

SANTE PUBLIQUE ET MEDECINE SOCIALE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

TOUS LES SUJETS SONT A TRAITER

Sujet N° 1

Durant l'hiver, plusieurs patients qui présentent des symptômes respiratoires aigus sont admis en quelques heures dans un des services de votre hôpital. En tant que médecin de santé publique du service d'hygiène, le service des maladies infectieuses vous sollicite pour investiguer et comprendre cette épidémie.

A l'examen des dossiers des patients vous constatez qu'ils vivent tous dans la même maison de retraite à proximité de votre établissement. En tant qu'épidémiologiste, vous décidez d'en savoir plus sur cet épisode en mettant en place une étude épidémiologique.

Question n° 1

Avant d'initier votre investigation, cette épidémie doit être signalée à différentes instances, de quelles structures s'agit-il ?

Au niveau de l'hôpital :

Au niveau régional :

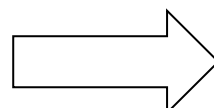
Cette structure régionale devra enfin la déclarer à une agence de sécurité sanitaire. De quelle agence s'agit-il ? (plusieurs appellations sont possibles).

Question n° 2

Au cours des dernières heures, 15 cas ont été hospitalisés et le seul médecin généraliste du village vous déclare 7 autres cas qui n'ont pas été hospitalisés. L'établissement compte 88 résidents. Selon vous quel est le taux d'incidence de cette pathologie dans cette maison de retraite. Vous en donnerez la définition avant de le calculer.

Question n° 3

Selon vous quelles études observationnelles épidémiologiques pourraient permettre d'étudier cette épidémie afin de mieux la comprendre ?



TSVP

Question n°4

Pour chacun de ces types d'étude vous en préciserez leurs avantages et inconvénients en vous aidant par exemple des items suivants (coût, rapidité des résultats, biais, type de pathologies étudiées, indicateurs calculés...)

Question n° 5

Sachant que les autorités sanitaires régionales attendent vos conclusions pour décider de ce qu'il faut faire et que vous ne disposez que de peu de moyens financiers pour réaliser ce travail, laquelle de ces études vous semble la plus adaptée à l'analyse de cette situation sanitaire?

Question n° 6

De façon concrète, comment choisirez-vous les témoins pour réaliser votre étude et combien en choisirez-vous ? Vous justifierez votre réponse.

Question n° 7

Votre travail a montré qu'il s'agit d'une épidémie d'infections respiratoires aiguës. Des mesures de gestion sont à mettre en place, quelle structure régionale et quelle direction du ministère de la santé sont responsables de la gestion d'une épidémie en France ?

Question n° 8

Au niveau de l'hôpital, 2 personnes sont décédées, une personne non hospitalisée est également décédée. Quelle est la létalité de cette pathologie ? Pour répondre à cette question vous ne tiendrez compte que des données déjà citées.

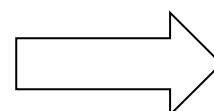
Question n° 9

Durant l'hospitalisation il s'avère que 4 nouveaux cas sont apparus chez des malades hospitalisés. Comment est qualifiée une infection acquise en milieu hospitalier et quelle en est la définition ?

Question n° 10

Des précautions standards d'hygiène sont décidées. Citez au moins 5 items correspondant à ces précautions standards. S'agissant d'une épidémie d'origine respiratoire, sur quelle(s) mesure (s) faut-il insister ?

TSVP



Sujet N° 2

Vous êtes médecin de santé publique dans un centre hospitalier général d'une ville de 100 000 habitants. Dans votre hôpital de 600 lits, il y a 2 services de chirurgie (chirurgie orthopédique et chirurgie générale), une salle de réveil et une unité de soins intensifs de chirurgie commune à ces 2 services.

Le directeur de votre établissement vous sollicite car le dernier palmarès des hôpitaux récemment publié par un hebdomadaire est inquiétant pour le service de chirurgie générale. Selon ce palmarès votre hôpital est très mal classé pour la chirurgie du colon en raison à la fois d'un nombre d'actes limité et en raison d'une mortalité assez élevée.

Question n° 1

Quelles peuvent être les explications possibles à une mortalité élevée en chirurgie en dehors d'explications liées à la qualité de la technique chirurgicale elle-même ou au chirurgien.

Question N° 2

Le directeur vous fait remarquer que l'hôpital a été certifié l'année précédente avec seulement des réserves mineures. Comment expliquez vous cette discordance apparente ?

Question n° 3

Si vous deviez de manière rapide comparer les chiffres de mortalité observés en 2015 dans ce service à d'autres chiffres disponibles , quels chiffres et types d'hôpitaux vous choisiriez ?

Question n° 4

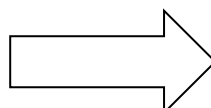
Il existe une base de données régionale spécifique commune à tous les services de chirurgie dans laquelle sont enregistrées les principales caractéristiques préopératoires des malades. En quoi cette base pourrait vous être utile ?

Question n° 5

Le PMSI peut il aussi vous aider en ce sens ? Discutez ce point.

Question n°6

La mortalité au cours des années précédentes était dans ce service beaucoup plus faible. Quelles sont les explications possibles à cette augmentation de mortalité ?



TSVP

Question n° 7

La clinique privée de la même ville est légèrement mieux placée dans ce palmarès avec une mortalité inférieure de 10 % environ. Cela signifie-t-il nécessairement que la qualité des soins pour cet acte chirurgical est meilleure ? Justifiez votre réponse.

Question n°8

Vous décidez de réaliser une série d'audits de pratiques en chirurgie générale. Comment procédez vous pour choisir les pratiques évaluées et pour réaliser en pratique ces audits ?

Question n° 9

Vous décidez de mettre en place une revue de morbi-mortalité. Quel est l'intérêt de cette revue dans ce cas précis et comment l'organisez-vous ?

Sujet N° 3

Deux de vos techniciennes d'information médicale (TIM) viennent vous trouver car elles ne sont pas d'accord sur le codage d'un séjour en Gériatrie. Ce service de court séjour MCO comporte 20 lits d'Hospitalisation Complète - UM 2000 (HC), et 2 Lits identifiés de soins palliatifs enregistrés sous le code UM 2004 (LISP).

Il s'agit d'une patiente âgée de 89 ans, qui a été admise en hospitalisation en UM 2004 (LISP), venant de l'EHPAD où elle était entrée 1 mois auparavant. Elle a regagné son EHPAD au bout d'un séjour de 29 jours dans ce service.

Le codage est effectué sur le compte rendu d'hospitalisation (CRH), corroboré par le dossier de soins et les autres éléments du dossier de la patiente. Il n'y a pas d'acte codé.

Voici les extraits significatifs du CRH :

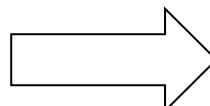
Votre patiente **Mme D. Ginette, née le 10/04/1927**, a été hospitalisée en Médecine Gériatrique du 20/07/2016 au 18/08/2016, directement via le guichet unique, pour support transfusionnel devant une anémie à 5,2 g/dl dans un contexte de néoplasie digestive en abstention thérapeutique.

Antécédents : - HTA,

- néoplasie colique sans anapath, abstention thérapeutique souhaitée par la patiente,

- myélodysplasie avec atteinte des 3 lignées diagnostiquée en mars 2014,

TSVP



- cancer utérin en 1991 traité par radiothérapie et chirurgie (hystérectomie et annexectomie).
- AC/FA non anti coagulée.

Examen à l'entrée : consciente, cohérente, orientée ; se plaint de fatigue et de douleurs du talon droit.

Température à 37,2°C - TA = 96/43 mmHg - Pouls à 105 bpm

ECG : AC/FA connue. Ondes T négatives en V3-V4-V5 non retrouvées sur les anciens ECG amenant un dosage de troponinémie qui revient négatif.

- Oedèmes des membres inférieurs majeurs prenant le godet depuis un mois d'après la patiente.
- Abdomen souple, avec palpation d'une masse en fosse iliaque et flanc droits. Transit fluctuant, avec une alternance diarrhée et constipation. Présence de rectorragies.
- Poids à 67,3 kg / 1m 64, soit un IMC à 25 kg/m² - Albumine à 20,4 g/l, CRP à 48,2 mg/l, soit un statut de dénutrition sévère.

EVOLUTION DANS LE SERVICE

Sur le plan de l'anémie : transfusion au total de 5 culots globulaires entre le 20 et le 23 juillet, avec bonne tolérance et hémoglobine post transfusionnelle le 28/07/2016 à 10,1 g/dl.

Dans le contexte de rectorragies, nous arrêtons le KARDEGIC et réinstaurons un IPP (PANTOPRAZOLE).

Sur le plan oncologique : Mme D. se pose des questions quant à la poursuite de transfusions itératives.

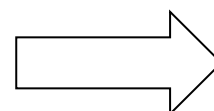
Je sollicite alors l'Equipe mobile de soins palliatifs (EMSP) le 25/07/2016 pour voir Mme D. Après discussion pluri-disciplinaire et avec la patiente, nous convenons d'arrêter les bilans de surveillance systématique.

Concernant les douleurs abdominales, nous débutons un traitement par corticothérapie à la dose de 1 mg/kg le matin (J1 le 26/07/2016) associé à du PARACETAMOL et du SPASFON.

Elle décrit aussi des douleurs plutôt électriques au niveau du membre droit qui paraissent calmées depuis l'introduction des corticoïdes et d'un traitement par LAROXYL 5 gouttes le soir.

Madame D. a continué à être suivie par l'EMSP durant son séjour, et cette prise en charge sera poursuivie à l'EHPAD. A ce jour, elle refuse un soutien psychologique par un professionnel.

TSVP



Sur le plan de la prise en charge palliative et soins de confort (25 juillet au 18 août) :

- * mise en place de bain de bouche au LANSOYL Framboise,
- * passage de l'ergothérapeute pour mise en place d'un coussin fessier devant des douleurs de l'ischion droit.
- * soins de prévention des escarres : pansement VASELINE sur les talons si douleurs.
- * perte du poids de manière régulière (67.3kg à l'entrée dans le service, 71 kg en mars 2016, 84,5 kg en octobre 2015). La diététicienne préconise un complément nutritionnel oral (CLINUTREN dessert crème).

Sa famille a été rencontrée régulièrement durant l'hospitalisation afin de leur délivrer les informations médicales, notamment, l'arrêt des surveillances biologiques et la prise en charge de confort.

Si l'état de santé de Mme D. venait à se dégrader, vous pouvez faire appel au Guichet Unique de Gériatrie pour organiser une hospitalisation.

Le point de vue des TIM diverge sur le choix du diagnostic principal (DP) :

- L'une retient le code Z5130, le motif d'entrée étant la transfusion, avec un diagnostic relié D630.
En effectuant le groupage du séjour, elle constate qu'il est classé dans le GHM 23M064, pour une valorisation de 6 022,82 €.
- L'autre TIM coderait les soins palliatifs Z515 en DP, arguant qu'il s'agit d'une prise en charge globale, et que d'ailleurs la patiente est hospitalisée en LISP.
Elle a groupé le séjour qui est alors classé dans le GHM 23Z02Z.
le tarif indiqué est de 4 064,02 €, avec une valorisation totale de 8 569,02 € compte tenu des 17 journées EXH.

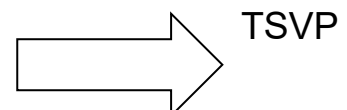
Question N° 1

Dans le cas de ce RSS, composé d'un seul RUM :

S'il a pour DP = Z5130, comment expliquer que le GHM auquel aboutit le groupage ait un niveau de sévérité = 4 ?

Question N° 2

Si ce RUM a pour DP = Z515, êtes-vous d'accord avec le groupage (GHM/GHS) obtenu par la 2^{ème} TIM ? Et pourquoi ?



Question N° 3

En prenant en compte les règles de codage et votre souci sur les conséquences en terme de valorisation du séjour, quel est votre point de vue par rapport à l'argumentaire des 2 TIM ?

Quels sont les éléments en faveur et en défaveur de chacune ?

Quels sont les risques d'un surcodage ?

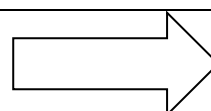
Question N° 4

Finalement, en suivant au mieux les étapes de la prise en charge de la patiente rapportées dans ce CRH, comment pourriez-vous envisager la description PMSI de ce séjour qui soit satisfaisante autant sur le plan des règles et que de la valorisation ?

ANNEXES

Le codage des diagnostics retenus est le suivant :

n°	Niveau de sévérité	Code	Diagnostics du RUM
1		C189	Tumeur maligne du côlon, sans précision
2	2	D469	Syndrome myélodysplasique, sans précision
3	2	D630	Anémie au cours de maladies tumorales (C00-D48)
4	3	E43	Malnutrition protéino-énergétique grave, sans précision
5		I10	Hypertension essentielle (primitive)
6	2	I489	Fibrillation et flutter auriculaires, sans précision
7		K580	Syndrome de l'intestin irritable, avec diarrhée
8	2	K625	Hémorragie de l'anus et du rectum
9		K649	Hémorroïdes, sans précision
10		R520	Douleur aiguë
11	2	R522	Autres douleurs chroniques
12		R53+2	Fatigue [asthénie]
13		R943	Résultats anormaux d'explorations fonctionnelles cardio-vasculaires
14		Y451	Effets indésirables des salicylés au cours de leur usage thérapeutique
15		Z5130	Séance de transfusion de produit sanguin labile
16	3	Z515	Soins palliatifs
17		Z854	Antécédents personnels de tumeur maligne des organes génitaux



18		Z907	Absence acquise d'organe(s) génital(aux)
19		Z923	Antécédents personnels d'irradiation

Les caractéristiques des GHM concernés sont les suivantes :

CARACTÉRISTIQUES DES RACINES DES GHM (*Manuel des GHM, vol.1 - annexe 3*)

racine	Moins de 2 ans	Plus de 69 ou 79 ans	GHM courts	Niveau de sévérité	Décès	Libellé
23M06		79 (1-3)	T1	1 - 4		Autres facteurs influant sur l'état de santé
23Z02			T0	Z		Soins Palliatifs, avec ou sans acte

Arrêté du 4 mars 2016 fixant pour l'année 2016 les éléments tarifaires

mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale

GHS	GHM	LIBELLE	Bornes basses	Bornes hautes EXH	TARIF €	TARIF EXH €
7963	23M061	Autres facteurs influant sur l'état de santé, niveau 1		8	1 388,90	185,36
7964	23M062	Autres facteurs influant sur l'état de santé, niveau 2		15	2 786,61	179,79
7965	23M063	Autres facteurs influant sur l'état de santé, niveau 3		23	4 337,88	168,49
7966	23M064	Autres facteurs influant sur l'état de santé, niveau 4		33	6 022,82	338,76
7992	23Z02Z	Soins Palliatifs, avec ou sans acte	4	12	4 064,02	265,00
7993	23Z02Z	Soins Palliatifs, avec ou sans acte	4	12	5 283,23	344,49
7994	23Z02Z	Soins Palliatifs, avec ou sans acte	4	12	6 096,03	397,50