



HAL
open science

Etude preliminaire du travail de secretariat dans un service hospitalier specialise

S. Sebillotte

► **To cite this version:**

S. Sebillotte. Etude preliminaire du travail de secretariat dans un service hospitalier specialise. RT-0030, INRIA. 1983, pp.40. inria-00070127

HAL Id: inria-00070127

<https://inria.hal.science/inria-00070127>

Submitted on 19 May 2006

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

IRIA

CENTRE DE ROCQUENCOURT

Institut National
de Recherche
en Informatique
et en Automatique

Domaine de Voluceau
Rocquencourt
BP 105
78153 Le Chesnay Cedex
France
Tél (3) 954 90 20

Rapports Techniques

N° 30

ÉTUDE PRÉLIMINAIRE DU TRAVAIL DE SECRÉTARIAT DANS UN SERVICE HOSPITALIER SPÉCIALISÉ

Suzanne SEBILLOTTE

Décembre 1983

RAPPORT TECHNIQUE INRIA

**ETUDE PRELIMINAIRE DU TRAVAIL DE SECRETARIAT
DANS UN SERVICE HOSPITALIER SPECIALISE**

Suzanne SEBILLOTTE

**Projet de Psychologie Ergonomique
Institut National de Recherche
en Informatique et en Automatique**

Résumé

Cette étude présente l'ensemble des tâches effectuées dans des secrétariats médicaux. Une analyse préliminaire du travail est réalisée à partir de quelques entretiens avec les secrétaires. Outre une formulation des objectifs, la description des postes de travail, l'énumération des tâches effectuées par les secrétaires, on trouvera une description détaillée des opérations les plus importantes.

Mots-clés : Analyse de travail - Description de la tâche - Secrétariat médical

Abstract

This work presents the tasks fulfilled by medical secretaries. A first task analysis is carried out, starting from some secretaries's interviews. Besides the formulation of the objectives, the description of the workplace and a listing of the different tasks a detailed description of more important operations is given.

Key-words : Task analysis - Task description - Medical secretaries

Dans le cadre des recherches que nous menons actuellement, relatives à la description des actions d'opérateurs qui accomplissent une tâche précise et nous intéressant plus particulièrement aux tâches administratives et de secrétariat, nous avons accepté de participer à une analyse préliminaire du travail de secrétariat dans un service hospitalier spécialisé. Cette étude a été réalisée en collaboration avec les membres de l'équipe du Docteur Spector (Laboratoire d'Informatique Médicale de l'Hôpital Necker-Enfants malades) et du Centre de Formation Continue de l'Université Paris V, dans l'Unité d'Immuno-hématologie de l'Hôpital Necker-Enfants Malades, avec l'autorisation du Professeur Griscelli qui dirige ce service et que nous remercions.

Le document présenté ici est une première tentative de description des principaux postes de secrétariat. Rédigé à partir de quelques entretiens avec les secrétaires (1), ce document doit être considéré comme provisoire, car nécessiterait une analyse plus fine. Cette étude préliminaire a pour objectif essentiel de nous familiariser avec l'ensemble des tâches effectuées dans des secrétariats de ce type et doit être considérée comme un document de travail.

Outre une formulation des objectifs, une description du poste de travail et l'énumération des différentes tâches effectuées par les secrétaires, on trouvera une description détaillée des opérations les plus importantes.

(1) Nous remercions tout particulièrement Mesdames Tessier, Serrurier, Payet et Mellah, qui ont accepté de nous consacrer une partie de leur temps et de répondre à nos questions.

PRESENTATION GENERALE DE L'ETUDE

L'étude a été menée dans le service du Professeur Griscelli qui dirige une unité spécialisée (1) du département de Pédiatrie de l'Hôpital Necker-Enfants malades à Paris.

Dans un service spécialisé de ce type, trois fonctions principales sont assurées, par l'ensemble du personnel :

- une fonction "consultation" : surveillance, diagnostic et traitement des malades externes (50 à 65 consultations par semaine environ).
- une fonction "hospitalisation" : observation, diagnostic, traitement et soins des malades hospitalisés (25 lits disponibles, la durée d'hospitalisation peut varier de 4 jours à un an).
- une fonction "hospitalisation de jour" qui assure la surveillance, traitement et soins de malades suivis dans le service, au cours d'une hospitalisation de 24 heures (4 à 5 par jour).

A ces trois fonctions principales s'ajoutent des fonctions d'enseignement et de recherche, de transmission des connaissances et une fonction administrative et de secrétariat.

La fonction secrétariat est assurée par six secrétaires ayant des attributions précises. En effet, les tâches de secrétariat sont nombreuses et variées et sont réparties en quatre postes de travail différents.

- le secrétariat médical (3 secrétaires),
- le secrétariat d'hospitalisation (1 secrétaire),
- le secrétariat du Chef de service (1 secrétaire),
- le secrétariat INSERM ou de l'équipe de recherche (1 secrétaire).

Dans cette étude nous nous limiterons à l'analyse de 3 postes de travail seulement, laissant pour l'instant de côté l'analyse du secrétariat INSERM dont l'objectif est la diffusion des connaissances et la tâche essentielle l'édition des travaux des chercheurs au moyen d'une machine de traitement de texte.

(1) Unité d'Immuno-hématologie.

Pour décrire les tâches principales effectuées par les secrétaires, nous avons préféré à l'organigramme classique, utiliser un mode de description qui tient compte des buts et sous-buts qu'implicitement les opérateurs se fixent et de la manière dont ils les programment. Cette façon de décrire l'activité d'opérateurs, qui s'inspire des travaux récents sur la planification, nous semble en effet présenter un intérêt dans une perspective d'application, conception de système informatique, par exemple (Sebillotte, Rapport de Recherche INRIA, 1983). Nous considérons que la description d'un but ou d'un sous-but comporte : d'une part, une opération ou une suite d'opérations qui remplit l'objectif défini par le sous-but; d'autre part, un ensemble de pré-requis ou de conditions initiales qui doit être exécuté pour que ces opérations puissent être effectuées. A chaque sous-but est associée une procédure, celle qui réalise le sous-but, mais cette réalisation peut impliquer la réalisation préalable d'autres sous-buts visant à accomplir les conditions initiales nécessaires à ce sous-but.

Une procédure, donc est définie par :

- un but (ou un sous-but), c'est-à-dire l'état résultant de la suite des actions,
- une suite d'actions,
- des pré-requis, qui sont les conditions qui doivent être réalisées pour qu'un algorithme soit appliqué.

Si certains pré-requis ne sont pas satisfaits alors un sous-but est programmé consistant à le réaliser.

Ainsi le mot qui désigne la procédure désigne à la fois la séquence d'actions qui la définit et les séquences d'actions qui correspondent à l'exécution des sous-buts qui sont les pré-requis de la procédure.

LA FONCTION "SECRETARIAT MEDICAL"

L'objectif principal de la fonction "Secretariat médical" est d'assurer la liaison entre les membres de l'équipe médicale hospitalière et les personnes extérieures à l'hôpital (médecins, parents...), uniquement lorsque cela concerne un malade suivi dans le service et se rapporte à la surveillance, diagnostic, traitement du malade.

Cette fonction est assumée par trois secrétaires, qui assurent chacune les tâches de secrétariat d'un médecin assistant et d'un attaché (courrier, prise de rendez-vous, expédition de lettres, compte rendu...) à l'exception de la dactylographie et de l'expédition des travaux de recherche (articles) qui sont assurés par le secrétariat INSERM.

1 - Les postes de travail et les documents de travail

Les trois secrétaires se partagent la même pièce "Le secrétariat médical".

Chaque poste de travail se compose d'un bureau avec retour, d'une machine à écrire IBM et d'un téléphone; les rayonnages, classeurs, fichiers sont communs.

Les documents de travail sont :

- les cahiers de rendez-vous et de messages, propres à chaque médecin,
- un répertoire d'adresse rotatif commun aux 3 secrétaires
- le fichier des mots-clés " " " "
- le fichier-enfants " " " "
- le cahier de comptabilité des comptes rendus communs aux 3 secrétaires

2 - La tâche principale : les comptes rendus médicaux

A l'issue de chaque consultation ou hospitalisation (qu'elle soit de jour ou de durée variable) le médecin qui suit l'enfant fait un compte rendu. C'est aux secrétaires qu'incombent les tâches de dactylographie et d'expédition.

Le compte rendu

C'est un document, qui sera gardé (collé) dans le dossier médical du malade et qui est reproduit en nombre limité et expédié aux médecins s'intéressant particulièrement au malade (médecin traitant ou ayant suivi l'enfant).

On distingue :

* Les comptes rendus d'hospitalisation

Trois à cinq par semaine. Il s'agit d'un document de deux à cinq pages.

Il se compose :

a) d'un cadre

C'est un formulaire (annexe 1) permettant de faire des doubles directement (feuillelet composé de quatre feuilles), avec un certain nombre de rubriques, se rapportant à :

- . l'identification du malade : nom, prénom, date de naissance...
- . l'identification du service : hôpital, unité (spécialisation), service...
- . la durée de l'hospitalisation : dates (entrée et sortie)
- . au compte rendu : date, médecin
- . la liste des destinataires

Dans ce cadre sont aussi inscrits (rajoutés par la secrétaire) : le numéro du dossier et la date du prochain rendez-vous.

b) le compte rendu proprement dit

Il est rédigé selon un certain plan adopté dans le service : motif de l'hospitalisation, histoire de la maladie, etc. (voir annexe 2).

c) les signatures

L'interne et le chef de clinique qui avaient la charge de l'enfant, apposent leurs signatures.

d) les mots-clés

Ils sont déterminés par le chef de clinique.

Le compte rendu est dactylographié, sur des feuilles spéciales : la première comporte le cadre, les suivantes ne comportent que le numéro de la page et un rappel du nom et prénom du malade (annexe 3).

* Les comptes rendus de consultation

Ils sont beaucoup plus nombreux, mais plus courts environ 70 par semaine (effectifs des consultations : 7 consultations avec une moyenne de 10 consultants).

Il se compose :

a) d'un cadre

Ce cadre est différent de celui des comptes rendus d'hospitalisation (annexe 4). Il s'agit de feuille à entête du service, présentée sous la forme d'une lettre type et où on inscrit quelques renseignements permettant d'identifier le malade (numéro du dossier, nom et prénom...).

b) le compte rendu proprement dit

Rédigé sous forme de lettre, il s'agit d'un texte libre : il n'existe pas de plan type. En général après un rappel de l'état précédent du malade, le médecin fait part du nouveau diagnostic, des examens effectués et du traitement prescrit à ce jour.

c) la signature

Seul le médecin qui a vu l'enfant en consultation signe le compte rendu.

En principe, il n'y a pas de nouveaux mots clés à l'issue d'une consultation.

3 - Les tâches annexes

3.1 Les tâches annexes en rapport avec la tâche principale

* La tenue des dossiers : Insertion du compte rendu

Les comptes rendus signés par le/les médecin(s) sont collés, au fur et à mesure dans les dossiers médicaux des enfants. Ce sont les doubles qui sont expédiés aux différentes destinataires.

* Enregistrement des mots-clés

Les mots-clés qui ont été précisés, au bas des comptes rendus d'hospitalisation sont ensuite enregistrés sur la fiche personnelle de l'enfant (fichier enfant). Il s'agit le plus souvent de diagnostics, mais peuvent être aussi des examens de laboratoire, des types de biopsie, des traitements.

Chaque mot-clé est reporté sur une fiche (fichier mots-clés), sur laquelle on inscrit les noms des malades : à l'issue d'une hospitalisation le nom d'un enfant peut être reporté sur plusieurs fiches.

Actuellement ce fichier se présente sous forme d'un tiroir de 50/60 cm de long. Les fiches sont classées en quatre grandes catégories : Immunologie, Hématologie, Rhumatologie, Divers.

Pour chacune de ces grandes catégories, il existe un sous-classement, à l'intérieur duquel les mots-clés sont rangés par ordre alphabétique.

Quand la secrétaire colle le compte rendu dans le dossier, elle inscrit dans le même temps le nom de l'enfant sur la fiche des mots-clés correspondants, et les mots-clés sur la fiche de l'enfant.

3.2 Les tâches annexes indépendantes de la tâche principale

* Les communications téléphoniques

Ce sont essentiellement :

- des messages destinés aux médecins
- prises de rendez-vous pour les nouveaux malades (les rendez-vous pour les malades suivis déjà dans le service sont prévus d'avance soit lors de la dernière consultation, soit à la sortie d'hospitalisation)
- communications diverses émanant des parents d'enfants suivis dans le service (demande de renseignements, conseils...)

* Le courrier

Courrier divers émanant des médecins.

* La tenue et circulation des cahiers de messages

Chaque médecin a un cahier de message. Sur ce cahier la secrétaire inscrit tous les messages destinés au médecin, principalement les communications téléphoniques.

Ce cahier est remis au médecin le matin et récupéré par la secrétaire l'après-midi, s'il ne lui a pas été rendu : quand un médecin a pris connaissance d'un message, il le coche.

* La préparation des listes de consultation

Les consultations ont lieu sur rendez-vous, qui sont inscrits dans un cahier. Quand il s'agit d'un malade suivi dans le service, le rendez-vous est prévu d'une fois sur l'autre. Pour les nouveaux consultants le rendez-vous est pris en général par téléphone.

Trois ou quatre jours avant chaque consultation la secrétaire établit la liste des consultants prévus, qu'elle remet au service de la consultation afin que les dossiers soient sortis (des archives) et préparés.

* Le classement

Tous les résultats d'examens, doubles de lettres, comptes rendus... sont à classer dans les dossiers. Tant que le compte rendu n'est pas fait et tous les résultats d'examens parvenus au secrétariat, les dossiers (qu'il s'agisse d'anciens hospitalisés ou de consultants) sont conservés au secrétariat, rangés par ordre alphabétique sur des rayonnages.

Au fur et à mesure que parviennent au secrétariat ces documents, ils sont classés dans les dossiers.

Le classement des résultats d'examens (une vingtaine par jour) apparaît difficile et long et mériterait une étude spécifique plus approfondie. La difficulté réside essentiellement en un problème d'identification :

- de l'examen dont le nom peut ne pas être codifié de la même façon dans le service et au laboratoire concerné, par exemple : une culture mixte de lymphocytes, demandée par un médecin reviendra du laboratoire avec comme identification M.L.C (qui représente les initiales de l'expression anglaise).
- du malade : les examens sont expédiés et reviennent avec un numéro GMM (n° donné au moment de l'entrée à l'hôpital par les services administratifs de l'hôpital) et ce numéro est différent du n° du dossier, ce qui complique la tâche.

Enfin, tous les résultats d'examens du service arrivent en premier lieu au secrétariat médical qui doit faire un tri et distribuer le reste aux différents secteurs de l'hospitalisation.

* L'archivage

Une fois par semaine, une secrétaire porte aux archives, les dossiers qui ne sont plus en attente de résultats d'examens ou de comptes rendus.

4 - Réalisation des comptes rendus : procédure générale de travail et modèle du sujet

Les protocoles recueillis au cours des interviews nous ont permis d'une part de décrire la procédure générale de travail concernant les comptes rendus et d'autre part de proposer un modèle des sujets qui tiennent compte des

buts et sous-buts (1) que se fixent implicitement les secrétaires qui accomplissent la tâche et qui décrit de façon détaillée les actions effectuées pour atteindre leurs objectifs.

4.1 Procédure générale de travail

Les comptes rendus sont le plus souvent enregistrés sur bandes magnétiques (rarement rédigés au brouillon). A partir de ce document de base un ensemble d'opérations doit être réalisé avant d'expédier le compte rendu aux différents destinataires. Les procédures générales de travail peuvent se résumer ainsi :

4.1.1 Comptes rendus d'hospitalisation

- réception du compte rendu sur bande ou au brouillon,
- dactylographie du compte rendu,
- 1ère relecture par l'interne qui fait des corrections éventuellement et signe,
- 2ème relecture par le chef de clinique qui contresigne et détermine les mots-clés,
- collage du compte rendu dans le dossier de l'enfant et expédition des doubles aux destinataires.

4.1.2 Comptes rendus de consultation

Ces comptes rendus parviennent au secrétariat, après chaque consultation, sur bandes magnétiques avec les dossiers des malades.

- après réception, dactylographie du compte rendu,
- lecture et signature par le médecin consultant,
- photocopie du compte rendu
- collage du compte rendu dans le dossier et expédition des photocopies aux destinataires.

(1) Nous rappelons (cf. page 8) que nous considérons que la description d'un but ou d'un sous-but comporte : d'une part, une opération ou une suite d'opérations qui remplit l'objectif défini par le sous-but; d'autre part, un ensemble de pré-requis ou de conditions initiales qui doit être exécuté pour que ces opérations puissent être effectuées.

4.2 Modèle du sujet

**Secrétariat médical : I - S'OCCUPER DES COMPTES RENDUS D'HOSPITALISATION
ET DE CONSULTATION**

BUT : S'occuper des comptes rendus

BUT 1 : Reproduire le compte rendu sous forme d'un document dactylographié

PRE-REQUIS : Avoir un compte rendu non dactylographié (enregistrement sur bande, ou écrit à la main)

ACTIONS : . Prendre un cadre spécial (formulaire)
. Remplir l'entête
. Taper le compte rendu

BUT 2 : Envoyer un compte rendu à des destinataires

1 - Compte rendu d'hospitalisation

PRE-REQUIS: Avoir un compte rendu définitif, c'est-à-dire dactylographié, vérifié, validé 2 fois, enregistré et archivé

- . Réalisation du 1er pré-requis: BUT 1
- . Réalisation du 2ème pré-requis: --- sous-but 1 : faire vérifier le compte rendu (s'assurer que le contenu est correct)
Pré-requis: avoir un compte rendu dactylographié, connaître les valeurs vraies
Actions : . confronté les données (écrites et connues)
. faire les corrections
- . Réalisation du 3ème pré-requis: --- sous-but 2 : faire valider le compte rendu, une 1ère fois (par l'interne)
Pré-requis: avoir un compte rendu dactylographié et vérifié
Actions : . viser
. signer
- . Réalisation du 4ème pré-requis: --- sous-but 3 : faire valider une 2ème fois (par le chef de clinique)
Pré-requis: avoir un compte rendu dactylographié et validé une 1ère fois
Actions : . viser
. signer
- . Réalisation du 5ème pré-requis: --- sous-but 4 : faire annoter le compte rendu
Pré-requis: avoir un compte rendu dactylographié et validé
Actions : . écrire une information (ici écrire les mots-clés)
- . Réalisation du 6ème pré-requis: --- sous-but 5 : enregistrer certaines données
Pré-requis: avoir les données (mots-clés)
Actions : . identifier le support (fichier, cahier)
. chercher le support
. écrire les informations
. ranger le support

- . Réalisation du 7ème pré-requis: --- sous-but 6 : archiver le compte rendu
- Pré-requis: avoir un compte rendu dactylographié, vérifié, validé 2 fois, annoté, et enregistré
- Actions : . garder l'original
- . faire des doubles
- . ranger

ACTIONS : . Prendre une enveloppe

- . Inscrire l'adresse
- . Insérer le compte rendu

2 - Compte rendu de consultation

PRE-REQUIS: Avoir un compte rendu définitif (c'est-à-dire dactylographié et validé) et archivé

- . Réalisation du 1er pré-requis : BUT 1
- . Réalisation du 2ème pré-requis: --- sous-but 1 : faire valider le compte rendu
- Pré-requis: avoir un compte rendu rédigé
- Actions : . viser
- . signer
- . Réalisation du 3ème pré-requis: --- sous-but 2 : archiver le compte rendu
- Pré-requis: avoir un compte rendu rédigé et validé
- Actions : . faire photocopie
- . classer

ACTIONS : . Prendre une enveloppe

- . Inscrire l'adresse
- . Insérer le compte rendu
- . Mettre au courrier

LA FONCTION "SECRETARIAT D'HOSPITALISATION"

L'objectif principal de la fonction "Secrétariat d'hospitalisation" est d'assurer l'ensemble des tâches administratives concernant le secteur de l'hospitalisation du service. Cette fonction est essentiellement assurée par une secrétaire, dont le rôle principal est de faciliter du point de vue administratif l'arrivée (entrée) et le départ (sortie) d'un hospitalisé.

1 - Le poste de travail et les documents de travail

* Le poste de travail se compose d'un bureau situé dans le hall d'entrée du service, d'un téléphone, de tiroirs et classeurs où sont rangés les documents de travail.

* Les documents de travail sont :

- un ensemble de formulaires et fiches vierges, qui seront utilisés pour l'admission ou la sortie d'un hospitalisé,
- des dossiers vierges et emballages plastiques,
- divers cahiers de :
 - . prise en charge,
 - . demande d'examens,
 - . numérotage des dossiers,
 - . de rapports,
 - . de fourniture - alimentation,
 - . " - matériel,
- un classeur contenant les plannings des chambres par semaine.

2 - La tâche principale : les entrées et les sorties

La tâche principale de la secrétaire d'hospitalisation est de "faire" ou de "s'occuper" des entrées et des sorties des hospitalisés.

2.1 Les entrées

Il s'agit de préparer le dossier du malade qui doit être hospitalisé, de prévoir les prescriptions (examens de laboratoire à effectuer à l'arrivée),

d'accueillir le malade et sa famille et de s'assurer que toutes les formalités administratives ont été effectuées, éventuellement les faciliter, et que tout soit en règle.

2.1.1 Le dossier du malade

Les hospitalisations étant en principe prévues (les urgences sont extrêmement rares), la secrétaire prépare les dossiers à l'avance : soit elle va chercher le dossier aux archives (malade ancien), soit elle crée un nouveau dossier.

Chaque dossier se compose de deux dossiers distincts : un dossier infirmier et un dossier médical, l'ensemble est groupé dans un emballage spécial rigide (cartable en plastique).

. Le dossier infirmier

Il s'agit d'un classeur contenant :

- une feuille de température
- un cahier de prescription
- un cahier de surveillance
- un intercalaire transparent où seront glissés la carte de groupe sanguin et le billet de salle (feuille remise à l'admission et signée des parents, avec les coordonnées de la famille et l'autorisation d'opérer l'enfant).

. Le dossier médical

Il est composé :

- d'un classeur avec des intercalaires de couleurs différentes, permettant de grouper les résultats des examens pratiqués par catégories (hématologie, virologie...),
- d'un livret spécial "Observations cliniques", dont une fiche - la fiche médico-sociale - sera momentanément détachée et rangée dans un endroit spécial.

2.1.2 La prévision des prescriptions

En règle générale en même temps qu'on prévoyait une hospitalisation, une fiche de prescriptions a été rédigée. Les prescriptions concernent des examens de laboratoire, radiographies... qui doivent être effectués avant l'hospitali-

sation. Le rôle de la secrétaire consiste à prendre et planifier les rendez-vous et à éventuellement prévoir un transport (ambulance) quand les examens n'ont pas lieu dans le laboratoire du service.

2.1.3 L'accueil du malade

Quand l'enfant arrive accompagné de sa famille dans le service, outre le rôle d'accueil important que doit jouer la secrétaire (familiarisation avec l'hôpital, remise d'un dépliant expliquant le fonctionnement du service...), celle-ci doit s'assurer que toutes les formalités administratives ont été accomplies et dans les règles.

- bon d'admission et billet de salle
- prise en charge de la Sécurité Sociale, éventuellement dispense du ticket modérateur,
- modalité de transport.

Si ces formalités n'ont pas été réalisées ou que les papiers ne sont pas en règle, elle devra remplir certains formulaires, donner les indications nécessaires et éventuellement faire accompagner la famille dans certains services administratifs de l'hôpital.

2.2 Les sorties

Il s'agit essentiellement de rassembler tous les papiers administratifs utiles pour les parents quand l'enfant quittera l'hôpital : formulaires remplis, signés par qui de droit...

* Les documents à rassembler sont :

- la fiche de sortie (annexe 5),
- les ordonnances,
- la fiche de convocation soit pour une nouvelle hospitalisation, soit pour une consultation (annexes 6 et 7),
- le bon de transport (éventuellement).

* Les documents sont groupés dans une chemise, et diverses opérations sont à effectuer : vérification, signature...

3 - Les tâches annexes

3.1 Tâches annexes en rapport avec la tâche principale.

* Remise en ordre des dossiers

- classement des examens de laboratoire (par catégories et par ordre chronologique),
- collage de la fiche de sortie et du double de l'ordonnance, ainsi que la fiche médico-sociale qui avait été momentanément détachée, dans le cahier "observation clinique".

Le dossier est ensuite porté au secrétariat médical avec l'enregistrement du compte rendu d'hospitalisation sur bande magnétique.

* Tenue du planning d'hospitalisation

Le service d'hospitalisation est constitué de 28 lits budgétaires, dont 11 petits, le nombre peut être parfois augmenté (jusqu'à 32 lits au total).

Dans le classeur prévu à cet effet la secrétaire inscrit les sorties (dates, nom, médecin, prochains rendez-vous) et aussi les prévisions d'admission. Chaque mardi, elle prépare le planning de la semaine suivante.

3.2 Tâches annexes indépendantes de la tâche principale

* Les communications téléphoniques

Il s'agit le plus souvent de demandes de renseignements de la part de médecins ou de laboratoires, concernant un hospitalisé, de communications des médecins de ville pour avoir un conseil ou demander une hospitalisation.

A ces communications s'ajoutent celles des parents au sujet des enfants hospitalisés ou de leur hospitalisation future.

* Les commandes d'examens effectués à l'extérieur de l'hôpital

Quand les services de l'hôpital ne sont pas en mesure d'effectuer un examen, celui-ci est pratiqué dans un laboratoire extérieur et toute une procédure est nécessaire :

- l'infirmière fait un bon,
- la secrétaire l'enregistre dans le cahier "demande d'examens",
- les examens sont alors groupés par catégories dans une pochette et envoyés aux différents laboratoires de l'hôpital, qui confirment (signature) que l'examen ne peut être effectué dans l'hôpital,

- le bon signé est alors porté à l'économat qui enregistre la commande,
- puis il est rapporté au service par un coursier,
- la secrétaire note alors le n° du bon de commande et peut alors envoyer l'examen au laboratoire spécialisé.

* Tenue du cahier de rapport

Chaque jour dans ce cahier sont notés :

- les présences du personnel (garde officielle des médecins, nombre d'infirmières, d'aides soignantes, etc.),
- le nombre de "bulle" (matériel spécifique au service) en fonctionnement,
- tout ce qui concerne l'immatriculation GAMM des hospitalisés.

Le cahier quand il est rédigé, est alors vérifié et signé par la surveillante, envoyé à la direction pour signature, retourné au service. Ceci chaque jour.

* Les commandes de fournitures

Celles-ci sont inscrites sur des cahiers préparés à cet effet, et concerne :

- soit l'alimentation (lait, petits pots pour bébés...),
- soit le matériel (produits d'entretien ou fournitures de bureau).

* Archivage des dossiers

La responsable de l'archivage de tout le département de pédiatrie, attribue en début d'année, 200 numéros de dossiers au service. Au fur et à mesure de leur création, les numéros sont attribués à la suite et enregistrés par la secrétaire dans un cahier avec l'identité du malade et retranscrit sur trois fiches destinées chacune au secrétariat médical, aux services de la consultation et de l'hospitalisation.

4 - Les entrées et les sorties : procédures générales de travail et modèles des sujets

Les protocoles recueillis au cours des interviews nous ont permis de suivre et de décrire les procédures générales de travail de la secrétaire et d'autre part de proposer comme précédemment, des modèles du sujet qui tiennent compte des buts et sous-buts qu'il se fixe et qui décrivent plus en détail les actions effectuées pour accomplir ses tâches.

4.1 Procédure générale du travail

4.1.1 Les entrées

* Préparation des dossiers en fonction du planning d'hospitalisation prévu :

- recherche du dossier (s'il existe) ou création et enregistrement d'un nouveau dossier,
- prise de rendez-vous pour les prescriptions et inscription des rendez-vous sur la fiche de prévision,
- prévision de transport, éventuellement (commande d'ambulance),
- vérification de l'ensemble du dossier (s'il est complet).

* Accueil du malade

- vérification de la prise en charge (éventuellement rédaction de la prise en charge),
- enregistrement du taux de remboursement dans le cahier de prise en charge,
- signature du bon de transport, si nécessaire,
- rangement du billet de salle et de la carte de groupe sanguin dans le dossier infirmier.

4.1.2 Les sorties

- réception de la fiche de sortie,
- préparation des documents à remettre au moment de la sortie, à la famille :
 - . ordonnances,
 - . convocation soit pour une consultation, soit pour une nouvelle hospitalisation,
 - . bon de transport,
 - . billet de salle.
- signature et rédaction des ordonnances par le médecin,
- vérification de l'ensemble des documents et éventuellement préparation des médicaments non commercialisés, qui seront remis à la sortie,
- vérification par la surveillante,
- photocopie ou récupération des doubles des divers documents,
- classement des doubles dans classeur spécial "hospitalisations prévues",
- remise du dossier avec la bande magnétique sur laquelle est enregistré le compte rendu d'hospitalisation, au secrétariat médical.

4.2 Modèles du sujet

Secrétariat d'hospitalisation : I - S'OCCUPER DES ENTREES"

BUT 1: Préparer le dossier

PRE-REQUIS: Avoir en main un dossier enregistré et numéroté

- . Réalisation d'un 1er pré-requis: --- sous-but 1 : chercher le dossier (archive, ou prendre un dossier neuf).
- . Réalisation du 2ème pré-requis: --- sous-but 2 : enregistrer le dossier dans cahier de numérotage.
Pré-requis: connaître les données (identité du malade)
- . Réalisation d'un 3ème pré-requis: --- sous-but 3 : inscrire numéro du dossier.

ACTIONS :

- . sous-but 1 : prévoir les prescriptions.
Pré-requis: avoir une feuille de prescription
Actions : . sortir la feuille
 . prendre les rendez-vous par téléphone
 . noter rendez-vous sur la feuille
 . commander ambulance si nécessaire
- . sous-but 2 : vérifier le dossier complet.
Pré-requis: connaître le contenu des dossiers
Action : . confronter les données
- . sous-but 3 : retirer la fiche confidentielle
Pré-requis: avoir un dossier complet
Actions : . retirer la fiche
 . ranger la fiche

BUT 2: Accueil

PRE-REQUIS: un malade avec un certain nombre de documents: prise en charge, billet de salle et éventuellement un bon de transport.

ACTIONS :

- 1- . sous-but 1 : enregistrer la prise en charge
Pré-requis: avoir la prise en charge
 . sous-but: remplir le formulaire de prise en charge (malade en urgence)
Action : . enregistrer (taux de prise en charge)
- 2- . sous-but 2 : valider le bon de transport par le médecin
Pré-requis: avoir un bon de transport rempli
Action : . viser
 . signer
- 3- . sous-but 3 : ranger "billet de salle" dans dossier
Pré-requis: avoir le dossier complet (cf. BUT 1)
- 4- . sous-but 4 : conduire l'enfant avec son dossier dans le service d'hospitalisation.

Secrétariat d'hospitalisation : II - FAIRE LES SORTIES

BUT : Remettre au malade tous les documents utiles à sa sortie d'hôpital

PRE-REQUIS : L'ensemble des documents doit être rempli et regroupé, validé, vérifié
2 fois et archivé

- . Réalisation du 1er pré-requis: --- sous-but 1 : remplir les formulaires
Pré-requis: avoir les formulaires
Actions : écrire les informations utiles
- . Réalisation du 2ème pré-requis: --- sous-but 2 : constituer un dossier
Pré-requis: avoir une unité de rangement (une chemise)
Action : . grouper les formulaires dedans
- . Réalisation du 3ème pré-requis: --- sous-but 3 : valider l'ensemble des documents
Pré-requis: formulaire rempli et documents rédigés
 - . Réalisation du 2ème pré-requis : --- sous-but à réaliser : écrire l'ordonnance
Pré-requis: avoir l'information
Action : . écrire
 Actions : . viser
 . signer
- . Réalisation du 4ème pré-requis: --- sous-but 4 : vérifier une 1ère fois
Pré-requis: connaître les valeurs vraies
Action : . confronter les données
- . Réalisation du 5ème pré-requis: --- sous-but 5 : vérifier une 2ème fois
Idem 4ème sous-but
- . Réalisation du 6ème pré-requis: --- sous-but 6 : archiver les documents
Pré-requis: avoir les documents remplis, validés et vérifiés
Actions : . faire ou garder un double de chaque élément du dossier
 . classer

ACTION : . remettre en main propre l'ensemble des documents

LA FONCTION "SECRETARIAT DE CHEF DE SERVICE"

L'objectif principal de la fonction "Secrétariat du chef de service" est de faciliter les relations multiples du chef de service avec les organismes ou interlocuteurs extérieurs : administrations diverses, organismes internationales, correspondants étrangers...

1 - Le poste de travail et les documents de travail

Le secrétaire partage un bureau contigu à celui du chef de service, avec le secrétaire de l'équipe de recherche).

Le poste de travail est constitué : d'un bureau avec retour, d'une machine à écrire IBM (électronique 65), d'un téléphone, de classeurs et rayonnages et de deux armoires.

Les documents de travail :

- un fichier d'adresses rotatif,
- des annuaires téléphoniques,
- des annuaires plus spécifiques : Vidal (spécialités pharmaceutiques) et Rosenwald (médecins et établissements hospitaliers),
- de dictionnaire : Petit Robert, dictionnaire anglais Harrap's, dictionnaire médical Garnier-Delamarre,
- de "petits lutins" (claseurs et feuilles plastifiées) :
 - . annuaire de l'hôpital,
 - . classement des dossiers et documents contenus dans les armoires.

2 - La tâche principale

La tâche principale de la secrétaire du chef de service est le courrier : rédaction, frappe et expédition. Il s'agit pour 80% du courrier de la rédaction de lettres, 20% seulement concerne les comptes rendus de consultation (consultations du chef de service seulement, une fois par semaine soit 8 à 15 consultants maximum).

2.1 Les lettres

Il s'agit essentiellement d'un courrier destiné à des correspondants en rapport avec la fonction médicale, d'enseignement et de recherche du service et dépendant :

- des ministères (Santé, Affaires étrangères, Education...),
- des Universités (françaises et internationales),
- des organismes de recherche INSERM, CNRS...,
- de grandes institutions, telles que la Fondation de la Recherche Médicale, la Fondation de France contre la leucémie, etc.,
- de laboratoires pharmaceutiques.

Enfin tout ce qui concerne l'organisation et la participation aux Congrès (nationaux et internationaux), les communications entre médecins au sujet de malades, la gestion (équipement du service...), etc.

Les lettres selon l'objet peuvent être soit enregistrées au dictaphone, soit rédigées par la secrétaire sur indications (principales idées) du chef de service, soit directement rédigées (lettres administratives) par la secrétaire. Le courrier peut être écrit en français ou en anglais, les lettres sont en général personnalisées et une copie est toujours conservée.

2.2 Les comptes rendus de consultation

Ils sont du même type que ceux rédigés et envoyés par le secrétariat médical. Dictée au dictaphone, la bande est remise à la secrétaire après la consultation hebdomadaire, avec les dossiers des consultants.

Le même cadre de lettre, qu'au secrétariat médical est utilisé, et la procédure d'expédition est la même.

3 - Tâches annexes

3.1 Les tâches annexes en rapport avec la tâche principale

* Les communications téléphoniques

Elles sont très nombreuses. Pour une grande part, il s'agit des mêmes correspondants que pour le courrier (Ministères, organismes de recherche, universités françaises et étrangères...).

Les autres communications, peuvent être :

- communications entre médecins (présentation de malade, conseils, résultats d'examens, etc.),

- communications relatives à des déplacements (organisation, réservation...) ou à la préparation de congrès (intervenants...),
- des demandes d'hospitalisation (souvent de province).

* Le classement du courrier ou documents divers

Les lettres reçues, les doubles de lettres expédiées et documents les accompagnant sont classés dans des dossiers dans les armoires, par thèmes, titres et chronologiquement :

Exemple : Thème - Le personnel
 Titres - Chef de clinique, Internes, Externes, Résidents étrangers, Infirmières...

Un dossier sans thème rassemble les correspondances diverses (parents qui remercient par exemple...), le classement est à l'intérieur par ordre alphabétique.

Ce classement est valable pour une année universitaire, les documents sont gardés dans l'armoire du bureau d'octobre à octobre, après ils sont archivés par thèmes dans les armoires du couloir.

* Tenue des dossiers : insertion des comptes rendus ou lettres dans les dossiers

Les comptes rendus de lettres sont collés au fur et à mesure dans le dossier médical de l'enfant, avant de remettre le dossier aux archives (cf. secrétariat médical).

3.2 Tâches annexes indépendantes de la tâche principale

Il s'agit essentiellement de tâches administratives diverses :

- tenue de planning de gardes des médecins internes et externes,
- préparation des ordres de missions,
- règlement des frais de missions,
- rédaction et suivi de contrats de recherche, bourses (étudiants, résidents étrangers),
- préparation du budget prévisionnel.

4 - Le courrier : procédure de travail et modèle du sujet

Qu'il s'agisse de lettres ou de comptes rendus de consultation, la procédure de travail est la même :

- rédaction et dactylographie du document,
- signature du chef de service,
- photocopie ou double,
- classement.

Le modèle de sujet que nous proposons est le même que celui décrit page 11 (compte rendu de consultation dans la fonction "secrétariat médical), et résumé ci-dessous :

BUT 1 : Dactylographier le document

BUT 2 : Envoyer le compte rendu (ou la lettre)

Sous-but 1 : Faire valider le compte rendu

Sous-but 2 : Archiver

CONCLUSION

Cette analyse préliminaire avait pour objectif de familiariser les lecteurs avec les tâches effectuées par l'ensemble des secrétariats d'un service hospitalier, dans une perspective d'informatisation de certains postes de travail. L'organisation du service a pour conséquence que les tâches sont spécifiques de chaque poste de travail, ce qui nous a conduits à analyser séparément chaque poste : énumération des tâches effectuées, documents de travail, analyse plus détaillée des tâches principales...

Cette analyse bien que succincte nous autorise à faire quelques remarques :

* Dans l'analyse des tâches principales, nous avons proposé des modèles des sujets dans lesquels les actions sont plus détaillées. Dans ces modèles nous avons tenu compte des buts et sous-buts qu'implicitement les secrétaires se fixent. Cette décomposition des tâches en buts et sous-buts nous semble intéressante pour décrire des tâches spécifiques dans une perspective d'application (système informatique, par exemple).

En effet on remarquera que ce sont, d'une manière générale les mêmes sous-buts que se fixent les sujets, quelle que soit leur tâche. Les tâches se différencient par l'objet sur lequel s'effectue les actions et par la planification des sous-buts (choix et ordre des sous-buts à réaliser) :

- remplir un formulaire (entête pour les comptes rendus, formulaires plus détaillés pour les entrées et les sorties),
- vérifier,
- enregistrer des données,
- faire valider les documents,
- archiver,
- etc.

* En ce qui concerne les tâches annexes, elles sont de même type dans les différents secrétariats :

- communication téléphonique,
- planning (construction et mise à jour),
- tenue des cahiers,
- archivage,

- tâches administratives variées : commande, préparation des ordres de mission, frais de déplacement... (1).

* Nous insisterons enfin, sur le fait que ce document reste un document préliminaire et qu'il serait souhaitable de faire des études plus fines, pour approfondir certaines procédures, en ce qui concerne en particulier :

- les comptes rendus : leur contenu plus précis, le langage utilisé par les médecins, les informations utiles pour faciliter identification et classement,
- les procédures utilisées par les secrétaires pour retrouver, identifier, classer les résultats d'examen et les mots clés.

(1) Certaines de ces tâches ont été étudiées dans d'autres tâches d'activité, cf. Sebillotte : Représentation des actions de l'opérateur. Etude de tâches administratives, Rapport de Recherche INRIA, 1983.

ANNEXES

COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION

concernant M.

Hôpital :

fait le :

Service :

par le Dr :

Hospitalisation du

au

SIGNATURE :

DESTINATAIRES :

Annexe 1

- PLAN DES COMPTES RENDUS D'HOSPITALISATION -

NOM Prénom

Date de Naissance

Numéro de dossier

Dates d'hospitalisation

Salle

Interne

Chef de Clinique

Motif de l'hospitalisation (succint)

Origine (hôpital ou médecin)

- 1- Antécédents personnels.
 - 2- Antécédents familiaux.
 - 3- Histoire de la maladie .
 - 4- Examen d'entrée. Noter Poids, Taille, etc...
 - 5- Examens spéciaux.
 - 6- Evolution (éventuellement)
 - 7- Discussion des problèmes posés.
 - 8- Conclusions :
 - 1- diagnostic
 - 2- traitement
-

Mots clefs :

- C.R. à envoyer à :
- 1- Mme HABIB (si biopsie)
 - 2- Médecin traitant
 - 3- Médecin hospitalier.

limiter les envois à 3 ou 4 au maximum.

COMPTE RENDU

(suite)

Nom du malade :

Prénom :

Annexe 3

B 1. 365 - 60 (30) - 1 / 70

UNITE D'IMMUNOLOGIE
et D'HEMATOLOGIE PEDIATRIQUES

DEPARTEMENT DE PEDIATRIE
Professeur Ag. C. GRISCELLI

HOPITAL DES ENFANTS MALADE

149, rue de Sévres
75730 PARIS CEDEX 15
Tél. 555.92.80 - postes 3334 - 3732

Compte rendu de consultation du consultant :

Correspondants :

Mon Cher Confrère,

Nous vous prions de trouver, ci-après, le compte rendu de consultation concernant
l'enfant : Dossier n°

UNITE D'HEMATOLOGIE ET D'IMMUNOLOGIE : FICHE DE SORTIE

Etiquette GAMM

- Adressé par le Docteur : _____

- Autres correspondants : _____

- Correspondance rédigée : lettre
 résumé

Sortie prévue le

Famille

Centre

Centre prévu : _____

Accord du correspondant : _____

Durée estimée du séjour :

Consultation auprès du correspondant (délai) :

Mode de sortie : _____

Réhospitalisation aux Enfants Malades (E.M.) le

Docteur : _____

Consultation aux E.M. : délai

soit le

Docteur : _____

Complément de résumé prévu à la consultation : oui non

Examens ou traitements prévus : _____

Remarques : _____

49/11

Annexe 5

nibiol[®]
SUSPENSION

l'antiseptique
urinaire
de l'enfant

Composition
Nitroxoiline fixée sur résine 1 g
anionique polyamine 100 mg
Excipient sucré aromatisé q.s.p.
Une cuillère à café correspond à 50 mg de nitroxoiline
1,5 g de nitroxoiline par flacon

Indications principales
Infections urinaires de l'enfant
• sans lésion associée de l'arbre urinaire
• avec lésion de l'arbre urinaire
• pyéloré avec culture négative infections urinaires
complicant les malformations rénales ou uro-génitales

Laboratoires **DEBAT** 60, rue de Monceau 75008 Paris. Tél. 561.95.44

Posologie
1 à 2 cuillères à café par 5 kg de poids
Cures de 10 jours minimum renouvelées
ou prolongées, si nécessaire

Présentation
Flacon de 150 ml - voie orale
Prix et remboursement
Prix public **22,80 F** + S.H.F. 0,35 F
PCA 76-60 P - A.M.M. 314 27E-1
Remb. S.S. - Coll. - Tableau C

gamm

A FICHE DE CONVOCATION

211 N° malade

Nom et prénom (2)

Naissance

221 Nom de jeune fille (2)

241 Date de convocation

Adresse du malade

Nom et adresse du médecin traitant

CACHET
DU
SERVICE

CACHET
DES
ADMISSIONS

(1) Après consultation à l'hôpital : 8
Sur demande d'un médecin extérieur : 9
(2) Nom en lettres majuscules

B BON D'ADMISSION DIFFEREE

Bon pour admettre M. Mme. Mlle.

Date ou période envisagée. (1) (2) (3)

CACHET DU MEDECIN
OU
DE LA CONSULTATION

*Signature
du praticien :*

- 1. Jour et date
- 2. Sous jours
- 3. Dans un délai de semaines

Annexe 6

CONSULTATION DE
L'UNITÉ D'IMMUNOLOGIE ET D'HEMATOLOGIE PÉDIATRIQUES
Clinique Robert DEBRÉ, Rez-de-Chaussée
HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES, 149, rue de Sèvres, 75015 PARIS
Tél. : 555.92.80 - poste 3732
de 9 h à 17 h

NOM : _____ PRÉNOM : _____

N° de dossier :

Prochain rendez-vous le : _____ 198 _____ à _____ H.
avec le :

Pr. Claude GRISCELLI	<input type="checkbox"/>	Dr. Anne-Marie PRIEUR	<input type="checkbox"/>
Dr. Alain FISCHER	<input type="checkbox"/>	Dr. Étienne VILMER	<input type="checkbox"/>
Dr. Clotilde OURY	<input type="checkbox"/>	Dr. Jean-Louis VIRELIZIER	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+ Hôpital de jour : à _____ H

*Nous vous prions dans la mesure du possible, d'éviter de modifier la date de votre rendez-vous.
En cas de nécessité absolue, veuillez écrire au consultant pour demander une modifica-
tion (éviter les appels téléphoniques).*

Annexe 7