



**PREPARATION  
CONCOURS AMA**

***LE FONCTIONNEMENT DU SECRETARIAT***

***MEDICAL :***

***CIRCUIT DES DOCUMENTS***

***ET***

***REGLES DE LA CORRESPONDANCE***

***MEDICALE***

# Introduction

- Fiche Métier

<http://intranet/IMG/pdf/40L20.pdf>

- Secrétaire garante de l'information



**LE FONCTIONNEMENT DU  
SECRETARIAT MEDICAL :  
CIRCUIT DES DOCUMENTS**

- 1 – RECEPTION DE DOCUMENTS
- 2 – TRAITEMENT
- 3 – TRANSMISSION DE DOCUMENTS



# **1- RECEPTION DE DOCUMENTS**

# DIFFERENTS MODES DE RECEPTION

- Courrier interne / externe
- Fax
- Messagerie électronique (mail), réseau  
CHU

## RECEPTION D'UN COURRIER

- Ouvrir le courrier avec accord du médecin (procédure écrite indiquant que le médecin délègue l'ouverture à la secrétaire) ,

Normalement, si le nom du médecin figure sur l'enveloppe, la secrétaire n'a pas le droit d'ouvrir le courrier.

Si libellé du service uniquement, la secrétaire a le droit d'ouvrir le courrier.

- Apposer un tampon « Reçu le »
- Tromboner éventuellement l'enveloppe pour le cachet de la poste si courrier externe ou pour date de remise si courrier avec AR
- Réception d'un courrier avec AR – définir par une procédure si la secrétaire peut signer pour le médecin.




## RECEPTION D'UN FAX

- Recevoir le message dans un espace clos (soumis au secret médical)
- Avoir un fax disposant d'un système d'accès codé
- S'assurer du nombre de pages (noté sur page de garde)
- Agrafer les feuilles
- S'il vient de l'extérieur, le fax devrait nous arriver anonymisé après un appel de l'expéditeur pour prévenir → dans ce cas, indiquer immédiatement l'identité exacte du patient sur le document.

## RECEPTION D'UN MAIL

- Imprimer le mail si procédure définie ainsi (penser développement durable)
- Transférer au médecin ou personne concernée si nécessaire
- L'archiver dans la messagerie Outlook



## **2- TRAITEMENT DE L'INFORMATION**

## 2 CAS POSSIBLES

### A traiter par le médecin

- résultats d'examens,
- courrier d'un confrère,
- courrier d'un patient.
- demande de communication du dossier médical,
- courrier administratif

Etc...

→ voir détail

### A traiter par la secrétaire

- demande de rendez-vous,
- cas spécifiques ou la délégation à la secrétaire est notifiée sur une procédure interne (ex. : reçu d'adhésion, facture à classer...)

Etc...

→ Traiter puis classer

## RESULTATS D'EXAMEN

- Eventuellement, recherche du dossier patient concerné
- Mettre à un endroit défini entre le médecin et la secrétaire pour que le médecin récupère le document
- Le médecin prend note du résultat reçu (« vu », initiales...)
- Le médecin dicte éventuellement un courrier au patient,
- La secrétaire saisit le courrier et le fait signer
- La secrétaire range le résultat ainsi qu'une copie signée du courrier envoyé dans le dossier patient
- La secrétaire expédie le courrier

*NB : Certains résultats sont disponibles sur un réseau et sont donc transmis en interne uniquement par ce biais ( imagerie, biologie...)*

## COURRIER D'UN CONFRERE, D'UN PATIENT, OU ADMINISTRATIF

- Eventuellement, recherche du dossier patient concerné
- Mettre à un endroit défini entre le médecin et la secrétaire pour que le médecin récupère le courrier
- Le médecin prend connaissance du courrier
- Le médecin dicte éventuellement une réponse
- La secrétaire saisit la réponse
- Le médecin signe la réponse
- La secrétaire range le courrier du Confrère ou du patient dans le dossier + une copie signée de la réponse
- La secrétaire expédie la réponse au Confrère / patient / autres.

## DEMANDE DE COMMUNICATION DU DOSSIER MEDICAL

*NB : au CHU, la plupart des demandes passe par le Service d'Accès au Dossier Patient (SADP) – demandes concernant des hospitalisations uniquement.*

- Rechercher le dossier.
- Le présenter au médecin avec la demande.
- Accuser réception de la demande par un courrier.
- Selon les consignes du médecin, anonymiser et photocopier les pièces à transmettre.
- Selon la situation, envoyer au patient avec «frais» ou fixer un RDV au patient.
- Archiver le dossier



# **3 - TRANSMISSION DE DOCUMENTS**



# DIFFERENTS MODES DE TRANSMISSION

- Courrier interne / externe
- Fax
- Messagerie électronique (mail), réseau  
CHU

# TRANSMISSION PAR COURRIER

- Respecter les règles de la correspondance médicale
- Respecter procédure interne à l'établissement
- Cachet de l'expéditeur (attention au tampon derrière l'enveloppe pour la confidentialité)
- Courrier interne / externe (endroits dédiés dans le secrétariat)
- Courrier avec AR / Chronopost (accord préalable de la direction du pôle + demander un bordereau au vaguemestre)

# TRANSMISSION PAR FAX

## Préconisations :

- Exiger du correspondant une demande écrite avec entête praticien ou lui adresser une demande à compléter – cela permet de vérifier l'identité du demandeur et de garder une trace de la demande
- Vérifier dans le dossier que ce médecin a bien été identifié comme médecin référent
  - Si tel est le cas, demander au médecin l'autorisation d'envoyer les documents (signature sur demande reçue)
  - Si tel n'est pas le cas, appeler le patient et lui demander l'autorisation
- Si le patient refuse, en informer le médecin demandeur

**ATTENTION : Interdiction de la CNIL (Commission Nationale Informatique et Liberté) de l'usage du fax pour la transmission d'informations médicales.**

**Si l'envoi de fax est nécessaire, respecter la procédure suivante :**

- Si l'envoi ne fait pas suite à une demande de la part du destinataire, appeler le correspondant pour le prévenir qu'on lui envoie un fax
- Anonymiser
- Envoyer avec page de garde indiquant le nombre de copies
- Garder le reçu de transmission réussie
- Envoyer l'original par voie postale

# TRANSMISSION PAR E-MAIL

- Messagerie Intra-CHU
- Envois extérieurs au CHU : MEDIMAIL, messagerie sécurisée
- Si pièces jointes, les mettre en PDF
- Signature automatique
- Avis de lecture
- Archivage du mail envoyé
- Envoi du document par voie postale
- Outil « réunions »

# MESSAGERIE SECURISEE

- Médimail OU ? est un mode sécurisé d'échange de mails à utiliser pour les envois de mails comportant des informations médicales nominatives vers un médecin extérieur au CHU.
- Reliée au DPI de l'établissement de santé
- Utilisable avec autres logiciels (documents à enregistrer au préalable en PDF)
- Attention, **l'objet n'est pas sécurisé** → pas de nom de patient
- Le médecin extérieur doit s'inscrire pour la réception de ces courriers médicaux
- **L'envoi par messagerie sécurisée ne dispense pas d'envoyer le document par voie postale.**



**REGLES DE LA  
CORRESPONDANCE  
MEDICALE**

**La définition de la « correspondance médicale» est définie ainsi par le code de la Santé Publique :**

*Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible.*



- L'exercice de la médecine implique l'établissement par le médecin de prescriptions, certificats, protocoles...
- Documents à rédiger lisiblement en langue française, datés, signés et devant permettre l'identification du praticien émetteur (article R4127 – 76 du code de la Santé Publique)

# LA SIGNATURE

- Le Conseil de l'Ordre des Médecins souligne que tout autre procédé que la signature manuscrite doit être exclu (tampon, signature scannée, cachets...)
- Loi du 13 mars 2000 et décret 2001-272 : validation de la signature électronique.
- Doit indiquer le nom + la fonction.
- Utilisation P/o interdite pour une secrétaire. Pas de délégation de signature entre médecin et secrétaires, seulement entre médecins.

# LES TAMPONS

- Format du tampon : 85 x 29
- nombre de lignes : 5 lignes maximum sans cadre
- police : Times
- corps : 12
- Mentions obligatoires :
  - nom du praticien
  - titre
  - nom du service
  - NOM de l'Etablissement de SANTE (CHU de Toulouse - Hôpital...)
  - TSA....
  - ADRESSE (31059 TOULOUSE cedex 9)

**La secrétaire est-elle autorisée  
à intervenir dans la rédaction  
des prescriptions et des  
comptes-rendus ?**

- Attribution propre du médecin

→ REDACTION

- Compétence de la secrétaire

→ SAISIE

- se retourner vers le médecin en cas de besoin
- ne jamais signer P/o (par ordre)



**REGLES RELATIVES AUX  
DOCUMENTS MEDICAUX  
LES PLUS COURANTS**

# L'ORDONNANCE

- Si le patient est en ALD → ordonnance bizona
  - Partie haute : en rapport avec ALD
  - Partie basse : sans lien avec l'affection exonérée
- Doit comporter :
  - Coordonnées du médecin
  - Son adresse professionnelle
  - N° d'inscription au tableau de l'ordre, Adeli → RPPS
  - Son numéro de téléphone
  - Sa signature
  - Date du jour de la rédaction
  - Identification du Patient (Nom prénom, DN, poids)

# L'ORDONNANCE SECURISEE

*L'utilisation des ordonnances dites sécurisées est obligatoire pour toute prescription ou commande à usage professionnel de médicaments classés comme stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants, en application de l'article R.5132-5 du Code de la santé publique.*



- **Les ordonnances sécurisées répondent à des spécifications techniques précises fixées par arrêté :**
  - elles sont réalisées sur du **papier filigrané** blanc naturel sans azurant optique, à un format dont le choix est laissé au praticien
  - **l'identification du prescripteur** (en bleu, d'une teinte et d'une intensité donnée) est **pré-imprimée**
  - une **numérotation d'identification du lot** est inscrite dessus
  - un carré en micro-lettres où doit être indiqué le **nombre de médicaments** prescrits est pré-imprimé.
  - Seuls des éditeurs **agréés par l'AFNOR** (Association française de normalisation) peuvent fabriquer des ordonnances sécurisées.
  - L'ordonnance doit également comporter un **duplicata** pour les médicaments pris en charge par l'assurance maladie.
  - Le prescripteur peut rédiger l'ordonnance manuellement ou par micro-ordinateur.
  - En cas de perte ou de **vol** de leurs ordonnances, les prescripteurs doivent en faire **la déclaration sans délai aux autorités de police**.

## Rédaction de l'ordonnance sécurisée

- Mêmes obligations que l'ordonnance simple

+

- prescription rédigée en toutes lettres
- durée maximale de prescription : 12 semaines.  
L'ordonnance sécurisée peut donc être renouvelée 2 fois

# LE CERTIFICAT MEDICAL

- Seul le médecin ayant procédé à l'examen peut le rédiger
- Ne peut être remis **qu'en main propre** :
  - au patient
  - au représentant légal en cas d'incapacité
  - aux autorités judiciaires sur réquisition

# LES PROTOCOLES DE SOINS

(pour les affections de longue durée – ALD)

- C'est le médecin qui doit l'établir avec son patient et le ou les médecins correspondants intervenant dans le suivi de l'affection
- Exceptionnellement, peut être établi par un autre médecin mais durée limitée à 6 mois renouvelable une fois.
- Accord de l'assurance maladie
- Volet n°3 remis au patient qui signe avec le médecin

- Sauf en cas d'urgence, le patient doit présenter le volet n°3 au médecin pour bénéficier de la limitation ou de la suppression des frais. Le médecin délivrant les soins doit certifier sur les documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge que le patient lui a bien remis le document.

CONSEIL : garder une copie du volet dans le dossier du patient.

## AFFECTIONS PRISES EN CHARGE A 100 %

Plusieurs catégories de maladies peuvent être prises en charge à 100% par la caisse d'assurance maladie. Il s'agit des affections qui comportent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, inscrites sur une liste de 30 affections de longue durée (ALD 30), établie par décret.

### Liste des 30 Affections Longue Durée (ALD 30)

- Accident vasculaire cérébral invalidant.
- Aplasie médullaire et autres cytopénies chroniques.
- Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques.
- Bilharziose compliquée.
- Insuffisance cardiaque grave, cardiopathies valvulaires graves, troubles du rythme graves, cardiopathies congénitales graves.
- Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses.
- Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immuno-déficience humaine (VIH).
- Diabète de type 1 et diabète de type 2.
- Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave.
- Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères.
- Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves.
- Infarctus coronaire.
- Insuffisance respiratoire chronique grave.
- Maladie d'Alzheimer et autres démences.
- Maladie de Parkinson.
- Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé.
- Mucoviscidose.
- Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif.
- Paraplégie.
- Périarthrite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodermie généralisée évolutive.
- Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave.
- Affections psychiatriques de longue durée.
- Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives.
- Sclérose en plaques.
- Scoliose structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25 degrés) jusqu'à maturation rachidienne.
- Spondylarthrite ankylosante grave.
- Suites de transplantation d'organe.
- Tuberculose active, lèpre.
- Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique.

NB : L'hypertension artérielle sévère ne fait plus partie des ALD depuis le décret du 24 juin 2011

# LES ARRETS DE TRAVAIL

- Mention obligatoire : éléments d'ordre médical justifiant l'interruption de travail (apparaît uniquement sur volet 1)
- Le médecin doit remettre l'arrêt de travail au patient avec une enveloppe libellée à l'attention de « Mr le Médecin Conseil » (volets 1 et 2 à expédier).

# LA PRESCRIPTION MEDICALE DE TRANSPORT

Déjà abordée



# COURRIER DACTYLOGRAPHIÉ

## CONTENU

- **Emetteur** (en haut à gauche ou papier entête)
- **Destinataire** : 6 lignes maximum
- **Références** (Vos réf. = V/réf., Nos réf. = N/réf.)
- **Objet** avant l'interpellation
- **Pièces jointes** (nombre, nom) sous l'objet ou en bas de page
- **Lieu et date**
- **Interpellation** (Cher Confrère) doit être la même dans la formule de politesse,

## MISE EN FORME

- Paragraphes
- Outil « Justifier »
- Tirets pour énumération
- Ne pas laisser signature seule sur 2<sup>ème</sup> page
- Taille 14 maximum
- Règles :
  - 6 cm entre bord haut et nom destinataire
  - 9,5 cm entre bord haut et ligne lieu + date
  - 2 cm de marge sur les côtés et en bas
  - 10,5 cm entre le bord gauche et le bloc destinataire



# **MISES EN SITUATION**

## EXERCICE 1

### **Mise en situation**

Vous travaillez dans le service de SSR de l'hôpital. Vous recevez un appel du fils de Madame T. qui exige d'avoir des informations sur l'état de santé de sa mère. Vous lui proposez de rencontrer le médecin du service.

Dans le dossier de cette patiente, se trouve le compte rendu d'hospitalisation dont vous trouverez ci-après le début et la conclusion.

1) Compte tenu de l'état de santé de Madame T., le médecin pourra-t-il répondre aux exigences de son fils ?

**2) Quel regard critique argumenté portez-vous sur la forme et le fond de cet extrait du compte rendu d'hospitalisation ?**

3) **Vous définirez** les mots et les abréviations soulignés dans ce texte et vous nommerez deux termes désignant des déminéralisations osseuses.

Centre hospitalier  
Avenue du Dr Schweitzer  
00 000 BACEVIN

## **Service de soins de suite et de réadaptation**

*Pole de rattachement : Pôle de Réadaptation et Gériatrie*

### **Compte-rendu d'hospitalisation de Madame T. Jeanne, âgée de 88 ans.**

Madame T. est hospitalisée dans le service du **17 janvier au 25 février 2013** suite à une perte d'autonomie totale récente avec syndrome confusionnel.

#### **Anamnèse :**

Madame T. est entrée en maison de retraite le 9 novembre 2012 pour un séjour vacances.

Apparition de lombalgies basses importantes quelques jours après son admission, accompagnée de chutes répétées et de difficultés à la marche.

Présence d'une déminéralisation osseuse au bilan radiologique, absence de syndrome inflammatoire biologique. Le bilan phosphocalcique est normal. Un avis rhumatologique a été demandé : poursuivre l'antalgique du palier II (Lamaline), kinésithérapie et repos au lit.

L'évolution est marquée par la perte d'autonomie totale avec désorientation temporo spatiale, syndrome confusionnel et troubles du comportement (opposition aux soins, agressivités, idées de persécutions, hallucinations).

#### **Au bilan biologique :**

- Absence de syndrome infectieux,
- absence de trouble métabolique,
- NFS, folates, vit B12 : N

EEG: tracé altéré par la présence d'un foyer lent sub-continu fronto temporal gauche.

TDM : leucoaraïose

Le syndrome confusionnel est probablement d'origine multifactoriel (affectif : décès du mari, entrée en institution ; iatrogène : "antalgique du pallier II").

La patiente est suivie par la psychologue pour un bilan neuropsychologique car un syndrome démentiel sous-jacent est évoqué.

Madame T. nous est alors transférée.

#### **En conclusion :**

La détérioration intellectuelle sévère est confirmée en lien avec une pathologie démentielle. La prise en charge ergothérapique conclut à la nécessité d'une aide importante pour tous les gestes de la vie quotidienne.

Dans ces conditions, le retour au domicile est impossible. Patiente en GIR 1.

Transfert en USLD.

Centre hospitalier  
Avenue du Dr Schweitzer  
00 000 BACEVIN  
Tél / Fax / e-mail

## Service de soins de suite et de réadaptation

Pôle de rattachement : Pôle de Réadaptation et Gériatrie

### Compte-rendu d'hospitalisation

Madame T. Jeanne, âgée de 88 ans.

Madame T. est hospitalisée dans le service du 17 janvier au 25 février 2013 suite à une perte d'autonomie totale récente avec syndrome confusionnel.

#### Anamnèse :

Madame T. est entrée en maison de retraite le 9 novembre 2012 pour un séjour vacances.

Apparition de lombalgies basses importantes quelques jours après son admission, accompagnées de chutes répétées et de difficultés à la marche.

Présence d'une déminéralisation osseuse au bilan radiologique, absence de syndrome inflammatoire biologique. Le bilan phosphocalcique est normal. Un avis rhumatologique a été demandé : poursuivre l'antalgique du palier II (LAMALINE), kinésithérapie et repos au lit.

L'évolution est marquée par la perte d'autonomie totale avec désorientation temporo-spatiale, syndrome confusionnel et troubles du comportement (opposition aux soins, agressivités, idées de persécutions, hallucinations).

#### Au bilan biologique :

- Absence de syndrome infectieux,
- absence de trouble métabolique,
- NFS, folates, vit B12 : N

\*\*\*

EEG: tracé altéré par la présence d'un foyer lent subcontinué frontotemporal gauche.

TDM : leucoaraïose.

Le syndrome confusionnel est probablement d'origine multifactoriel (affectif : décès du mari, entrée en institution ; iatrogène : "antalgique du palier II").

La patiente est suivie par la psychologue pour un bilan neuropsychologique car un syndrome démentiel sous-jacent est évoqué.

Madame T. nous est alors transférée.

#### En conclusion :

La détérioration intellectuelle sévère est confirmée en lien avec une pathologie démentielle. La prise en charge ergothérapique conclut à la nécessité d'une aide importante pour tous les gestes de la vie quotidienne.

Dans ces conditions, le retour au domicile est impossible. Patiente en GIR 1.

Transfert en USLD.

Nom médecin

## **EXERCICE 2**

Vous êtes secrétaire dans le service cardiologie du Docteur Rey. Vous êtes chargée de former la personne qui vous remplacera pendant vos congés. Celle-ci a dactylographié un courrier qu'elle veut mettre sous pli.

Vous relisez le courrier avec elle en lui signalant :

7 erreurs orthographiques

6 erreurs sur le vocabulaire médical ( tous les termes sont volontairement mal orthographiés)

4 éléments importants dans la présentation du courrier

**Relevez les erreurs commises par votre future remplaçante et corrigez-les.**

**CENTRE HOSPITALIER DE LILLE**  
**8 Boulevard du Général Leclercq**  
**Tél : 03-20-43-43-43**

**HOPITAL CARDIOLOGIQUE**  
Service de cardiologie infantile

Monsieur le Docteur Bernard UNTEL  
3 rue Pasteur  
59000 LILLE

Objet : évolution du patient Arthur Coche

Mon Cher Bernard,

Le petit Arthur Coche, né le 07/08/2004, a été hospitalisé le 17 septembre car il était en assystolie avec une cardiomégalie très importante, une épatomégalie.  
L'examen ne révélait pas de souffle, les radiales étaient bien perçus, les fémorales n'étaient pas perçues.  
Il existait une différence de tension entre le membre supérieure et le membre inférieur.  
L'ECG montrait une hypertrophie ventriculaire droite.

Cliniquement, il s'agissait d'un tableau de coarctation sévère.

L'échocardiogramme montre un très gros ventricule gauche, hypokinétique avec des indices de contractilité qui sont franchement abaissés.  
Nous l'avons donc mis immédiatement sous traitement DIGITALIQUE et DIURETIQUE.

Actuellement, il va un peu mieux et j'envisage de réaliser son bilan hémodynamique et anghiographique, puis une intervention chirurgical.

Je ne manquerai pas de te tenir au courant de l'évolution et te prie de croire en ma fidèle amitié.

Docteur REY



**CENTRE HOSPITALIER DE LILLE**  
**8 Boulevard du Général Leclercq**  
**Tél : 03-20-43-43-43**

**HOPITAL CARDIOLOGIQUE**  
Service de cardiologie infantile

Monsieur le Docteur Bernard UNTEL  
3 rue Pasteur  
59000 LILLE

Date

Objet : évolution du patient Arthur Coche.

\*  
\*  
\*

Mon Cher Bernard,

Le petit Arthur Coche, né le 07/08/2004, a été hospitalisé le 17 septembre car il était en **assystolie** avec une cardiomégalie très importante, une **épatomégalie**.

\*

L'examen ne révélait pas de souffle, les radiales étaient bien **perçus**, les fémorales n'étaient pas perçues. Il **existait** une différence de tension entre le membre **supérieure** et le membre inférieur. L'ECG montrait une **hypertrophie** ventriculaire droite. Cliniquement, il s'agissait d'un tableau de coarctation sévère.

L'échocardiogramme montre un très gros ventricule gauche, **hypokhinétique** avec des indices de contractilité qui sont franchement **abaissés**.

Nous l'avons donc mis immédiatement sous traitement **DIGITALIQUE et DIURETIQUE**.

Actuellement, il va un peu mieux et j'envisage de **réaliser** son bilan **hémodynamique** et **anghiographique**, puis une intervention **chirurgical**.

Je ne manquerai pas de te tenir au courant de l'évolution et te prie de croire en ma fidèle amitié.

Docteur **Prénom ou initiale** REY

# Références

- Intranet
- Les doctes notes de la secrétaire médicale  
Editions « Le Marqueur de Paroles »
- Sites Internet :
  - [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)
  - [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)
  - [www.has.fr](http://www.has.fr)



**MERCI POUR VOTRE ATTENTION**