



EHESP

Filière Directeur d'hôpital

Promotion : **2016 - 2017**

Date du Jury : **octobre 2017**

**La transformation des secrétariats
médicaux hospitaliers : concilier
l'industrialisation du processus avec la
personnalisation du service**

Louis CAUCHOIS

Remerciements

Je tiens à remercier Mademoiselle Christine Fiat, chef d'établissement, pour m'avoir permis de réaliser mes stages hospitaliers aux Hôpitaux Civils de Colmar et pour la confiance qu'elle m'a accordée.

Mes remerciements vont également à Nicolas Schandlong, directeur du Pôle de gestion des relations sociales, de la formation et des écoles, et maître de stage, pour ses encouragements, ses conseils et son accompagnement attentif tout au long de ces derniers mois.

Pour leur aide dans la réalisation de ce mémoire et pour le travail réalisé en commun sur l'organisation des secrétariats médicaux des nouveaux Pôle Femme-Mère-Enfant et Bâtiment Médico-Technique, je tiens à remercier Marc Perego, directeur du Pôle de gestion des affaires générales et de la communication, Madame Frédérique Schwob, attachée d'administration hospitalière, ainsi que Mesdames Céline Neigert, Sandrine Kirstetter et Nathalie Willig, responsables de secteur des secrétariats médicaux et véritables chevilles ouvrières du projet.

Mes remerciements vont aussi à toute l'équipe de direction qui m'a accueilli en son sein avec bienveillance, notamment Thibaut Kossmann et Solenne Alzin qui m'ont encouragé à réaliser ce mémoire, et à tous les personnels des HCC avec qui j'ai eu l'occasion de travailler lors du stage.

Enfin, je remercie Monsieur Etienne Minvielle pour son aide dans la construction de ce travail.

Sommaire

Introduction	1
Méthodologie.....	2
1 De nouveaux modes d'organisation industrialisés, professionnalisés et numérisés remettent en cause le modèle historique des secrétariats médicaux hospitaliers	7
1.1 Les secrétariats médicaux hospitaliers se sont historiquement organisés sur le modèle du « cabinet libéral », autour d'une cellule « secrétaire-médecin(s) ».....	7
1.2 La contrainte budgétaire et les exigences accrues de qualité et de rapidité d'exécution incitent les directions à professionnaliser, numériser et « industrialiser » leurs secrétariats médicaux.....	10
1.2.1 Depuis les années 1990, le modèle historique des secrétariats médicaux est progressivement remis en cause par le développement des NTIC et par les contraintes accrues de coûts, de délais et de qualité.....	10
1.2.2 Les directions hospitalières commencent à mettre en place de nouvelles formes d'organisation ayant pour point commun une volonté d'industrialiser, de numériser et de professionnaliser la gestion des secrétariats médicaux.....	12
1.3 Ces transformations génèrent des oppositions et des craintes centrées sur le risque de perte de personnalisation du service et de baisse de motivation des agents : l'exemple des HCC	17
2 Les contestations et craintes dont font l'objet ces transformations appellent à chercher une conciliation entre industrialisation du processus et personnalisation du service.....	25
2.1 Réinterroger la nature du secrétariat médical et du service rendu par cette fonction à l'hôpital	25
2.1.1 Le secrétariat médical hospitalier vu sous l'angle du processus de prise en charge médico-administrative : une approche indispensable mais insuffisante	25
2.1.2 Le secrétariat médical hospitalier comme « boîte noire » : comprendre l'intérêt de mettre en visibilité des organisations internes complexes et variables	26
2.1.3 Le secrétariat médical hospitalier comme acteur de la gestion des flux de patients et d'informations et de la maîtrise des trajectoires médico-administratives..	29
2.2 Mieux comprendre les mécanismes concrets de la personnalisation du service et de l'industrialisation du processus pour mieux les concilier.....	31

2.2.1	Distinguer l'industrialisation de la standardisation et de la spécialisation pour communiquer avec justesse sur les transformations	31
2.2.2	Identifier les formes concrètes de la personnalisation du service par les secrétaires médicales pour mieux la concilier avec l'industrialisation du processus ..	32
3	Tentative de définition de principes d'action et d'une méthodologie pour transformer les secrétariats dans le sens d'une organisation industrialisée et personnalisée.....	35
3.1	Sept principes d'actions pour concilier industrialisation du processus et personnalisation du service au sein des secrétariats médicaux.....	35
3.2	Articuler une méthodologie de transformation des secrétariats médicaux : prérequis, démarche et moyens de négociation	39
3.2.1	Les prérequis à la transformation des secrétariats médicaux : une démarche de professionnalisation et de renforcement de l'encadrement pilotée par les ressources humaines	39
3.2.2	Le cœur de la démarche de transformation : une approche par « petit pas » dans le respect de principes organisationnels généraux	41
3.2.3	Les moyens de négociation : l'investissement dans la numérisation et dans la formation.....	42
	Conclusion.....	43
	Bibliographie.....	45
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AdAH : Adjoint administratif hospitalier
AtAH : Attaché d'administration hospitalière
ACE : Actes et consultations externes
AMA : Assistante médico-administrative
CME : Commission médicale d'établissement
CPA : Centre pour personnes âgées (HCC)
CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale (HCC)
CRH : Compte rendu d'hospitalisation
CTE : Comité technique d'établissement
DAF : Direction des affaires financières
DARES : Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Ministère du Travail)
DIACORP : Pôle diabétologie, néphrologie-hémodialyse, cardiologie et explorations fonctionnelles cardiologiques (HCC)
DITAP : Unité de Diagnostic des Troubles des Apprentissages et de suivi des anciens Prématurés (HCC)
DRH : Direction des ressources humaines
FCIL : Formation complémentaire d'initiative locale
GHRMSA : Groupe hospitalier de la région de Mulhouse et Sud-Alsace
HAS : Haute Autorité de Santé
HCC : Hôpitaux Civils de Colmar
IFTS : Indemnité forfaitaire de travaux supplémentaires
NBI : Nouvelle bonification indiciaire
NNORR : Pôle neurochirurgie, neurologie orthopédie-traumatologie, anesthésie-réanimation et réadaptation (HCC)
NTIC : Nouvelles technologies de l'information et de la communication
PFME : Pôle femme-mère-enfant (HCC)
PGAFCG : Pôle de gestion des affaires financières et du contrôle de gestion (HCC)
PGRSFE : Pôle de gestion des relations sociales, de la formation et des écoles (HCC)
RCP : Réunion de concertation pluridisciplinaire
SMS : Sciences médico-sociales
ST2S : Sciences et technologies de la santé et du social
T2A : Tarification à l'activité

Introduction

« Avec les secrétariats médicaux, on n'est pas dans de l'industrie, on est dans de l'artisanat, dans une agglomération de petites entreprises artisanales qui fonctionnent avec leurs propres règles ».

Un médecin chef de service

« Le troisième scénario consiste en une mutualisation complète – fonctionnelle et architecturale – des secrétariats médicaux à l'échelle de l'établissement. Il se traduit par la création d'un pool d'AMA polyvalents, capables de changer de service et d'effectuer plusieurs tâches de façon indifférenciée. Cette équipe mobile peut s'accompagner de la création d'un call-center interne de trois à cinq personnes en charge de l'ensemble des prises de rendez-vous téléphoniques de l'hôpital »

Techniques hospitalières n°756, « Réorganisation des secrétariats médicaux : des outils en évolution », Nils Avanturier, Charlotte Cardin, Sylvain Delair, Aude Martineau

A l'hôpital, les secrétariats médicaux sont un « point de friction » entre communautés professionnelles. Effectuant un travail à équidistance entre les domaines administratif et médical, sous l'autorité hiérarchique d'une direction support ou d'un cadre de pôle, sous l'autorité fonctionnelle des médecins, rarement constituées en corps de métier, les équipes de secrétaires sont l'objet de visions antagonistes quant à leur fonctionnement qui freinent leur évolution. Pour mieux répondre aux contraintes de rapidité et d'exhaustivité dans l'exécution des tâches, les directions hospitalières tendent aujourd'hui à remettre en cause le modèle historique du secrétariat médical articulé autour d'une cellule élémentaire associant une secrétaire à un ou plusieurs médecins. A la place, elles mettent en œuvre de nouveaux modes de fonctionnement. Il peut s'agir de secrétariats organisés en équipe dont les agents roulent sur des postes dédiés chacun à une tâche, de centrales de réception des appels pour les prises de rendez-vous ou encore de « *pools* »¹ de saisie des comptes rendus. Ces nouvelles organisations présentent des formes diverses mais ont pour point commun l'industrialisation du processus de prise en charge médico-administrative du patient. On définira ici l'industrialisation comme la réingénierie des tâches associées à un processus dans le but d'associer à un poste de travail un sous-ensemble de tâches cohérentes entre elles et pouvant être effectuées en série, par opposition à une organisation « artisanale » où sur chaque poste de travail sont effectuées l'ensemble des tâches du processus.

¹ Anglicisme qui désigne ici la mise en commun de ressources humaines provenant initialement de différentes équipes.

Ces transformations entraînent des craintes et parfois des oppositions de la part de médecins et de secrétaires médicales qui objectent à ces projets le besoin de « personnaliser » le service pour mieux répondre aux besoins des patients comme des médecins, et redoutent une fragmentation trop importante du processus de prise en charge médico-administrative entre secrétaires. Ces oppositions se muent rapidement en points de blocage au sein des établissements et invitent à procéder à une analyse « en profondeur » de l'organisation des secrétariats médicaux. La question centrale de ce mémoire sera donc :

**Quelle organisation des secrétariats médicaux hospitaliers permet-elle de concilier les impératifs de personnalisation du service et d'industrialisation du processus ?
Comment négocier et mettre en place une telle organisation ?**

Méthodologie

Pour répondre à cette question, ce mémoire procède en trois temps :

- I. Tout d'abord, il retrace la progressive remise en question du modèle « historique » d'organisation des secrétariats médicaux dans les hôpitaux publics par un modèle « émergent » et les résistances qui s'expriment pour préserver le premier.
- II. Dans un deuxième temps, il réinterroge la nature du service rendu par les secrétariats médicaux afin de démontrer que l'industrialisation du processus est compatible avec un service personnalisé.
- III. Dans un troisième temps, il propose des principes d'action pour concilier personnalisation du service et industrialisation du processus dans l'organisation des secrétariats médicaux, ainsi qu'une méthodologie pour mettre en place une telle organisation.

Cette démarche s'appuie sur trois sources de données complémentaires. Les deux premières concernent les Hôpitaux Civils de Colmar (HCC), au sein desquels j'ai effectué mes stages hospitaliers, et la dernière un panel d'hôpitaux publics :

1. Le projet de réorganisation des secrétariats médicaux du Pôle Femme-Mère-Enfant des Hôpitaux Civils de Colmar

A l'automne 2017, un nouveau Pôle femme-mère-enfant (PFME) ouvrira aux Hôpitaux Civils de Colmar, à proximité directe du site principal, l'hôpital Pasteur. Cette ouverture entraînera le déménagement des services de gynécologie-obstétrique, de pédiatrie médicale et chirurgicale et du bloc opératoire du site du Parc, distant de 2 km de l'hôpital Pasteur. Dans cette perspective, plusieurs groupes de travail transversaux ont été mis en

place, dont un groupe transversal « secrétariats médicaux » au sein duquel j'assistais le directeur adjoint en charge de la mise en service du nouveau bâtiment. Les multiples réunions et ateliers organisés pour mener à bien ce projet m'ont permis de constater sur le terrain des tensions que soulève la transformation des secrétariats médicaux et constituent la source principale de ma réflexion pour la réalisation de ce mémoire.

Encadré n°1 : Les secrétariats médicaux aux HCC et au sein de leur PFME²

Les HCC disposent de 242 agents (241 femmes et 1 homme) affectés aux secrétariats médicaux, représentant 227,9 ETP en juin 2017³. On recense parmi ces agents 49 assistantes médico-administratives (AMA), 149 adjoints administratifs hospitaliers (AdAH), 41 agents contractuels et 4 agents en reconversion disposant au préalable d'une autre expérience professionnelle dans la fonction publique, souvent en tant que soignant. La moyenne d'âge des secrétaires médicales est de 44,3 ans, et leur ancienneté moyenne de 15,4 ans. Parmi les secrétaires des HCC, 30 travaillent au PFME, représentant 27,4 ETP répartis en 10 secrétariats. Les secrétariats de gynécologie-obstétrique et de médecine pédiatrique sont eux-mêmes divisés en un secrétariat d'hospitalisation et un secrétariat de consultation.

Service	Nombre de secrétaires	ETP
Gynécologie-obstétrique	8	7,8
CPEF	1	0,8
Chirurgie plastique	1	0.5
Médecine pédiatrique	9	7,5
DITAP	2 (1 agent partagé avec la médecine pédiatrique)	1,5
Chirurgie pédiatrique	2	2
Anesthésie PFME	2	1,8
SAU Pédiatrique	3	3
Imagerie PFME	2	2
Bloc opératoire	1	0.5
Total	30	27,4

Tableau n°1 : répartition des secrétaires médicales du PFME des HCC

² Cf. annexe 1. Présentation des secrétariats médicaux des Hôpitaux Civils de Colmar, et annexe 2. Présentation des secrétariats médicaux du PFME et récapitulatif du projet de réorganisation dans le cadre du déménagement

³ Compte tenu de la féminisation presque totale du métier de secrétaire médicale aux Hôpitaux Civils de Colmar et en général, on utilisera dans ce mémoire le féminin pour désigner les secrétaires.

2. Des entretiens individuels et des temps d'observation des secrétariats médicaux aux Hôpitaux Civils de Colmar

En complément de l'appui au groupe transversal secrétariats médicaux dans le cadre du projet « Pôle femme-mère-enfant », j'ai pu mener **15 entretiens individuels semi-directifs**, dont 14 avec les professionnels des HCC concernés par les secrétariats médicaux et un entretien avec un directeur d'hôpital en CHU pour aborder les aspects hospitalo-universitaires de la problématique⁴. J'ai également réalisé plusieurs demi-journées d'observation dans deux secrétariats de l'établissement : celui de gynécologie-obstétrique et celui de néphrologie, le premier étant organisé sur un modèle « historique », le deuxième étant organisé sur un modèle partiellement « industrialisé ».

3. Un parangonnage des transformations des secrétariats médicaux dans 14 établissements publics de santé⁵

Pour comparer les pratiques des HCC avec celles d'autres hôpitaux publics et tâcher de dégager quelques lignes générales d'évolution des secrétariats médicaux hospitaliers, j'ai réalisé un **parangonnage** de 14 établissements publics de santé, dont les HCC, à l'aide d'un questionnaire envoyé aux responsables des secrétariats médicaux.

En termes de périmètre, ce mémoire ne peut et n'a pas pour objectif de répondre à l'ensemble des questions qui entourent les secrétariats médicaux, notamment celle de leur audit, déjà traitée dans le cadre de plusieurs mémoires, dont un aux Hôpitaux civils de Colmar⁶, ou encore celle du rapprochement entre secrétariats médicaux et bureaux des entrées ou services des admissions dans le cadre d'un « guichet unique », qui constituerait un sujet d'interrogation en soi.

⁴ Cf. annexe 3. Liste des entretiens réalisés dans le cadre du mémoire

⁵ Cf. annexe 5. Parangonnage de 14 établissements de santé en matière d'organisation des secrétariats médicaux – méthodologie et résultats

⁶ Graveleau, Sarah, *Secrétariats médicaux : améliorer la qualité du service rendu, sans obérer les équilibres budgétaires*, mémoire EDH, EHESP, 2009

Partie liminaire : le secrétariat médical, un métier et une organisation

En tant que métier, le secrétariat médical ne bénéficie d'aucune définition au périmètre net, tant cette fonction est organisée de manière diverse selon les établissements et, à l'intérieur de ceux-ci, selon les pôles, services ou unités⁷. Il ne s'insère par ailleurs pas facilement dans les catégories de secrétaires identifiées par le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité – secrétaire, assistante de direction et assistante spécialisée, car il revêt des caractéristiques présentes dans ces trois catégories. Une secrétaire de chef de service ou de chef de pôle aura ainsi de nombreux points communs avec une assistante de direction, quand une secrétaire affectée à un bloc opératoire pourra développer des compétences liées à l'organisation et la programmation des activités de bloc qui la feront approcher d'une assistante spécialisée⁸.

De ce fait, la littérature professionnelle définit souvent le métier de secrétaire médicale à l'aide d'une liste de tâches non-exhaustive. Par exemple, la fiche du répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière donne comme rôle aux secrétaires médicales : « accueillir et renseigner les patients ; planifier les activités (agenda des consultations, admissions, convocations, etc.) ; gérer, saisir et classer les informations relatives au dossier patient »⁹. On peut néanmoins identifier un cœur de métier qui lie l'ensemble de ces tâches : « l'administration de l'information médicale »¹⁰, ou, comme le mentionne le décret n° 2011-660 du 14 juin 2011 à propos des assistantes médico-administratives (AMA) : « le traitement et la coordination des opérations et des informations médico-administratives concernant les patients »¹¹. Parmi les tâches couvertes par ce cœur de métier, on retrouve comme point commun chez la quasi-totalité des secrétaires la gestion du dossier patient et la saisie (communément appelée « frappe ») ou la mise en forme des comptes rendus et courriers. On y trouve également des tâches en contact direct avec le patient, notamment celles d'accueil et prise de rendez-vous par téléphone ; mais toutes les secrétaires n'y sont pas nécessairement exposées, en particulier lorsqu'un service organise une division entre secrétaires d'hospitalisation et secrétaires de consultation, les secondes étant bien plus souvent au contact des patients que les premières. Enfin, on retrouve dans les périmètres

⁷ Cette situation apparaît valable pour le métier de secrétaire en général dont le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité notait déjà en 2000 : « la notion [de secrétariat] est floue et recouvre des situations professionnelles d'une grande hétérogénéité », *De la Secrétaire à l'Assistante, l'évolution d'une profession*, la documentation Française, p.24

⁸ Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, *op.cit.* p.25-42

⁹ [Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, fiche « secrétaire médical\(e\) », code métier n°40L20](#)

¹⁰ [Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, Étude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière, tome 2 « Monographie de 10 métiers et groupes métiers sensibles », Editions ENSP, 2007, p.184](#)

¹¹ [Décret n° 2011-660 du 14 juin 2011 portant statuts particuliers des personnels administratifs de la catégorie B de la fonction publique hospitalière, art. 11](#)

des secrétariats médicaux un ensemble de tâches parfois disparates : gestion du planning des médecins, coordination d'acteurs intra et extra-hospitaliers pour un type de prise en charge donné, formalisation des tableaux de garde, réalisation de statistiques, aide à la formalisation d'articles de recherche, etc.

D'un point de vue statutaire, le métier de secrétariat médical est occupé le plus souvent par deux types d'agents : les assistantes médico-administratives (AMA), de catégorie B, régies par le décret n° 2011-660 du 14 juin 2011, et les adjoints administratifs hospitaliers (AdAH), de catégorie C. Plus marginalement, on y retrouve des soignants en reconversion. Plusieurs métiers proches de celui de secrétaire médical sont parfois gérés par une même ligne hiérarchique à l'hôpital, sans pouvoir pour autant être définis comme des métiers de secrétariats : il s'agit d'une part des agents des admissions ou « bureaux des entrées », dont le cœur de métier est constitué par la création des dossiers administratifs des patients et la gestion des droits sociaux, et d'autre part des diverses formes de métiers d'accueil à l'hôpital : standardiste, agent d'accueil ou encore agent d'accueil d'un service d'urgences.

En tant qu'organisation, les secrétariats médicaux sont un maillon de la chaîne de prise en charge du patient dont la place dans la structure hospitalière échappe également à toute catégorisation trop stricte¹². Au sens littéral, le secrétariat médical ne fait pas partie de la « production des soins », apanage du personnel médical, soignant et médicotechnique. Il ne fait pas non plus partie des fonctions supports à proprement parler, qui disposent de leur propre cycle de fonctionnement (cycle logistique, des ressources humaines, budgétaire, etc.) au sein de directions fonctionnelles à l'organisation distincte. Les secrétariats médicaux jouent plutôt le rôle d'une fonction support à l'intérieur même des unités des soins. Le terme de « gestion du parcours médico-administratif » employé dans certains CH résume bien cette position « ambivalente » dans laquelle se situent les secrétaires¹³.

¹² Bosli P., Vassy C., février 1998, « Secrétaire médicale, simple exécutante ou pivot de l'équipe hospitalière », *Gestions hospitalières*, n°373, février 1998, p. 120

¹³ *id.*

1 De nouveaux modes d'organisation industrialisés, professionnalisés et numérisés remettent en cause le modèle historique des secrétariats médicaux hospitaliers

1.1 Les secrétariats médicaux hospitaliers se sont historiquement organisés sur le modèle du « cabinet libéral », autour d'une cellule « secrétaire-médecin(s) »

Historiquement, les secrétariats médicaux se sont d'abord organisés à l'hôpital sur le modèle du cabinet libéral, c'est-à-dire qu'une secrétaire assure l'ensemble des tâches de prise de rendez-vous, d'accueil, d'encaissement, de gestion des dossiers médicaux et de frappe des comptes rendus pour un ou plusieurs médecins, généralement un à trois d'entre eux. En termes de locaux, la secrétaire dispose en général d'un bureau personnel à côté du bureau du médecin où celui-ci consulte. On parlera ci-après de « cellule secrétaire-médecin(s) » pour désigner ce mode d'organisation. Dans un même service médical, les secrétaires sont ainsi souvent divisées en plusieurs cellules gérant des files actives de patients différenciées selon les médecins auxquelles elles sont affectées. Il est entendu que ce modèle représente un « idéal-type »¹⁴ dont les déclinaisons sur le terrain peuvent s'avérer très variables.

Cette organisation « en cabinet libéral » implique une relation interpersonnelle forte entre le(s) médecin(s) et la secrétaire. La qualité du travail de cette dernière est entièrement déterminée par sa connaissance du mode de fonctionnement du ou des médecins auxquelles elle est affectée et par sa capacité à s'y adapter. Ce mode d'organisation garantit en principe une adaptation maximum du service rendu par les secrétaires, tant vis-à-vis de leur client interne, le médecin, dont elles connaissent les pratiques et habitudes sans que celles-ci ne soient jamais écrites, que de leur client externe, le patient, dont elles connaissent souvent l'historique, le dossier médical et avec lequel elles nouent parfois un lien personnel en cas de venue régulière. Une longue habitude de la gestion d'une file active de patients dans une spécialité donnée permet également à la secrétaire de disposer d'une compétence forte d'identification du degré d'urgence des demandes adressées au médecin.

Pour autant, le secrétariat organisé en « cellule secrétaire-médecin(s) » présente plusieurs désavantages :

¹⁴ Selon <http://www.larousse.fr> « construction intellectuelle dont, par définition, on ne rencontre aucun exemple dans la réalité, mais qui fonctionne comme modèle pour comprendre cette réalité ». Il s'agit d'un concept développé principalement par le sociologue Max Weber.

- Au quotidien, la secrétaire est sans cesse interrompue par des sollicitations téléphoniques et les passages des patients et des médecins dans son bureau (cf. *infra* encadré n°2). Ces « interruptions de tâche » défavorisent la concentration et empêchent la secrétaire de se dédier à une seule activité sur une plage de temps donnée comme la frappe des comptes rendus ou la préparation de dossiers¹⁵.
- Ce modèle d'organisation isole les secrétariats comme autant de cellules indépendantes et génère de ce fait plusieurs conséquences néfastes. Tout d'abord, il défavorise la structuration des secrétaires comme filière professionnelle au sein de l'hôpital et l'émergence d'un encadrement qui leur soit propre : c'est le médecin qui détermine entièrement les priorités et les objectifs de la secrétaire. Comme l'explique le directeur des ressources humaines des HCC « *les secrétaires finissent par confondre leur organisation avec leur lien avec le médecin* ». Encore aujourd'hui, les secrétaires médicales sont l'un des derniers corps professionnels à l'hôpital qui ne dispose pas toujours d'une ligne hiérarchique clairement définie, ou bien qui ne l'identifie pas comme tel malgré son existence. L'encadrement des secrétaires reste souvent dispersé entre plusieurs autorités : médecins, cadres de santé, secrétaires « référentes » et « coordinatrices ». Cette dispersion de l'autorité, associée à l'isolation des secrétariats, empêche les secrétaires de se doter de repères de fonctionnement et de procéder à des démarches d'amélioration continue de leurs pratiques. Elle défavorise également l'évaluation des secrétaires sur un référentiel objectif commun à toutes les secrétaires, la subjectivité du médecin jouant un rôle encore fort dans son appréciation¹⁶. Ensuite, ce modèle favorise des glissements de tâche du médecin vers la secrétaire, pouvant aller de la vérification de certains scores sur les résultats biologiques envoyés par le patient, au codage de l'activité du médecin ou encore à la signature d'ordonnance dans certains cas isolés mais bien réels.
- Compte tenu de la longue habitude de travail entre médecin et secrétaire, ce modèle d'organisation est fondé sur une culture de la transmission orale qui rend plus difficile

¹⁵ L'effet des interruptions de tâches dans la littérature scientifique est largement documenté grâce à des expériences de psychologie sociale. On peut citer à titre d'exemple Bailey et Konstan, « On the need for attention-aware systems : Measuring effects of interruption on task performance, error rate, and affective state », *Computers in Human Behavior* n°22 (2006) 685–708 : selon les auteurs, l'interruption d'une tâche principale par une tâche périphérique augmente la durée d'exécution des deux tâches de 3% à 27%, multiplie par deux le risque de commettre une erreur, augmente l'énerverment de 31% à 106% et multiplie l'anxiété par deux, par rapport aux situations où les tâches périphériques sont accomplies entre les tâches principales.

¹⁶ On pourrait rapprocher ce problème de ce que la sociologue Josiane Pinto appelait la relation « enchantée » entre la secrétaire et son patron : « La relation entre la secrétaire et le patron a pour propriété d'être irréductible à la sphère des relations professionnelles ordinaires. Y jouent, en des proportions variables, des attributs de qualification et des attributs de personne. Attachée à un individu singulier détenteur de pouvoir, la secrétaire est avant tout attachée à sa « féminité » qui fonctionne à la fois comme source de savoirs ou de savoir-faire, et comme horizon de ses prétentions » Josiane Pinto « Une relation enchantée, la secrétaire et son patron », in *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°84, 1990.

les remplacements en cas d'absence. Lors des entretiens menés dans le cadre du mémoire, plusieurs médecins se sont plaints de la difficulté à obtenir, dans les secrétariats organisés en « cellules secrétaire-médecin(s) », un dossier médical lorsque la secrétaire qui a en charge le dossier n'est pas présente, alors même que ses collègues le sont.

- La cellule « secrétaire-médecin(s) » favorise lors de la conception des nouveaux bâtiments hospitaliers la dissémination des locaux de secrétariats en de nombreuses petites entités.

Encadré n°2 : synthèse d'une heure d'observation dans un secrétariat médical hospitalier organisé sur le modèle du « cabinet libéral » aux HCC (10h-11h)

L'observation synthétisée ci-dessous, menée dans un secrétariat de consultation des HCC organisé en plusieurs cellules secrétaire-médecin(s), permet d'illustrer les difficultés rencontrées avec ce mode de fonctionnement.

La secrétaire A accueille les consultants de l'un des médecins du service. A côté d'elle dans le même bureau, une autre secrétaire (B) exécute les mêmes tâches pour un autre médecin. Sur la seule heure d'observation, la secrétaire A a dû gérer six types de tâches différents :

1. **L'accueil des patients et l'encaissement des consultations** : chaque consultation du médecin dure en moyenne 15 minutes, et entraîne deux passages de chaque patient dans le bureau : à son arrivée puis à la sortie de la consultation. A l'arrivée de chaque patient, la secrétaire vérifie son identité et lui demande ses étiquettes pour la constitution de son dossier. A sa sortie, elle encaisse la consultation et saisit les informations de facturation dans les logiciels.
2. **La gestion des prélèvements** : à chaque sortie de patient, le médecin sort de son bureau et vient récupérer le dossier de la patiente suivante. Il lui donne un prélèvement (frottis) à envoyer au laboratoire.
3. **La réponse aux demandes ponctuelles du médecin** : entre les consultations, le médecin demande parfois à la secrétaire une information sur un patient. A un moment, il s'adresse à elle alors qu'elle est au téléphone.
4. **L'accueil téléphonique et la prise de rendez-vous** : le téléphone sonne régulièrement, toutes les cinq à dix minutes. La ligne de la secrétaire A est une ligne externe permettant de joindre 3 médecins, dont celui qui est actuellement en consultation. Chaque secrétaire dispose de sa propre ligne externe. On en dénombre 6 dans le service, chacune étant affectée à un groupe de médecins. La secrétaire A répond à tous les appels, mais doit parfois demander à la personne au bout du fil d'attendre un instant le temps qu'elle finisse de s'occuper de l'accueil d'un patient pour la consultation ou d'un encaissement.

5. **La constitution des dossiers de RCP** (réunion de concertation pluridisciplinaire) : lorsque quelques minutes sont disponibles, la secrétaire prépare les dossiers de RCP pour les patients diagnostiqué d'un cancer par l'un des médecins du service. Il s'agit de rassembler sur une fiche de synthèse les informations contenues à plusieurs endroits dans le dossier médical, informatisé ou sous format papier.
6. **L'ouverture et le tri du courrier** : à 10h30, la secrétaire des hospitalisations passe avec le courrier et le distribue aux secrétaires de consultations. La secrétaire A trie le courrier des médecins dont elle a la charge dans des parapheurs.

La réalisation de ces tâches sur une même plage de travail impose à la secrétaire de s'interrompre régulièrement pour répondre à la sollicitation la plus urgente. Les exigences de son métier – confidentialité, réactivité, qualité d'accueil – en deviennent d'autant plus difficiles à respecter.

1.2 La contrainte budgétaire et les exigences accrues de qualité et de rapidité d'exécution incitent les directions à professionnaliser, numériser et « industrialiser » leurs secrétariats médicaux

1.2.1 Depuis les années 1990, le modèle historique des secrétariats médicaux est progressivement remis en cause par le développement des NTIC et par les contraintes accrues de coûts, de délais et de qualité

Le développement des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) en santé entraîne la dématérialisation progressive de l'ensemble de la prise en charge médico-administrative, multiplie les échanges et le volume d'informations à gérer et surtout transforme durablement les repères du métier de secrétariat¹⁷. Tout d'abord, les possibilités de gestion d'un flux de données sans cesse plus important permettent aux secrétaires d'être au service d'un nombre croissant de professionnels. La DARES note ainsi qu'entre 1985 et 2000, dans les entreprises de plus de 250 salariés, le nombre de secrétaires rapporté au nombre de cadres est passé de 1 pour 10 à 1 pour 12¹⁸. Un phénomène similaire est observable dans les hôpitaux publics, les secrétaires médicales pouvant assister un nombre sans cesse plus important de médecins. Par exemple, aux Hôpitaux Civils de Colmar, dans le service de gynécologie-

¹⁷ Hamon-Cholet S., Topiol-Bensaid A., Viney X., « Secrétaire, un métier qui s'est adapté à la généralisation de la bureautique », Ministère de l'Emploi et de la solidarité (DARES), *Premières informations et Premières synthèses*, n° 08.1, février 2000, pp. 1-10

¹⁸ *id.*

obstétrique du PFME, le chef de service nous a retracé l'évolution du ratio secrétaire entre 1987 et 2016 :

Année	Nombre de PH temps plein	Nombre de secrétaires	Nombre de consultations externes
1987	4	8	
1996	5	8	17 000
2016	12	8 (7,8 ETP)	31 200

Tableau n°2 : évolution du nombre de PH à temps plein et de secrétaires au sein du service de Gynécologie-Obstétrique des HCC

Le nombre de secrétaires rapporté au nombre de médecins demeure néanmoins plus élevé dans le secteur hospitalier que le ratio secrétaires/cadres dans les entreprises en général, compte tenu du flux de patients et de la densité des informations les accompagnant. Sur les 14 établissements interrogés dans le cadre de ce mémoire, le nombre d'ETP de médecins (hors internes) par ETP de secrétaire médicale varie de 0,8 à 2,4, pour une moyenne de 1,6 ETP de médecins pour 1 ETP de secrétaire médicale¹⁹.

Par ailleurs, les modalités d'exécution de la plupart des tâches sont transformées par la micro-informatique. Par exemple, la « frappe » des comptes rendus, tâche répétitive mais auparavant conçue comme « noble » car faisant appel à la connaissance du vocabulaire médical, est progressivement transformée en une tâche de correction et de mise en forme avec le développement de la reconnaissance vocale ou bien de la saisie directe des comptes rendus dans le dossier patient informatisé par les professionnels de santé. Cette évolution est appréciée diversement par les secrétaires. Lors des entretiens menés dans le cadre de ce mémoire, plusieurs professionnels ont témoigné que les jeunes générations de secrétaires préfèrent s'occuper de la mise en forme des comptes rendus plutôt que de leur frappe, contrairement aux secrétaires avec plus d'ancienneté qui regrettent la disparition progressive de la frappe et se sentent moins performantes dans les tâches de mise en forme.

L'installation de la démarche qualité à l'hôpital, ainsi que les exigences d'efficience accrues dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A) incitent les établissements à « rationaliser » leurs secrétariats, c'est-à-dire à améliorer la qualité de service tout en maintenant ou en réduisant les délais et les coûts de production. L'attention des directions hospitalières est ainsi renforcée sur la qualité de la saisie des actes et consultations externes (ACE), assurée

¹⁹ Cf. annexe 5. Parangonnage de 14 établissements de santé en matière d'organisation des secrétariats médicaux – méthodologie et résultats

le plus souvent par les secrétaires médicales. Les ACE représentent en moyenne presque 10% des recettes des établissements de santé²⁰. Autre exemple, la Haute Autorité de Santé (HAS) évalue désormais la qualité et les délais de production du document de sortie, devenue lettre de liaison depuis le décret n°2016-995 du 20 juillet 2016²¹. Depuis le 1^{er} janvier 2017, cette lettre de liaison doit être transmise au patient et au médecin traitant ou correspondant le jour de la sortie du patient, contre 8 jours auparavant pour le compte rendu d'hospitalisation, ce qui impose une cadence de production plus élevée pour les secrétaires²². La question de l'articulation entre le CRH et la lettre de liaison, qui impacte fortement les modalités de frappe, reste néanmoins à trancher localement²³.

1.2.2 Les directions hospitalières commencent à mettre en place de nouvelles formes d'organisation ayant pour point commun une volonté d'industrialiser, de numériser et de professionnaliser la gestion des secrétariats médicaux

Le discours sur la transformation des secrétariats médicaux est relativement ancien. On retrouve les premiers articles sur le sujet dans les revues professionnelles hospitalières à la fin des années 1990 et au début des années 2000²⁴. Néanmoins, il semble que le rythme des transformations ne se soit accentué que plus récemment, en témoigne par exemple l'activité de l'association EHESP Conseil dont le cœur de métier est l'audit de secrétariats médicaux, et dont le nombre de mission en lien avec ce thème ne cesse d'augmenter.

Activité EHESP Conseil	Bureau 2013-2014	Bureau 2014-2015	Bureau 2015-2016	Bureau 2016-2017
Missions d'audit de secrétariats médicaux	3	4	12	11
Nombre total de missions accomplies	15	26	44	34

Tableau n°3 : Evolution du nombre d'audits de secrétariats médicaux réalisés par EHESP Conseil

Pour confirmer cette tendance à l'accélération des transformations des secrétariats médicaux, un questionnaire de parangonnage a été transmis dans le cadre de ce mémoire

²⁰ Direction de la Sécurité Sociale (DSS), *Les comptes de la Sécurité Sociale*, septembre 2015, pp.120-123

²¹ [Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison](#)

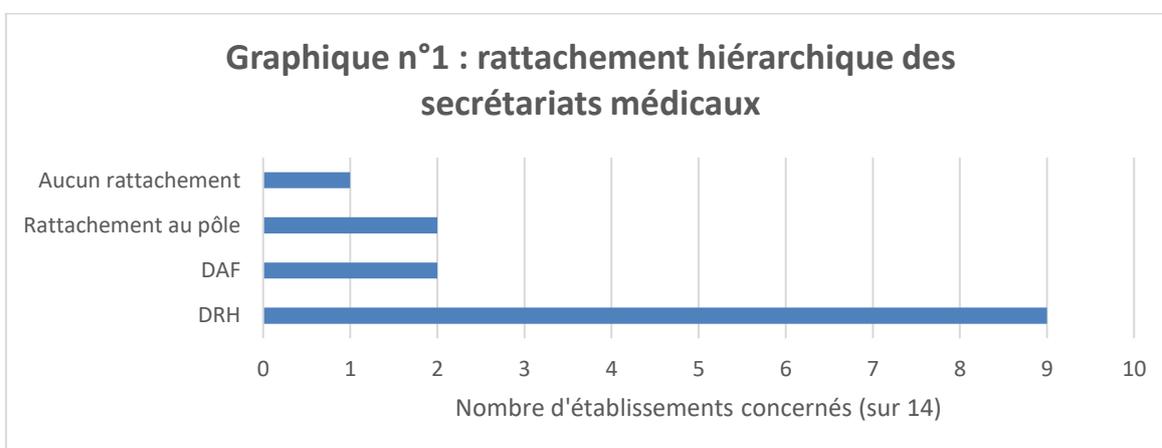
²² [CSP, articles R.1112-1 et R.1112-1-2, al.2](#)

²³ Baylocq G., Dupont M., « La lettre de liaison », *Gestions hospitalières* n°560, novembre 2016

²⁴ Par exemple, Bosli P., Vassy C., février 1998, « Secrétaire médicale, simple exécutante ou pivot de l'équipe hospitalière » et Deporcq B., Boudoussier F., De Torcy H., février 1998, « Secrétariats médicaux. Une approche transversale pour un métier central », *Gestions hospitalières*, n°373, février 1998, pp. 120-128, ou encore Estryng-Behar M., Milanini G., Blanco E., et al., janvier 2001, « Réaménagement du secrétariat médical d'une clinique à partir d'une analyse ergonomique », *Gestions hospitalières*, n°402, pp. 16-21

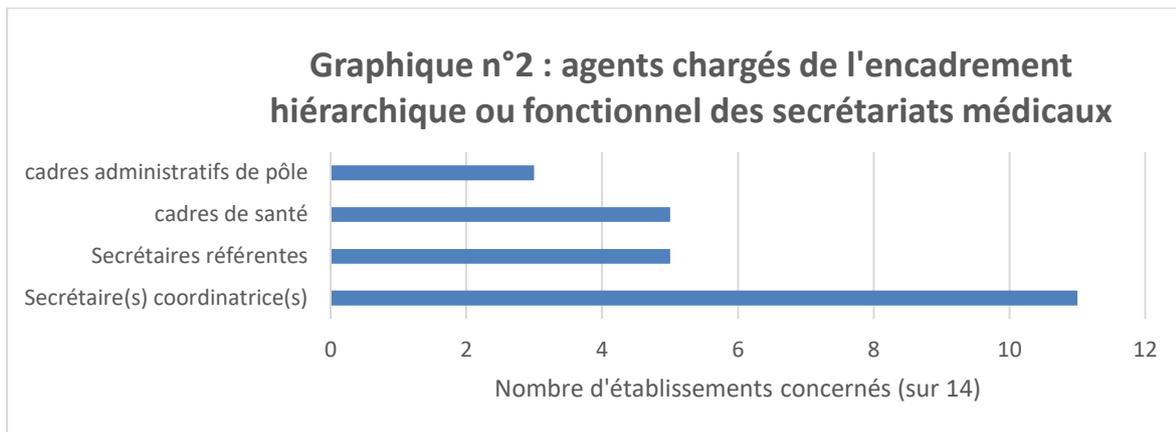
aux responsables des secrétariats médicaux dans 14 établissements publics de santé (9 CH, 2 CHU et 3 groupes hospitaliers d'une assistance publique), dont les HCC, représentant une population de plus de 2250 secrétaires médicales au service de plus de 4000 médecins et 1800 internes²⁵. Les résultats démontrent que, avec ou sans audit externe préalable, les initiatives se multiplient dans les domaines des ressources humaines, des systèmes d'information et en matière d'organisation interne des secrétariats.

Premièrement, les établissements de santé interrogés démontrent une volonté de **professionnalisation de la fonction secrétariat médical** : ils ont en majorité clarifié le rattachement hiérarchique des secrétariats médicaux, structuré leur encadrement à l'aide de secrétaires coordinatrices et référentes et lancé une politique de développement de la polyvalence des secrétaires.



- Les secrétariats médicaux du panel d'établissement étudié ont été **rattachés en majorité à la DRH**, bien que n'ayant pas de lien dans leur cœur de métier avec le cycle de gestion des ressources humaines. On peut assimiler ce choix à un choix « par défaut » ou à une volonté de rapprocher les secrétariats de cette direction pour en améliorer la gestion des ressources humaines, souvent considérée perfectible en termes de recrutement, de formation et de valorisation du travail réalisé. Plus minoritaire, le rattachement à la DAF s'explique par le rôle essentiel des secrétaires dans la saisie et l'encaissement des actes et consultations externes. Ce rattachement permet aussi de faciliter la coopération des secrétariats avec le bureau des entrées, voire leur rapprochement dans une logique de guichet unique.

²⁵ Cf. annexe 5. Parangonnage de 14 établissements de santé en matière d'organisation des secrétariats médicaux – méthodologie et résultats

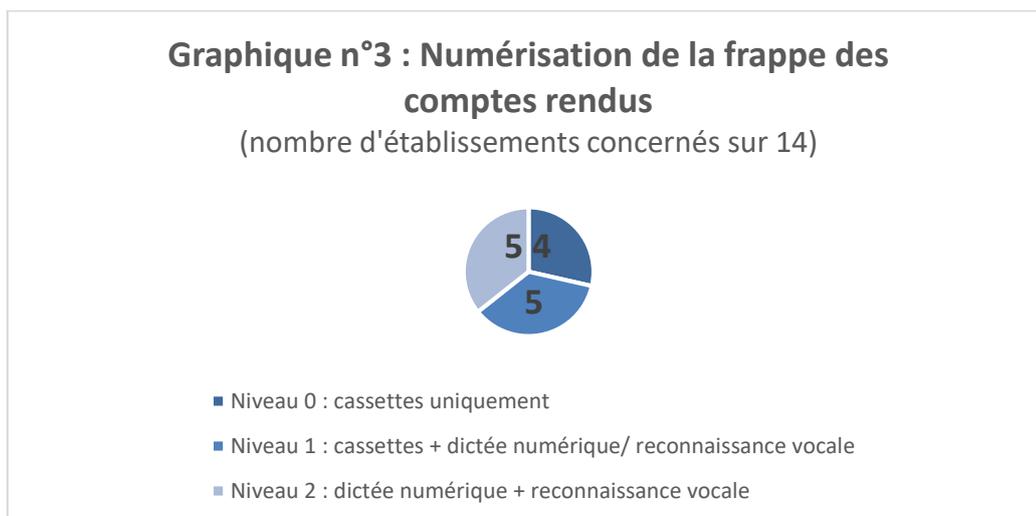


- 11 des hôpitaux étudiés ont mis en place une ou plusieurs **coordinatrices des secrétariats médicaux**. Néanmoins, leur nombre, leur statut et leur rôle vis-à-vis des secrétaires médicales est variable. Ainsi dans 2 établissements la coordinatrice n'a qu'un lien fonctionnel avec les secrétaires et joue ainsi un rôle essentiellement « métier », sans disposer d'une autorité hiérarchique. Dans 1 établissement, la coordinatrice des secrétariats est une attachée d'administration hospitalière (AtAH). Par ailleurs, le rôle de **secrétaire référente** comme échelon intermédiaire entre la ou les coordinatrices et les secrétaires médicales se répand également, étant présent dans 5 établissements sur 14. Mais là aussi, leur positionnement (au niveau du service ou du pôle) et le temps dédié à cette fonction (reconnu ou non-reconnu) est variable. Enfin, les **cadres de santé** interviennent dans 5 établissements sur 14 dans un rôle de management de proximité, notamment de gestion des plannings.
- 11 des établissements interrogés déclarent avoir lancé une **politique institutionnelle de développement de la polyvalence**, à des échelles cependant variables. Par exemple, alors qu'un CHU a choisi le périmètre du pôle comme cadre de cette polyvalence, un CH a choisi de développer la polyvalence de chaque secrétaire sur deux services médicaux et avec le bureau des entrées dans la perspective de la mise en œuvre d'un guichet unique pour les consultations externes.

Deuxièmement, les établissements interrogés dans le cadre du parangonnage renforcent tous **l'investissement dans des logiciels de bureautique médicale** (dossier patient informatisé, codage de l'activité) et dans des applicatifs spécifiques pour les secrétariats médicaux (dictée numérique, reconnaissance vocale, logiciels de centrale d'appel, etc.). Ils apparaissent aujourd'hui comme « au milieu du gué » dans leurs démarches de numérisation :

- 5 établissements ont achevé de déployer leur **dossier patient informatisé**, 9 le déploient actuellement.
- Pour la **frappe des comptes rendus**, un tiers des hôpitaux interrogés utilisent uniquement des cassettes, un tiers sont en cours d'abandon des cassettes pour la

dictée numérique et la reconnaissance vocale et le dernier tiers ont entièrement déployé la dictée numérique, accompagnée dans certains services de la reconnaissance vocale.

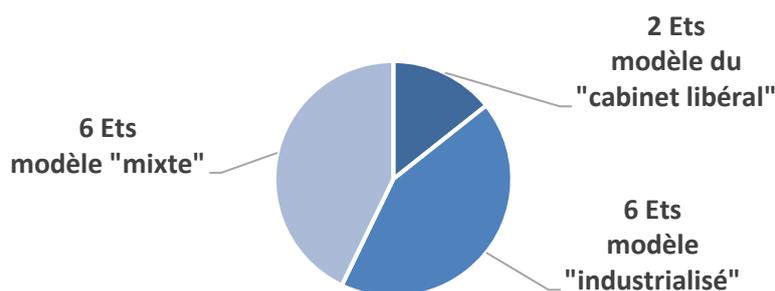


- 9 des hôpitaux interrogés ont déployé l'un ou l'autre des deux logiciels de **messagerie sécurisée** présents sur le marché, dans l'objectif de faciliter le lien avec la médecine de ville. Cette démarche a un impact fort sur les secrétariats médicaux puisqu'elle réduit fortement voire supprime le temps dédié à la mise en pli des courriers et comptes rendus de sortie.
- Pour la **prise de rendez-vous**, 9 des établissements interrogés ont mis en place un système de rappel du rendez-vous par SMS. 3 établissements membres de la même assistance publique déploient actuellement un système de prise de rendez-vous par internet à l'aide d'un prestataire externe. 2 autres établissements ont inscrit ce projet dans leur plan de modernisation des secrétariats.

Troisièmement, les établissements tendent à mettre en place de **nouvelles organisations internes des secrétariats médicaux sur le modèle « front-office / back-office »** permettant une industrialisation du processus de prise en charge médico-administrative du patient. Dans ce modèle, le secrétariat médical d'un service est organisé en une seule équipe ou bien en binômes/trinômes dont les membres roulent sur des postes au contact du patient (accueil téléphonique, accueil physique, d'où l'appellation de *front-office*) et des postes de frappe des comptes rendus et de gestion des dossiers patients (*back-office*).

- 6 des établissements interrogés déclarent ainsi avoir pour modèle principal d'organisation des secrétariats un tel modèle « industrialisé » à l'aide de la logique *front-office / back-office*. Seuls 2 hôpitaux déclarent que leurs secrétariats fonctionnent encore majoritairement sur le modèle historique du « cabinet libéral » dont la logique est celle de la « cellule secrétaire-médecin(s) » évoquée précédemment. 6 établissements font état d'une organisation très variable, faisant appel selon le service à l'un ou à l'autre modèle.

Graphique n°4 : Mode d'organisation dominant des secrétariats médicaux



- Modèle du "cabinet libéral" : secrétariats organisés en "cellules secrétaire-médecin(s)" où une secrétaire réalise l'ensemble des tâches pour un ou plusieurs médecins qui lui sont attribués
- Modèle "industrialisé" : secrétariats organisés en binôme/trinôme ou en équipe. Les secrétaires roulent sur plusieurs postes selon la logique front-office/back-office
- Modèle "mixte" : coexistence de secrétariats organisés selon le modèle du "cabinet libéral" et selon le modèle "industrialisé"

Ces nouveaux modes de fonctionnement sont complétés par des **innovations organisationnelles** faisant appel là aussi à une logique d'industrialisation du processus, mais à une échelle souvent plus élevée que celle du service médical.

- 9 établissements déclarent avoir mis en place une **centrale téléphonique de prise de rendez-vous**, dont 4 à l'échelle d'un seul service et 5 à l'échelle d'un pôle, de plusieurs services ou d'un plateau de consultations regroupant plusieurs spécialités.
- 5 établissements déclarent avoir mis en place un « **pool** » de **frappe des courriers et comptes rendus**, à chaque fois à l'échelle de l'établissement.

Les enseignements de cette démarche de parangonnage sont multiples. D'emblée, on remarque que le modèle historique « du cabinet libéral » n'est plus dominant. Seule une minorité d'établissements ne déclare aucune politique de développement de la polyvalence des secrétaires ou fonctionne encore avec des secrétariats en « cabinet libéral » comme organisation principale. Néanmoins, les contours du modèle « émergent » ne sont pas encore précis et homogènes. Les moyens d'encadrement comme les innovations organisationnelles (centrales d'appel, *pools* de frappe) ne semblent pas encore stabilisés, étant mis en œuvre selon des modalités et des échelles encore très variables. Par ailleurs, si les transformations décrites ci-dessus sont hétérogènes, elles partagent trois objectifs interdépendants : la professionnalisation, la numérisation et l'industrialisation du fonctionnement des secrétariats médicaux, que l'on peut faire correspondre aux trois dimensions humaines, techniques et organisationnelles de la démarche qualité.

1.3 Ces transformations génèrent des oppositions et des craintes centrées sur le risque de perte de personnalisation du service et de baisse de motivation des agents : l'exemple des HCC

Au-delà de leurs objectifs partagés, il est à noter un autre point commun entre les évolutions des secrétariats médicaux dans hôpitaux publics. Leur volet organisationnel, l'industrialisation des processus, fait l'objet d'oppositions importantes, tant de la part des professionnels médicaux que des secrétaires elles-mêmes. Ceux-ci craignent en particulier une perte de qualité de service du fait de sa moindre « personnalisation » vis-à-vis du client interne, le médecin, ou du client externe, le patient. Les évolutions en termes de professionnalisation et d'automatisation sont quant à elles moins sujettes à opposition mais, étant interdépendantes de l'industrialisation de l'organisation interne, c'est toute la démarche de transformation des secrétariats qui peut s'avérer bloquée si ce dernier point ne fait pas consensus au sein de l'hôpital.

Aux Hôpitaux Civils de Colmar, dans le cadre de la mise en service du nouveau Pôle-femme-mère-enfant, la démarche de préparation de la future organisation des secrétariats médicaux s'est déroulée en trois temps : une phase de diagnostic, une phase de négociation et une phase d'affinement des organisations et horaires cibles.

Phase 1. Diagnostic et proposition d'organisation cible

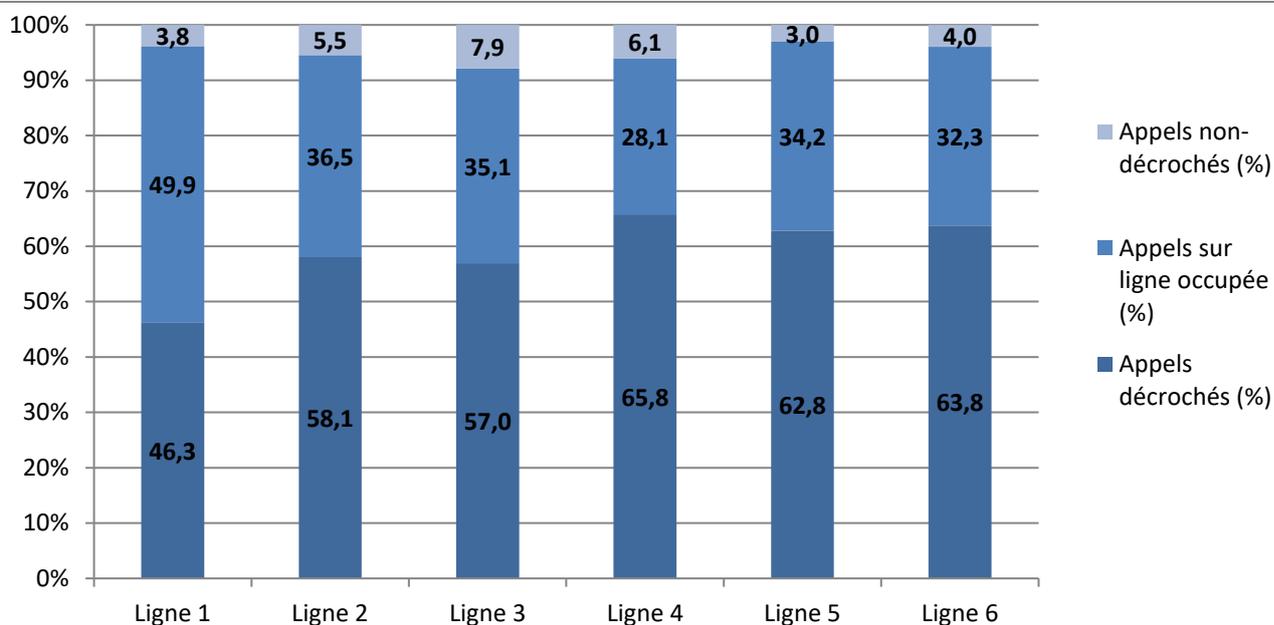
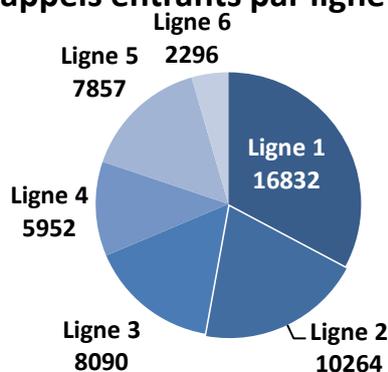
La responsable de secteur des secrétariats médicaux en charge du PFME, encadrée par l'attachée d'administration en charge des admissions et des secrétariats, a produit une fiche de synthèse par secrétariat médical du PFME, faisant état des effectifs, des horaires réels, des modes d'organisation internes et de points de difficulté particuliers. Ces fiches ont été présentées lors des réunions du groupe de travail transversal. Elles ont par la suite été synthétisées par le directeur adjoint et l'élève directeur en un livrable de diagnostic par secrétariat évaluant les points positifs et négatifs des organisations actuelles, et proposant une organisation cible. En complément, l'élève directeur a procédé avec le technicien responsable de la téléphonie des HCC à une extraction des données téléphoniques des secrétariats médicaux du PFME sur une année. L'analyse des données téléphoniques a été intégrée dans les diagnostics par secrétariat.

Les éléments saillants de ces diagnostics sont les suivants :

- Une **dispersion des secrétariats** du PFME en une multitude d'entités, composées, à l'exception de la médecine pédiatrique et de la gynécologie-obstétrique, de 1 à 3 secrétaires au maximum, défavorisant les remplacements en cas d'absence (cf. tableau n°1 p. 3).

- Une **organisation en « cellules secrétaire-médecin(s) »**, c'est-à-dire associant de manière permanente une secrétaire à un ou plusieurs médecins, selon le modèle du « cabinet libéral » décrit précédemment. Cette organisation engendre de nombreuses **interruptions de tâches** pour les secrétariats de consultations, chaque secrétaire devant gérer en même temps l'accueil physique, le téléphone, la frappe des comptes rendus, la gestion des dossiers médicaux, etc.
- Un **taux de réponse au téléphone relativement faible**, dû essentiellement au fait que la ligne est déjà occupée lorsque le patient appelle. Ainsi, s'il est répondu de 45 à 65 % des appels selon la ligne, environ 30 à 50% des appels n'aboutissent pas car la ligne est déjà occupée et le matériel ne permet pas de générer une « file d'attente ».

**Graphique n°5 : Secrétariat de gynécologie-obstétrique
Nombre d'appels entrants par ligne externe par an**



**Graphique n°6 : Secrétariat de gynécologie-obstétrique
Répartition entre appels "décrochés", "ligne déjà occupée" et
"non-décrochés"**

- Un **retard chronique de production des comptes rendus** dans l'un des deux secrétariats (441 comptes rendus en retard en mars 2017), l'autre n'ayant aucun retard.
- Une **forte variabilité des horaires**, différant au sein de chaque secrétariat selon les habitudes des médecins et des secrétaires, rendant plus difficile les remplacements et l'adaptation des organisations.

Au vu de ces éléments, la décision a été prise par le directeur adjoint en charge de la mise en service des nouveaux bâtiments de faire évoluer l'organisation interne des deux secrétariats médicaux du PFME à la taille critique suffisante : celui de médecine pédiatrique et celui de gynécologie-obstétrique, disposant respectivement de 9 et de 8 agents, et divisés chacun entre un secrétariat d'hospitalisation et un secrétariat de consultation. Une démarche d'harmonisation des horaires en journées de 7h30 a par ailleurs été menée sur l'ensemble des secrétariats, mais ce sujet ne sera abordé que de manière incidente dans ce mémoire, pouvant constituer un objet d'étude en soi. A la suite de cette décision, le groupe projet a proposé aux chefs de service et aux secrétaires, dans un premier temps, les évolutions suivantes :

- Le passage à un secrétariat organisé en postes de travail par « groupes de tâches » (accueil, frappe, préparation des consultations, accueil téléphonique et prise de rendez-vous, etc), dans une logique de *front-office / back-office*. Les secrétaires rouleraient sur les différents postes par demi-journée ou par journée de travail. Elles continueraient donc d'accomplir l'ensemble des tâches, mais sur des plages différenciées, leur permettant d'éviter les interruptions évoquées *supra*.
- La création d'une centrale d'appel pour la prise de rendez-vous sur le pôle, à laquelle participerait en roulement une secrétaire de chaque service. Cette organisation impliquait une protocolisation de la prise de rendez-vous et un développement de la polyvalence des secrétaires.
- La remise en question de l'ensemble des horaires des secrétaires pour un passage à la journée « standard » de 7 heures 30 minutes, appliquée également aux personnels soignants du PFME.

Phase 2. Négociation avec les médecins et les secrétaires médicales et formation d'un consensus

Les livrables de diagnostic ont ensuite été présentés au chef du Pôle femme-mère-enfant (également chef du service de pédiatrie chirurgicale), puis aux chefs des services de gynécologie-obstétrique, de pédiatrie médicale et d'anesthésie-réanimation pédiatrique. Les négociations quant à l'organisation cible qui ont pris place lors de ces réunions ont mené à une première série d'ajustements dans le projet. Les livrables de diagnostics ont

ensuite été présentés aux secrétaires médicales qui ont fait part de leurs remarques. Les organisations cibles ont été ajustées une seconde fois en conséquence.

C'est lors des réunions de présentation de l'organisation cible aux médecins et aux secrétaires médicales par le groupe transversal que ce sont manifestées les oppositions à cette nouvelle organisation impliquant une industrialisation du processus, en particulier pour la prise de rendez-vous téléphonique mutualisée au niveau du pôle. Les formes de cette opposition sont au nombre de trois.

Premièrement, du fait de la réorganisation des secrétariats en postes de travail dédiés chacun à un sous-ensemble de tâches et de la disparition des « cellules secrétaire-médecins » les secrétaires médicales ont manifesté une **crainte de perte de connaissance des situations individuelles des patients et de leur dossier**, pour deux raisons. D'une part elles ne s'occuperaient pas du dossier du patient tout au long de sa prise en charge et d'autre part elles auraient à charge une file active de patients plus importante. Ainsi, en cas d'appel téléphonique des patients ou lors de leur passage en consultation, elles seraient moins à même de répondre avec pertinence et avec célérité à leurs demandes, devant a minima relire les éléments du dossier ou demander des informations à une collègue. Ce point a été particulièrement évoqué dans le cas du service de gynécologie-obstétrique, qui s'occupe parmi d'autres de patientes atteintes de cancer. Les secrétaires ne souhaitent pas que la patiente n'ait à réitérer son historique médical lorsqu'elle appelle le service, et voulaient au contraire que la patiente puisse bénéficier systématiquement du même interlocuteur au secrétariat. Leur qualité d'accueil serait également réduite car elles connaîtraient moins souvent les patients de manière personnelle. Les « petites interactions » qui constituent une part de la « chaleur » de l'accueil en seraient limitées.

La deuxième crainte, vocalisée principalement par le corps médical, était liée au risque de **perte de qualité du service rendu et d'augmentation des coûts de coordination du fait d'une moins bonne connaissance du fonctionnement des activités médicales et des habitudes des médecins** dans le cadre d'une organisation plus industrialisée, notamment avec la mise en place de la centrale de prise de rendez-vous. Même à l'aide de protocoles, cette dernière risquait d'entraîner selon les médecins une perte de qualité dans la programmation des rendez-vous liée à plusieurs éléments.

- La connaissance de la secrétaire du fonctionnement des activités médicales et des pathologies traitées serait nécessairement moins élevée si une secrétaire traite la programmation au-delà d'un seul service médical, et diminuerait d'autant la qualité du rendu au patient. Comme l'explique un médecin lors des entretiens « (...) *quand une*

secrétaire connaît bien une activité, elle est à l'aise dans l'ensemble de son activité et gèrera ses dossiers de manière bien plus efficace que si elle ne gère qu'une petite partie du processus. [...] Par exemple quand Madame B. s'occupe la consultation du Dr S. en neuropédiatrie, sa façon de pouvoir rapidement orienter la discussion au téléphone, de pouvoir expliquer aux parents « vous êtes orientés pour tel type de de dyspraxie, d'épilepsie, voilà comment ça se passe, voilà comment on va faire », c'est mieux que de sortir le protocole et de d'enchaîner mécaniquement « voilà comment on va faire : tac, tac, tac. » ». Par ailleurs, la moins bonne connaissance des pathologies et de la file active risquerait de diminuer la capacité des secrétaires à filtrer les demandes. Comme l'explique un autre médecin lors des entretiens « Plus on va vers l'intégration plus il y a un risque que la secrétaire n'ait pas une analyse pertinente de la demande [...]. Nos « vieilles » secrétaires savent bien filtrer ces demandes, selon leur connaissance personnelle du patient et des pathologies. Elles savent comment faire apparaître quelque chose d'urgent [auprès du médecin]. Un intermédiaire plus neutre dans le cadre d'une centrale d'appel aura parfois plus de mal à faire ce genre de subtilité. 90% des patients n'ont pas besoin de cette analyse fine, mais les 10% restants si. »

- La secrétaire aurait une moins bonne connaissance des plannings des médecins et de leurs habitudes de travail, comme par exemple le temps dédié à une consultation en fonction du motif de venue du patient. Les erreurs de programmation en seraient multipliées, ainsi que les réajustements à faire en cours de route en fonction des variations des plannings des médecins. Cette crainte était plus marquée en gynécologie-obstétrique. Ce service est en effet soumis à des contraintes plus élevées de planification que la pédiatrie compte tenu de l'intervention au bloc de l'ensemble des praticiens, sur des plages variables. Le problème de la connaissance des habitudes des médecins dépassait cependant le cadre de la seule centrale d'appel. Par exemple, certains médecins en interaction avec des acteurs du CHU et des médecins traitants et correspondants en extra hospitalier ont manifesté le besoin de pouvoir disposer d'une secrétaire connaissant spécifiquement l'écosystème de la prise en charge dont ils s'occupent spécifiquement, souvent dans le cadre d'une sur-spécialisation médicale.
- A fortiori, les médecins ont souligné que les appels concernant uniquement la prise de rendez-vous ne représentaient qu'une minorité des appels au secrétariat et que la mise en place d'une centrale d'appel ne permettrait donc pas réellement de libérer les secrétaires de la tâche d'accueil téléphonique.
- Enfin, le gain de temps généré par la centrale d'appel serait d'autant plus faible que l'éloignement physique de la centrale pour mettre les secrétaires « au calme » recréerait des appels entre la centrale et le secrétariat pour obtenir des informations auprès des médecins ou secrétaires du service, demander une validation, etc.

Troisièmement, cette transformation de l'organisation interne des secrétariats médicaux risquerait d'entraîner une **perte de motivation professionnelle**, le suivi du patient tout au long de son parcours médico-administratif étant vécu comme une source de satisfaction professionnelle, à l'image du médecin suivant le patient sur l'ensemble du parcours médical intra-hospitalier. La question de la dévalorisation a été également soulignée par les médecins : en développant leur polyvalence, les secrétaires en deviendraient « interchangeables », et donc « banalisées ». L'un des médecins interrogés dans le cadre du mémoire a mentionné l'aliénation causé par l'accomplissement de tâches en série et le besoin d'un travail en « miroir » de celui du médecin pour que ce travail ait du sens : « *Je n'ose pas imaginer une secrétaire ne faisant que de la frappe de courrier, totalement déconnectée de ce pourquoi elle fait de la frappe, (...) et c'est pourquoi nous les médecins sommes attachés à ce modèle ancien : il correspond à notre activité. La plupart des médecins ont une activité multi tâches. Nous prescrivons des rendez-vous, nous expliquons au patient le pourquoi du rendez-vous, nous prescrivons les examens, nous dictons les comptes rendus de sortie et nous faisons un courrier pour les collègues de l'extérieur. On conçoit que notre bras droit, notre secrétaire, et je dis « notre » secrétaire à dessein, ait cette même vision des choses.* » Les secrétaires interrogées dans le cadre des entretiens ou du groupe de travail se sont cependant révélées plutôt appréciatrices d'un mode de fonctionnement partiellement industrialisé qui leur permet d'être « au calme » lors d'une demi-journée de *back-office*.

Un sujet « tabou » ? la question de la gestion de l'activité libérale des médecins par les secrétaires

La question de la gestion de l'activité libérale des médecins par les secrétaires n'a pas été évoquée directement lors des négociations par les acteurs. Elle a pourtant de l'importance car la cellule « secrétaire-médecin(s) » est d'autant plus difficile à rompre pour former un nouveau modèle d'organisation que la secrétaire s'occupe des consultations libérales d'un ou plusieurs médecins désignés. A ce sujet, l'existence dans les hôpitaux publics français de « compléments de salaires » versées aux secrétaires par les médecins qu'elles assistent dans cette activité a été régulièrement évoquée par les professionnels interrogés en entretien dans le cadre de ce mémoire, bien qu'elle soit impossible à objectiver²⁶. Il s'agit d'un point de blocage majeur car, au-delà de son caractère dissimulé, cette rémunération est difficilement remplaçable par d'autres éléments de valorisation, matériels ou

²⁶ Ce tabou était déjà évoqué comme tel sous l'angle du « complément de salaire » versé à la « secrétaire du patron » en échanges d'heures supplémentaires par Deporcq B., Boudoussier F., De Torcy H., « Secrétariats médicaux. Une approche transversale pour un métier central », *Gestions hospitalières*, n°373, février 1998 p.126

immatériels, dans le cadre d'un mode d'organisation où une secrétaire n'est plus attachée en particulier à un ou plusieurs médecins.

Phase 3. Préparation de l'organisation cible négociée

En réponse aux craintes évoquées, le groupe projet, médecins et secrétaires se sont entendus sur une organisation « de compromis ». Le projet de centrale d'appel a été abandonné, mais le principe d'organisation en *front-office* / *back-office* conservé, permettant de séparer les tâches au contact du patient et celles qui concernent la gestion des dossiers et la frappe. Pour affiner les horaires définitifs et les organisations sur ces principes, des ateliers de concertation ont été organisés par la responsable de secteur des secrétariats du PFME et l'élève directeur d'hôpital avec les équipes de secrétaires médicales. Ils ont permis de fixer par secrétariat : le contenu des postes de travail en *front office* ou en *back office* et la liste des horaires qui leur est associée, à valider par la commission des horaires du Comité technique d'établissement (CTE) en octobre 2017.

Au secrétariat des consultations de gynécologie-obstétrique, on trouvera ainsi dans le futur bâtiment : en *front-office*, 3 postes dont 2 postes d'accueil physique et 1 poste de programmation opératoire ; en *back-office*, 3 postes mixtes entre téléphone (impliquant 3 lignes externes contre 6 auparavant) et frappe des comptes rendus et courriers. L'une des secrétaires de consultation vient renforcer le secrétariat des hospitalisations. Cette organisation vient remplacer 7 postes totalement polyvalents où les secrétaires accomplissaient l'ensemble des tâches. Le maintien des trois lignes est lié à la volonté des secrétaires et des médecins qu'il n'y ait qu'un binôme par ligne téléphonique, de manière à conserver une personnalisation du service sur cette tâche, notamment vis-à-vis des patientes atteintes de cancer. En termes horaires, le secrétariat est passé de 12 horaires aux amplitudes variables à 5 horaires en 7 heures 30 minutes. L'amplitude d'ouverture du téléphone a été augmentée d'une heure dans la journée.

2 Les contestations et craintes dont font l'objet ces transformations appellent à chercher une conciliation entre industrialisation du processus et personnalisation du service

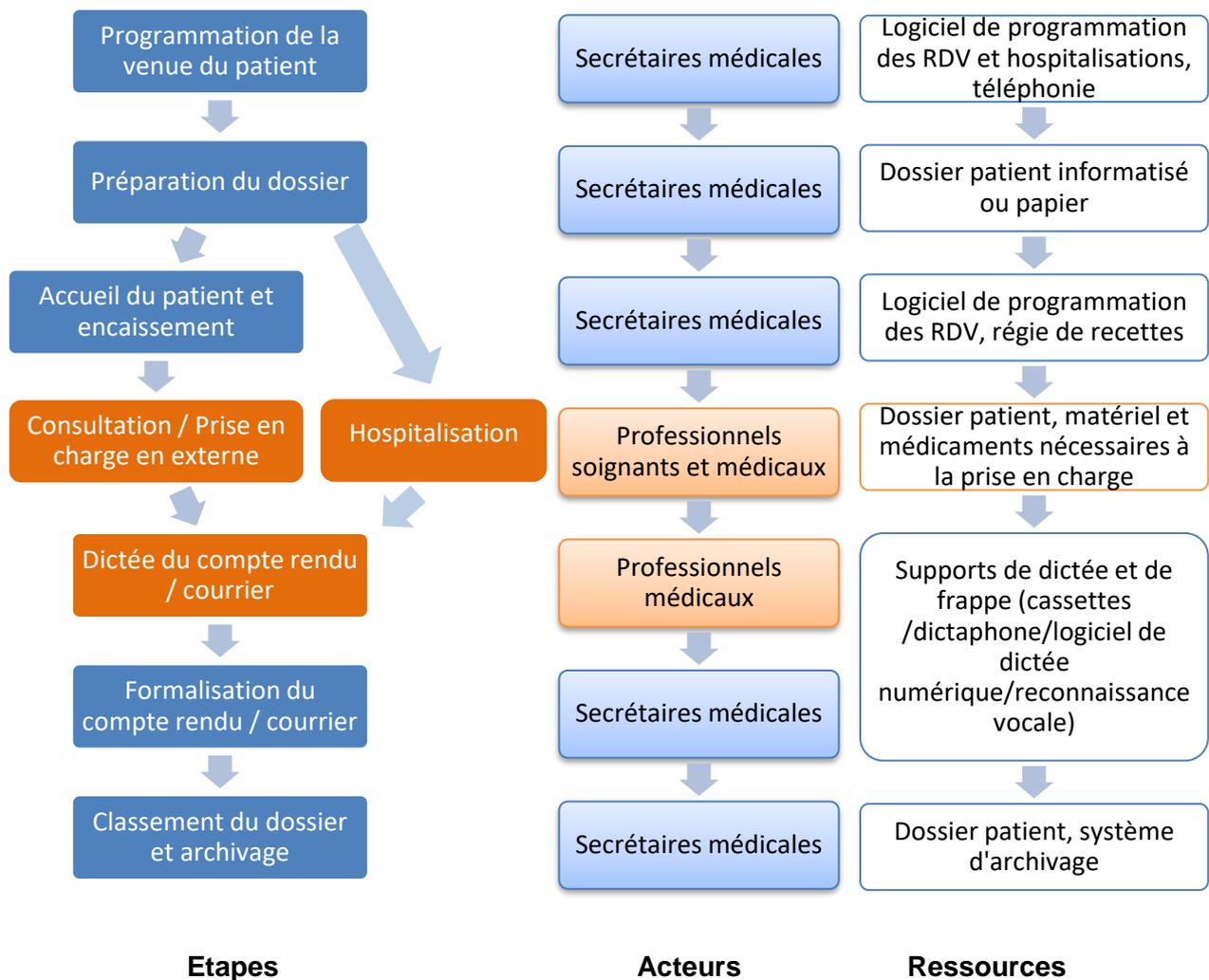
Pour mieux comprendre les oppositions décrites ci-dessus et tâcher de définir si l'industrialisation des processus et la personnalisation du service sont réellement incompatibles, il est nécessaire d'une part de mieux comprendre la nature du service rendu par les secrétariats médicaux et d'autre part de procéder à l'analyse critique du discours des acteurs en identifiant avec plus de précision les composantes de la personnalisation du service rendu par les secrétariats et les implications de l'industrialisation de ce service.

2.1 Réinterroger la nature du secrétariat médical et du service rendu par cette fonction à l'hôpital

2.1.1 Le secrétariat médical hospitalier vu sous l'angle du processus de prise en charge médico-administrative : une approche indispensable mais insuffisante

De manière simplifiée, le secrétariat médical peut être approché sous la forme d'une organisation gérant un seul processus, le parcours « médico-administratif » du patient, complémentaire et nécessaire au processus de production des soins, et intégré avec lui dans le « parcours patient » en consultation ou en hospitalisation partielle ou complète. De la prise de rendez-vous du patient à l'archivage de son dossier sa prise en charge, la secrétaire médicale réalise un ensemble varié de tâches qui peuvent être regroupées en quelques grandes étapes faisant appel à diverses compétences professionnelles et divers supports. Les deux centres de gravité de ce processus sont le patient lui-même et son dossier médical, informatisé ou physique.

Concevoir le secrétariat médical par l'approche processus présente plusieurs intérêts. Il permet d'abord de rassembler dans des sous-ensembles cohérents des tâches nombreuses et d'aspect parfois disparate. C'est sur ce fondement que peut s'organiser une industrialisation de l'organisation interne, chaque poste de travail pouvant prendre en charge un ou plusieurs groupes de tâches. Pour les secrétaires comme pour les autres acteurs hospitaliers, il donne des points de repère sur les points essentiels de l'activité de secrétariat, qui peuvent être difficile à saisir sans connaissance préalables du métier. Enfin, dans une logique de management de la qualité, il peut y être associé des risques à maîtriser ainsi que des indicateurs de performance.



Graphique n°7 : Parcours médico-administratif du patient vu sous forme de processus

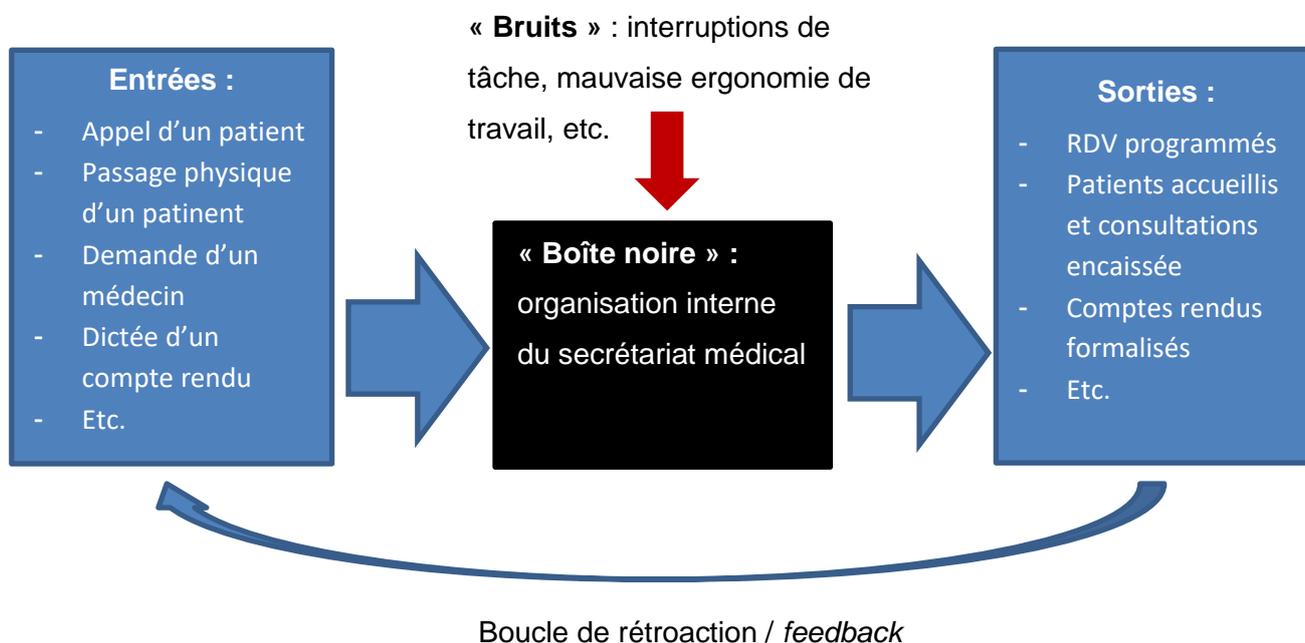
Néanmoins, l'approche processus du secrétariat est insuffisante pour concevoir cette activité et préparer sa transformation. D'une part, elle suppose une forme de linéarité du parcours du patient qui ne correspond que rarement à la réalité, ce parcours étant caractérisé régulièrement par des pas de côté et des ruptures. D'autre part, elle ne permet pas de mettre en valeur la variabilité des organisations de chaque secrétariat.

2.1.2 Le secrétariat médical hospitalier comme « boîte noire » : comprendre l'intérêt de mettre en visibilité des organisations internes complexes et variables

Pour prendre en compte cette forte variabilité des organisations, le secrétariat médical peut utilement être abordé par l'approche de la « boîte noire ». Concept développé dans les années 1940 dans le cadre l'apparition de la cybernétique²⁷ et largement répandu dans les sciences sociales par la suite, il s'agit de comprendre une organisation comme un

²⁷ Par exemple Norbert Wiener, *Cybernetics*, the MIT Press, 1948, 212 p.

mécanisme de communication qui transforme des « entrées » (*inputs*) en « sorties » (*outputs*) en les faisant passer à travers des rouages dont les mécanismes sont cachés ou inconnus, d'où l'expression de boîte noire. Une « boucle de rétroaction » (*feedback*) fait évoluer les entrées en fonction des sorties. Des « bruits » viennent dégrader la qualité du message.



Graphique n°8 : Secrétariat médical vu sous forme de « boîte noire »

Cette approche a pour intérêt de faire réaliser aux acteurs leur marge de manœuvre limitée pour faire évoluer les secrétariats dont le fonctionnement interne est rarement connu. Par exemple, pour n'importe quel acteur extérieur en interaction avec un secrétariat médical d'un service dont il ne fait pas partie, comme un médecin traitant, médecin ou administratif, la production des comptes rendus est une « boîte noire » sur lequel il n'a aucune visibilité ni action²⁸. L'idée est pourtant répandue que le secrétariat est un métier facile à comprendre et à exécuter, ce qu'il n'est guère, a fortiori dans le domaine médical soumis à de fortes exigences de qualité, de rapidité et de confidentialité²⁹. La « boîte noire » permet également de démontrer la nécessité d'une approche au plus près du terrain, en particulier au stade du diagnostic des organisations, pour réussir une véritable transformation. Le simple envoi d'un signal incitatif, par exemple la fixation d'un objectif de taux de réponse au

²⁸ « L'opacité » est à ce titre l'une des principales caractéristiques des secrétariats médicaux évoquées par Deporcq B., Boudoussier F., De Torcy H., « Secrétariats médicaux. Une approche transversale pour un métier central », *Gestions hospitalières*, n°373, février 1998 p. 125

²⁹ « Objet des a priori et des approximations, le travail de secrétaire ne se laisse pas facilement observer. [...] Rien d'étonnant donc à ce que le faire la preuve de leur professionnalisme soit un combat pour les secrétaires (...). » Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, *De la Secrétaire à l'Assistante, l'évolution d'une profession*, la documentation Française, 2000, p.20

téléphone pour un secrétariat donné, ne suffit pas à faire évoluer la qualité ou la quantité des *outputs* si l'on « ouvre » pas la boîte noire pour en décomposer les mécanismes³⁰.

Encadré n°3 : Le cahier du secrétariat de néphrologie des HCC, la mise en visibilité de la complexité de la « boîte noire » du secrétariat médical

Le secrétariat de néphrologie des HCC est organisé en une seule équipe de 6 secrétaires roulant sur des postes identifiés par groupes de tâches : un binôme (dont la référente) s'occupe des hospitalisations, des consultations des hémodialysés, des consultations des greffés et de la chefferie du service un quadrinôme roule sur un poste d'accueil des consultations, un poste de frappe, un poste d'accueil téléphonique et de classement des courriers et de tous les documents concernant les patients chroniques (dialysés et greffés) et un poste de préparation des dossiers.

Pour faciliter la prise de poste des nouvelles secrétaires, la référente a mis en place un cahier de secrétariat décrivant l'ensemble des procédures internes. Le cahier s'étoffe progressivement depuis sa mise en place, au point de dépasser la centaine de pages et d'être surnommé « la Bible » pour son volume et son exhaustivité. S'il pourrait être certainement réduit par une réévaluation de son contenu car certaines informations apparaissent à deux reprises, il illustre bien le concept de boîte noire en révélant le nombre de protocoles et modes d'organisation particuliers qui peuvent être générés même au sein d'une petite équipe, compte tenu de la proximité avec une activité médicale fortement spécialisée. On recense ainsi dans ce cahier très dense :

- La liste des numéros de téléphone utiles au sein de l'établissement, et de l'équipe
- Des informations dites « en vrac » : abréviations du planning, manipulations du dossier administratif du patient, rôle des différentes secrétaires, etc.
- Un lexique de néphrologie
- Le protocole de commande de matériel
- Les règles de programmation des rendez-vous (abréviations par type de patient)
- Les « agendas des médecins et leurs particularités » (plages et durée des consultations, mode de fonctionnement pour la relecture des comptes rendus etc.)
- Quelques « astuces » pratiques pour la manipulation des logiciels de bureautique (par exemple comment insérer rapidement les conseils de néphroprotection dans un courrier)

³⁰ Ce problème, appliqué ici au secrétariat médical, a été mis en valeur par Jean-Claude Moisdon, « Le paradoxe de la boîte noire. Réformes hospitalières et organisation », *Droit et société* 2012/1 (n° 80), p. 91-115.

- Le descriptif des différents postes de travail et des tâches à accomplir au sein de chacun d'entre eux : consultations, accueil et classement des dossiers, classement des dossiers des patients chroniques, prise en charge des patients en pré-greffe, etc.
- Les règles de gestion liées à la facturation, à l'identitovigilance, aux bons de transport

2.1.3 Le secrétariat médical hospitalier comme acteur de la gestion des flux de patients et d'informations et de la maîtrise des trajectoires médico-administratives

Troisièmement, le secrétariat médical peut être présenté comme un prestataire de services répondant à un flux quasi continu de demandes diverses (production de comptes rendus, appels, venue des patients en consultation, demandes ponctuelles des médecins, etc.) en affectant des secrétaires sur les postes de travail. Cette approche incite à l'analyse des charges de travail par type d'activité de secrétariat et à leur répartition dans le temps, permettant une affectation de la ressource au plus près de la demande et une réflexion sur les capacités à améliorer le taux de service, grâce à des procédures ou des équipements. Par exemple, la question du délai de dictée des comptes rendus par le médecin est une question cruciale pour les secrétariats car elle détermine le flux de demande de frappe. Si les médecins dictent par à-coups plutôt qu'au fur et à mesure, il est plus difficile d'associer charge de travail et ressources en personnel.

Encadré n°4 : La mesure de la charge de travail des secrétariats médicaux aux Hôpitaux Civils de Colmar et ses implications

En routine, les responsables de secteur des secrétariats médicaux de Hôpitaux Civils de Colmar produisent une analyse de la charge de travail par secrétariat médical, qui consiste à définir un temps moyen par type de tâche (par exemple cinq minutes en moyenne pour frapper un compte rendu, dix minutes pour préparer un dossier d'hospitalisation), et à multiplier ces temps moyens par le nombre de prises en charge en consultation, en hospitalisation ou sur un plateau technique, envoyé par le service de l'information médicale. Cette technique, bien qu'imparfaite car ne permettant pas de visualiser les variations qui peuvent exister au sein d'un service (certains médecins dictent de longs comptes rendus quand d'autres en dictent de plus courts), a pour mérite de permettre de visualiser avec une granularité élevée l'adéquation entre les emplois de secrétaires médicales budgétés et la charge de travail.

1.3 Ratios d'activité secrétariat

	Nombre	mn	mn totales	ETP	mn par ETP
Hospit. complète	4 042	20	80 840		
UCA	950	20	19 000		
CROP	2685	10	26 850		
RCP	120	60	7 200		
Consultations	22 347	20	446 940		
Consultations SF	10 473	10	104 730		
CS Interservices	305	5	1 525		
Encaissements	6 000	3	18 000		
			705 085	7,8	90 395

Exemple de tableau de mesure de la charge de travail d'un secrétariat médical des HCC

Ponctuellement, les responsables de secteur peuvent procéder à des analyses plus en profondeur, non seulement à l'aide de temps d'observations mais aussi d'extractions de données. Dans le cadre du projet de réorganisation des secrétariats du nouveau PFME, les flux d'appels téléphoniques ont ainsi pu être mesurés à l'aide du technicien en charge de la téléphonie, notamment :

- Leur répartition entre appels entrants et sortants, et parmi les premiers entre appels décrochés, appels n'ayant pas abouti car la ligne était occupée et appels ayant sonné sans réponse (cf. *supra* p.18).
- Leur variation dans le temps, au cours de l'année, et selon le jour de la semaine. Par exemple en gynécologie-obstétrique, les secrétaires ont reçu en 2016 en janvier 5264 appels entrants, soit 1728 de plus qu'en juillet de la même année. Cela représente une différence de plus de 50 appels entant par jour, et fait apparaître la difficulté d'associer le bon niveau de ressources humaines aux demandes lorsque le temps de travail n'est pas annualisé et que les autres tâches comme la frappe des comptes rendus doivent être accomplies dans le même délai toute l'année.
- La durée des appels et la durée d'attente du patient avant qu'il ne lui soit répondu

Ce type d'analyse ponctuelle des flux est un complément essentiel des approches de terrain pour objectiver la charge des secrétariats dans le cadre d'un audit.

Cette approche par flux nie cependant les particularités des demandes de chaque patient et de chaque professionnel médical, d'où l'intérêt de compléter cette analyse par la notion de maîtrise des trajectoires individuelles des patients, introduite par les travaux d'Etienne Minvielle qui permet « *d'illustrer la diversité des cas et le caractère imprévisible de leur déroulement* » entre autres³¹. En tant que support de la production des soins, les secrétariats médicaux participent pleinement à cette « maîtrise des trajectoires » des patients, en assurant la bonne circulation des informations médicales. Or, dès lors qu'on

³¹ Minvielle E., « Gérer la singularité à grande échelle », *Revue française de gestion*, juin-juillet-août 1996, p.119

n'est plus face à un flux de demandes similaires mais devant des situations personnelles « chaotiques », « *le principe organisationnel habituel est celui de la flexibilité* », c'est-à-dire « *l'assouplissement des règles formelles et la reconnaissance des compétences détenues par les opérateurs humains que sont les membres de l'unité de soins* »³². Autrement dit, le fait que les secrétaires participent à une maîtrise des trajectoires des patients plus qu'à une simple gestion des flux les incite fortement à s'adapter en fonction des particularités des autres professionnels qui les entourent et de la spécialité médicale au sein de laquelle elles inscrivent leur activité. On comprend dès lors mieux que l'industrialisation de la gestion du parcours médico-administratif du patient fasse l'objet d'oppositions. Elle risquerait d'empêcher cet assouplissement des règles car elle implique, par la protocolisation et/ou la mutualisation d'une partie des tâches des secrétaires au sein du service voire au-delà, d'harmoniser leurs pratiques et de recadrer les glissements de tâches. Cette opposition mérite cependant d'être explicitée plus en détail.

2.2 Mieux comprendre les mécanismes concrets de la personnalisation du service et de l'industrialisation du processus pour mieux les concilier

2.2.1 Distinguer l'industrialisation de la standardisation et de la spécialisation pour communiquer avec justesse sur les transformations

Lors des entretiens, il a été constaté que le terme « d'industrialisation » des secrétariats médicaux ne recouvre pas la même signification pour tous les acteurs. Il faut à ce titre bien distinguer l'industrialisation du processus de la spécialisation des agents et de la standardisation du service.

- L'**industrialisation**, comme décrite précédemment, consiste ici à séparer un processus en groupes de tâches et à définir des postes de travail spécialisés par tâche ou groupes de tâche au sein d'un périmètre déterminé. Elle ne préjuge pas de la manière dont les agents sont affectés à ces postes de travail. Elle peut se jouer sur des périmètres restreints (un binôme ou trinôme, un service), ou plus large (le pôle, l'établissement).
- La **spécialisation** correspond à l'étendue des tâches confiées à un agent. Une organisation polyvalente mais industrialisée consiste à organiser une rotation des agents, au sein d'un périmètre déterminé, sur les différents postes définis du service, le temps d'une journée ou d'une demi-journée. A l'inverse la spécialisation totale des postes de travail consiste à dédier des agents à une tâche unique, sans rotation de poste. Certains établissements font ainsi le choix de mettre en place une cellule de frappe avec des agents dédiés entièrement à cette tâche en continu.

³² *ibid.* p.120

- La **standardisation** du service consiste à harmoniser les caractéristiques des prestations fournies aux patients. Le fait de protocoliser une tâche de secrétariat peut entraîner une forme de standardisation, par exemple s'il est demandé dans le cadre d'une centrale d'appel à ce que les temps de discussion ne dépassent pas plus de deux minutes en moyenne, mais cette corrélation n'est pas systématique.

L'industrialisation du processus n'est donc pas synonyme d'un service standard fourni par un agent spécialisé sur une unique tâche. Elle implique simplement une « massification » dans la gestion d'un processus, accompagnée parfois par une spécialisation des agents qui peut varier dans son périmètre. La standardisation du service peut faciliter l'industrialisation mais elle n'en est donc pas le synonyme. Si cette distinction peut paraître évidente, il est important de communiquer dessus dans les démarches de transformation des secrétariats médicaux car les acteurs peuvent confondre l'industrialisation du processus de prise en charge médico-administrative avec une forme de « Taylorisation », c'est-à-dire la mise en place d'une chaîne de tâches combinant spécialisation des postes et standardisation des tâches.

2.2.2 Identifier les formes concrètes de la personnalisation du service par les secrétaires médicales pour mieux la concilier avec l'industrialisation du processus

Pour mieux comprendre ce que recouvre le terme de personnalisation dans le cadre du service rendu par les secrétariats médicaux, on peut s'appuyer sur la typologie définie par Carolien de Blok et al.³³ qui distingue la « customisation » de la « personnalisation » dans la production des services de santé³⁴. La « customisation » correspond à l'adaptation des caractéristiques du service aux besoins du patient. On peut étendre dans notre cas cette notion de customisation à l'adaptation des caractéristiques du service rendu par les secrétaires médicales aux besoins particuliers du médecin.

Encadré N°5 : un exemple de « customisation » du service rendu par les secrétaires médicales : la prise de rendez-vous en néphrologie aux Hôpitaux Civils de Colmar

Lorsqu'un patient appelle pour prendre rendez-vous en néphrologie aux Hôpitaux Civils de Colmar, selon ses caractéristiques (« nouveau cas », « ancien cas », patient en hémodialyse, en dialyse péritonéale, en attente de greffe, déjà greffé, etc.) que la secrétaire vérifie à l'aide du dossier ou bien en lui demandant directement, des indications sont

³³ de Blok C., Meijboom B., Lujkx K., Schols J., "The human dimension of modular care provision: Opportunities for personalization and customization" *International Journal of Production Economics*, n°142, 2013, pp.16–26

³⁴ On utilisera ici un anglicisme car la langue française ne permet pas de distinguer les deux expressions utilisées par les auteurs en anglais (*personalization* et *customization*)

rajoutées sous formes d'abréviations sur le planning des rendez-vous, que le médecin pourra consulter en amont de sa consultation. On dénombre ainsi 18 caractéristiques différentes possibles dans le cahier du secrétariat. Selon les caractéristiques inscrites sur la liste, et selon les habitudes de chaque médecin, la durée de la consultation peut être adaptée. Par exemple, pour le chef de service, les consultations des « nouveaux cas » durent 45 minutes contre 30 minutes pour les autres patients. Dans le cas d'un « nouveau cas » de plus de 80 ans, les secrétaires sont missionnées pour faire se joindre le néphrologue et le médecin traitant, de manière à vérifier la nécessité de faire se déplacer le patient très âgé.

Complémentaire de la « customisation », la « personnalisation » correspond à l'adaptation de la manière dont le service est délivré aux patients selon les caractéristiques de ce dernier. Au sein de cette catégorie, de Blok et al. distinguent la personnalisation « *pro forma* » qui consiste à suivre un script ou un protocole pour donner l'impression au patient que l'on s'adapte à ses besoins, tout en suivant une procédure relativement standardisée, de la personnalisation « attentive » qui consiste à adapter son attitude personnelle, par exemple le vocabulaire et le ton selon l'âge du patient, sa pathologie ou d'autres caractéristiques. Il s'agit de deux niveaux sur un même continuum. Par exemple, dans le cadre d'une centrale de prise de rendez-vous par téléphone où les patients sont inconnus des secrétaires, et où ces dernières programment les prises en charge selon des protocoles, la personnalisation sera le plus souvent « *pro forma* » alors que dans le cadre d'une « cellule secrétaire-médecin(s) » où la secrétaire connaît les patients les plus réguliers du ou des médecins dont elle s'occupe, elle pourra mieux faire preuve d'une personnalisation « attentive ». Les auteurs soulignent également que la « customisation » et la personnalisation du service ont des frontières poreuses et se renforcent mutuellement dans le domaine de la santé. Une secrétaire médicale mettant en confiance le patient via une personnalisation « attentive » de son attitude selon les besoins de ce dernier obtiendra peut-être des informations supplémentaires permettant par exemple de mieux renseigner le médecin sur les attentes du patient, et donc de mieux « customiser » le service rendu.

Cette typologie de la personnalisation du service rendu par les secrétaires médicales permet de tirer trois conclusions quant à l'opposition avec l'industrialisation du processus.

- L'industrialisation du processus n'empêche par une personnalisation du service sous forme de customisation ni de personnalisation « *pro forma* ». A l'aide d'un protocole écrit ou d'un script, une secrétaire peut apprendre à prendre des rendez-vous dans plusieurs spécialités et à adapter les durées de consultation et les informations à destination du médecin. Néanmoins, plus la variabilité des pratiques et la spécialisation des médecins sera forte, plus la somme de protocoles à apprendre pour la secrétaire

sera important. L'industrialisation incite donc nécessairement à une certaine harmonisation des habitudes des médecins, et à une formation des secrétaires pour conserver la personnalisation du service.

- La personnalisation « attentive » apparaît plus difficile à mettre en place dans le cadre d'une organisation industrialisée du secrétariat du fait du lien personnel plus distant entre la secrétaire et le patient. Ce point est plus problématique en matière de patients chroniques, atteints d'une maladie grave ou bien très âgés, et nécessitant un nombre limité d'interlocuteurs avec qui ils sont en contact régulier.
- Au sein du processus de prise en charge médico-administrative géré par les secrétariats médicaux, toutes les tâches ne nécessitent pas le même niveau ni le même type de personnalisation. Ainsi, l'accueil physique d'un patient peut être mieux perçu s'il est personnalisé de manière « attentive » par la secrétaire, mais il ne nécessite en rien une « customisation » du service (en dehors des urgences) car il s'agit dans la majorité des cas de noter l'arrivée du patient, vérifier son identité puis encaisser la consultation à sa sortie. Ce type de personnalisation est même favorisé par une organisation « industrialisée » ou une secrétaire peut se dédier sur une plage donnée entièrement à l'accueil. A l'inverse, si la frappe d'un compte rendu demande une connaissance du vocabulaire médical de la spécialité concernée, cette tâche ne demande a priori aucune customisation ou personnalisation, hormis une éventuelle adaptation aux pratiques de relecture du médecin.

3 Tentative de définition de principes d'action et d'une méthodologie pour transformer les secrétariats dans le sens d'une organisation industrialisée et personnalisée

3.1 Sept principes d'actions pour concilier industrialisation du processus et personnalisation du service au sein des secrétariats médicaux

Dès lors qu'une conciliation au moins partielle est possible entre personnalisation du service et industrialisation du processus, il convient de définir des principes d'action qui agissent comme conditions de cette conciliation. Sept sont identifiés dans ce mémoire. Ils visent à donner une ligne directrice à la transformation des secrétariats, mais non un « mode d'emploi » nécessairement dépendant des réalités locales.

1. Industrialiser le processus de prise en charge médico-administrative sans spécialiser les secrétaires

Ce premier principe d'organisation fait consensus parmi l'ensemble des acteurs interrogés dans le cadre de ce mémoire. S'il est souhaitable pour l'amélioration de l'efficacité des secrétariats de définir dans chaque secrétariat des organisations *en front-office / back-office* et donc des postes de travail dédiés à un groupe de tâche, notamment pour l'accueil physique, l'accueil téléphonique ou la frappe, les acteurs s'accordent pour considérer que le maintien d'une motivation au travail ne peut passer que par des roulements entre ces différents postes par demi-journées ou journées. On peut ici parler d'un secrétariat « industrialisé et polyvalent » par opposition à un secrétariat « industrialisé et spécialisé ». Par ailleurs, dans le contexte d'organisations industrialisées au-delà du seul service, par exemple une centrale d'appel pour un plateau de consultations ou un *pool* de frappe des comptes rendus, il semble aussi important de maintenir pour les secrétaires concernées un attachement à un service médical donné. De cette manière elles peuvent alterner entre la centrale ou le *pool* et les tâches d'accueil et de gestion des dossiers dans le service. Cette inscription dans un service est une garantie de fidélisation et de motivation des secrétaires.

2. Former progressivement les secrétaires à une polyvalence plus élevée

Le passage à une organisation « industrialisée et polyvalente » ne peut se faire que progressivement pour habituer les secrétaires à interagir avec l'ensemble des professionnels médicaux du service et à prendre en charge une file active de patients plus grande. Préalablement à la mise en œuvre de la nouvelle organisation, il est donc important que soit mis en place au sein du secrétariat une rotation de l'ensemble des secrétaires sur

les postes des unes et des autres pour les habituer au fonctionnement de chaque médecin. Cette démarche permet également aux secrétaires de développer un recul sur leurs propres pratiques et sur celles des médecins et ainsi de mieux percevoir les habitudes que les médecins doivent tenter d'harmoniser ou de stabiliser pour faciliter le travail des secrétaires. En amont la réorganisation des secrétariats médicaux du PFME des HCC, la secrétaire référente du secrétariat de gynécologie-obstétrique a ainsi lancé une démarche de renforcement de la polyvalence au sein de son secrétariat en faisant « tourner » les secrétaires sur les postes de chacune. Ce type de démarche peut dans un deuxième temps être étendu, là encore de manière progressive, au niveau de deux services, voire du pôle, pour faciliter l'entraide des secrétaires en cas d'absence.

3. Distinguer des files actives de patients « sensibles » pour leur apporter un service plus personnalisé

La différenciation d'une ou plusieurs files actives de patients « sensibles » au sein d'un secrétariat peut s'avérer nécessaire pour garantir une réponse plus appropriée à leurs besoins³⁵. Il s'agit souvent des patients atteints de cancer, d'une maladie grave ou chronique dans une spécialité médicale donnée, nécessitant un suivi plus dense et donc un nombre d'interlocuteurs limités au sein du service médical, de manière à éviter les redondances et les coûts de coordination dans leur prise en charge. Deux exemples peuvent illustrer un tel fonctionnement aux Hôpitaux Civils de Colmar.

Encadré n°6 : L'exemple de la distinction d'une file active de patients « sensibles » dans deux secrétariats des Hôpitaux Civils de Colmar

Au sein du service de néphrologie, les patients ayant besoin d'un bilan « pré-greffe » font l'objet d'une filière spécifique au sein du secrétariat dont les processus sont industrialisés au niveau du service pour le reste des patients. Trois secrétaires, l'une faisant partie du binôme des secrétaires d'hospitalisation, les deux autres du quadrinôme des secrétaires de consultation, sont particulièrement chargées de ces patients. La première gère les dossiers des patients greffés pour lesquels un dossier est relancé et les patients hémodialysés aux HCC, les deux autres s'occupent des patients attendant une greffe préemptive selon un découpage alphabétique. Le patient appelle directement la secrétaire qui lui est dédiée. Des plages de temps (une à deux demi-journées par semaine) sont dédiées à la coordination des acteurs pour l'organisation des bilans pré-greffes et à la

³⁵ On peut assimiler cette démarche à la «catégorisation des patients» selon leur profil proposée par Minvielle E. et al., «Managing customization in health care : a framework derived from the services sector literature», *Health Policy*, 2014, p.4

gestion des dossiers. L'ensemble des tâches associées est protocolisé dans le cahier de secrétariat évoqué p.28.

Au sein du service de gynécologie-obstétrique des HCC, la prise en charge des patientes atteintes de cancer donne lieu à des besoins spécifiques : nombre plus élevé de rendez-vous, passage du dossier en RCP, coordination de plusieurs acteurs dans différents services médicaux, etc. Pour la prise en compte de ces besoins spécifiques, le secrétariat a décidé de maintenir dans le cadre du nouveau bâtiment trois lignes téléphoniques et de dédier un binôme par ligne, de manière à ce qu'une patiente atteinte de cancer s'adresse toujours au même binôme. Une autre organisation envisageable aurait été de dédier un numéro spécifique à la prise en charge des patientes atteintes de cancer et une ou deux lignes pour les appels de prise de rendez-vous ou de demande d'information.

4. Protocoliser les tâches

Toute organisation des secrétariats médicaux sous forme « industrialisée » demande une protocolisation des tâches pour former les secrétaires ou leur rappeler le fonctionnement du service. Il s'agit, par poste de travail de définir le contenu des différentes tâches et les modalités de leur réalisation, notamment sur les logiciels. En matière de prise de rendez-vous, les protocoles permettent aux secrétaires de définir les questions à poser pour chaque type de prise en charge, concernant par exemple la demande précise du médecin traitant, les antécédents, etc. La protocolisation est donc un élément clef, notamment en matière d'accueil téléphonique, pour garantir la « customisation » du service nécessaire à l'équipe médicale (durée du rendez-vous adaptée selon le profil du patient et la pratique du médecin et informations nécessaires à la prise en charge complétées sur le dossier).

5. Mettre en visibilité et stabiliser les plannings médicaux

Ce principe est complémentaire et nécessaire à la rédaction de protocoles d'organisation. Pour la prise de rendez-vous par exemple, chaque secrétaire doit être capable de connaître le planning prévisionnel de chaque médecin, les activités qu'il prend en charge et ses habitudes principales d'organisation. En l'absence de tels éléments, un secrétariat organisé en postes de travail « industrialisés » peut se retrouver en grande difficulté, par exemple pour éviter les erreurs de programmation si les secrétaires programment des rendez-vous sans visibilité claire sur les plages de consultations ouvertes par médecin. Au secrétariat de néphrologie des HCC, les plannings médicaux sont l'un des premiers éléments du cahier de secrétariat. Néanmoins, en cas de changement de planning, chaque médecin dispose d'une secrétaire dédiée à laquelle il peut s'adresser pour faire déplacer les rendez-vous

d'une consultation remplacée par une autre activité. On peut noter à ce titre que lors des entretiens menés dans le cadre du mémoire, les chefs de services interrogés ont tous manifesté le besoin de pouvoir disposer d'une secrétaire dédiée pour l'organisation globale de leur planning, moins régulier que celui d'un praticien hospitalier compte tenu de leurs responsabilités. Il s'agit ici d'une forme de personnalisation du service pour le chef de service qu'il est tout à fait possible de maintenir au sein d'un secrétariat « industrialisé », à condition que l'ensemble des secrétaires puissent affecter des patients à ses plages de rendez-vous.

6. Développer une culture de la transmission écrite

Ce principe d'action accompagne de manière plus large la protocolisation et la mise en visibilité des plannings médicaux. Dans l'ancien modèle du secrétariat « en cabinet libéral », c'est la culture de la transmission orale qui peut dominer car la secrétaire s'occupe du dossier du patient du début à la fin de sa prise en charge. Dans le cadre d'une organisation industrialisée, la transmission orale devient impossible, la rotation des secrétaires sur les postes de travail demandant une traçabilité des demandes des patients et des médecins et des réponses qui leurs sont apportées.

Par exemple, au secrétariat de néphrologie des HCC, au poste de téléphone, les secrétaires, lors d'une demande d'un patient, les secrétaires inscrivent sur le dossier du patient ou sur une fiche bristol dédiée la question et leurs initiales au cas où le patient rappelle le lendemain et qu'une autre secrétaire lui réponde.

7. Donner à chaque secrétariat une taille critique minimum

L'industrialisation des secrétariats demande enfin une taille critique minimum pour chaque équipe, de manière à permettre aux agents de tourner sur différents postes de travail spécialisés. Or, de nombreux secrétariats demeurent encore des entités isolées, composées d'une voire de deux secrétaires. Cette configuration, en plus d'empêcher une spécialisation des postes, pose problème pour le remplacement en cas d'absence ou de départ. Ces secrétariats tendent donc à accumuler les difficultés de fonctionnement. Au Pôle femme-mère-enfant des HCC, on recense par exemple sur 8 secrétariats, 4 secrétariats avec 2 secrétaires et un secrétariat avec une seule secrétaire. Une condition de réussite de l'industrialisation des secrétariats implique donc d'adosser ces petites unités à des secrétariats plus grands. L'attachée d'administration responsable des secrétariats médicaux et des admissions aux HCC estime ainsi qu'une équipe commence à fonctionner efficacement à partir de 5 ou 6 secrétaires. Une telle organisation permet en effet de dégager au minimum un poste d'accueil, un poste de frappe, un poste d'accueil

téléphonique et un poste dédié aux hospitalisations si elles sont gérées séparément des consultations.

Ces sept principes d'action permettent de s'orienter vers une industrialisation des processus des secrétariats médicaux tout en maintenant des éléments de personnalisation du service, par exemple grâce à une attention particulière aux patients atteints de cancers ou d'une pathologie chronique grave, ou encore en conservant un lien entre le médecin et une secrétaire dédiée pour la reprogrammation des rendez-vous. Ils ne sont cependant que des lignes directrices pour des projets dont les contours seront nécessairement à adapter selon les réalités locales propres à chaque établissement. Ils doivent par ailleurs être articulés au sein d'un plan d'action, ce qui pose la question de la méthode à adopter pour transformer de manière effective les secrétariats.

3.2 Articuler une méthodologie de transformation des secrétariats médicaux : prérequis, démarche et moyens de négociation

3.2.1 Les prérequis à la transformation des secrétariats médicaux : une démarche de professionnalisation et de renforcement de l'encadrement pilotée par les ressources humaines

Les prérequis à la transformation des secrétariats sont avant tout en lien avec la fonction ressources humaines. Il s'agit d'abord de tenter de renforcer la professionnalisation des secrétariats via un recrutement d'agents mieux préparés aux réalités du métier, par exemple via le développement de formations complémentaires d'initiative locale (FCIL) en partenariat avec la région et les lycées professionnels. Un point commun entre les entretiens menés avec les responsables des secrétariats et le directeur des ressources humaines aux Hôpitaux Civils de Colmar est en effet celui des difficultés de recrutement, liées à deux phénomènes :

- Il n'existe plus de filière du baccalauréat permettant de préparer au mieux au métier de secrétariat médical. La filière ST2S (sciences et technologies de la santé et du social) a désormais remplacé le baccalauréat « sciences médico-sociales » (SMS), auparavant filière « F8 », mais selon les acteurs interrogés ne prépare plus aussi bien que les filières F8 ou SMS au métier³⁶. Il n'existe par ailleurs pas de diplôme d'Etat de secrétaire médicale. Pour répondre à ce problème, les HCC et le Groupe Hospitalier de la Région de Mulhouse et Sud-Alsace (GHRMSA), ont mis en place une formation

³⁶ On note à ce titre que le [site de l'ONISEP](#) ne mentionne pas le métier de secrétaire médicale comme débouché envisageable à la sortie du bac ST2S

complémentaire d'initiative locale (FCIL) au secrétariat médical dans un lycée Mulhousien, avec l'aide d'un financement régional, mais les HCC font état de difficulté à recruter car les quelques secrétaires suivant cette formation habitent généralement à Mulhouse et désirent le plus souvent rester dans cette ville.

- Les personnes candidatant aux postes de secrétaires médicales ont souvent une vision « déformée » du métier. Elles pensent s'occuper essentiellement de l'accueil des patients, parfois sans réaliser l'importance de la manipulation de logiciels variés et la complexité de la gestion du dossier patient.

Il s'agit ensuite de valoriser les responsabilités prises par les secrétaires médicales qui deviennent référentes ou coordinatrices. Du fait de l'histoire de l'organisation des secrétariats médicaux, l'existence d'un lien entre le fait d'être secrétaire coordinatrice ou référente, donc chef d'équipe, et d'avoir le statut d'AMA n'est pas systématique. Exception dans la fonction publique, des agents de catégorie C peuvent donc encadrer des agents de catégorie B. Aux Hôpitaux Civils de Colmar, sur 47 référentes ou faisant fonction de référente, 27 sont des adjoints administratifs (AdAH), donc en catégorie C, 2 sont des agents contractuels, et 25 sont des AMA (catégorie B). Sur les 3 responsables de secteurs, 2 sont AMA et la troisième est AdAH. Cette situation pose problème pour valoriser les secrétaires et les encourager à une progression professionnelle. Une démarche est donc en cours dans l'établissement pour ouvrir un concours et préparer plus spécifiquement les référentes ainsi que la responsable de secteur qui n'a pas encore le grade d'AMA. Les outils restants pour valoriser les secrétaires, en dehors du concours pour devenir AMA, sont minces. Il peut s'agir d'une stagiairisation plus rapide pour les secrétaires contractuelles acceptant des responsabilités de référente. En termes de rémunération, une NBI de 25 points majorés peut être touchée par les AMA ayant des fonctions de coordinatrice ou encadrant plus de 5 personnes³⁷. Les AMA en position de responsabilité peuvent également toucher une indemnité forfaitaire pour travaux supplémentaires (IFTS)³⁸.

Il s'agit enfin de travailler à la structuration de l'encadrement des secrétariats médicaux, en positionnant clairement les différents échelons. Puisqu'il n'existe pas de cadre statutaire pour organiser les échelons de responsabilité, on a vu dans le cadre du benchmark que les établissements adoptent diverses modes d'organisation. Une organisation à deux ou trois échelons apparaît envisageable selon la taille de l'établissement :

- Un **échelon de pilotage** des secrétariats, composé d'une ou plusieurs secrétaires coordinatrices de niveau supérieur, doit être capable de mettre en œuvre les

³⁷ [Décret n°2001-979 du 25 octobre 2001 portant attribution de la nouvelle bonification indiciaire à certains personnels de la fonction publique hospitalière, art.1](#)

³⁸ [Décret n°90-841 du 21 septembre 1990 relatif aux indemnités forfaitaires représentatives de travaux supplémentaires allouées à certains personnels de la fonction publique hospitalière](#)

orientations organisationnelles des secrétariats décidées avec la direction et de conduire opérationnellement la transformation. Ces missions impliquent d'être capable de procéder à l'évaluation de la charge de travail des secrétariats, question souvent sensible au sein des établissements, et à des audits de pratiques et organisationnels par le biais d'interventions « sur le terrain ». Des outils locaux comme nationaux peuvent être utilisés pour ce faire, notamment l'outil ANAP³⁹. Si nécessaire, l'intervention d'un consultant extérieur peut permettre de diffuser une méthodologie d'audit que s'appropriera l'encadrement des secrétariats.

- Un **échelon d'encadrement intermédiaire**, positionné au niveau du pôle ou de plusieurs pôles, peut être chargé, en partenariat avec l'échelon de pilotage des secrétariats et la direction des ressources humaines, des tests et entretiens de recrutement, de la vérification des plannings et des évaluations annuelles. Il peut s'agir d'une secrétaire référente de pôle ou bien de l'une des missions du cadre administratif de pôle par exemple. Selon la taille de l'établissement et le niveau de délégation au pôle, ce niveau peut être fusionné avec le niveau de pilotage, au risque cependant de limiter le temps dédié au travail sur l'organisation internes des secrétariats par la ou les coordinatrices.
- Un **échelon de proximité**, positionné au niveau de chaque secrétariat grâce à une secrétaire référente doit permettre de mettre en place les orientations décidées par l'échelon de pilotage, d'organiser les roulements sur les postes et les plannings de présence. Les secrétaires référentes peuvent également participer aux évaluations annuelles pour faciliter le travail des échelons supérieurs.

La question du positionnement des cadres soignants dans cette organisation à deux ou trois niveaux reste complexe. Certains acteurs y sont favorables du fait de la proximité du cadre ou du cadre supérieur de santé avec la réalité de terrain, mais souvent les cadres ne sont pas à l'aise avec le contenu du métier de secrétaire médicale et des responsabilités en la matière peuvent compliquer leur positionnement vis-à-vis des médecins. S'il est envisageable de leur confier un rôle en matière de gestion des plannings des secrétaires pour profiter de leur expertise en la matière, c'est au risque de les détourner de leurs autres rôles vis-à-vis des personnels soignants.

3.2.2 Le cœur de la démarche de transformation : une approche par « petit pas » dans le respect de principes organisationnels généraux

De l'avis commun des acteurs interrogés, il est inenvisageable d'organiser une « révolution organisationnelle » dans les secrétariats, sur l'ensemble d'un établissement et de manière

³⁹ ANAP, évaluer et analyser la performance de l'activité des secrétariats médicaux, outil accessible via le [site de l'ANAP](#)

descendante, compte tenu de la sensibilité du sujet vis-à-vis des médecins et des secrétaires elles-mêmes. Bien plutôt, il apparaît nécessaire de procéder à des choix tactiques, en commençant les réorganisations par les services les mieux à même d'adhérer à la transformation des secrétariats médicaux et en utilisant ces services « pilotes » comme exemples pour démontrer le bien-fondé des transformations proposées. La présence d'un médecin à même de défendre ces transformations auprès de ses confrères dans ces services pilotes est un élément essentiel pour la réussite du projet. L'audit interne ou externe des secrétariats doit être une mesure systématique préalable à toute réorganisation. Il conditionne le changement en faisant apparaître les déséquilibres de l'organisation et permet de prendre en compte les observations de terrain des équipes de secrétaires. Une fois la période d'audit achevée, il convient d'identifier des principes organisationnels qui peuvent s'inspirer de ceux proposés en partie 3.1 de ce mémoire. La cible organisationnelle précise peut ensuite être travaillée à l'aide d'ateliers de travail avec les secrétaires médicales permettant de définir des modes de fonctionnement réalistes et pérennes.

3.2.3 Les moyens de négociation : l'investissement dans la numérisation et dans la formation

Face aux oppositions que rencontrent les démarches de transformation de l'organisation des secrétariats, un moyen de négociation de poids est à disposition des directions hospitalières : il s'agit de l'investissement dans la numérisation et dans la formation. La mise en place de la dictée numérique, voire de la reconnaissance vocale, peut ainsi être conditionnée à l'abandon de l'organisation en « cellule secrétaire-médecin(s) » et de la mise en place d'un mode de fonctionnement en *front-office / back-office* « industrialisé ». La numérisation du secrétariat un moyen de négociation d'autant plus fort qu'il permet de libérer du temps de secrétaire médicale et le dédier par exemple à l'encadrement de son équipe pour la référente ou à la prise en charge de nouvelles tâches vis-à-vis de l'équipe médicale et soignante.

Plus facile à articuler avec les transformations organisationnelles, l'investissement dans une formation continue plus dense des secrétaires médicales peut aussi être un argument vis-à-vis des professionnels médicaux pour faciliter l'acceptation de l'industrialisation du processus médico-administratif. Plusieurs acteurs interrogés dans le cadre du mémoire ont noté que des formations avancées à la bureautique et à la manipulation des logiciels métiers étaient encore largement pertinentes pour les secrétaires médicales.

Conclusion

Le secrétariat médical, malgré sa grande importance dans la prise en charge des patients, reste une fonction encore insuffisamment organisée et professionnalisée à l'hôpital. C'est pourquoi la plupart des établissements publics de santé, dont les Hôpitaux Civils de Colmar, s'engagent aujourd'hui dans une démarche de réorganisation de leurs secrétariats médicaux selon des modalités diverses. L'industrialisation du processus de prise en charge médico-administrative pour améliorer la qualité, les coûts et les délais de production est un point commun à ces transformations. Elle rencontre néanmoins des oppositions fortes d'une partie des communautés médicales et des secrétaires, liées à une crainte de perte de personnalisation du service rendu aux patients comme aux professionnels. L'industrialisation n'apparaît cependant pas incompatible avec la personnalisation du service, à condition de respecter certains principes d'organisation, par exemple la différenciation de files actives spécifiques de patients « sensibles ». Compte tenu des organisations à la fois complexes et variables de chaque secrétariat, une méthode progressive et fondée sur un audit systématique réalisé par des experts métiers au sein de l'établissement, si nécessaire accompagnés par un consultant externe, doit permettre de transformer concrètement cette fonction dans le sens d'une amélioration du service rendu. Une telle démarche a néanmoins pour prérequis de trouver des moyens de valoriser le travail des secrétaires et les responsabilités prises par certaines d'entre elles dans l'encadrement des secrétariats. L'inconnue de ces transformations est celle de la nature du métier de secrétariat médical. Les secrétaires médicales semblent en effet osciller entre une déqualification liée à l'automatisation de certaines tâches et une montée en compétence en devenant de véritables « assistantes » de service, acteurs incontournables de la coordination des prises en charges et des professionnels médicaux et soignants.

Bibliographie

Ouvrages et rapports

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, *De la secrétaire à l'assistante, l'évolution d'une profession*, Prospective formation emploi, la documentation Française, 2000, 304 p.

Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, *Étude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière*, tome 2 « Monographie de 10 métiers et groupes métiers sensibles », Editions ENSP, 2007, 326 p.

Direction de la Sécurité Sociale (DSS), *Les comptes de la Sécurité Sociale*, septembre 2015, 371p.

Mémoires professionnels

Graveleau S., *Secrétariats médicaux : améliorer la qualité du service rendu, sans obérer les équilibres budgétaires*, mémoire EDH, EHESP, 2009

Langlais F., *Secrétariat médical au CHU de Nantes : enjeux et perspectives d'une réorganisation*, mémoire EDH, EHESP, 2007

Louarn J., *Améliorer la fonction Accueil / Secrétariat ou l'hôpital en mouvement*, Université de Montréal, 2002

Lucas I., *Diagnostiquer le fonctionnement des secrétariats médicaux d'un établissement de santé : quels enjeux, quelles méthodes, avec quels outils ?*, mémoire AAH, EHESP, 2013

Articles

Arguti M.-C., « Coordination des secrétariats médicaux au centre hospitalier de Libourne », *Techniques hospitalières*, n°687, septembre-octobre 2004, pp. 61-67

Avanturier N., Cardin C., Delair S., Martineau A., « Réorganisation des secrétariats médicaux : des outils en évolution. Synthèse de missions menées par l'association EHESP Conseil », *Techniques hospitalières* n°756, mars-avril 2016, pp.65-67

Bailey B., Konstan J., « On the need for attention-aware systems : Measuring effects of interruption on task performance, error rate, and affective state », *Computers in Human Behavior* n°22, 2006, pp.685-708

Baylocq G., Dupont M., « La lettre de liaison », *Gestions hospitalières* n°560, novembre 2016

de Blok C., Meijboom B., Luijkx K., Schols J., "The human dimension of modular care provision: Opportunities for personalization and customization" *International Journal of Production Economics* n°142, 2013, pp.16–26

Bosli P., Vassy C., février 1998, « Secrétaire médicale, simple exécutante ou pivot de l'équipe hospitalière », *Gestions hospitalières* n°373, février 1998, pp. 120-123

de Cesare A.L., Lucas Y., Paul E., Vauchel V., « Scénarios de réorganisation des secrétariats médicaux au centre hospitalier Charles-Perrens (33) », *Techniques hospitalières* n°746, juillet-août 2014, pp.65-67

Deporcq B., Boudoussier F., De Torcy H., « Secrétariats médicaux. Une approche transversale pour un métier central », *Gestions hospitalières* n°373, février 1998 pp. 124-128

Estryn-Behar M., Milanini G., Blanco E., et al., janvier 2001, « Réaménagement du secrétariat médical d'une clinique à partir d'une analyse ergonomique », *Gestions hospitalières* n°402, pp. 16-21

Fournier C., Liaroutzos O., mars 1997, « Le secrétariat : Une profession qui sait s'adapter », *Céreq Bref* n°129, pp. 1-4

Hamon-Cholet S., Topiol-Bensaid A., Viney X. (DARES), « Secrétaire, un métier qui s'est adapté à la généralisation de la bureautique », Ministère de l'Emploi et de la solidarité, *Premières informations et Premières synthèses* n° 08.1, février 2000, pp. 1-10

Liaroutzos O., janvier 2000, « De la secrétaire à l'assistante : Un processus qui requiert un accompagnement », *Céreq Bref* n°160, pp. 1-4

Minvielle E., « Gérer la singularité à grande échelle », *Revue française de gestion*, juin-juillet-août 1996, p.114-124

Minvielle E., "Toward customized care : Comment on "(Re) making the procrustean bed? Standardization and customization as competing logics in healthcare." *International Journal of Health Policy and Management*, 2017 (PAGE)

Minvielle E., « Réconcilier standardisation et singularité: les enjeux de l'organisation de la prise en charge des malades », *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé* vol.7 n°1, 2000, pp. 8-22.

Minvielle E. et al., "Managing customization in health care : a framework derived from the services sector literature", *Health Policy*, 2014

Moisdon J-C., « Le paradoxe de la boîte noire. Réformes hospitalières et organisation », *Droit et société* n° 80, janvier 2012, pp.91-1

Pinto J., 1990, « Une relation enchantée : la secrétaire et son patron », *Actes de la recherche en Sciences sociales* n°84, pp. 32-48

Pinto J., 2000, « Les secrétaires et la nouvelle économie de bureau », *Actes de la recherche en Sciences sociales* n°134, pp. 62-65

Autres références

ANAP, évaluer et analyser la performance de l'activité des secrétariats médicaux, outil accessible via le [site de l'ANAP](#) (dernière consultation le 20 août 2017)

[Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, fiche « secrétaire médical\(e\) », code métier n°40L20](#) (dernière consultation le 20 août 2017)

Décret n°90-841 du 21 septembre 1990 relatif aux indemnités forfaitaires représentatives de travaux supplémentaires allouées à certains personnels de la fonction publique hospitalière

Décret n°2001-979 du 25 octobre 2001 portant attribution de la nouvelle bonification indiciaire à certains personnels de la fonction publique hospitalière

Décret n° 2011-660 du 14 juin 2011 portant statuts particuliers des personnels administratifs de la catégorie B de la fonction publique hospitalière

Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison

Liste des annexes

Annexe 1. Présentation des secrétariats médicaux des Hôpitaux Civils de Colmar

Annexe 2. Présentation des secrétariats médicaux du PFME et récapitulatif du projet de réorganisation dans le cadre du déménagement

Annexe 3. Liste des entretiens réalisés dans le cadre du mémoire

Annexe 4. Grilles d'entretien utilisées en fonction des professionnels interrogés

Annexe 5. Parangonnage de 14 établissements de santé en matière d'organisation des secrétariats médicaux – méthodologie et résultats

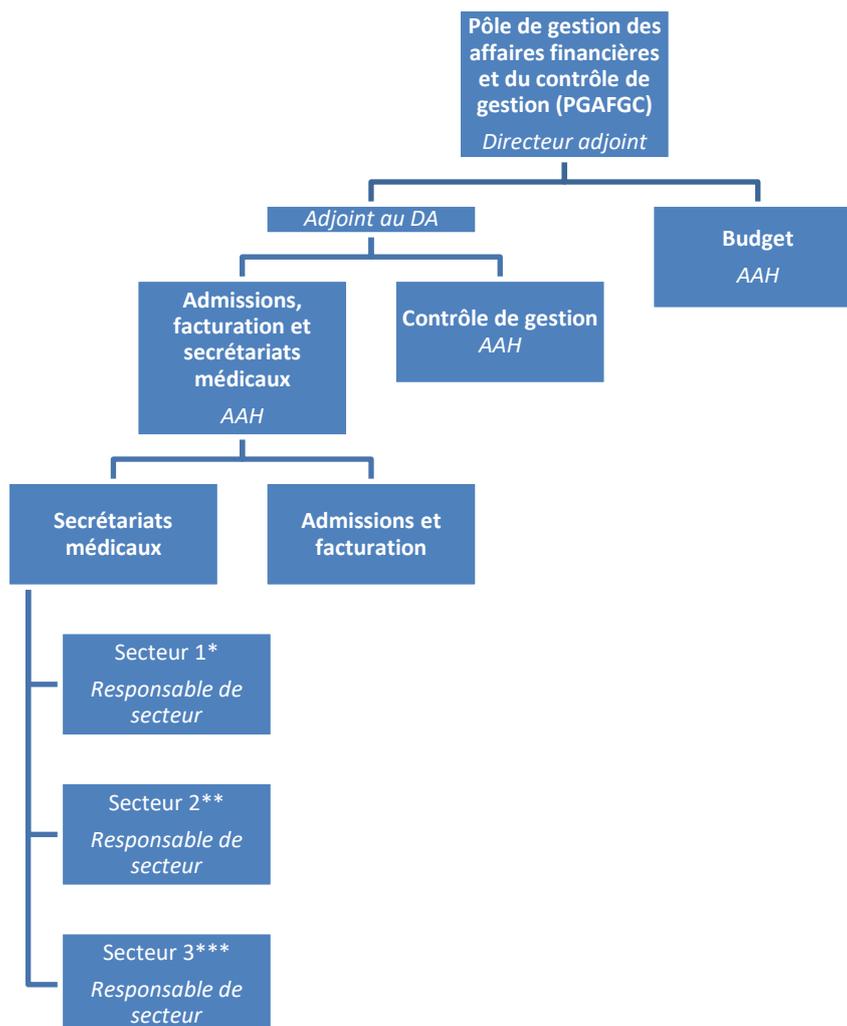
Annexe 1. Présentation des secrétariats médicaux des Hôpitaux Civils de Colmar

1. La population des secrétaires médicales

Les HCC disposent de 242 agents (241 femmes et 1 homme) affectés aux secrétariats médicaux, représentant 227,9 ETP en juin 2017. On recense parmi ces agents 49 assistantes médico-administratives (AMA), 149 adjoints administratifs hospitaliers (AdAH), 41 agents contractuels et 4 agents en reconversion disposant au préalable d'une autre expérience professionnelle dans la fonction publique, souvent en tant que soignant. La moyenne d'âge des secrétaires médicales est de 44,3 ans, et leur ancienneté moyenne de 15,4 ans.

2. Structure et encadrement des secrétariats médicaux

Les secrétariats médicaux des HCC sont reliés au Pôle de Gestion des Affaires Financières et du Contrôle de Gestion (PGAFGC). Ils sont placés sous l'autorité d'une attachée d'administration qui pilote également le service des admissions et de la facturation.



Les secrétariats médicaux des HCC sont répartis en 3 secteurs, pilotés chacun par une responsable ayant le rôle de secrétaire coordinatrice :

* **Secteur 1** : secrétariats médicaux du Pôle des Spécialités Médicales et Médecine Générale

** **Secteur 2** : secrétariats médicaux du Centre pour Personnes Âgées (CPA) et des Pôles Femme-Mère-Enfant (PFME) ; Oncologie ; Neurologie, Neurochirurgie Orthopédie-Traumatologie, Rééducation et Réadaptation (NNORR)

*** **Secteur 3** : secrétariats médicaux des Pôles Ambroise Paré (spécialités chirurgicales) ; Anesthésie et Réanimations médicale et chirurgicale ; Radiologie pôle 1 ; Radiologie pôle 3 ; Diabétologie, Néphrologie et Cardiologie (DIACORP) ; Psychiatrie ; Urgences Pasteur

Chaque responsable de secteur est chargée, pour les pôles sous son autorité :

- De veiller à la bonne organisation des secrétariats médicaux et à la mise en place des réorganisations décidées par la direction
- Du suivi individuel des agents des secrétariats médicaux
- De la gestion des recrutements en coordination avec le Pôle de Gestion des Relations Sociales, de la Formation et des Ecoles (PGRSFE)
- De la gestion des outils informatiques et équipements utilisés par les secrétariats médicaux

La responsable du secteur 1 est plus particulièrement en charge de l'organisation et des méthodes. Au sein de chaque service médical, une secrétaire référente joue le rôle de chef d'équipe. La référente a pour charge l'organisation de son secrétariat médical selon les instructions de la responsable de secteur et participe aux évaluations annuelles des secrétaires médicales de son équipe, selon des modalités dépendantes de chaque service.

Exemple de fiche de poste de responsable de secteur :

FONCTION	RESPONSABLE DE SECTEUR DES SECRETATIATS MEDICAUX
SERVICE	Pôle de Gestion des Affaires Financières et du Contrôle de Gestion
LOCALISATION	HCC - bâtiment 26 – 1 ^{er} étage
QUOTITE	100 %
HORAIRES	36 h / semaine
RATTACHEMENT	<p>Le responsable de secteur des secrétariats médicaux</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ est un collaborateur placé sous <ul style="list-style-type: none"> - l'autorité du Directeur du Pôle des Affaires Financières du Contrôle de Gestion et de la Clientèle - la référence de l'AAH chargé de la Clientèle ➤ travaille en étroite collaboration avec les autres responsables de secteur dont les actions sont coordonnées par la RdS chargée de l'Organisation et Méthodes.

MISSIONS	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration du fonctionnement des secrétariats médicaux et optimisation de l'utilisation des ressources. - Informe sa hiérarchie des difficultés et problématiques rencontrées dans les secrétariats médicaux, propose et met en place des solutions et évolutions d'organisation. • Organisationnel : <ul style="list-style-type: none"> * Veiller à la bonne organisation des secrétariats médicaux, proposer des axes d'amélioration * Participation aux réorganisations, déploiement des projets et mesures institutionnelles (ex : cellule centralisée de programmation des rendez-vous, application d'une journée standardisée de travail avec amplitude maximum de 7 h 30 par jour, ...) * Intervention et analyse des besoins de travaux, de déménagement ou nouvelles installations (mobilier, matériel informatique, téléphonie ...) * Tenue à jour de certaines statistiques d'activité * Assurer la circulation des informations vers les référentes. • Gestion des Recrutements des Secrétaires Médicales : <ul style="list-style-type: none"> * Entretiens de recrutements * Présentation des différentes candidatures aux médecins * Coordination des recrutements avec le PGRSFE • Suivi des agents (env. 100 agents, 20 services ou unité fonctionnelle) : <ul style="list-style-type: none"> * Evaluation des agents contractuels en concertation avec les référentes * Evaluations annuelles des référentes (notations + entretiens individuels) * Evaluations annuelles des agents, selon les besoins, si évaluations non assurées par la référente * Bilan/entretien annuel de formation * Mise à jour ou création des profils de poste/fiches de tâches * Gestion des demandes de mutation et de changement d'affectation d'un agent * Tenue à jour des dossiers « agents » * Suivi et contrôle des plannings prévisionnels mensuels et des congés en partenariat avec les référentes. Etablissement des plannings pour certains services * Suivi et contrôle des VHM ; s'assure du respect des horaires (horaires validés / concordance avec le planning prévisionnel / respect de l'amplitude maximum de 7 h 30 par jour) * Validation des heures supplémentaires justifiées par la référente * Initialisation du VHM pour chaque nouvel agent recruté * Gestion de l'absentéisme (maladie, maternité, divers ...). Gestion des remplacements * Demande d'autorisation des droits d'accès informatiques à la CAM et Cellule informatique lors de recrutement ou de mutation interne * Mise en place des réquisitions en cas de grève
-----------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Gestion des outils : <ul style="list-style-type: none"> * Participation aux groupes de travail liés aux évolutions des pratiques * Suivi et orientation des demandes d'information vers les référentes métier * Etablissement de bons informatiques pour réparation, dépannage etc ... * Gestion de matériels divers et évaluation des stocks : dicateurs, lecteurs, pockets, casques, mousses pour casques, pédales (gestion des bons, livraison, réception ...) * Etablissement de bons divers pour fournitures de bureau hors dotation ou matériel insuffisant * Gestion des boites vocales (autorisation, validation des messages, enregistrement ponctuel en cas d'urgence par la Responsable de Secteur).
--	---

Profil de poste générique de secrétaire référente de service :

FONCTION	REFERENTE D'UN SECRETARIAT MEDICAL
SERVICE	Pôle de Gestion des Affaires Financières et du Contrôle de Gestion
LOCALISATION	Secrétariat Médical du service X
RATTACHEMENT	<ul style="list-style-type: none"> - Les Référentes des secrétariats sont placées sous l'autorité hiérarchique de la Responsable de Secteur - Les Référentes des secrétariats sont placées sous l'autorité fonctionnelle du Chef de Service - Les Référentes contribue au bon fonctionnement du secrétariat avec l'appui des Responsables de Secteur
MISSIONS	<ul style="list-style-type: none"> • Organisation du secrétariat : <ul style="list-style-type: none"> ○ Etablissement des plannings prévisionnels sur la base des horaires validés avec amplitude maximum de 7 h 30 par jour, gestion des congés ○ Justification des heures supplémentaires réalisées dans le service auprès de la Responsable de Secteur pour validation ○ Réalisation des évaluations / entretiens annuels des secrétaires du service (pour les secteurs concernés) ○ En cas d'effectif réduit : répartition de la charge globale de travail ○ Evaluation des nouveaux agents avec la responsable de secteur ○ Evaluation des besoins de formation et coordination des inscriptions ○ Proposition et mise en place d'actions d'amélioration dans le secrétariat ○ Remontée des éléments d'activités, des dysfonctionnements et des projets de réorganisation (difficultés, retards, heures supplémentaires, ...) • Gestion du matériel : <ul style="list-style-type: none"> ○ Fournitures de bureau, Gestion de la commande des agendas ○ Dictaphones, lecteurs, photocopieurs-fax • Responsable de la transmission des informations dans le secrétariat. Est l'interface entre les responsables de secteur et le médecin chef, et/ou l'équipe médicale • Participation à des réunions ponctuelles avec la responsable de secteur
Compétences et qualités requises	<ul style="list-style-type: none"> - Qualités relationnelles - Capacités à animer une équipe - Etre source de propositions pour l'amélioration de l'organisation du travail - Savoir montrer l'exemple. Etre juste dans la répartition du travail ainsi que des congés.

Annexe 2. Présentation des secrétariats médicaux du PFME et récapitulatif du projet de réorganisation dans le cadre du déménagement

1. Les secrétaires médicales du PFME

Le Pôle Femme-Mère-Enfant des HCC est localisé dans le bâtiment du Parc, une structure de quatre étages distante de 2 kilomètres du site principal, l'Hôpital Pasteur.

Parmi les secrétaires médicales des HCC, 30 travaillent au PFME, représentant 27,4 ETP. Les secrétaires médicales du PFME ont une moyenne d'âge de 43,7 ans, équivalente à celle du reste de l'établissement, et une ancienneté moyenne de 16,3 ans, légèrement plus élevée que leurs collègues des autres pôles.

On dénombre 10 secrétariats différents au PFME. Les secrétariats de gynécologie-obstétrique et de médecine pédiatrique représentent quasiment deux tiers des effectifs. Ils sont divisés chacun en un secrétariat d'hospitalisation et un secrétariat de consultation, localisés en des bureaux différents. Les 8 autres secrétariats sont de petites entités rassemblant de 1 à 3 secrétaires médicales.

Service	Nombre de secrétaires	ETP
Gynécologie-obstétrique	8	7,8
CPEF	1	0,8
Chirurgie plastique	1	0.5
Médecine pédiatrique	9	7,5
DITAP	2 (1 agent partagé avec la médecine pédiatrique)	1,5
Chirurgie pédiatrique	2	2
Anesthésie PFME	2	1,8
SAU Pédiatrique	3	3
Imagerie PFME	2	2
Bloc opératoire	1	0.5
Total	30	27,4

2. Récapitulatif de la démarche de réorganisation des secrétariats médicaux du PFME des HCC dans le cadre du déménagement

A l'automne 2017, un nouveau bâtiment dédié au pôle Femme-Mère-Enfant (PFME) ouvrira aux Hôpitaux Civils de Colmar, à proximité directe du site principal, l'hôpital Pasteur. Dans la perspective du déménagement des services concernés, prévu pour novembre 2017, plusieurs groupes de travail transversaux ont été mis en place, dont un groupe transversal « secrétariats médicaux » composé du directeur adjoint en charge de la mise en service du nouveau bâtiment, de l'attachée d'administration responsable des admissions et de la facturation, des trois responsables de secteur des secrétariats médicaux, ainsi que de l'élève directeur d'hôpital. Les travaux de ce groupe ont été menés en trois temps.

Phase 1. Diagnostic et proposition d'organisation cible

La responsable de secteur en charge du PFME, encadrées par l'attachée d'administration en charge des admissions et des secrétariats, a produit une fiche de synthèse par secrétariat médical du PFME, faisant état des effectifs, des horaires réels, des modes d'organisation internes et de points de difficulté particuliers. Ces fiches ont été présentés lors des réunions du groupe de travail transversal. Elles ont par la suite été synthétisées par le directeur adjoint et l'élève directeur en un livrable de diagnostic par secrétariat évaluant les points positifs et négatifs des organisations actuelles, et proposant une organisation cible. En complément, l'élève directeur a procédé avec le technicien responsable de la téléphonie des HCC à une extraction des données téléphoniques des secrétariats médicaux du PFME sur une année. L'analyse des données téléphoniques a été intégrée dans les diagnostics par secrétariat.

Phase 2. Négociation avec les médecins et les secrétaires médicales et formation d'un consensus

Les livrables de diagnostic ont ensuite été présentés au chef du Pôle Femme-Mère-Enfant (également chef du service de pédiatrie chirurgicale), puis aux chefs des services de gynécologie-obstétrique, de pédiatrie médicale et d'anesthésie-réanimation pédiatrique. Les négociations quant à l'organisation cible qui ont pris place lors de ces réunions ont mené à une première série d'ajustements dans le projet.

Les livrables de diagnostics ont ensuite été présentés aux secrétaires médicales qui ont fait part de leurs remarques. Les organisations cibles ont été ajustées une seconde fois en conséquence.

Phase 3. Préparation de l'organisation cible négociée

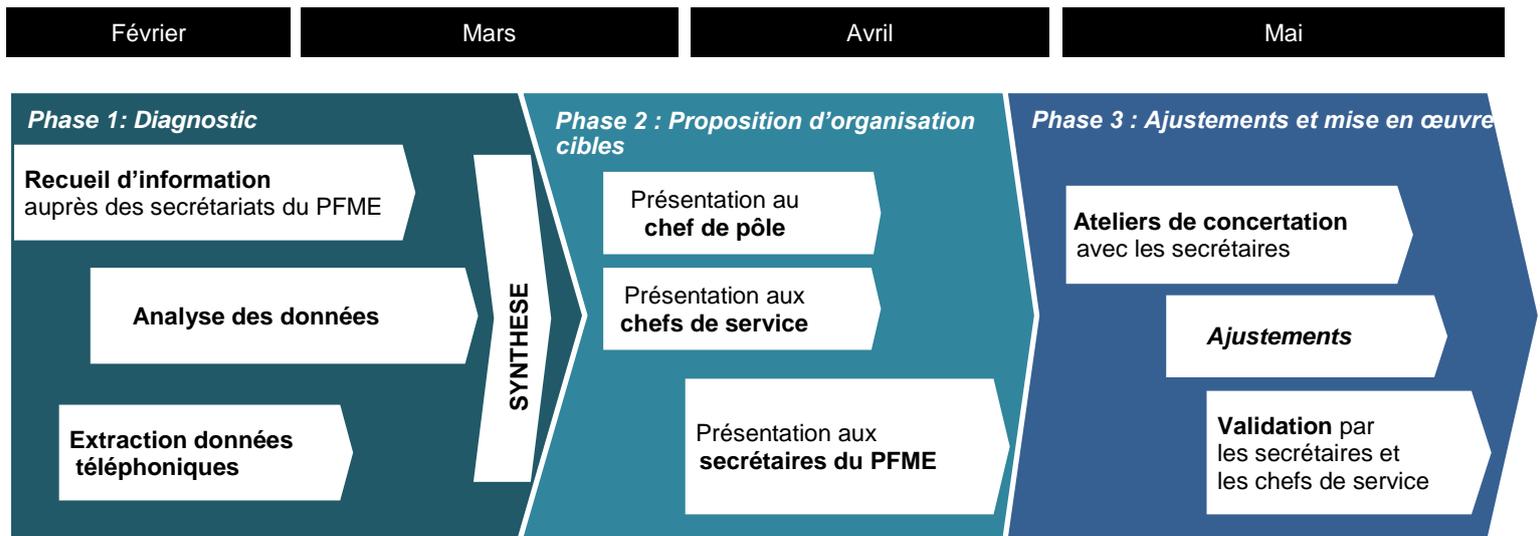
Des ateliers de concertation ont ensuite été organisés par la responsable de secteur des secrétariats du PFME et l'élève directeur d'hôpital avec les équipes de secrétaires médicales. Ces ateliers avaient pour but d'affiner les horaires définitifs et les organisations en *front-office* / *back-office* lorsque les secrétariats médicaux avaient la taille critique nécessaire pour ce mode de fonctionnement. Ils ont permis de fixer par secrétariat : le contenu des postes de travail en *front office* ou en *back office* et la liste des horaires qui leur est associée, à valider par la commission des horaires du Comité technique d'établissement (CTE) en octobre 2017.

Exemple d'organisation des postes de travail et des horaires au secrétariat des consultations de gynécologie obstétrique fixée lors des ateliers de travail avec les secrétaires médicales

Secrétariat des consultations - journée type

Postes de travail	Horaires de travail	Horaires																	Nbre heures sur la fonction		
		8h-8h30	8h30-9h	9h-9h30	9h30-10h	10h-10h30	10h30-11h	11h-11h30	11h30-12h	12h-12h30	12h30-13h	13h-13h30	13h30-14h	14h-14h30	14h30-15h	15h-15h30	15h30-16h	16h-16h30		16h30-17h	17h-17h30
Accueil (front-office)	3	08:00 ————— 12:30 ————— 13:00 ————— 16:00																	7,5		
	14	————— 10:00 ————— 13:00 ————— 13:30 ————— 18:00																	7,5		
<i>nbre personnes sur la fonction</i>		1	1	1	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	1	1	1	1
Frappe + téléphone (back-office)	12	————— 09:00 ————— 12:30 ————— 13:00 ————— 17:00																	7,5		
	12	————— 09:00 ————— 12:30 ————— 13:00 ————— 17:00																	7,5		
	10	————— 09:00 ————— 12:00 ————— 12:30 ————— 17:00																	7,5		
<i>nbre personnes sur la fonction</i>				3	3	3	3	3	3	2	1	3	3	3	3	3	3	3	3		
Programmation opératoire	12	————— 09:00 ————— 12:30 ————— 13:00 ————— 17:00																	7,5		
	<i>nbre personnes sur la fonction</i>		1	1	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1	1	1	1		

Calendrier de la démarche projet



Gynécologie Obstétrique



Médecine Pédiatrique



Annexe 3. Liste des entretiens réalisés dans le cadre du mémoire

Aux HCC :

Nom	Grade	Fonction	Pôle
Didier CHOIGNOT	PH temps plein	Chef de service de pédiatrie	PFME
Christelle DEHAUT	AMA	Secrétaire référente de radiologie	Radiologie Pôle 3
Nathalie DUFETELLE	AdAH	Secrétaire référente de néphrologie	DIACORP
Cathy GUT	AdAH	Secrétaire référente de gynécologie obstétrique	PFME
Sandrine KIRSTETTER	AMA	Responsable de secteur des secrétariats médicaux	PGAFCG
Alexandre KLEIN	PH temps plein	Chef de service de néphrologie	DIACORP
Laurent MEYER	PH temps plein	Chef de service ophtalmologie	Ambroise Paré
Céline NEIGERT	AdAH	Responsable de secteur des secrétariats médicaux	PGAFCG
Thierry RIVAT	Ingénieur hospitalier	Responsable du service informatique	PG2I
Nicolas SCHANDLONG	Directeur d'hôpital	Directeur des ressources humaines	PGRSFE
Frédéric SCHWOB	AtAH	Attachée en charge des admissions, de la facturation et des secrétariats médicaux	PGAFCG
Corinne TROESCH	Cadre supérieur de santé	Cadre du pôle Ambroise Paré	Ambroise Paré
Nathalie WILLIG	AMA	Responsable de secteur des secrétariats médicaux	PGAFCG
Jean-Marie WOHL	PH temps plein	Chef de service de médecine interne, Président de la Commission médicale d'établissement (CME)	Spécialités médicales et médecine générale

Hors des HCC :

Nom	Corps	Fonction	Lieu
Nicolas SALVI	Directeur d'hôpital	Directeur des ressources humaines	CHU de Reims

Annexe 4. Grilles d'entretien

1. Grille d'entretien avec les médecins

→ Organisation interne des secrétariats médicaux

1. On observe aujourd'hui une évolution des secrétariats médicaux, qui passent d'une organisation en binômes secrétaire-médecin à une organisation en équipe où les secrétaires roulent sur des postes aux tâches identifiées (frappe, téléphone, accueil) : est-ce une évolution positive ? Quelles sont les risques portés par ces évolutions ? Pensez-vous que la personnalisation du service vis-à-vis du médecin ou du patient souffre de cette évolution ?
2. Des modes d'organisation de plus en plus « industrialisés » apparaissent avec l'émergence de centrales d'appel et de pools de frappe, qui dépassent souvent le cadre d'un seul service médical. Est-ce une évolution positive ou négative ? Pourquoi ?
3. Faut-il conserver pour certaines tâches un fonctionnement en binôme secrétaire-médecin ? Si oui lesquelles et selon quelles modalités ?
4. Faut-il adapter le mode de fonctionnement d'un secrétariat médical en fonction des profils de patient (chronique, non chronique, maladie grave...) ? Selon quelles modalités ?
5. Que feriez-vous pour améliorer le fonctionnement de votre secrétariat médical ? Des secrétariats médicaux en général ?

→ Ressources humaines et management des secrétaires médicales

6. Qui doit s'investir dans l'encadrement des secrétariats médicaux et sous quelle forme ? Quel rôle pour les cadres de santé, les médecins, les secrétaires référentes, les coordinatrices ? Que pensez-vous de la situation actuelle des HCC en la matière ?
7. Le recrutement des secrétaires vous paraît-il satisfaisant ? Pourquoi ?
8. Dans quels domaines souhaiteriez-vous que vos secrétaires médicales soient formées ?

→ Numérisation des secrétariats médicaux

9. Quelles sont selon vous les innovations prioritaires pour améliorer le fonctionnement des secrétariats médicaux ? (reconnaissance vocale, dictée numérique, prise de rendez-vous sur internet...)
10. Quel sera selon vous l'impact de ces innovations sur le métier de secrétaire médicale ?

2. Grille d'entretien avec les responsables de secteur des secrétariats médicaux

→ Ressources humaines et management des secrétaires médicales

1. Pouvez-vous me décrire votre passé professionnel ? Depuis quand êtes-vous secrétaire médicale ? Responsable de secteur ?
2. Pouvez-vous me présenter votre rôle en tant que responsable de secteur des secrétariats médicaux ?
3. Comment percevez-vous votre rôle vis-à-vis des secrétaires ? Vous sentez-vous positionnée comme un expert métier ou comme un responsable hiérarchique ?
4. Qui doit s'investir dans l'encadrement des secrétariats médicaux et sous quelle forme ? Quel rôle pour les cadres de santé, les médecins, les secrétaires référentes, les coordinatrices ? Que pensez-vous de la situation actuelle des HCC en la matière ?
5. D'une manière générale, comment améliorerez-vous l'encadrement des secrétaires médicales ?
6. Les notions de statut et de grade jouent-elles dans les relations entre les secrétaires médicales ? Notamment entre les secrétaires médicales et leur secrétaire référente ? ou vis-à-vis de la responsable de secteur ?
7. Quelles difficultés rencontrez-vous dans le recrutement des secrétaires médicales ? Comment y remédier ?
8. Quelles perspectives donner aux secrétaires médicales dans leur carrière ? Comment valoriser le travail des secrétaires médicales en général ?
9. Dans quels domaines faut-il améliorer la formation des secrétaires médicales ?

→ Numérisation des secrétariats médicaux

10. Quelles sont selon vous les innovations prioritaires pour améliorer le fonctionnement des secrétariats médicaux ? (Reconnaissance vocale, dictée numérique, prise de rendez-vous sur internet...)
11. Quel sera selon vous l'impact de ces innovations sur le métier de secrétaire médicale ?

→ Organisation interne des secrétariats médicaux

12. On observe aujourd'hui une évolution des secrétariats médicaux, qui passent d'une organisation en binômes secrétaire-médecin à une organisation en équipe où les

secrétaires roulent sur des postes aux tâches identifiées (frappe, téléphone, accueil) : est-ce une évolution positive ? Quelles sont les risques portés par ces évolutions ? Pensez-vous que la personnalisation du service vis-à-vis du médecin ou du patient souffre de cette évolution ?

13. Des modes d'organisation de plus en plus « industrialisés » apparaissent avec l'émergence de centrales d'appel et de pools de frappe, qui dépassent souvent le cadre d'un seul service médical. Est-ce une évolution positive ou négative ? Pourquoi ?
14. Jusqu'où peut-on développer la polyvalence des secrétaires ?
15. Faut-il conserver pour certaines tâches un fonctionnement en binôme secrétaire-médecin ? Si oui lesquelles et selon quelles modalités ?
16. Que feriez-vous pour améliorer le fonctionnement des secrétariats médicaux aux Hôpitaux Civils de Colmar ?

3. Grille d'entretien avec les secrétaires médicales

➔ Ressources humaines et management des secrétaires médicales

1. Pouvez-vous me décrire votre passé professionnel ? Depuis quand êtes-vous secrétaire médicale ? Référente ?
2. Pouvez-vous me présenter votre rôle en tant que référente ? vis-à-vis de votre équipe et vis-à-vis de votre responsable de secteur ?
3. Comment percevez-vous votre rôle vis-à-vis des secrétaires ? Vous sentez-vous positionnée comme un responsable hiérarchique ?
4. Qui doit s'investir dans l'encadrement des secrétariats médicaux et sous quelle forme ? Quel rôle pour les cadres de santé, les médecins, les secrétaires référentes, les coordinatrices ? Que pensez-vous de la situation actuelle des HCC en la matière ?
5. Les notions de statut et de grade jouent-elles dans les relations entre les secrétaires médicales ? Notamment entre les secrétaires médicales et la référente ?

➔ Numérisation des secrétariats médicaux

6. Quelles sont selon vous les innovations prioritaires pour améliorer le fonctionnement des secrétariats médicaux ? (Reconnaissance vocale, dictée numérique, prise de rendez-vous sur internet...)

7. Quel sera selon vous l'impact de ces innovations sur le métier de secrétaire médicale ?

→ Organisation interne des secrétariats médicaux

8. On observe aujourd'hui une évolution des secrétariats médicaux, qui passent d'une organisation en binômes secrétaire-médecin à une organisation en équipe où les secrétaires roulent sur des postes aux tâches identifiées (frappe, téléphone, accueil) : est-ce une évolution positive ? Quelles sont les risques portés par ces évolutions ? Pensez-vous que la personnalisation du service vis-à-vis du médecin ou du patient souffre de cette évolution ?
9. Des modes d'organisation de plus en plus « industrialisés » apparaissent avec l'émergence de centrales d'appel et de pools de frappe, qui dépassent souvent le cadre d'un seul service médical. Est-ce une évolution positive ou négative ? Pourquoi ?
10. Jusqu'où peut-on développer la polyvalence des secrétaires ?
11. Faut-il conserver pour certaines tâches un fonctionnement en binôme secrétaire-médecin ? Si oui lesquelles et selon quelles modalités ?
12. Que feriez-vous pour améliorer le fonctionnement de votre secrétariat médical ?

Annexe 5. Parangonnage de 14 établissements de santé en matière d'organisation des secrétariats médicaux – méthodologie et résultats

Pour comparer les pratiques des HCC avec celles d'autres hôpitaux publics et tâcher de dégager quelques lignes générales d'évolution des secrétariats médicaux hospitaliers, j'ai réalisé un **parangonnage** de 14 établissements publics de santé, dont les HCC, à l'aide d'un questionnaire envoyé aux responsables des secrétariats médicaux. Ces 14 établissements étaient composés de 9 centres hospitaliers (CH) et de 5 centres hospitaliers universitaires (CHU). Parmi les 5 établissements de type CHU, on recense 3 groupements hospitaliers (GH) appartenant à une assistance publique. Le choix a été fait de considérer ces groupements hospitaliers comme des établissements distincts dès lors que leurs réponses ont été reçues séparément et que leur politique vis-à-vis des secrétariats médicaux est variable. A noter que l'un des CHU interrogés a fourni des réponses pour deux de ses pôles plutôt que sur l'ensemble de l'établissement. La taille de ces deux pôles équivalent celle d'un centre hospitalier de petite taille, les données ont été conservées dans le benchmark. Au total, le parangonnage concerne une population de plus de 2250 ETP de secrétaires médicales (le nombre de secrétaires est manquant pour un des établissements interrogés) au service de 4220 ETP de médecins et 1847 internes⁴⁰.

1. Questionnaire de benchmark distribué aux établissements de santé

1. Gestion des ressources humaines des secrétariats médicaux

1.1. De combien d'ETP secrétaires médicales votre établissement dispose-t-il ?

Secrétaires médicales = ____ ETP, dont :

Assistantes médico-administratives (AMA) = ____ ETP

Adjoint administratifs hospitaliers (AAH) = ____ ETP

Autres statuts = ____ ETP

1.2. De combien d'ETP médecins et internes votre établissement dispose-t-il ?

Médecins = ____ ETP

Internes = ____ ETP

⁴⁰ Lorsque les chiffres des effectifs médecins et internes n'étaient pas indiqués dans les réponses au questionnaire, le choix a été fait d'utiliser pour les établissements concernés le nombre d'ETP médecins et le nombre d'internes et FFI tels que précisés dans la statistique des établissements de santé (SAE) 2015.

1.3. A quelle direction fonctionnelle les secrétariats médicaux sont-ils rattachés au sein de votre établissement ?

- DRH
- DAF
- Autre. Précisez :

1.4. Qui encadre les secrétaires médicales ?

- Une ou plusieurs coordinatrices des secrétariats médicaux
 - Combien ? ___ ETP
- Secrétaires référentes
 - par pôle
 - par service
- Cadres de santé
- Autre. Précisez :

1.5. Le pilotage des secrétariats est-il commun avec celui du bureau des entrées (admissions/facturation) ?

- Oui
- Non

1.6. Existe-t-il une corrélation entre le statut des secrétaires médicales (AMA/AAH) et le niveau de compétences qui leur est demandé ? (par exemple pour les rôles de secrétaire du chef de service, de secrétaire référente ou bien de coordinatrice des secrétariats)

- Oui
- Non

1.7. Menez-vous ou avez-vous mené une démarche d'harmonisation / de rationalisation des horaires des secrétariats médicaux au sein de votre établissement ?

- Oui
- Non

1.8. Existe-t-il une démarche institutionnelle de développement de la polyvalence des secrétaires médicales ?

- Oui
- Non

Systemes d'information et secrétariats médicaux

1.9. Quel est le niveau de déploiement de votre dossier patient informatisé (DPI) ?

- DPI non-déployé
- DPI en cours de déploiement
- DPI entièrement déployé

1.10. De quels équipements vos secrétariats médicaux disposent-ils pour la frappe des comptes rendus ?

- Cassettes
- Dictée numérique
- Reconnaissance vocale
 - pour une partie des secrétariats
 - pour tous les secrétariats
 - pour la radiologie uniquement

1.11. Pour la prise de rendez-vous, avez-vous mis en place les démarches suivantes ?

- Prise de RDV par internet
 - Via un prestataire externe
 - Via le site de l'établissement
- SMS de rappel avant la venue en consultation

1.12. Pour l'envoi des comptes rendus, vos secrétariats disposent-ils d'un logiciel de messagerie sécurisée (Apicrypt/MS Santé) ?

- Oui
- Non

2. Organisation interne des secrétariats médicaux

2.1. Quel est le mode d'organisation dominant des secrétariats médicaux au sein de votre établissement ?

- Postes fixes** : une secrétaire réalise l'ensemble des tâches pour un ou plusieurs médecins qui lui sont attribués
- Roulements en binômes/trinômes** : les secrétaires s'organisent par binôme/trinôme au service d'un groupe de médecins, et roulent sur deux ou trois postes (accueil, téléphone, frappe...)
- Roulements en équipe** : les secrétaires forment une équipe au service de l'ensemble des médecins de l'unité et roulent sur plusieurs postes, sans aucune notion d'attribution d'une secrétaire à un médecin

2.2. Avez-vous récemment cherché à réorganiser les secrétariats médicaux de votre établissement ?

- Audit réalisé par un consultant externe
- Mise en place d'une centrale d'appel
 - A quelle échelle ?
 - Service : lequel ou lesquels ?
 - Pôle : lequel ou lesquels ?
 - Etablissement
- Mise en place d'une cellule (« pool ») de frappe des comptes rendus
 - A quelle échelle ?
 - Service : lequel ou lesquels ?
 - Pôle : lequel ou lesquels ?
 - Etablissement
- Autre démarche :
.....
.....

2.3. Ces démarches ont-elles donné lieu à des réductions d'effectifs ?

- Non
- Oui. ___ ETP secrétaires ont été supprimés

2. Résultats consolidés du parangonnage

Section	N°	Question	Ets n°1	Ets n°2	Ets n°3	Ets n°4	Ets n°5		Ets n°6	Ets n°7	Ets n°8	Ets n°9	Ets n°10	Ets n°11	Ets n°12	Ets n°13	Ets n°14
			CH	CHU (GH d'une AP)	CH	CH	CHU - pôle 1	CHU - pôle 2	CH	CHU (GH d'une AP)	CH	CH	CHU (GH d'une AP)	CH	CHU	CH	CH
		ETP médecins par ETP secrétaire médicale	1,42	2,44	1,62	2,38	0,82	0,79	1,60	2,38	1,13	1,83		1,82	1,32	1,23	1,58
		% ETP AMA / ETP secrétaires médicales	20%	75%	56%	97%	29%	21%	85%	59%	45%			53%	42%	32%	
1. Gestion des ressources humaines de secrétaires médicales	1.1.	Nombre de secrétaires médicales (ETP)	227,9	292	196,5	37,5	45,1	20,75	125,5	204,05	111,4	97,4		181	483,25	48,1	185
		<i>Dont AMA</i>	44,9	220	109,8	36,5	13	4,4	106,5	120,75	50			96	202,3	15,6	
		<i>Dont AdAH</i>	174,2	30	73,7	1	31,1	16,35	13,5	75,3	58,5			84	280,95	31,7	
		<i>Dont autre</i>	8,8	42	13		1		8,5	8	3			1		0,8	
	1.2.	ETP médecins	323,09	713,74	318,25	89,1	37,1	16,43	201,1	485,73	125,5	178,62	438,05	330	639,95	59,1	292,77
		ETP internes/FFI	136	345	65	18	35,4	18,5	89	230	43	61	200	93	361	11	138
	1.3.	Rattachement à une direction fonctionnelle ou un pôle ?	DAF	DRH	DRH	DRH	DRH	DRH	DRH	DRH	DRH	DRH	Aucun	DRH	Rattachement au pôle	DAF	Rattachement au pôle
	1.4. (qui encadre les secrétariats ?)	Coordinatrices des secrétariats médicaux	3	Non	1	1	1	Non	1 (AAH)	1 (lien fonctionnel)	1	1	Non	1	Non	0,5	1 (lien fonctionnel)
		Secrétaires médicales référentes	1 par service médical	Non	1 pour 2 pôles	Non	1 par secteur médical	Non	1 par pôle (0,5 ETP)	Non	1/Pôle	Non	Non	Non	Non	Non	Non
		Cadres de santé	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Oui (plannings)	Oui	Non	Oui	Non	
		Autre	Non	Non	Non	Non	CAP	CAP	Non	Non	Non	Non	Non	CAP	Non	Non	5,7 ETP cadres administratifs
	1.5.	Pilotage commun des secrétariats médicaux et du bureau des entrées	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non (mais projet de rapprochement)	Non	Non	Non	Non	Oui	Non
	1.6.	Existence d'une corrélation entre le statut des secrétaires médicales et les responsabilités qui leur sont confiées	Non	Non	Oui (secrétaire référente = AMA)	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui (coordinatrice ou référente = AMA)	Non	Non	Non	Oui (montée en compétence attendue pour les AMA)	Oui	Oui
1.7.	Démarche de rationalisation ou de révision des horaires des secrétariats	Oui	Oui (mise en place journée 7H30)	Oui (Standardisation des amplitudes horaires)	Oui	Oui	Oui	En cours	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Non	Oui	
1.8.	Démarche institutionnelle de développement de la polyvalence	Non	Oui	Oui (à l'échelle du pôle)	Non	Oui	Non	En réflexion	Oui	Oui (par étage : 2 spécialités + admissions)	Oui (à l'échelle du service)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	

Section	N°	Question	Ets n°1	Ets n°2	Ets n°3	Ets n°4	Ets n°5		Ets n°6	Ets n°7	Ets n°8	Ets n°9	Ets n°10	Ets n°11	Ets n°12	Ets n°13	Ets n°14	
			CH	CHU (GH d'une AP)	CH	CH	CHU - pôle 1	CHU - pôle 2	CH	CHU (GH d'une AP)	CH	CH	CHU (GH d'une AP)	CH	CHU	CH	CH	
2. Systèmes d'information et secrétariats médicaux	2.1.	Niveau de déploiement du dossier patient informatisé	Déployé	Déployé	Déployé	Déployé	En cours	En cours	En cours	En cours	En cours	En cours	En cours	En cours	En cours	Déployé	En cours	
	2.2. (support de frappe des comptes rendus)	Cassettes	Oui	Oui		Oui	Oui		Oui	Oui		Oui	Oui	Oui		Oui		
		Dictée numérique		Oui	Oui				Oui			Oui	Oui			Oui		Oui
		Reconnaissance vocale		Oui	Oui				Oui			A venir	Oui		En phase test	Oui		Oui
		<i>partie des secrétariats tous les secrétariats pour la radiologie</i>		Oui								Oui						
						Oui										Oui		Oui
	2.3.	Prise de Rdv Internet		Oui						Oui	A venir		Oui	A l'étude				
		<i>Prestataire externe Site de l'établissement</i>		Oui						Oui			Oui					
		SMS de rappel		Oui		Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	A l'étude	Oui	Oui	Oui
	2.4.	Logiciel de messagerie sécurisée	Oui	Oui	En cours de déploiement	En cours de déploiement	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Non	Oui	En cours de déploiement	Non	Non	Oui	
3. Organisation interne des secrétariats médicaux	3.1. (mode dominant d'organisation des	Postes fixes	Oui	Oui		Oui					Oui			Oui (2 services)	Oui (extinction)	Oui	Oui	
		Roulements en binômes/trinômes				Oui	Oui			Oui			Oui	Oui (imagerie)	Oui (hospitalisation)			
		Roulements en équipe	Oui		Oui			Oui	Oui		Oui	Oui		Oui	Oui (CS + imagerie)		Oui	
	3.2. Démarches de modernisation	Audit des secrétariats		Oui (EHESP Conseil)	Oui (sur imagerie médicale)				Oui (audit interne sur 4 services)			Oui					En cours	
		Centrale d'appels	Oui		Oui		Oui			Oui		Oui	Oui		Oui		Oui	Oui (4)
		<i>Echelle</i>	Service		Service (2 services concernés)		Service (neurologie service pilote)			Certains services		Pôle (2ème site de l'hôpital)	Site géographique		Service de consultation (4 spécialités)	Plateau de consultations	Plusieurs services par centrale d'appels	
		Pool de frappe	Oui						Oui			Oui		Oui			Oui	
		<i>Echelle</i>	Etablissement						Etablissement			Etablissement (5,1 ETP)		Etablissement			Etablissement	
		Autre démarche			- Revue des effectifs - Mise sous pli automatique des courriers					Evaluations de la charge de travail	Projet rénovation parcours patient 2015-2017	Editique (imprimante virtuelle pour convocations et CR --> Moins de mise sous pli)	Harmonisation des convocations aux consultations	Décentralisation du bureau des entrées à l'étude	Étude de charge de travail après le déploiement de la dictée numérique et reconnaissance vocale		- dématérialisation du dossier patient avec numérisation des documents - centralisation de la préparation des dossiers de consultation - guichet unique	
	3.3.	Réduction d'effectifs à la suite des démarches de modernisation ?	Non	Non	- 2 à - 2,5 ETP	Non	-1 ETP	-1 ETP	Non	Non	-5 ETP au BDE + secrétariats à venir	Non	Objectifs de - 30% d'effectifs de secrétariats médicaux avec la prise de Rdv sur Internet	Non	- 2 ETP secrétaires supprimés sur 1 pôle. Etude à venir sur les autres pôles.	Non	Non	

CAUCHOIS

Louis

Octobre 2017

Filière Directeur d'hôpital

Promotion 2016-2017

La transformation des secrétariats médicaux hospitaliers : concilier l'industrialisation du processus avec la personnalisation du service

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE :

Résumé :

Les secrétariats médicaux hospitaliers apparaissent aujourd'hui dans une période de transition. Leur modèle historique d'organisation « en cabinet libéral » autour d'une « cellule secrétaire-médecin(s) » où une secrétaire désignée réalise l'ensemble des tâches de secrétariat pour un ou plusieurs médecins auxquels elle est affectée, apparaît dépassé. Dans un contexte hospitalier où la rapidité d'exécution des tâches et la démarche qualité prennent une place croissante, ce modèle est désormais perçu comme générateur d'interruptions de tâches, un facteur d'isolement des secrétaires et un frein à la structuration de leur encadrement. En réponse à ces difficultés, les directions hospitalières tâchent de développer de nouveaux modes de fonctionnement innovants qui partagent trois points communs : la professionnalisation, la numérisation et l'« industrialisation » des secrétariats médicaux, c'est-à-dire une réingénierie des tâches qui consiste à associer à un poste de travail de secrétariat un sous-ensemble de tâches cohérentes entre elles et pouvant être effectuées en série. Cette industrialisation génère des oppositions d'une partie des communautés médicales et des secrétaires qui craignent une diminution de la personnalisation du service rendu par les secrétariats médicaux et donc de sa qualité. Pourtant, industrialisation et personnalisation du service peuvent être conciliés à condition de respecter plusieurs principes d'organisation. Sept sont identifiés dans ce mémoire, notamment la séparation de files actives de patients « sensibles » au sein des secrétariats, le passage à une culture de la transmission écrite, la mise en visibilité des plannings médicaux ou encore l'atteinte d'une taille critique par les équipes de secrétaires. Dans un contexte de désaccords entre communautés professionnelles sur le devenir des secrétariats, la transformation de ces derniers dans un objectif d'efficience et de qualité ne peut passer que par une méthode progressive utilisant des services pilotes pour démontrer le bien-fondé d'une industrialisation partielle des méthodes de travail.

Mots clés :

Secrétariats médicaux, efficience, industrialisation, personnalisation.

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.