



**TITRE PROFESSIONNEL**  
**SECRÉTAIRE ASSISTANT MÉDICO-SOCIAL**

# **TITRE PROFESSIONNEL SECRÉTAIRE ASSISTANT MÉDICO-SOCIAL EXTRAITS DE COURS**

Plongez au cœur du titre professionnel SAMS !  
La formation SAMS vous permet de maîtriser les enjeux techniques et professionnels du secrétariat médico-social.

Bonne lecture !

# EXTRAITS DE COURS

## SOMMAIRE

Envie de découvrir les contenus sur lesquels vous allez bâtir vos compétences ?  
Vous trouverez ici quelques extraits de cours qui composent votre future formation.

### 01

Extrait n°1.

Le compte-rendu

### 02

Extrait n°2.

La prise de rendez-vous  
de patients

### 03

Extrait n°3.

Suivi des dossiers administratifs dans le secteur  
social et médico-social



Extrait n°1.

## LE COMPTE-RENDU

Les comptes rendus sont très utilisés dans le domaine professionnel, que ce soit dans les structures médicales ou dans les structures sociales. Au sein d'un hôpital, des comptes rendus de consultations, d'examens ou d'interventions chirurgicales sont rédigés quotidiennement.

## Extrait de cours n° 1 : Le compte-rendu

### B. Le contenu

Quelle que soit sa forme, le CRO doit contenir des mentions obligatoires.

Tableau n°1 Les mentions obligatoires du CRO

MENTIONS OBLIGATOIRES	INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES
Un titre général	Exemple : compte rendu opératoire de M <sup>me</sup> Blanche CORDON.
Le titre de l'intervention, conforme à la CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux)	Exemple : GFFA018 <sup>1</sup> Bilobectomie pulmonaire, par thoracotomie.
La date de l'intervention, l'heure de début et l'heure de fin	-
Les informations concernant le patient	Nom, prénom, date de naissance.
Les informations concernant l'établissement	Nom, adresse, numéro de téléphone.
Le diagnostic pré-opératoire (les raisons de l'intervention) conforme au CIM 10 <sup>2</sup>	Les éléments cliniques, biologiques et radiologiques justifiant l'opération doivent être précisés.
La liste de tous les opérateurs médecins	Tous les médecins ayant participé à l'intervention doivent être mentionnés (anesthésiste, aide opératoire, etc.). Le premier opérateur mentionné est responsable de l'opération.
La présentation précise de l'opérateur	Nom et prénom, adresse professionnelle, numéro d'inscription à l'ordre des médecins, numéro de téléphone professionnel.
L'état du patient avant l'intervention	-
Le mode d'anesthésie pratiquée	Anesthésie générale, rachianesthésie, analgésie péridurale, anesthésie locale.
La position du patient sur la table opératoire	-
Les incidents survenus lors de l'opération	Exemple : AES (Accident Exposant au Sang).
La liste des lésions et constatations émises par les médecins	Peuvent être listées dans un paragraphe unique.
La liste des gestes effectués et des décisions prises par les médecins	De manière synthétique.
Les liquides injectés par les opérateurs	Exemple : 300 mL de sérum adrénaline à 1 pour mille.
Les transfusions sanguines effectuées durant l'intervention	Le cas échéant.
La liste des prélèvements effectués	Le cas échéant.
La fermeture et le type de fils de suture employés	-
L'appareillage externe	Le cas échéant.

<sup>1</sup> Code CCAM concernant l'exploration per-opératoire de la cavité abdominale.

<sup>2</sup> La Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10<sup>e</sup> révision, est une liste de classifications médicales codant les maladies, signes, symptômes, circonstances sociales et causes externes de maladies ou de blessures, publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

La présentation et la mise en page d'un compte rendu opératoire sont libres et dépendent des structures. Il peut être manuscrit ou informatique.



### Le contenu du compte rendu

Pour être le plus fiable possible, le compte rendu opératoire doit être rédigé **le jour même de l'intervention**. S'il est rédigé plusieurs semaines après, on parle de « CRO de mémoire » ou « CRO de souvenir ».

### C. La responsabilité

Le compte rendu opératoire doit obligatoirement être relu, éventuellement corrigé puis signé par le **médecin responsable de l'intervention**. Après avoir été signé par cet opérateur, aucune modification ne peut y être apportée par la suite.

L'opérateur inscrit en premier dans le CRO en est responsable, même s'il n'en est pas l'auteur.

Le CRO appartient au dossier médical du patient. Il peut donc être saisi par tout médecin à la demande du patient ou de manière judiciaire.

D'un point de vue légal, le compte rendu opératoire doit être conservé au minimum 30 ans par la structure médicale.

C'est un document confidentiel soumis au secret médical.

Tableau n°2 Les lettres clés des professionnels de santé

LETTRES CLÉS	ACTE
K	Actes de chirurgie et de spécialité pratiqués par le médecin.
Z	Actes utilisant les radiations ionisantes pratiquées par le médecin ou le chirurgien dentiste.
ORT	Traitement d'orthopédie dento-faciale pratiqué par le médecin.
SFI	Soins infirmiers pratiqués par la sage-femme.
AMP	Actes pratiqués par le pédicure.
AMO	Actes pratiqués par l'orthophoniste.
AMY	Actes pratiqués par l'orthoptiste.
AMK	Actes pratiqués par le masseur-kinésithérapeute au cabinet ou au domicile du malade.
AMC	Actes pratiqués par le masseur-kinésithérapeute dans une structure de soins ou un établissement.

## III. Le compte rendu d'acte diagnostique

### A. Un document obligatoire

Tout professionnel de santé ayant accompli un acte médical sur un patient doit réaliser un compte rendu d'acte diagnostique contenant la technique employée, les constatations et la synthèse de l'acte.

### B. Contenu et forme

Le contenu et la forme du compte rendu d'acte diagnostique sont similaires à ceux du CRO.

### C. La nomenclature des actes

Il existe une nomenclature générale des actes médicaux : chaque acte est **codé à l'aide de lettres et de numéros (coefficients)**.

*Exemple : l'extraction d'une première dent de sagesse correspond à « DC40 ».*

Les cotations permettent de connaître **la base de remboursement de la Sécurité sociale**.

Voici un extrait de la liste des lettres clés utilisées par les professionnels de santé :

### IV. Le compte rendu d'hospitalisation

Le Compte Rendu d'Hospitalisation (CRH) doit être complet et présenter les éléments suivants :

- le document médical d'admission ;
- l'examen médical d'entrée ;
- les prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation, le cas échéant ;
- le courrier de fin d'hospitalisation ;
- le traitement de sortie, le cas échéant ;
- le ou les compte(s) rendu(s) opératoire(s), le cas échéant ;
- le dossier anesthésique, le cas échéant ;
- le dossier transfusionnel, le cas échéant.



#### Le CRH

Le CRH doit être envoyé rapidement (dans les huit jours) au médecin traitant du patient pour l'informer sur le déroulement et les conclusions de l'hospitalisation.

Ce compte rendu constitue l'**élément clé d'une bonne coordination** entre l'hôpital et le(s) médecin(s) traitant(s) du patient après sa sortie.

### V. Le compte rendu d'examen

#### A. Un document obligatoire



#### Le compte rendu d'examen

Tout examen doit donner lieu à un compte rendu ayant une **valeur médico-légale** : biologie médicale, radiologie, scanner, endoscopie, échographie, examen buccodentaire, examen psychologique, etc.

Le compte rendu d'examen peut être **rédigé et mis en forme par le SAMS (partie administrative)**, puis complété par le professionnel de santé (partie médicale).

Le compte rendu d'examen doit être transmis :

- au médecin traitant du patient ;
- aux autres médecins sur demande ;
- au patient sur demande (par courrier ou en main propre).

#### B. Le contenu

Le compte rendu d'examen doit être structuré, car il doit être lisible :

- par le patient ;
- par le médecin prescripteur.

Il doit donner les informations suivantes :

- l'identité du patient : nom, prénom, âge, sexe, numéro de Sécurité sociale ;
- le type d'examen pratiqué ;
- la question clinique ;
- la date de l'examen, ainsi que la date de rédaction du compte rendu ;
- l'identité du professionnel ayant réalisé l'examen ;
- l'identité du professionnel ayant prescrit l'examen et des intervenants éventuels ;
- la description de la technique, du protocole et du matériel utilisés ;
- les images de l'examen (qui peuvent également être enregistrées sur CD-Rom) ;
- les constatations et résultats ;
- la synthèse en comparaison d'examens antérieurs ;
- la conclusion ;
- l'orientation diagnostique.



Extrait n°2.

## LA PRISE DE RENDEZ-VOUS DE PATIENTS

Le secrétaire est le collaborateur privilégié du médecin et du patient. Il s'occupe de toute l'organisation médicale, notamment la prise des rendez-vous.

# La prise de rendez-vous de patients

Le secrétaire est le pivot de la relation entre le médecin, le patient et l'institution. Il est le collaborateur direct du médecin et le lien privilégié du patient ; il occupe un poste clé dans le fonctionnement de toute organisation médicale et assume plusieurs tâches qui peuvent être différentes d'une structure à une autre, notamment **la prise des rendez-vous**.

## I. La prise de rendez-vous

Le patient peut **prendre rendez-vous** avec un praticien par plusieurs biais :

- en **téléphonant** au service concerné ;
- en **venant sur place** dans le service ;
- en faisant une demande **par mail** ;
- en prenant rendez-vous directement sur **une plateforme** (ex. : Doctolib).

Dans le cas d'une demande de rendez-vous par téléphone ou sur place, appliquer les règles d'accueil téléphonique et physique.

Selon la structure où vous travaillerez, vous trouverez **différents supports** pour la prise de rendez-vous :

- **agenda papier** ;
- **agenda électronique** type Outlook ;
- **logiciel de rendez-vous interne** à l'établissement (le plus courant).

Quel que soit le type de support, **différents facteurs** sont à prendre en compte :

- **les jours et créneaux horaires** pendant lesquels les intervenants consultent ;
- **l'intervalle** moyen entre deux consultations ;
- **les pauses prévues** par l'équipe médicale et tous les autres éléments qui sont susceptibles de perturber le cours des rendez-vous (urgences, rendez-vous des visiteurs médicaux...);
- **les congés** de l'équipe médicale.



### Congés des praticiens

Si vous travaillez dans un service où vous programmez des rendez-vous, pensez à **demandez régulièrement les congés des praticiens**, surtout au moment des vacances scolaires, de façon à pouvoir bloquer les plages horaires sur leur agenda.

## II. La confirmation de rendez-vous

Une fois le rendez-vous fixé, il faut **envoyer une confirmation** de rendez-vous au patient, au choix par :

- un **courrier**, avec une convocation prédéfinie par la structure ou par vous-même ;
- un **mail** de confirmation ;
- un **SMS** de confirmation (qui est le plus souvent envoyé automatiquement par le logiciel de rendez-vous).

Quel que soit le moyen, la confirmation doit comporter les éléments suivants :

- les coordonnées du patient (dans le cas d'un courrier) ;
- les coordonnées de la structure, avec une phrase qui indique la marche à suivre en cas d'annulation par le patient ;
- la date et l'heure du rendez-vous ;
- le lieu ;
- le nom du médecin ;
- éventuellement les pièces à fournir.

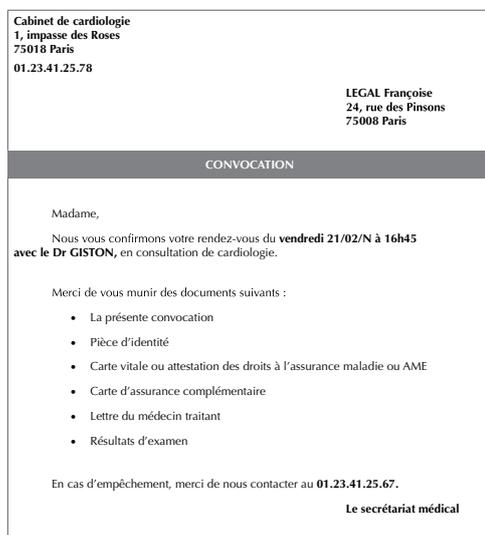


Fig. 1 Exemple de convocation © Skill and You



Fig. 2 Exemple de SMS envoyé au patient par le logiciel de rendez-vous © Skill and You

### III. Les actions liées au rendez-vous

Les **trois actions principales** autour du rendez-vous sont :

- **donner** un premier rendez-vous ;
- **reporter** un rendez-vous ;
- **annuler** un rendez-vous.

#### A. Donner un premier rendez-vous

- Demander **les coordonnées complètes** du nouveau patient (nom, prénom, date de naissance, adresse, numéro de téléphone).
- Fixer le rendez-vous** en fonction des disponibilités du médecin et du patient. On n'impose pas un rendez-vous, on le propose.

#### B. Reporter un rendez-vous

- Demander **le nom du patient**.
- Le rechercher sur **le planning**.
- Proposer un autre rendez-vous** en fonction de ses disponibilités et de celles du médecin.

#### C. Annuler un rendez-vous

- Demander **le nom du patient**.
- Le rechercher sur **le planning**.
- Lui demander **la raison de son annulation**, et la noter dans le logiciel de rendez-vous.



Extrait n°3.

## **SUIVI DES DOSSIERS ADMINISTRATIFS DANS LE SECTEUR SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL**

Dans ce secteur, vous serez amené à constituer et organiser les dossiers administratifs d'utilisateurs, et à établir et actualiser des tableaux de suivi. Les dossiers sont composés de documents, de formes et contenus variés, qui doivent rester disponibles. Leur exploitation entraîne, dès sa création, de multiples manipulations, et le secteur social est amené à constituer plus de dossiers que vous n'aurez à en faire dans le secteur médical.

exigences des nouveaux dispositifs d'accompagnement social.

## II. Réception et transmission de l'information

Les méthodes de réception et de transmission de l'information restent identiques, quel que soit le secteur dans lequel vous travaillez.

### A. Les méthodes de réception

- L'écoute.
- Le traitement des courriers postaux, fax ou mails.
- La prise de notes en situation de communication orale.
- La production de documents.
- Le classement et/ou l'archivage de documents/dossiers.

Le mail est une voie de plus en plus utilisée par les demandeurs, qui scannent les documents souhaités et les adressent par mailing. Pour le SAMS, cela sera plus simple : il suffit, après en avoir pris connaissance et après les avoir traités, de les glisser dans le dossier informatique du patient.

Si vous recevez l'information par courrier, il sera nécessaire de scanner et dater le document, avant de le glisser dans son dossier.

### B. Les méthodes de transmission

#### 1. Par téléphone

Informez le destinataire de l'information, quelle qu'elle soit, qui vous a été communiquée et que vous avez notée sur papier, pour ne rien oublier.

#### 2. Sur papier

Ayez toujours auprès de vous un bloc sur lequel vous noterez les informations qui vous seront données et qu'il faudra transmettre à votre supérieur. Ce bloc sera de préférence à feuilles facilement détachables (auto-collantes ou déchirables).

Vous positionnerez votre information sur le bureau de votre supérieur ou dans sa case courrier (en prenant

soin qu'elle ne s'envole pas et qu'elle reste bien en évidence).

### 3. Sur informatique

Le mail est le moyen le plus sécurisé. Il ne sera pas oublié puisqu'écrit, il ne s'envolera pas ni ne sera perdu sous un tas de documents.

Il pourra également servir de preuve, puisque seront automatiquement notées les dates et heures d'envoi, voire de réception si vous demandez un accusé de réception à votre supérieur.

## III. Créer un dossier et un tableau de suivi

### A. La création d'un dossier en service social

Le dossier est créé non pas suite à une hospitalisation ou à une prise en charge paramédicale, mais **suite à une demande de la part du demandeur de la prestation**. Ce dernier a besoin d'être aidé (services à la personne ou financièrement) et va constituer un dossier avec les documents souhaités. Il va demander à bénéficier de la prestation que votre organisme propose.

- Si cette personne n'a jamais eu de dossier dans votre organisme, vous devrez le créer, au format que votre organisme a choisi.
- Si la personne est déjà bénéficiaire d'une autre prestation, il faudra qu'elle rappelle son numéro dans toutes ses correspondances.

Ce dossier peut être déposé au siège de l'organisme ou adressé par courrier non recommandé.

Remarque : Pour la création d'un dossier papier en informatique, reportez-vous à la leçon concernant le « Suivi administratif dans le secteur sanitaire et social ».

### B. Le tableau de suivi

Se reporter à la leçon concernant le « Suivi administratif dans le secteur sanitaire et social ».



Une ligne récapitulera au minimum :

- le nom de l'utilisateur,
  - son prénom,
  - sa date de naissance,
  - son numéro de dossier.
- dossier classé dans les « usagers présents », « usagers sortis » ou archivé.

Cette fiche peut également comporter d'autres éléments essentiels comme : l'adresse, le numéro de téléphone, les dates de demandes du bénéficiaire...

Ce remplissage demandera toutefois du temps et une rigueur supplémentaires.

### V. Archivage

Certains services sont **réglementés** en ce qui concerne les documents à conserver : l'article D312-37 du Code de l'action sociale et des familles indique notamment le contenu réglementaire d'un dossier en IME, IEM, IMP, IMPRO, SESSAD.

Les contenus des dossiers ouverts en ITEP et en pouponnière sont également réglementés.

#### **Bilan du cours :**

**Organisation, rigueur et discrétion** sont les maîtres mots du suivi des dossiers administratifs.

Un classement méthodique et logique est nécessaire pour la masse des documents reçue, qui peut être considérable selon le service dans lequel vous travaillez. S'ils ne sont pas tous d'un intérêt immédiat, ces documents peuvent cependant devenir utiles : leur conservation en bon ordre est par conséquent indispensable.

**skill&yo.**

Envie d'en savoir plus ?  
Ne tardez plus, planifiez votre rendez-vous.

**skill&yo.**