santé numérique du patient. Il est géré par l'Assurance maladie et n'est pas obligatoire

Il permet aux professionnels de santé autorisés d'accéder aux informations utiles à sa prise en charge et de partager avec d'autres professionnels de santé des informations médicales le concernant : antécédents, allergies éventuelles, traitements en cours, comptes-rendus d'hospitalisation et de consultation, résultats d'examen (radios, analyses biologiques...), etc... Il s'agit d'un véritable carnet de santé toujours accessible et sécurisé. Pour être plus pratique, il est informatisé et le patient en contrôle l'accès.

3. Citez 10 éléments constitutifs du dossier médical du patient

Article R1112-2 code de la Santé Publique modifié par Décret n°2016-995 du 20 juillet 2016 - art. 2

Un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé dans un établissement de santé public ou privé. Ce dossier contient au moins les éléments suivants, ainsi classés :

1° Les informations formalisées recueillies lors des consultations externes dispensées dans l'établissement, lors de l'accueil au service des urgences ou au moment de l'admission et au cours du séjour hospitalier, et notamment :

- a) La lettre du médecin qui est à l'origine de la consultation ou, en cas d'admission, la lettre de liaison
- b) Les motifs d'hospitalisation ;
- c) La recherche d'antécédents et de facteurs de risques ;
- d) Les conclusions de l'évaluation clinique initiale ;
- e) Le type de prise en charge prévu et les prescriptions effectuées à l'entrée ;
- f) La nature des soins dispensés et les prescriptions établies lors de la consultation externe ou du passage aux urgences ;
- g) Les informations relatives à la prise en charge en cours d'hospitalisation : état clinique, soins reçus, examens para-cliniques, notamment d'imagerie ;
- h) Les informations sur la démarche médicale
- i) Le dossier d'anesthésie ;
- j) Le compte rendu opératoire ou d'accouchement ;
- k) Le consentement écrit du patient pour les situations où ce consentement est requis sous cette forme par voie légale ou réglementaire ;
- l) La mention des actes transfusionnels pratiqués sur le patient et, le cas échéant, copie de la fiche d'incident transfusionnel
- m) Les éléments relatifs à la prescription médicale, à son exécution et aux examens complémentaires;
- n) Le dossier de soins infirmiers ou, à défaut, les informations relatives aux soins infirmiers ;
- o) Les informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé ;
- p) Les correspondances échangées entre professionnels de santé
- q) Les directives anticipées ou, le cas échéant, la mention de leur existence ainsi que les coordonnées de la personne qui en est détentrice.

2° Les informations formalisées établies à la fin du séjour. Elles comportent notamment :

- a) La lettre de liaison remise à la sortie ;
- b) La prescription de sortie et les doubles d'ordonnance de sortie ;

- c) Les modalités de sortie (domicile, autres structures) ;
- d) La fiche de liaison infirmière ;

3° Les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant de tels tiers.

4. Le Docteur PAUL doit préparer une lettre de liaison médicale en vue du transfert de la patiente. A quoi sert cette lettre et quels sont les éléments qui doivent y figurer ?

Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison

Le praticien qui adresse un patient à un établissement de santé accompagne sa demande d'une lettre de liaison synthétisant les informations nécessaires à la prise en charge du patient dont il dispose sur son lieu d'intervention, dans le respect des droits de la personne. Elle est adressée par tout moyen garantissant la confidentialité des informations. Elle est versée dans le dossier médical partagé du patient si ce dossier a été créé, ou lui est remise.

Éléments contenus dans ce type de lettre :

- Identification du patient, du médecin traitant, le cas échéant du praticien adresseur, ainsi que l'identification du médecin de l'établissement de santé qui a pris en charge le patient avec les dates et modalités d'entrée et de sortie d'hospitalisation ;
- Motif d'hospitalisation ;
- Synthèse médicale du séjour précisant le cas échéant, les événements indésirables survenus pendant l'hospitalisation, l'identification de micro-organismes multirésistants ou émergents, l'administration de produits sanguins ou dérivés du sang, la pose d'un dispositif médical implantable ;
- Traitements prescrits à la sortie de l'établissement (ou ordonnances de sortie) et ceux arrêtés durant le séjour et le motif d'arrêt ou de remplacement, en précisant, notamment pour les traitements médicamenteux, la posologie et la durée du traitement ;
- Annonce, le cas échéant, de l'attente de résultats d'examens ou d'autres informations qui compléteront cette lettre de liaison ;
- Suites à donner, le cas échéant, y compris d'ordre médico-social, tels que les actes prévus et à programmer, recommandations et surveillances particulières. »

5. Quelles sont les modalités de conservation des informations concernant la santé des patients que peuvent mettre en place les établissements de santé ? Quel est le délai d'archivage du dossier patient ?

Article R1112-7 du code de la Santé Publique

Les informations concernant la santé des patients sont soit conservées au sein des établissements de santé qui les ont constituées, soit déposées par ces établissements auprès d'un hébergeur agréé. Le directeur de l'établissement veille à ce que toutes dispositions soient prises pour assurer la garde et la confidentialité des informations ainsi conservées ou hébergées.

Le dossier médical est conservé pendant une durée de vingt ans à compter de la date du dernier séjour de son titulaire dans l'établissement ou de la dernière consultation externe en son sein.

Lorsque la durée de conservation d'un dossier s'achève avant le vingt-huitième anniversaire de son titulaire, la conservation du dossier est prorogée jusqu'à cette date.

Dans tous les cas, si la personne titulaire du dossier décède moins de dix ans après son dernier passage dans l'établissement, le dossier est conservé pendant une durée de dix ans à compter de la date du décès.

Ces délais sont suspendus par l'introduction de tout recours gracieux ou contentieux tendant à mettre en cause la responsabilité médicale de l'établissement de santé ou de professionnels de santé à raison de leurs interventions au sein de l'établissement.

6. Qui peut obtenir la communication d'un dossier médical lorsque le demandeur n'est pas le patient lui-même ?

<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F12210>

Le demandeur peut être :

- Le représentant légal d'un enfant mineur ou majeur sous tutelle
- L'ayant droit d'une personne décidée dans la mesure où celle-ci ne s'y était pas opposée
- Etre mandaté par le patient (procuration écrite)
- Un médecin désigné comme intermédiaire

C. DONNEES ADMINISTRATIVES RELATIVES AU PATIENT

1. En quoi consiste le régime de tutelle dont bénéficie Madame DURAND ? Quelles sont les modalités de vérification du consentement aux soins concernant un patient placé sous tutelle ?

handicap.gouv.fr/IMG/pdf/mesures_protection_juridique.pdf

La tutelle est une mesure judiciaire destinée à protéger une personne majeure et/ou tout ou partie de son patrimoine si elle n'est plus en état de pourvoir seule à ses intérêts, grâce à l'aide d'un tuteur qui peut le représenter dans les actes de la vie civile.

Les personnes majeures ayant besoin d'être représentées de manière continue dans les actes de la vie civile, du fait de l'altération de leurs facultés mentales, ou lorsque leurs facultés corporelles sont altérées au point d'empêcher l'expression de leur volonté, et pour qui toute autre mesure de protection moins contraignante (curatelle, sauvegarde de justice) serait insuffisante.

<https://www.curateur.gouv.qc.ca/cura/fr/majeur/inaptitude/personne/consentement.html>

Nous pouvons considérer **2 situations dans la prise en charge** :

- le soin programmé,
- le soin dans le contexte de l'urgence.

Dans le cadre d'un soin programmé, le consentement doit être systématiquement recherché (art. L.1111-4 du code de santé publique), dans la mesure où « il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision ». Ainsi, c'est cette aptitude à consentir qu'il faut vérifier et évaluer. On considère qu'il est inapte lorsqu'il est incapable de comprendre sa maladie, la nature et le but des soins, les risques associés ou lorsque son état de santé nuit à la compréhension de la situation. Dans le cas où la personne majeure sous protection est inapte à consentir, c'est le tuteur, curateur ou mandataire qui peut consentir aux soins lorsque la balance bénéfices – risques lui aura été expliquée.

Enfin, même avec l'accord du tuteur, curateur ou mandataire, il arrive que la personne sous protection refuse catégoriquement le soin ; c'est alors au tribunal d'autoriser le traitement malgré le refus.

Dans le contexte de l'urgence, l'établissement de santé (et plus précisément les équipes soignantes) peut donner des soins sans consentement (si le pronostic vital du majeur sous protection peut être engagé) lorsqu'il est impossible de joindre le tuteur, curateur ou mandataire en temps utile.

Le consentement aux soins étant obligatoire, les infirmiers doivent - avant tout soin et dans tous les cas - s'assurer que celui-ci a été donné. Pour les personnes protégées, ils doivent s'assurer que l'autorisation de soins écrite est présente dans le dossier de soins.

- 2. Madame DURAND est en « ALD » : déclinez ce sigle en toutes lettres et donnez-en la définition. Précisez les conditions de prise en charge des frais médicaux et d'hospitalisation dans le cadre de cette ALD.**

ALD : affection Longue durée

Affection dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessitent un traitement prolongé et une thérapie particulièrement coûteuse, et pour lesquelles le ticket modérateur est supprimé.

Madame DURAND sera donc remboursée à 100% de ses frais concernant sa pathologie ALD.

- 3. Madame DURAND doit être transférée dans un établissement de Soins de Suite et de Réadaptation. Quels sont les documents à préparer pour sa sortie ?**

Prescription transport
Lettre médecin traitant
Compte rendus d'intervention
Photocopie d'examens
Bulletin hospitalisation
Eventuellement RDV programmés
Cartes groupage
Carte d'assuré/ mutuelle

D. FONCTIONNEMENT DU SECRETARIAT MEDICAL

1. Un stagiaire vient d'arriver dans votre secrétariat. Comment lui expliquez-vous ce qu'est « le secret professionnel » dans vos fonctions d'assistant médico-administratif ?

Le secret professionnel s'impose à tous les professionnels de la santé. On parle de secret médical pour les médecins. En ce qui concerne un assistant médico-administratif, il s'agit de l'interdiction absolue de communiquer une information médicale, administrative ou d'ordre privé, sans accord préalable d'un médecin, destinée au patient lui-même, à son entourage ou à un médecin n'appartenant pas à l'équipe médicale en charge du suivi médical du patient.

2. Citez 4 compétences parmi celles requises pour exercer le métier d'assistant médico-administratif dans le domaine du secrétariat médical

- Accueillir et orienter les patients
- Organiser et classer des données, des informations, des documents de diverses natures
- Elaborer, adapter le planning de travail, de rendez-vous, de visite...
- Identifier les informations que l'on peut communiquer à autrui en respectant le secret médical
- Traiter des situations agressives et conflictuelles
- Connaître le droit des usagers du système de santé
- Utiliser les outils bureautiques
- Utiliser le vocabulaire médical