

## A.I Organisation du travail dans les services

Les internes sont répartis dans les différentes unités et services comme suit:

- BB (0-18 mois);
- B1B2 (18 mois -16 ans) + service de pédopsychiatrie
- Médecine des adolescents
- Service santé jeune (SSJ)
- UD (unité de développement);
- Médecine A<sub>1</sub> (oncohématologie) + policlinique hémato
- USI (unité de soins intensifs) et néonatalogie.
- SAUP (Service d'Accueil et d'Urgence Pédiatrique).
- Spécialité :
  1. Pneumologie
  2. Gastro-entérologie
  3. Néphrologie-rhumatologie
  4. Neurologie
  5. Infectiologie
  6. Allergologie
  7. Endocrinologie
  8. Cardiologie
- Chirurgie pédiatrique
- Orthopédie pédiatrique.

Les buts de formation peuvent être consultés par service en tout temps sur le site de la FMH. ou de la SSP :

- <http://www.swiss-paediatrics.org/society/postgrad/index.htm>

- [http://www.fmh.ch/files/pdf1/kjmge\\_wbk1.pdf](http://www.fmh.ch/files/pdf1/kjmge_wbk1.pdf)

### Horaires

Pour les internes des services et des spécialités, les horaires sont:

08H00 – 12H00

14H00 – 18H30

Il reste évident que pour le bien du patient ou selon la charge du service, ces horaires peuvent être dépassés et l'interne restera disponible jusqu'à ce que les principaux problèmes soient réglés.

De même, lorsque la charge de travail est plus légère, en accord avec le chef de clinique de l'unité, on conviendra d'une pause à midi plus longue ou d'un départ anticipé le soir, ceci afin de compenser d'éventuelles heures supplémentaires.

Pour les internes des USI, de néonatalogie et du SAUP, les horaires sont irréguliers et comprennent des séries de jours ou de nuits.

### **Activités régulières**

Le rapport de garde a lieu à 8h00 du matin. La présence des internes des unités d'hospitalisation est obligatoire (BB, B1B2, UD, médecine A1). La pause entre le rapport de garde et le colloque sera utilisée pour aller examiner les entrées de la nuit, ou pour régler les problèmes transmis lors du rapport. Les internes doivent être ensuite tous présents au colloque de formation postgraduée de 8h30 à 9h15.

Le rapport du soir, pour les internes des étages et les médecins de garde, aura lieu à 18H00 du lundi au jeudi et à 17H30 le vendredi et les veilles des jours fériés.

#### **Le rapport du matin doit être précis et bref, il est destiné à :**

1. Signaler tous les patients admis dans les unités au cours de la nuit ou du week-end.
2. Indiquer l'évolution durant la garde des cas signalés au rapport du soir.
3. De transmettre aux médecins de la journée les problèmes posés par les patients hospitalisés pendant la nuit.

**Le programme du colloque de formation postgraduée présenté à tour de rôles par les internes et médecins cadres** est affiché à l'entrée de la salle du rapport de garde. Vous serez invités à tour de rôle à participer sur des sujets définis avec le médecin formateur et vos chefs de cliniques.

#### **Le rapport du soir (précis et bref) est destiné à :**

1. Annoncer aux médecins des SAUP les patients de l'étage susceptible de poser des problèmes durant la nuit ou nécessitant un suivi particulier.
2. Annoncer aux médecins de l'étage les patients hospitalisés près 17h
3. Communiquer des informations générales.

### **Travail des services (BB – B1B2)**

A 9H15, chaque interne fait la visite dans son service. Les lundis, mercredis et vendredis, la visite se fait avec le chef de clinique et 2x/semaine, en général les lundis et vendredis, au lit du patient. Les mardis et jeudis, la visite se fait avec les infirmières sur cardex, sans chef de clinique, les patients sont vus puis discutés ensuite si nécessaire. C'est durant la visite que les examens complémentaires, les modifications de traitement, les apports et les indications relatives aux sorties sont données.

**Cave** : entre la fin du colloque du matin et le début de la visite, les internes doivent prendre connaissance des dossiers des patients hospitalisés pendant la garde, ainsi que des problèmes urgents qui devront être traités en priorité.

A 17H00, l'interne fait une contre-visite dans son service avec les infirmières pour s'informer des changements survenus chez les patients.

L'interne est responsable de chaque enfant qui entre dans son service ; il doit établir un dossier dactylographiés DPI (formulaires d'entrée +complément d'anamnèse) pour chacun après avoir effectué l'anamnèse, l'examen clinique et discuté du cas avec son chef de clinique (examens complémentaires, consultations spécialisées éventuelles et plan de traitement). **Essayez d'éviter les abréviations.**

Les stagiaires de 6<sup>ème</sup> année rédigent eux-mêmes le dossier médical, mais sont toujours supervisés par un interne du service et/ou le chef de clinique.

Les consultants des spécialités sont appelés après discussion avec le chef de clinique ou le médecin adjoint responsable du service. Le passage d'un consultant doit être signalé au chef de clinique du service. Le consultant est prié d'annoncer si possible le jour et l'heure de sa visite.

#### **Tenue des dossiers:**

Des suites quotidiennes sont écrites dans le dossier **en fin de journée** (observations, status, examens complémentaires, traitement, conclusions). Pour la remise de garde du WE, une courte synthèse du cas par écrit doit être effectuée chaque vendredi (diagnostics, traitement, problèmes pouvant se poser pendant le week-end doivent être clairement discutés; les examens prévus ou les résultats à pister doivent être mentionnés).

Les observations des stagiaires doivent être supervisées et contresignées par l'interne responsable.

#### **Ordres médicaux :**

Les ordres médicaux entrés sur DPI doivent être vérifiés (dosage, fréquence, durée, isolement, alimentation, contrôles, ...). Afin d'éviter les erreurs, le poids du patient doit être entré avant la première prescription pour chaque nouveau séjour, **sinon le poids est établi par défaut à 50 kg ou le patient garde son poids du séjour précédent !**

Tous les dosages doivent être recalculés au moins une fois par semaine.

**Cave :** pour les stagiaires, les ordres médicaux qu'ils inscrivent doivent être obligatoirement contrôlés et contresignés par un interne de service.

#### **Sortie des malades :**

Avant la sortie, l'enfant est examiné par l'interne responsable et le status de sortie inscrit dans le dossier. Le médecin traitant est averti par téléphone, par fax juste ou par mail sécurisé (publication ACS) avant la sortie de l'enfant.

#### **Divers :**

##### **Casiers à courrier :**

Chaque interne ou chef de clinique se voit attribuer un casier personnel pour recevoir son courrier et les lettres de sorties à corriger. Ce casier se trouve à l'accueil de la policlinique. Ce casier doit être vidé régulièrement ! De plus, toute absence prolongée (plus d'un ou deux jours) doit être signalée soit à l'accueil, soit au moyen d'une feuille de papier pliée de façon à être en évidence dans le casier.

##### **E-mails :**

Chaque nouvel interne ou chef de clinique reçoit une boîte e-mail sur le serveur de l'hôpital. Toutes les informations transitent par e-mail, celui-ci doit donc être consulté régulièrement.

##### **Vision RH :**

Les heures de travail hebdomadaires sont entrées par le secrétariat de pédiatrie (Mme maillard et Chuard) selon des horaires type en fonction du lieu de travail des médecins. Cet horaire respecte la loi sur le travail de 50h/sem. En cas d'heures supplémentaires n'ayant pas pu être compensée durant la semaine, l'interne doit avertir son chef de service qui proposera une compensation en temps ou les validera.

## All Quelques conseils pour rédiger les lettres de sortie :

La lettre de sortie contient les éléments principaux de l'hospitalisation. Elle doit être dictée dans les 48 heures **et être signée dans les 10 jours maximum** suivant le départ de l'enfant. Après correction, elle doit être montrée au chef de clinique.

Aucun retard ne doit survenir à cause de "résultats manquants" (rapport EEG, laboratoire, autopsie). Mentionner en cas de résultats manquants : "l'examen X manque encore et vous sera communiqué dès que nous l'auront reçu".

Nous vous recommandons d'établir une liste de ces examens manquants, faute de quoi il est très difficile de faire parvenir au médecin traitant l'information promise.

### Points communs à tout types de lettre de sortie :

#### *Diagnostic(s) principal(aux) :*

S'applique à toute découverte ayant entraîné une réflexion médicale, des examens complémentaires et une prise en charge durant l'hospitalisation présente.

#### *Comorbidité(s) active(s) :*

Antécédent pour lequel, l'équipe médicale à du réfléchir, demander un avis spécialisé, effectuer un examen complémentaire ou modifier un traitement/une prise en charge durant l'hospitalisation présente. Exemple : une crise d'asthme chez un diabétique pour qui on contrôle les glycémies et on doit adapter le schéma d'insuline.

#### *Comorbidité(s) passive(s) :*

Antécédent qui n'engendre pas de décision ou d'acte médical durant l'hospitalisation. Exemple : appendicectomie à l'âge de 4 ans, prématurité 30SA, rachitisme phospho-calcique du prématuré substitué jusqu'à l'âge de 6 mois, bronchiolite à l'âge de 8 mois, etc...

### Du « bien écrit » des lettres de sortie, quelques points fondamentaux :

- Avant de dicter la lettre, prendre 2 ou 3 minutes de réflexion pour établir un plan général, ça vaut la peine et au final on gagne du temps
- Toujours penser à la personne qui lit la lettre ; le pédiatre attend une synthèse parfaite de l'épisode pour comprendre ce qui s'est passé et connaître la suite : traitement, examens complémentaires à distance, consultations spécialisées, prochaine consultation préconisée à son cabinet.
- Les résultats chiffrés d'examens ne doivent être mentionnés dans l'anamnèse et l'évolution clinique que s'il ils sont pertinents. Exemple : une gazométrie entièrement dictée ne sert à rien dans le texte, elle a sa place dans le chapitre : examens complémentaires. Par contre la valeur de l'hémoglobine la plus basse ayant nécessité une transfusion peut se justifier dans le texte.
- Argumenter dans l'évolution, tous les problèmes mentionnés dans l'anamnèse même si on a décidé de ne rien faire durant l'hospitalisation.
- Finalement donner le détail précis du traitement de sortie dans le chapitre traitement de sortie et non dans l'évolution. Le lecteur appréciera également d'y trouver les mg/kg et le nom DCI du médicament pour certaine substance plus rarement employées.

**Il y a 3 types de lettres :**

- ❖ Les "**avis de sortie**" = faire un codage et ajouter 1 à 2 lignes de commentaires (sur DPI codage ou sur DPI).

A utiliser pour les hospitalisations simples et courtes ou pour des enfants déjà connus qui sont hospitalisés pour un complément d'investigations. Ex : IRM (le rapport de l'examen peut être joint à l'avis de sortie), cathétérisme cardiaque...

**Ne pas oublier de faire passer les avis de sortie par le secrétariat qui se chargera de l'envoyer au pédiatre.**

- ❖ Les "**lettres courtes**" : maximum 1 page à utiliser pour des pathologies fréquentes ou des hospitalisations dont l'évolution n'a pas posé de problème. Ex : crise d'asthme, pneumonie, pyélonéphrite aiguë chez un enfant connu pour un reflux...

**NB :** •Le motif d'hospitalisation doit tenir en une phrase (ex : Garçon de 7 mois connu pour un reflux vésico-urétéral qui présente un état fébrile depuis 3 jours sans autre symptôme.)

•Le status doit contenir les mensurations avec déviations standards ou percentiles (poids, taille et périmètre crânien). Détaillez uniquement les systèmes concernés par le motif d'hospitalisation et les systèmes pathologiques. Puis ajoutez "le reste du status sans particularité".

**La discussion "courte" relatera :** le diagnostic retenu, le traitement institué, l'évolution du patient, éventuellement l'interprétation d'un examen complémentaire. On terminera par le traitement à la sortie et les contrôles prévus.

- ❖ Les "**lettres longues**" : pour toutes les hospitalisations complexes. La discussion gagnera en clarté si elle est abordée par problèmes (sur le plan cardiaque, sur le plan infectieux...) et non pas par ordre chronologique.

**Les stagiaires** de 6<sup>ème</sup> année doivent, avant de dicter leur lettre de sortie, la corriger avec l'interne ou le chef de clinique.

La salle de dictée se trouve au 2<sup>ème</sup> étage à côté du bureau des internes de spécialités.  
**L'interne et le chef de clinique signent la lettre dans les 24 heures après qu'elle soit tapée.**

**Cave :** dès la sortie des patients, les dossiers doivent être accessibles dans le service (ne jamais rendre inaccessible un dossier en le mettant par exemple dans un tiroir de son bureau). Ensuite, déposer le dossier avec la cassette dictée au secrétariat médical.