



EHESP

Filière AAH

Promotion : **2013**

Date du Jury : **Décembre 2013**

**Diagnostiquer le fonctionnement des
secrétariats médicaux d'un
établissement public de santé:
quels enjeux ? quelle méthode ?
avec quel(s) outil(s) ?**

Isabelle LUCAS

Remerciements

Monsieur Yann BECHU, directeur adjoint alors en charge de la Qualité et de la Clientèle au Centre Hospitalier Bretagne Atlantique (C.H.B.A.) a accepté que je réalise ma deuxième période d'immersion professionnelle au sein de son équipe, et plus particulièrement sous la supervision de Madame Isabelle MORICE attachée d'administration hospitalière chargée de mission auprès des secrétariats médicaux. Je leur adresse mes remerciements de m'avoir aiguillée sur le sujet de ce mémoire. Je conserve le souvenir de la qualité des échanges que j'ai pu alors avoir avec Madame Anne BRUNIN, cadre supérieure de santé du Pôle Chirurgie du C.H.B.A., de Mesdames Isabelle BETROM et Béatrice GIERENS toutes les deux cadres de santé au service Post-Chirurgie auprès de qui j'ai pu effectuer mon stage « blouse blanche » en mars 2013.

Je remercie Monsieur Carl ALLEMAND, attaché d'administration hospitalière à la D.R.H. du CHU de Rennes, pour les conseils prodigués avant le grand oral du concours d'attaché d'administration hospitalière, en 2012. Je lui dois aussi de m'avoir judicieusement orientée vers Madame Odile COMPARET, ingénieure en organisation (cellule organisation, CHU de Rennes) avec qui j'ai pu m'entretenir de visu. Son expérience de la conduite du projet de diagnostic des secrétariats médicaux de trois Pôles suivi de préconisations au niveau du C.H.U. de Rennes a été d'un précieux éclairage. J'ai à cœur de la remercier pour sa disponibilité et son rapport de mission qu'elle a bien voulu me transmettre.

Mesdames Monique ABAD et Claire PREVOTEAU (A.N.A.P.) pour les échanges de courriels et l'interview téléphonique pour laquelle elles se sont rendues disponibles.

Un merci à Erwann PAUL, trésorier à l'association EHESP Conseil qui a bien voulu répondre à mes questions par voie électronique et téléphonique, ainsi qu'à Brigitte FRANZI élève directrice de soins et membre active d'EHESP Conseil.

Je tiens enfin à remercier vivement Madame Chantal ROUSSEAU, attachée d'administration hospitalière au sein de la Direction qualité et relations avec les usagers au CHU de Rennes, qui du matin au soir allie dynamisme et discrétion. Les quelques six semaines de ma troisième période d'immersion professionnelle réalisées sous sa supervision m'ont enrichie de son expérience, de son savoir-être, et m'ont profondément confortée dans ma motivation à exercer le métier d'attachée d'administration hospitalière.

Sommaire

Introduction.....	1
1 Objectiver le fonctionnement des secrétariats médicaux : un préalable à de nécessaires adaptations à la réorganisation du système de santé	5
1.1 Panorama de contextes institutionnels et organisationnels à la base de projets de diagnostics du fonctionnement de secrétariats médicaux : analyse à partir d'études de cas6	
1.1.1 Le cas du CHBA de Vannes (2013)	6
1.1.2 Le cas du CHIV de Villeneuve-Saint-Georges (2013)	7
1.1.3 Le cas du Groupement hospitalier Aube Marne (GHAM) de Romilly sur Seine (2013)	8
1.1.4 Le cas du Centre hospitalier de Narbonne (2013).....	8
1.1.5 Le cas du Centre hospitalier de Charles Perrens à Bordeaux (2013).....	9
1.1.6 Le cas du C.H.U. de Rennes (2007)	9
1.1.7 Le cas du C.H.U. de Bordeaux (1998)	10
1.2 Les mutations à l'oeuvre dans l'environnement hospitalier et leurs conséquences sur le fonctionnement des secrétariats médicaux.	10
1.2.1 Les répercussions des réformes hospitalières : une recherche accrue de l'efficience au sein des établissements de santé.....	11
1.2.2 Les attentes des patients, des usagers et des familles placés au cœur des réformes du système de santé ne cessent d'évoluer	14
1.3 Des secrétaires médicales aux assistantes médico-administratives : les évolutions du métier de secrétaire médicale.....	15
1.3.1 L'évolution des outils de secrétariats médicaux	16
1.3.2 Les réorganisations des services médicaux.....	17
2 La boîte à outils du diagnostic organisationnel de secrétariats médicaux : études de cas de méthodologies retenues par des EPS.....	21
21 Les points communs des démarches de diagnostics organisationnels de secrétariats médicaux.....	21
2.2 Faire appel à un cabinet d'audit externe ou constituer une équipe projet en interne ?	25
221 Le diagnostic « audit externe » effectué par une personne (ou un groupe de personnes) extérieure à l'établissement demandeur	26
222 Le diagnostic « audit interne »	29

2.3 L'outil diagnostic de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (exemple du choix de l'outil par le CHBA de Vannes).....	31
231 Objectifs et missions de l'ANAP : « pragmatisme et l'exigence de résultat ».	31
2.3.2 L'outil « auto diagnostic des secrétariats médicaux »	34
2.3.3 L'autodiagnostic des secrétariats médicaux, comment ça marche ? exemple de l'utilisation de l'outil au CHBA de Vannes	36
3 Pour être source de préconisations et d'introduction de changements, le diagnostic organisationnel des secrétariats médicaux supposent la maîtrise de compétences de chef de projet	39
3.1 Mener efficacement un diagnostic organisationnel suppose de bien savoir piloter un projet.....	39
3.2 De la nécessité que les diagnostiqueurs soient formés	40
3.3 L'outil est nécessaire mais non suffisant. Importance d'une approche ouverte et globalisante	42
Conclusion.....	45
Bibliographie	47
Liste des annexes	Erreur ! Signet non défini.

Liste des sigles utilisés

A.M.A.	Assistante médico-administrative
A.N.A.P.	Agence nationale d'appui à la performance
C.H.I.V.	Centre hospitalier intercommunal de Villeneuve-Saint Georges
C.H.S.C.T.	Comité Hygiène Sécurité Conditions de Travail
C.T.E.	Comité technique d'établissement
I.E.S.T.O.	Institut d'études économiques et sociales techniques organisation
I.G.A.S.	Inspection générale des affaires sociales
M.E.A.H.	Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers
O.N.E.M.F.P.H.	Observation national de l'emploi et des métiers de la fonction publique hospitalière

Introduction

Dans l'actuel contexte d'adaptation et de modernisation des établissements de santé le C.H.U. de Bordeaux, le centre hospitalier de Saumur, l'Hôpital national de Saint-Maurice, le centre hospitalier de Ploërmel, le centre hospitalier de Lannezeman, le centre hospitalier spécialisé Le Valmont de Montéleger, le C.H.U. de Toulouse, le C.H.U. de Nantes, le C.H.U. de Rennes, le Centre hospitalier intercommunal de Villeneuve-Saint-Georges, le Groupement hospitalier Aube Marne de Rommilly sur Seine, le Centre Hospitalier de Narbonne, le centre hospitalier Bretagne Atlantique de Vannes, ces établissements (et d'autres non identifiés dans le cadre de cette étude), ont en commun d'avoir décidé de réaliser ou faire réaliser un diagnostic de l'organisation et du fonctionnement de leurs secrétariats médicaux en vue de les réorganiser pour les rendre plus efficaces. Mis à part quelques pionniers en la matière (C.H.U. de Bordeaux dès 1998, C.H.U. de Nantes et C.H.U. de Rennes en 2007 sous l'impulsion d'élèves directeurs d'hôpital), tous les autres établissements se sont engagés dans cette voie après la promulgation de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé aux territoires (H.P.S.T.) le 21 juillet 2009.

L'Étude prospective des métiers sensibles de la Fonction publique hospitalière parue en 2007, invitait déjà les établissements à réfléchir aux impacts des puissantes évolutions à l'œuvre dans les champs sanitaire, social et médicosocial et modifiant en profondeur l'organisation du système de soins : « dans un contexte d'adaptation et de modernisation des établissements de santé (gouvernance, tarification à l'activité, évaluation des pratiques professionnelles, territorialisation de l'offre de soins ...), la lisibilité de ces évolutions, et surtout de leurs conséquences concrètes sur les principaux acteurs, est déterminante. Identifier les changements probables à moyen et long terme permet de les anticiper et donc de s'y préparer »¹.

Interface entre les usagers et les soignants, les secrétaires médicales sont une pièce maîtresse du bon fonctionnement des services de soins. Elles sont, en outre, au carrefour des logiques soignantes, médicales, administratives et financières, ce qui rend leur environnement professionnel complexe et nécessite de solides organisations pour permettre l'accomplissement de tâches variées : la frappe et l'envoi de comptes rendus de praticiens, la prise des rendez-vous et la gestion des plannings des médecins, l'accueil des patients et le codage des actes. Le métier même de secrétaire médicale est en

¹ Annie PODEUR, in Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, *Etude prospective des métiers sensibles de la Fonction Publique Hospitalière.*, éditions EHESP, 2007, page 7

mutation depuis déjà plusieurs années, impacté par les évolutions technologiques (bureautique, systèmes d'information), mais aussi par les réorganisations au sein des établissements (gouvernance, organisations polaires). Il fait, ou a fait, l'objet de redéfinitions de missions et de réorganisations dans de nombreux centres hospitaliers français.

Par conséquent, l'enjeu du diagnostic de l'organisation et du fonctionnement des secrétariats médicaux est crucial et rejoint directement l'évolution du métier de secrétaire médicale dans plusieurs domaines :

- La pression financière des établissements de santé nécessite en effet de renforcer leur attractivité, notamment à travers le respect de délais raisonnables d'envoi des courriers, de joignabilité téléphonique, de délai de délivrance de rendez-vous, du codage de l'activité.
- Les secrétaires médicales sont détentrices d'une information centrale pour la qualité de prise en charge, de respect de la confidentialité.
- Les évolutions médicales et organisationnelles dans la prise en charge nécessitent une adaptation constante des secrétariats médicaux.

C'est pourquoi, de plus en plus d'établissements publics de santé, cherchent à objectiver l'organisation de leurs secrétariats médicaux, leur charge de travail, et analyser le management et les ressources humaines qui leur sont affectées.

Si la notion de diagnostic est claire en science médicale (identification d'une maladie par ses symptômes), elle l'est un peu moins en sciences de gestion des organisations. Les effets de mode ou de marketing ont contribué à obscurcir les contours de cette notion. L'audit, au cours des dernières années, a d'ailleurs détrôné la notion de diagnostic sans que ses spécificités n'apparaissent clairement.

D'une manière générale, le diagnostic peut se définir comme le raisonnement menant à l'identification de la cause, l'origine d'une défaillance, d'un problème, d'une maladie. Le mot provient du grec *diágnosī* à partir de, par, à travers, séparation, distinction et *gnōsē*, la connaissance, le discernement. Il s'agit donc d'acquérir la connaissance à travers les signes observables. Dans le champ organisationnel, on définit le diagnostic comme une prise de recul pour évaluer l'« état de santé » d'une organisation telle qu'une entreprise et transmettre des recommandations afin d'améliorer l'efficacité du fonctionnement et l'efficience.

Appliqués aux établissements publics de santé, les enjeux du diagnostic organisationnel sont de permettre, par le biais d'une analyse documentaire rigoureuse, par la réalisation

d'entrevues individuelles et de groupes ainsi que par la possible comparaison de la performance de l'établissement avec celle d'autres établissements semblables, de savoir si l'établissement est efficacement organisé.

Les évolutions de l'environnement économique et technologique concourent à accélérer la nécessité des établissements publics de santé, à l'instar des entreprises, à anticiper le changement, pour s'adapter autrement dit mettre en œuvre le changement. Apprendre à conduire le changement est donc à considérer comme une préoccupation majeure des équipes de direction dans lesquelles les attaché(e)s d'administration hospitalière exercent leur métier de cadres administratifs. La tâche qui leur incombe s'apprécie et s'évalue, au regard de leur capacité à gérer le changement de façon efficace, efficiente et optimale, afin d'assurer l'atteinte des résultats escomptés. En tant que cadre administratif, l'attaché(e) d'administration est directement impliqué(e) en tant que gestionnaire de projets, depuis la phase de conception d'un projet d'objectivation du fonctionnement de secrétariats médicaux, en passant par la constitution de groupes de travail dédiés, du choix de la méthodologie et des outils retenus.

Etablir un diagnostic sur le fonctionnement des secrétariats médicaux d'un établissement a pour ambition de proposer des pistes de réflexion pour améliorer leur organisation et leur performance, anticiper le changement et s'y adapter. Les études de cas réalisées mettent en lumière des spécificités propres à chaque établissement au regard des enjeux et des objectifs poursuivis, c'est ce qui est présenté dans le premier chapitre de ce mémoire. Dans la boîte à outils à la disposition des établissements désireux de mener un travail d'objectivation de l'organisation et du fonctionnement de leurs secrétariats médicaux l'outil de diagnostic « Secrétariats médicaux » est le plus récent. Il a été conçu dans le cadre des « projets Performance » de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (A.N.A.P.), et est mis à disposition de l'ensemble de la communauté hospitalière, depuis octobre 2012. Il présente des avantages mais aussi des limites qu'un panorama des autres méthodes et outils à disposition, dressé et analysé dans le deuxième chapitre, aide à faire ressortir. L'identification des enjeux et des objectifs, l'analyse des méthodes et des outils ébauchées à partir de cas concrets tout au long des deux premiers chapitres, ont pour finalité d'inviter en un troisième chapitre à réfléchir sur la place et le rôle de l'attaché(e) d'administration hospitalière dans la conduite de projets de réorganisation et d'accompagnement au changement impactant des agents dont il a une responsabilité en termes d'encadrement.

1 Objectiver le fonctionnement des secrétariats médicaux : un préalable à de nécessaires adaptations à la réorganisation du système de santé

Dans le cadre du parcours du patient, le rôle des secrétariats médicaux est fondamental, notamment pour l'accueil et la communication avec les patients, les médecins, les familles et les professionnels de santé extérieurs. Au regard de l'évolution des besoins de santé des Français, avec l'explosion des maladies chroniques, le vieillissement de la population, les pathologies multiples, et la nécessité de réduire les inégalités d'accès aux soins, de grands principes d'une future loi sur la stratégie nationale de santé ont été officiellement présentés par Madame Marisol TOURAINE, ministre des affaires sociales et de la santé, le 23 septembre dernier. Le nouvel environnement hospitalier issu de la nouvelle organisation polaire introduite par la loi HPST, les prémises d'une réorganisation du système de santé français à partir des soins de santé primaires rendent nécessaire voire incontournable un regard approfondi porté sur le fonctionnement des secrétariats médicaux.

Sur la base d'une étude de quelques cas de diagnostics organisationnels souhaités par des établissements publics de santé, il s'agit dans un premier temps de faire ressortir les objectifs à court ou moyen terme énoncés par ces établissements². La présentation des cas est volontairement faite en ordre chronologique décroissant (l'année de lancement des projets est indiquée entre parenthèses).

² Le matériau d'analyse consiste en l'identification et l'analyse de commandes passées par des établissements de santé auprès de l'association EHESP Conseil depuis 2009, en la collecte et l'analyse de données recueillies sur le terrain de mes stages 1 et 2 réalisés au CHBA de Vannes, du repérage et de l'analyse de mémoires d'élèves directeurs d'hôpital portant sur le sujet, de la lecture du rapport de mission de Mme Odile COMPARET pour le cas du CHU de Rennes, et l'analyse d'un article de Mr Thierry THOMAS directeur adjoint au CHU de Bordeaux paru dans la revue *Techniques Hospitalières* en 2012. Toutes ces références sont retranscrites dans la bibliographie.

1.1 Panorama de contextes institutionnels et organisationnels à la base de projets de diagnostics du fonctionnement de secrétariats médicaux : analyse à partir d'études de cas

1.1.1 Le cas du CHBA de Vannes (2013)

Centre hospitalier de 1430 lits et places, le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique emploie 3 050 agents, médicaux, soignants, administratifs, logistiques et techniques. Il compte sept pôles d'activité cliniques et médico-techniques, une structure fédérative et quatre pôles d'activité administrative et logistique.³ Un bâtiment médico-chirurgical (BMC) neuf est en construction depuis mars 2011, sur le site Chubert. Le déménagement des services est prévu pour le premier semestre 2014.

Dans le contexte global impactant tous les établissements de santé français, mais également dans celui plus spécifique de l'ouverture de ce nouveau bâtiment de médecine et de chirurgie, le Centre Hospitalier Bretagne-Atlantique (C.H.B.A.) souhaite pouvoir établir un état des lieux de l'organisation actuelle, relever la nature d'éventuels dysfonctionnements et mettre en évidence des actions de réorganisation de ses secrétariats médicaux. La mise en œuvre de ce projet a été confiée à l'attachée d'administration hospitalière, chargée de mission auprès des secrétariats médicaux.

Au-delà des murs et des nouveaux lieux d'accueil et de travail, le futur BMC constitue, pour le CHBA, un défi organisationnel centré sur le parcours patient, porté par une logique polaire. L'objectif est d'y moderniser les organisations existantes, et non de reproduire d'anciens modes de fonctionnement. Le choix a donc été fait de prioriser l'accueil, de simplifier les circuits, d'améliorer les filières et les parcours de soins, d'harmoniser les procédures et les pratiques, d'améliorer les conditions de travail pour tous les personnels.

Après la phase de conception et de validation des locaux (2008), le projet dit « BMC » est rentré dans une phase d'adaptation des organisations et de préparation des équipes aux changements. Une cellule projet a été installée le 30 janvier 2012 ; elle assure l'animation et la coordination des opérations. Par ailleurs, des comités organisationnels,

³ Organisation arrêtée par une délibération (modifiée) du Conseil d'Administration du 30 janvier 2007.

représentatifs des différents métiers, en charge du suivi, au sein de chaque pôle concerné de l'ensemble du projet se sont progressivement installés. Le comité de pilotage, instance stratégique installé en mars 2012, a précisé les feuilles de route tant au niveau institutionnel que polaire et validé « les fondamentaux » de fonctionnement du nouveau bâtiment.

Dans ce contexte, un certain nombre de principes relatifs au circuit administratif du patient ont été pensés, et actés en janvier 2012. Il en a découlé une réflexion menée sur l'optimisation de l'organisation et du fonctionnement des secrétariats médicaux. Pour les consultations, il est préconisé le principe de la « marche en avant » pour le consultant : dans le nouveau bâtiment, la prise en charge administrative et financière sera réalisée totalement sur le plateau où se déroulera sa prise en charge soignante, le consultant quittera le plateau avec l'ensemble des éléments nécessaires à la poursuite de sa prise en charge.

1.1.2 Le cas du CHIV de Villeneuve-Saint-Georges (2013)

Cet établissement a souhaité se faire accompagner, dans le cadre d'un audit externe, pour établir un état des lieux de l'organisation de ses secrétariats médicaux, et mettre en évidence quelques actions d'optimisation, permettant éventuellement de redéployer des effectifs. Un certain nombre de dysfonctionnements portés à la connaissance de la Direction ont permis de mettre en évidence les éléments suivants :

- Les missions des secrétaires médicales ne sont pas harmonisées au sein de l'établissement et peuvent même varier d'un service à l'autre ;
- La hiérarchisation des tâches confiées aux secrétaires médicales n'est pas définie institutionnellement ;
- La répartition des effectifs est « historique », elle n'est pas nécessairement adaptée aux évolutions de l'activité et semble parfois inéquitable a priori.

Compte tenu des contraintes relatives aux effectifs, il n'existe pas de poste de coordination ou d'encadrement des secrétariats médicaux. Les secrétaires médicales sont gérées par les cadres des unités, et par les médecins directement. Par ailleurs, la part des secrétaires médicales ayant reçue la formation adéquate (et non celle d'adjoint administratif) est relativement faible dans l'établissement.

Le contexte relatif à l'organisation des secrétariats médicaux au CHIV est triple :

- La large restructuration immobilière implique un déménagement prochain des secrétariats des services du pôle femme-enfant, du bloc opératoire et la création de nouveaux plateaux de consultations externes ;
- La mise en place d'un plan de retour à l'équilibre souligne les difficultés financières de l'établissement, induisant une contrainte au niveau des effectifs, notamment pour assurer les remplacements et les congés ;
- La perception de dysfonctionnements dans l'organisation des secrétariats par la direction, tant en termes de management que d'organisation efficiente des tâches.

1.1.3 Le cas du Groupement hospitalier Aube Marne (GHAM) de Romilly sur Seine (2013)

Le GHAM est un établissement à double vocation sanitaire et médico-sociale. Il s'agit d'un établissement multi sites dont les activités se répartissent sur trois communes distantes de 20 à 30 km et deux départements. L'établissement a souhaité se faire accompagner, dans le cadre d'un audit externe, pour définir les contours de sa politique d'optimisation des secrétariats médicaux. Il a souhaité que cet audit soit l'occasion d'établir un état des lieux de la structure de ses secrétariats médicaux en mettant en lumière leur adéquation ou leur inadéquation avec les besoins, et de formulation d'une ou plusieurs pistes de réflexion tendant à l'optimisation des ressources en moyens humains, organisationnels, matériels et immatériels nécessaires. La commande stipulait également le souhait que soit imaginée l'évolution du métier de secrétaire en fonction de la mise en place prévue du DPI.

1.1.4 Le cas du Centre hospitalier de Narbonne (2013)

Disposant de 500 lits et places, cet établissement dispense des soins en hospitalisation complète ou en hospitalisation de jour en médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie et soins de longue durée. Il a souhaité réaliser une mission d'audit externe sur les secrétariats médicaux d'un de ses services afin d'en améliorer le fonctionnement. Il a été passé commande d'un audit externe dont l'objectif était de réaliser un diagnostic du secrétariat médical de gynécologie obstétrique (10 000 consultations externes par an, 2700 séjours en 2012). Certains problèmes étaient déjà identifiés (installations dans des locaux non adaptés) mais d'autres dysfonctionnements nécessitaient d'être repérés et analysés en vue de pistes d'amélioration.

1.1.5 Le cas du Centre hospitalier de Charles Perrens à Bordeaux (2013)

Etablissement ayant reçu en 1986 toute la responsabilité administrative et financière, ses missions s'étendent de la prévention à la postcure des maladies mentales. Sa file active est d'environ 17 000 patients avec une capacité de 551 lits et 316 places répartis respectivement en hospitalisation complète et partielle. Dans ce contexte, le C.H. Charles Perrens a émis le souhait de se faire accompagner pour auditer le fonctionnement de ses secrétariats médicaux et analyser leur fonctionnement par site qui sont au nombre de 17. La mission consiste à rédiger un état des lieux synthétique et en la formulation de préconisations opérationnelles quant à l'analyse du fonctionnement des secrétariats. L'objectif fixé par la Direction de cet établissement est de s'inscrire dans une démarche de mutualisation et de redistribution du travail en vue de respecter les objectifs d'efficience de l'établissement.

1.1.6 Le cas du C.H.U. de Rennes (2007)

L'encadrement des secrétariats médicaux au CHU de Rennes constituait une problématique depuis plusieurs années. Au mois d'avril 2007, le Directeur général donne son accord pour la création d'un groupe de travail chargé d'étudier l'encadrement des secrétariats, la gestion des remplacements dans les secrétariats médicaux, la formation des remplaçantes et la formation continue. Possibilité est donnée d'aborder deux points supplémentaires : l'outil de reconnaissance vocale et la décentralisation des missions du bureau des entrées dans certains secteurs. Le groupe de travail est animé par un élève directeur d'hôpital et de la directrice du site Hôpital Sud. Il comprend 14 personnes. Les premières conclusions de ce groupe de travail ont été présentées en réunion de direction au mois de juin 2007. En septembre de la même année, le groupe de travail présente ses conclusions définitives. Il propose de mettre en place un interlocuteur unique au niveau de la direction des ressources humaines qui serait chargé du pilotage et de l'organisation des secrétaires médicales, de la formation et du système d'information. Au niveau des pôles, une responsable des secrétariats médicaux s'appuierait sur un réseau de correspondantes présentes dans les services, chargées de faire remonter les informations (absences, congés, ...). En 2008, la situation des secrétariats médicaux n'a pas changé malgré l'installation effective des pôles médicaux. En 2010, le directeur des ressources humaines de l'époque demande une nouvelle étude visant à définir et mettre en place un encadrement des secrétariats médicaux de pôle. Cette étude confiée en interne à Madame Odile COMPARET (alors en formation d'ingénieur en organisation à l'ESTO de

Nantes) devait s'appuyer sur un état des lieux réalisé sur 3 pôles (Abdomen, Accueil Urgences Médecine internet et Gériatrie, Neurosciences).

1.1.7 Le cas du C.H.U. de Bordeaux (1998)

Etablissement de 3 500 lits et places, le C.H.U. de Bordeaux est réparti entre 3 sites. Pour ses activités médicales, chirurgicales, médico-techniques et de consultation, il est doté d'un effectif de 480 secrétaires médicales. À l'identique d'autres établissements d'une taille similaire, le Directeur général du C.H.U. de Bordeaux s'attache à structurer la profession et l'exercice des missions des secrétaires médicales. Une première expérience a été conduite sur le site Pellegrin en 1998, la nécessité d'une réflexion poussée sur l'organisation de la profession et la mise en place d'une filière professionnelle s'étant précisée. Les exercices 2006 et 2007 sont par la suite marqués par diverses manifestations d'une crise identitaire des secrétaires médicales, ces points étant abordés lors de plusieurs CHSCT et CTE. A l'issue de cette expression d'une attente forte des secrétaires médicales, et convaincue de la valeur ajoutée pour l'établissement, la Direction générale décide la création d'une mission relative à la réorganisation des secrétariats médicaux et l'émergence d'une filière professionnelle. Une lettre de mission est rédigée à l'attention d'un cadre de direction, lui confiant la responsabilité de constituer et animer un groupe projet sur ce thème. Un programme d'action est présenté à la DG en mars 2009. Il visait en premier lieu à décrire le fonctionnement des secrétariats médicaux. À cette fin, deux enquêtes ont été diligentées.

1.2 Les mutations à l'oeuvre dans l'environnement hospitalier et leurs conséquences sur le fonctionnement des secrétariats médicaux.

Les différents cas présentés ci-dessus permettent de faire ressortir un certain nombre de facteurs poussant les établissements à entreprendre un travail d'objectivation de leurs secrétariats médicaux, que l'on peut synthétiser en deux axes majeurs : celui de la nécessaire recherche de l'efficacité qui accélère le développement de nouveaux modes d'hospitalisation, et donc de nouveaux parcours de soins, celui de la nécessaire adaptation à l'organisation des activités de soins au sein d'une logique polaire en termes de gestion des effectifs des secrétaires médicales. Par ailleurs, et cela apparaît moins clairement énoncé dans les « commandes » de diagnostic des établissements, la constante évolution des attentes des patients/usagers/familles impactent de manière non négligeable le fonctionnement des secrétariats médicaux. Un point y est consacré.

1.2.1 Les répercussions des réformes hospitalières : une recherche accrue de l'efficacité au sein des établissements de santé

Les réformes affectant les établissements publics de santé qui se succèdent depuis le début des années 2000 ont des répercussions directes sur les pratiques professionnelles, et donc sur les fonctionnements des secrétariats médicaux.

Le nouveau mode de financement, généralisé en 2008, conduit à une recherche continue de l'efficacité : optimiser pour dégager des marges de manœuvres internes (optimisation des coûts de l'activité de soins, de la facturation, des achats). La mise en œuvre de la tarification à l'activité dans les établissements de santé conduit les établissements à une recherche continue de l'efficacité et d'optimisation des moyens. Il s'agit de concilier les exigences de qualité et de sécurité des prises en charge et de moindre coût. Comme le souligne l'Observatoire des métiers de la fonction publique hospitalière, c'est dans ce cadre que les établissements cherchent à développer une meilleure connaissance de l'activité et de ses coûts, et s'attachent à rationaliser les activités de support aux soins dont le secrétariat médical. L'impact direct concerne la détermination de l'effectif nécessaire dans les services cliniques et médico-techniques. Il est contingent à l'impact des autres facteurs d'évolution tels que la mise en place des pôles, de la sophistication des systèmes d'information, de l'évolution des pratiques et de l'organisation des soins. Un établissement de santé pourra souhaiter objectiver l'organisation et le fonctionnement de ses secrétariats médicaux dans le cadre d'une recherche d'économie par la diminution des postes de secrétariat non producteur de valeur, ou à l'inverse d'une recherche d'optimisation en mobilisant le secrétariat comme une assistance permettant de décharger de tâches administratives les équipes médicales et soignantes.

En 2005 et 2009, la gouvernance des établissements publics de santé a été réformée, de même que l'exercice de la tutelle et les modalités d'intervention de l'autorité publique afin de décloisonner les fonctions médicales, administratives et soignantes. L'ordonnance du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé a été adoptée dans le cadre de la mise en place du Plan « Hôpital 2007 » (participation des personnels hospitaliers aux instances de l'hôpital via des conseils de pôles). La loi HPST a confirmé le pôle d'activité clinique ou médico-technique comme le pivot de la nouvelle gouvernance à l'hôpital. Le pôle d'activité vise à renforcer le pilotage médico-économique des hôpitaux. La finalité de l'organisation polaire est de recentrer l'activité des établissements et des personnels sur la production et l'évaluation des soins et plus largement des prises en

charge. La mise en œuvre de la nouvelle gouvernance appelle la fonction à développer une capacité à travailler en équipe, notamment avec les personnels médicaux et soignants.

Quant à la loi HPST, dernière réforme en date, vise un égal accès aux soins sur l'ensemble du territoire tout en maîtrisant mieux les dépenses hospitalières. Ce défi est au cœur de la Stratégie nationale de santé dont la ministre en charge de la santé a récemment présenté les grandes lignes : la refondation du système de santé « a pour ambition que, dans dix ans, les inégalités de santé soient réduites. Elle a pour volonté de faire tomber les barrières car nous ne pouvons plus réformer en raisonnant par structure, en opposant l'hôpital et la médecine de ville, les soins et les actions de prévention »⁴. Dans cette perspective, les cloisonnements entre les différents acteurs mais aussi les différents secteurs vont être de plus en plus inadaptés pour assurer une prise en charge plus complète dans une gestion optimisée des parcours de soins. La performance des secrétariats médicaux est explicitement visée par la ministre de la santé qui a précisé que « réussir le décroisement, c'est obtenir de l'hôpital et des médecins de ville des engagements réciproques : le courrier du généraliste, le compte-rendu de sortie, le téléphone ou le mail dédié ... Ces choses aussi simples permettront de grandes avancées et doivent être généralisées »⁵.

Dans ce schéma, le développement de l'hospitalisation à domicile mais aussi l'organisation du retour au domicile avec éventuellement un passage par un centre de soin de suite induisent une coopération accrue entre les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, une meilleure coordination entre les opérateurs, voire l'organisation de réseaux de santé, pour une population ciblée, une pathologie particulière. À moyen terme, le développement de l'e-santé permettra et favorisera la mise en réseau ainsi que la réalisation d'acte à distance et l'hospitalisation à domicile. Ce mouvement de décroisement et l'évolution du travail en réseau devrait également impacter le métier en rendant plus complexe le flux et le traitement des informations.

L'évolution constante des techniques en anesthésie, en chirurgie et en médecine, associée à la mise en place de la tarification à l'activité et à la loi HPST, ont pour conséquence que l'hospitalisation est de moins en moins nécessaire pour certaines pathologies et ont induit un réel développement de l'ambulatoire. Le coût d'une hospitalisation classique est de nature à dissuader des hospitalisations longues qui, par ailleurs, ne sont plus médicalement justifiées eu égard au progrès des technologies

⁴ Extrait du discours délivré par Madame Marisol TOURAINE, ministre des affaires sociales et de la santé, le 23 septembre 2013

⁵ Deuxième extrait du discours cité ci-dessus

médicales. Le malade est de plus en plus soigné en venant à l'hôpital sans y être hospitalisé, c'est-à-dire hébergé une journée entière. Parmi les malades non hospitalisés dépendant de l'hôpital, certains sont totalement ambulatoires, relevant de consultations externes⁶, et d'autres partiellement ambulatoires parce que hospitalisés pendant une période déterminée sur vingt-quatre heures. La Haute Autorité de Santé (H.A.S.) estime que 70 à 80% des actes chirurgicaux pourraient être pris en charge en ambulatoire⁷.

À l'échelle du pays, les pouvoirs publics ont fait de l'ambulatoire une priorité ; les politiques de santé dans les prochaines années inciteront fortement au développement de ce mode d'hospitalisation, l'objectif étant de faire en sorte que l'activité de chirurgie ambulatoire soit supérieure à 50% à l'horizon 2016. L'ANAP et la HAS ont été sollicitées afin qu'elles produisent des outils de référence. L'enjeu est d'aider les acteurs de terrain à augmenter, de manière significative, l'activité de chirurgie réalisée en ambulatoire.

À l'échelle des établissements de santé, comme le souligne Jean-Pierre DANOS « il y a globalement un enjeu de compétitivité pour chaque établissement. Sur un territoire donné, l'établissement qui parvient en premier à développer l'ambulatoire induit une double attractivité : il attire plus de patients et voit son nombre de séjours augmenter en prenant des parts de marché aux concurrents mais il attire aussi les meilleurs praticiens, ce qui renforce sa dynamique d'activité. L'impact économique est immédiat. Inversement, l'établissement qui est en retard avec un taux d'ambulatoire faible va voir sa compétitivité s'éroder »⁸. Miser sur le développement de l'ambulatoire est stratégique ; il renvoie à l'attractivité de l'établissement vis-à-vis de ses partenaires et en premier lieu auprès des patients. Il conditionne la pérennité de certains établissements ou pour les gros hôpitaux de certains pôles et leur place dans un territoire de santé. « Il y aura des seuils d'activité en dessous desquels un établissement ou un pôle se retrouvera inévitablement menacé.

⁶ Les consultations externes connaissent un fort développement. Il y a dix ans, 4 millions de consultations externes sur 10 étaient liées à une hospitalisation et plus de la moitié effectuées en spécialités chirurgicales. Depuis 2005, le nombre d'actes réalisés sur patients externes a augmenté de 7,8% avec une hausse du nombre de consultations de +10,4%. Cette place que prend l'activité réalisée sur des patients non hospitalisés est bien plus importante dans les établissements publics et privés à but non lucratifs que dans les cliniques privées. Longtemps considérées comme des activités annexes, peu génératrices de recettes, les consultations externes voient leur place et leur intérêt croître au sein des établissements publics de santé. Le passage de la dotation globale à la tarification à l'activité ayant renforcé les contraintes budgétaires des centres hospitaliers, les consultations externes représentent une source importante d'activité, et sont donc sources de recettes supplémentaires pour les établissements.

⁷ En France, ce mode de prise en charge se situe actuellement en-deçà de 40% (*Lettre d'information de la HAS*, n°37, octobre-décembre 2013)

⁸ Extrait de Jean-Pierre DANOS, <http://www.leh.fr/edition/auteurs/jean-pierre-danos.html#entretien>. Jean-Pierre DANOS est consultant en organisation au sein du cabinet Aldedo Conseil. Il intervient auprès d'établissements de santé publics, privés et associatifs pour développer et organiser l'ambulatoire. Il collabore également sur les thèmes du temps de travail auprès de l'ANAP. Il est par ailleurs l'auteur d'ouvrages et d'articles dans le domaine du management, de l'organisation et de la GRH dans la santé et le médico-social.

Les tarifs vont baisser et les recettes également. Il faudra compenser par une augmentation des volumes de séjours traités, ce qui va intensifier la concurrence entre les établissements »⁹.

La chirurgie ambulatoire implique une organisation sans faille, centrée sur le patient. Il faut savoir anticiper, synchroniser et gérer de façon optimale le parcours de la personne opérée de manière à permettre sa sortie, sans risque supplémentaire, dans la journée. Le développement de l'ambulatoire exige d'inventer de nouveaux concepts organisationnels, en rupture avec ceux en vigueur. À l'évidence il impacte le fonctionnement des secrétariats médicaux.

122 Les attentes des patients, des usagers et des familles placés au cœur des réformes du système de santé ne cessent d'évoluer

Le rapport de l'IGAS paru en février 2013 le souligne, « par l'affirmation de ses droits individuels et collectifs, consacrés par la loi et tout particulièrement celle du 4 mars 2002, comme par la recherche de son association plus étroite au processus thérapeutique, par respect de son autonomie mais aussi pour des raisons d'efficacité et de sécurité, le patient a aujourd'hui acquis une place différente au sein des établissements de santé »¹⁰.

On constate une demande croissante, de la part de beaucoup de patients, d'être considérés comme des acteurs de leur propre santé, et de voir leur droit à l'information et à la transparence reconnu : demande d'information et d'explications, participation à la décision et au processus de soin. Le patient acteur de sa propre santé souhaite être mieux informé et associé aux décisions le concernant¹¹. Il exprime des exigences sur la qualité de la prise en charge dans toutes ses composantes. L'apparition d'indicateurs de performance des établissements va en ce sens. L'attente des usagers, outre une prise en charge hôtelière coordonnée et un accueil améliorés, porte notamment sur le développement d'une approche globale de la prise en charge du patient. Le raccourcissement de la durée des séjours hospitaliers nécessite une « optimisation » du séjour du patient, et fait émerger un besoin de coordination, d'organisation et de suivi de l'ensemble du séjour par un professionnel unique. La mise en place de guichets uniques décentralisés dans les services ou les pôles (accueil administratif notamment) fait évoluer

⁹ Jean-Pierre DANOS, <http://www.leh.fr/edition/auteurs/jean-pierre-danos.html#entretien>

¹⁰ IGAS, *L'hôpital : rapport 2012*, La Documentation française, Page 101

¹¹ Sur l'évolution du statut du patient, le lecteur pourra se référer au travail collectif réalisé sur la notion de patient acteur partenaire de sa prise en charge : MIP Groupe n°16, *Le patient expert dans les établissements de santé*, EHESP, 2013

la relation soignants/administration et rejoint cette double préoccupation. L'Observatoire national de l'emploi et des métiers de la fonction publique hospitalière (ONEMFPH) fait remarquer que cette évolution impacte les pratiques des secrétaires médicales dans la relation aux patients et l'implication dans la qualité de l'accueil et de la prise en charge¹².

À moyen terme l'activité de secrétariat médical va donc de plus en plus se concentrer sur des pratiques que les secrétaires médicales sont d'ores et déjà amenées à prendre en compte mais dont l'importance va grandissante, à savoir:

- la qualité relationnelle, la qualité d'accueil et d'orientation des patients,
- l'éthique et le droit des patients,
- la traçabilité et le respect des procédures.

La dimension relationnelle de l'emploi devrait être plus largement sollicitée, avec une exigence accrue de qualité d'accueil. Actrice essentielle dans le respect des droits des patients, en particulier le droit au respect de la confidentialité et du secret médical, mais aussi le droit pour les patients d'accéder aux informations médicales qui le concernent. Pour accompagner ces évolutions qui impactent directement le métier des secrétaires médicales, les établissements s'adaptent et innovent en matière de formation des agents en contact direct avec les patients/usagers. C'est le cas au CHU de Rennes par exemple dont l'initiative « ateliers sur la communication du dossier médical » vient d'être labellisé¹³.

1.3 Des secrétaires médicales aux assistantes médico-administratives : les évolutions du métier de secrétaire médicale.

L'étude prospective menée sur les grandes familles de métiers présente dans le Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière a identifié, caractérisé et classifié des facteurs d'évolution susceptibles d'avoir un impact sur une dizaine de métiers, au sens large : évolution des métiers, des modes de coopération entre professionnels ; émergence de nouvelles compétences ; émergence de nouveaux métiers ou de nouvelles fonctions, etc. Ces facteurs d'évolution sont technologiques, organisationnels, sociaux, juridiques, économiques, démographiques, etc. Sur la base de cette étude, seront présentés ici les facteurs d'évolution impactant plus spécifiquement le

¹² L'ONEMFPH a été créé par décret en date du 28 septembre 2001. C'est dans ce cadre que le Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière a été élaboré à l'issue d'une longue démarche d'association des professionnels de santé. En 2006, au-delà de la question de l'actualisation du Répertoire une étude prospective a été menée sur l'évolution des grandes familles de métiers de la fonction publique hospitalière. L'étude en a été confiée au cabinet POLLEN Conseil et s'est déroulée en coopération avec l'équipe projet du Bureau P2 de la DHOS.

¹³ Madame Chantal Rousseau, attachée d'administration à la Direction qualité et relations avec les usagers a initié et anime ces ateliers.

métier de secrétaire médical, illustrés sur la base des cas analysés dans le premier chapitre : l'évolution technologique des outils du travail de secrétariat médical, les réorganisations des services médicaux.

1.3.1 L'évolution des outils de secrétariats médicaux

Le déploiement du système d'information dans la sphère médicale, le raccourcissement de la durée de séjour (et en corollaire l'augmentation du flux de patients) et les télécommunications, a conduit à une forte augmentation des flux d'informations à gérer. Les secrétaires médicales sont absorbées par l'administration de cette information, de plus en plus immatérielle (radiographies et scanners numérisés, numérisation des comptes rendus d'hospitalisation, reconnaissance vocale, logiciels de prises de rendez-vous, dossier du patient informatisé).

Diverses catégories professionnelles, médicales et juridiques entre autres, utilisent désormais le principe de la dictée numérique. Cette dernière succède progressivement à la dictée analogique dont le principal inconvénient est l'emploi de cassette. Le principe est simple : la dictée se fait directement sur PC ou stockage des dictées sur une carte mémoire. Les messages existent alors sous la forme de fichiers son en format numérique dont les données ne sont accessibles qu'aux personnes autorisées. La dictée numérique réunit deux avantages majeurs : l'informatique et la mobilité. Dans de nombreux établissements hospitaliers le dictaphone n'a plus droit de cité, la dictée vocale numérique a permis de réaménager totalement le secrétariat médical. Les secrétaires n'ont plus besoin d'attendre que le médecin veuille bien leur remettre la cassette contenant le compte-rendu et les patients sont rapidement fixés sur leur état de santé.

Dès 2004, le centre chirurgical Marie-Lannelongue a réorganisé son secrétariat médical grâce à la dictée numérique des comptes-rendus d'actes médicaux. Installé au Plessis-Robinson, en région parisienne, l'établissement est reconnu pour son expertise dans le domaine de la chirurgie thoracique et vasculaire, et de la transplantation cardio-pulmonaire. En 2003, il a dû mener un plan social, et 150 salariés sont licenciés. En effectif réduit, le centre repense sa façon de travailler et fluidifie la saisie des comptes-rendus d'opération, d'hospitalisation, ou de consultation. Alors que jusque-là les médecins utilisaient classiquement des dictaphones de poche analogiques, le centre décide, en décembre 2004, de passer à la dictée numérique. La capacité de transcription des comptes-rendus par le secrétariat médical double quasiment. Les secrétaires n'ont en effet plus à courir après les microcassettes. Elles accèdent au compte rendu souhaité

sans devoir faire défiler la bande ou rechercher la suite sur une autre cassette. Par ailleurs, elles bénéficient d'une meilleure qualité d'écoute. La dictée numérique permet surtout de mutualiser les ressources et de lisser l'activité. Si le compte rendu est affecté, par défaut, à la secrétaire affiliée au médecin, il peut aussi être partagé par un groupe de secrétaires. Les comptes rendus arrivent alors sur une pile commune et sont traités au fil de l'eau, au jour le jour.

Lors de sa prise de poste en 2004, Dominique ANDRE, coordinatrice des secrétariats médicaux, avait entre autres missions celle de faire évoluer les méthodes de travail du secrétariat médical. Elle évoque « la simplicité d'utilisation », « la mutualisation des fichiers » qui équilibre la charge de travail. « Si par défaut, le médecin envoie le fichier à « sa » secrétaire, les assistantes peuvent permuter en cas d'absence ou de surcharge »¹⁴.

L'Hôtel Dieu, un des quatre établissements du CHU de Clermont Ferrand, a lui aussi décidé de mettre en place une solution de dictée numérique fin 2005. La solution de dictée centralisée permet au personnel hospitalier de gagner en temps et en efficacité et à faciliter la réorganisation du secrétariat. Et cela se traduit par un service aux patients de meilleure qualité. Début 2007, plus de 160 médecins et une soixantaine de secrétaires utilisaient la solution de dictée numérique¹⁵.

La reconnaissance vocale fait davantage débat en milieu hospitalier. Sur le plan technique, la dictée vocale a longtemps nécessité de longues périodes d'apprentissage pour des résultats aléatoires. Sur le plan social, il peut également représenter une menace forte pour le métier de secrétaire médicale. Plusieurs projets menés en milieu hospitalier se sont soldés par un échec. Exception : le cas du CHU de Rouen. Dès octobre 2003, l'établissement l'a expérimentée avec succès. Libérées du temps passé à la saisie, les secrétaires ont vu leur rôle valorisé. La reconnaissance vocale ne remporte pas l'adhésion, aussi peut-elle être envisagée une fois que la dictée numérique est généralisée et stabilisée.

1.3.2 Les réorganisations des services médicaux

La secrétaire médicale a un rôle de pivot essentiel dans la relation entre le médecin, le patient et l'institution et se retrouve ainsi à l'interface entre l'interne (l'institutionnel et le médical) et l'externe (les patients et leur prise en charge). Elle est ainsi amenée à

¹⁴ Propos recueillis par Xavier BISEUL, <http://pro.01net.com/editorial/323263/un-zero-faute-pour-la-dictee-numerique/>

¹⁵ Extrait de témoignages de clients d'une société de distribution de logiciel

développer des relations professionnelles avec : les médecins, les infirmières pour des échanges d'information et l'organisation de la prise en charge des patients, les cadres de santé, le bureau des entrées pour les mouvements des entrées et sorties et pour les modes de placement, les établissements et professionnels de santé (dans et hors murs) pour des prises de rendez-vous et des demandes de renseignements, l'adressage ou la collecte d'informations sur les patients, l'archivage des dossiers et le service d'information médicale, les organismes de transport.

Interface entre les usagers et les soignants, les secrétariats médicaux sont une pièce maîtresse du bon fonctionnement des services de soins. Les secrétaires médicales sont en outre au carrefour des logiques soignantes, médicales, administratives et financières, ce qui rendent leur environnement professionnel complexe et nécessite de solides organisations pour permettre l'accomplissement de tâches variées : la frappe et l'envoi des comptes rendus des praticiens, la prise des rendez-vous et la gestion des plannings des médecins, l'accueil des patients et le codage. L'administration de l'information médicale est désormais au cœur de leur activité, d'autant plus qu'elle est financièrement stratégique pour l'établissement.

Avec la mise en œuvre de la loi HPST, le parcours de soins entre la ville et l'hôpital se doit d'être fluidifié. Dans le cadre du parcours du patient, le rôle des secrétariats médicaux est fondamental, notamment pour l'accueil et la communication avec les patients, les médecins, les familles et les professionnels de santé extérieurs. La loi a défini une nouvelle organisation pour les pôles d'activité qui deviennent centres opérationnels de l'établissement de santé, avec à leur tête un chef de pôle. Dans ce contexte, sur le terrain les établissements sont progressivement amenés à (re)définir les principes d'organisation de leurs secrétariats, la ligne hiérarchique à mettre en place. Ce changement a été à l'origine d'une étude réalisée en mai 2008 par la Direction des Ressources Humaines du CHU de Rennes. Celle-ci a mis en évidence une absence d'organisation claire et commune à tous les secrétariats des Pôles médicaux, en particulier en termes d'encadrement. « Un regard approfondi sur la gestion et le fonctionnement des secrétariats des Pôles médicaux du CHU est aujourd'hui nécessaire afin d'en restructurer les fonctions dans un nouvel environnement hospitalier, notamment en rendant lisible le parcours du patient »¹⁶.

¹⁶ Extrait de la lettre de mission, DRH, CHU de Rennes, 27 août 2010, In COMPARET O., 2011, *Secrétariats médicaux. Etat des lieux. Diagnostic. Préconisations en termes d'encadrement*, rapport de mission IEST-CHU de Rennes, 135 pages, et données issues de l'entretien accordé par Madame COMPARET le mercredi 23 octobre 2013

Dans ce contexte de mise en place d'une organisation médico-administrative polaire, la réorganisation des services médicaux est, ou a été l'occasion de mettre en lumière un certain nombre de dysfonctionnements en termes de gestion des ressources humaines, dans d'autres établissements en France, notamment au niveau du recrutement des secrétaires médicales. Celui-ci peut faire apparaître, en effet, un nombre relativement conséquent de secrétaires médicales « faisant fonction », le plus souvent avec le statut d'agent administratif lors de l'intégration suivant une période de contrat à durée déterminée¹⁷. L'échec au concours de secrétaire médicale serait non négligeable selon une enquête de la DHOS, y compris pour des personnes occupant leur poste à l'entière satisfaction des services. La nécessité pour les établissements d'avoir une politique de formation et préparation au concours pour les secrétaires en contrat à durée déterminée s'impose de manière plus précise dans le contexte actuel, la secrétaire médicale devant œuvrer dans un système de plus en plus complexe et exigeant.

La logique polaire a pour corollaire un processus de sortie du système traditionnel qui attribue à chaque médecin, sa secrétaire médicale. La fonction de secrétariat médical peut désormais être organisée en pool au niveau d'un secteur, d'un département ou d'un pôle, avec éventuellement une coordination du secrétariat au niveau de l'établissement. C'est la raison pour laquelle certaines secrétaires sont amenées à assurer un rôle de responsable d'équipe ou de coordinatrice de secrétaires. Cette mission est confiée à des secrétaires médicales confirmées ayant souvent des formations continues en management, dans cette perspective. Certaines secrétaires peuvent également se voir confier des missions de tutorat ou de référent en informatique (participer au déploiement des systèmes d'information et devenir référent technique pour les autres secrétaires).

¹⁷ Historiquement, les secrétaires médicales, quasi exclusivement des femmes, peuvent être promues en internes ou en externe sur concours. Mais elles peuvent également être recrutées sur une base contractuelle au grade d'agent administratif ou adjoint administratif, sous réserve de passer le concours pour être titularisée, dans la mesure où des concours sont organisés en suffisance à cet effet. Aussi des personnes occupant l'emploi de secrétaire médicale peuvent ne pas avoir le statut de secrétaire médicale.

2 La boîte à outils du diagnostic organisationnel de secrétariats médicaux : études de cas de méthodologies retenues par des EPS

Tout diagnostic cherche peu ou prou à évaluer la capacité d'un établissement à réaliser des performances. Le diagnostic doit renseigner à la fois sur les aptitudes de l'établissement à poursuivre et développer ses activités de façon efficiente, et à envisager de possibles réorganisations afin d'optimiser les organisations et les fonctionnements actuels de ses services.

Sur la base des cas analysés dans le chapitre précédent, on peut faire ressortir des démarches, sinon des méthodes, différentes selon les types d'établissements (CHU, CH), les objectifs poursuivis. Cette diversité légitime est encore accrue par des attitudes différentes à l'égard de « ce que doit être le diagnostic ».

Avant d'exposer la palette des méthodes et outils de diagnostic à la disposition des établissements de santé, un point peut être fait sur les points communs sous-jacents à chacune des méthodes.

21 Les points communs des démarches de diagnostics organisationnels de secrétariats médicaux

Tout d'abord, on peut avancer qu'un diagnostic, d'une manière générale, est destiné à identifier, comprendre et évaluer les logiques officielles du fonctionnement d'un établissement quel qu'il soit. Ensuite, un diagnostic doit pouvoir faire ressortir s'il existe des dysfonctionnements, des tensions, des conflits, des rapports de force entre les acteurs. Enfin, un diagnostic bien conduit permettra de faire la lumière sur le partage ou non des valeurs communes de l'établissement, du service concernés. Ce qui est d'importance car sans un minimum d'adhésion aux priorités stratégiques et aux principes de fonctionnement de l'établissement et/ou du service, ses membres ne peuvent pas travailler de manière efficiente, et tendre vers une performance collective.

Ceci étant posé, venons-en à ce qu'un diagnostic organisationnel de secrétariats médicaux va pouvoir (devoir) analyser, cela suppose en premier lieu d'avoir une

représentation la plus fine possible de la nature même du travail de secrétariat médical, et des spécificités liées à l'établissement, le pôle ou le service concernés.

Phase d'identification des tâches de secrétariat médical

Une analyse du contenu des postes de travail et notamment des tâches réalisées par les secrétaires médicales est un préalable. Selon les périmètres à géométrie très variable des emplois, les secrétaires médicales, peuvent être conduites à effectuer :

- la saisie et l'administration des comptes-rendus des médecins (cela représente en général plus de 30 à 50% de l'activité)
- la gestion des rendez-vous (patients) et des plannings (médecins)
- l'accueil physique et téléphonique des patients (et des familles)
- la facturation et la comptabilité du secteur libéral
- la gestion administrative de l'entrée dans le cas d'un guichet unique décentralisé au niveau du service
- la finalisation de la saisie des informations médicales (PMSI)
- la collecte, l'archivage et la communication des informations relatives au patient (dossier patient)
- le relais des informations relatives au service
- la veille documentaire et la mise en forme de communication scientifique (dans le cas d'une secrétaire d'un praticien chercheur).

Phase d'analyse de l'activité

Considérant que les notions de charge de travail et d'activité sont souvent confondues, Jean-Pierre DANOS procède à une clarification. Il attribue trois sens distincts à la notion même d'activité¹⁸ :

- L'activité dans l'approche de l'ergonomie
En ergonomie, le terme d'activité se réfère aux processus psychologiques et comportementaux mis en œuvre par un opérateur pour réaliser son travail, c'est-à-dire les tâches à réaliser. C'est la réponse apportée par le personnel aux contraintes déterminées par la situation de travail (procédures à respecter, exigences de qualité, outils à dispositions, conditions environnementales, etc). L'activité dans l'approche ergonomique est donc à relier à la notion de charge de travail.
- L'activité dans l'approche de la gestion des ressources humaines

¹⁸ Jean-Pierre DANOS, Support de formation « Organiser les secrétariats médicaux », page 5

L'Observatoire national des emplois et métiers de la fonction publique hospitalière (ONEMFPH) définit l'activité comme suit : « ensemble de tâches organisées et orientées vers un but précis, mobilisant des compétences déterminées. Regroupement cohérent, finalisé, qui a du sens. ». Les activités ne sont pas des tâches élémentaires : « décrocher le combiné du téléphone » est une tâche élémentaire. « Assurer l'accueil téléphonique » est une activité. Les activités ne sont pas des responsabilités : on peut assumer une responsabilité sans en exercer les activités. Toute activité peut s'identifier et se mesurer par rapport à un temps passé, à l'inverse de la compétence.

- L'activité dans l'approche des sciences de gestion
Elle s'appréhende au travers d'indicateurs de gestion ou indicateurs médico-économiques qui sont quantifiables avec des degrés de sophistication plus ou moins importants : le nombre de séjours par GHS ou groupe de GHS, le nombre de patients entrants et sortants, le nombre de départs pour le bloc opératoire, le nombre d'accouchements, la rotation des patients chaque jour sur l'ambulatoire, etc. L'activité concerne une entité de travail comme une unité de soins ou un pôle.

Jean-Pierre DANOS conseille de s'appuyer avant tout sur cette notion d'activité au sens des sciences de gestion, au travers d'indicateurs médico-économiques. Les autres notions sont utiles pour analyser les organisations ou les reconcevoir, mais elles viendront en complément. « Par exemple, si dans un secrétariat médical, on observe qu'au regard des indicateurs d'activité médico-économiques l'effectif apparaît correctement dimensionné mais que le personnel se plaint de la charge de travail, on pourra explorer un certain nombre de pistes : y a-t-il des glissements de tâches ? des conflits ? le secrétariat est-il bien localisé ? les médecins sont-ils organisés et méthodiques ? quelles sont les activités chronophages ? le temps passé à la coordination est-il excessif ? quelles sont les méthodes de travail ? les médecins respectent-ils les délais de remise des informations et documents ? le système d'information est-il performant ? utilise-t-on la dictée numérique ou la dictée cassette ?

Phase d'évaluation de la charge de travail

Jean-Pierre DANOS distingue ici à nouveau plusieurs réalités : la charge prescrite, la charge de travail réelle et la charge subjective ou charge ressentie.

- La charge prescrite, c'est l'ensemble des tâches à accomplir par le personnel et les exigences associées (en sécurité, qualité, coûts, délais, etc). La charge prescrite est définie par l'employeur, la hiérarchie mais aussi le groupe de professionnels dans lequel on travaille.

- La charge de travail réelle, c'est tout ce que met en œuvre, au travers d'activités, un personnel pour réaliser la charge prescrite dans un contexte et un environnement donnés, avec un certain nombre d'aléas, de zones d'autonomie, etc. Autrement dit, la charge réelle résulte de l'interaction entre l'activité du personnel et sa charge prescrite.
- La charge subjective ou charge ressentie. On entre ici dans la subjectivité des individus et des collectifs de travail et le vécu, mais qui ont leur importance. La secrétaire se sent-elle intégrée et soutenue ? son évolution de carrière est-elle en adéquation avec son projet professionnel ? ses horaires et son planning sont-ils en adéquation avec ses contraintes personnelles ? se sent-elle suffisamment autonome pour réaliser son travail ? vit-elle son travail sur un mode épanouissant ou aliénant ?

L'un des principaux apports des modèles ergonomiques est de mettre en évidence le fait que la charge de travail n'existe pas dans l'absolu et de manière objective. Elle résulte de l'interaction entre un individu et ses caractéristiques d'une part et les conditions objectives et perçues de travail dans lesquelles il opère d'autre part.

En phase d'analyse, le diagnostiqueur ayant pris soin, au préalable d'opérer ces distinctions, comprendra mieux (et pourra donc mieux faire ressortir) pourquoi, dans un service ayant une forte activité, les secrétaires médicales trouvent leur charge de travail adaptée et acceptable alors que dans le service voisin, ayant une activité bien plus faible, la charge de travail des secrétariats peut s'avérer beaucoup plus lourde dans le vécu et le ressenti.

Quels indicateurs retenir dans le cadre d'une méthodologie basée sur la valorisation en temps de travail ?

Parmi les indicateurs clés d'activité des secrétaires médicales, on peut retenir :

- Le nombre d'hospitalisations
- Le nombre de consultations
- Le nombre d'explorations
- Le nombre d'actes chirurgicaux
- Le nombre d'actes d'imagerie

2.2 Faire appel à un cabinet d'audit externe ou constituer une équipe projet en interne ?

Une fois la décision de lancer un diagnostic organisationnel de secrétariats médicaux prise, une équipe de direction d'établissement de santé a deux possibilités :

- constituer un groupe « ad hoc », composé de cadres opérationnels et/ou fonctionnels, chargé d'effectuer les études nécessaires et de présenter les conclusions qui seront discutées (on parlera ici d'audit interne);
- faire appel à un conseil extérieur qui sera rémunéré de façon spécifique pour une telle mission (on parlera d'audit externe)

Le coût de chaque formule déterminera souvent le choix. Les prestations des grands cabinets en particulier apparaissent souvent trop onéreuses pour les établissements de santé. Mais un certain nombre de critères seront à prendre en considération et orienteront le choix vers une solution d'audit externe alternative (telle que les missions de l'EHESP Conseil qui seront présentées plus avant) : compétences et temps disponibles au sein de l'établissement, climat qui y règne, culture dominante, buts plus ou moins explicites de l'équipe de direction.

Du latin *audire* (entendre), *auditus* (audition), le lexique juridique définit l'audit comme une « mission de vérification de la conformité d'une opération ou de la situation d'une structure, à un référentiel (règles en vigueur, des normes), confiée à un professionnel indépendant (l'auditeur) par une personne (le prescripteur) souhaitant s'informer sur l'intérêt d'une opération ou de cette situation, elle peut aller jusqu'à évaluer les risques de l'initiative ou de l'activité vérifiée, ainsi que son degré d'efficacité. L'audit est fondamentalement une démarche d'observation, d'analyse, et d'interprétation¹⁹.

A quoi sert l'audit ? C'est avant tout un instrument correspondant au début d'un processus qui va conduire l'auditeur à émettre un diagnostic, lui-même servant de base à la recherche d'améliorations et à la mise en œuvre de recommandations.

Dans les deux cas, audit externe ou audit interne, des principes doivent être respectés afin de garantir les résultats. Des principes de déontologie : confiance, intégrité, discrétion. Des principes d'impartialité : les divers documents produits par l'auditeur doivent refléter de manière honnête et précise les activités auditées. Conscience professionnelle : les auditeurs doivent avoir les compétences et l'expérience requise.

¹⁹ Définition empruntée à Maître Laurent HOUDART, avocat, Journée de formation « Méthodologie de l'audit », EHESP, 09 juillet 2013

Indépendance : les auditeurs sont totalement indépendants de la société auditée et doivent agir en toute objectivité. Preuve : des preuves d'audit doivent être vérifiables.

Dans les deux cas également, les grandes étapes de l'audit seront :

- 1- préparation de l'audit
- 2- planification de l'audit
- 3- réunion d'ouverture
- 4- conduite de l'audit
- 5- réunion de clôture
- 6- rapport d'audit
- 7- suivi de l'audit

221 Le diagnostic « audit externe » effectué par une personne (ou un groupe de personnes) extérieure à l'établissement demandeur

Fréquemment il se peut qu'un encadrement opérationnel efficace dans la gestion quotidienne, n'ait pas le temps, le goût, ou les connaissances méthodologiques pour mener à bien un diagnostic d'envergure. Ou bien qu'une équipe de direction cherche un appui extérieur pour avoir « un œil neuf » ... ou, au contraire, tenter de faire valoir certains points de vue. Ces hypothèses nous ont été confirmées au cours d'un entretien téléphonique avec le trésorier de l'association EHESP Conseil²⁰. Dans ces cas, l'organisme diagnostiqueur se verra interdit de divulguer ne serait-ce la commande qui lui a été faite.

Les établissements doivent néanmoins avoir à l'esprit qu'il est cependant impossible pour un ou des diagnostiqueurs de travailler sans les dirigeants et les cadres. Le temps et l'implication de ceux-ci sont absolument nécessaires à la conduite du diagnostic. Ceci marque bien que ce dernier ne se réalise pas en milieu « stérilisé ». Au-delà de ses compétences conceptuelles et méthodologiques, le « diagnostiqueur » doit pouvoir faire preuve de sens politique, de capacité de discernement, d'écoute mais de fermeté, d'habileté à recouper les informations et, a fortiori, les opinions²¹.

Sollicité par les directions des établissements publics de santé, l'EHESP Conseil réalise un nombre croissant d'audits sur l'organisation des secrétariats médicaux. Nous avons recensé quatre commandes depuis le début de l'année 2013, en provenance des

²⁰ Entretien téléphonique avec Erwann PAUL trésorier de l'association EHESP conseil, le mercredi 30 octobre 2013

²¹ A.-Ch. MARTINET In : *Diagnostic stratégique*, page 12

établissements suivants : le Centre hospitalier intercommunal de Villeneuve Saint Georges, le Groupement hospitalier Aube Marne de Romilly sur Seine, le Centre hospitalier de Narbonne et le Centre hospitalier de Charles Perrens à Bordeaux. Parmi les établissements ayant autorisé l'EHESP Conseil à répertorier leur demande, on peut également citer en ordre chronologique décroissant: le centre hospitalier spécialisé Le Valmont-Montléger (2011), le Centre hospitalier de Lannemezan (2011), CH de Ploërmel (2009), Hôpital national de Saint Maurice (2009), Hôpital de Saumur (2009).

Créée en 1987, L'EHESP Conseil est une association loi 1901. Inscrite dans une démarche de consulting, elle offre à l'ensemble des acteurs des secteurs sanitaires et médico-social un accompagnement dans la réalisation de leurs projets en effectuant des études, des missions de conseils et des audits. Les équipes sont pluridisciplinaires et sont composées de professionnels en formation à l'EHESP (élèves directeurs d'hôpital, élèves directeurs d'établissements sociaux et médico-sociaux, élèves directeurs de soins, élèves attachés d'administration hospitalière, élèves inspecteurs des affaires sanitaires et sociales), ce qui se révèle un véritable atout pour l'établissement prestataire : « outre le fait que la formule n'est pas chère financièrement, quand nous avons commandité l'audit après de la junior entreprise, nous étions en pleine réformes hospitalières ; la connaissance approfondie de ces réformes par les élèves de l'EHESP allait à nos yeux faire partie intégrante de la richesse qu'offre déjà une analyse externe »²².

Outre les audits organisationnels, l'association propose la réalisation d'études financières, la mise en œuvre d'opération de communication, ou du conseil juridique. Après la conception d'un cahier des charges, L'EHESP signature une convention avec l'établissement demandeur. Mission sur site avec une équipe menée par un chef de projet. Présentation en instances des recommandations.

Le cas d'une mission EHESP Conseil²³ :

La mission, réalisée durant le premier semestre 2013 s'est inscrite dans le contexte d'une large restructuration immobilière avec le déménagement programmé des blocs opératoires, des services du pôle femme-enfant et de la constitution de nouveaux plateaux de consultation rassemblant spécialités médicales, chirurgicales, l'anesthésie et la gynécologie-obstétrique. Par ailleurs, l'établissement est financièrement contraint de manière forte du fait de la mise en place d'un plan de retour à l'équilibre. Cet élément a

²² Extrait de l'entretien téléphonique accordé par Madame Laurence AUVINET, attachée d'administration hospitalière en charge de l'encadrement des secrétariats médicaux de 2000 à 2010, au centre hospitalier de Saumur, 06 novembre 2013

²³ Par respect des règles de confidentialité, nous ne citerons pas ici explicitement l'établissement, car les éléments rapportés ici sont extraits du rapport de mission

ancré l'étude menée dans la recherche d'efficience organisationnelle au vu des tensions sur les effectifs, au sein des secrétariats médicaux comme dans le reste des équipes de l'établissement. Enfin, au niveau des secrétariats médicaux, l'absence de coordination, le relevé de dysfonctionnements et la perception d'une mauvaise répartition des effectifs à la charge de travail par la direction constituait le troisième élément de contexte de la mission.

La méthodologie retenue a consisté en trois phases :

- une phase préparatoire (analyse de documents internes à l'établissement sur l'organisation actuelle des secrétariats, une recherche documentaire sur les bonnes pratiques d'organisation, diffusion d'un questionnaire aux secrétaires médicales, recensement des bonnes pratiques d'organisation)
- une phase d'intervention d'une semaine sur site (traitement des réponses aux questionnaires, réalisation de plus de 60 entretiens avec des acteurs clés de l'établissement parmi lesquels des secrétaires médicales des cadres de santé des médecins et des directeurs fonctionnels, réalisation de temps d'observation, recueil de données quantitatives d'activité)
- une phase de restitution (traitement approfondi des données qualitatives et quantitatives, formalisation de l'analyse par la remise d'un rapport définitif). Suite à la collecte d'informations, l'équipe missionnée s'est attachée à formaliser un diagnostic à partir de l'état des lieux et à formuler des préconisations répondant aux dysfonctionnements. Trois scénarii de changement ont été proposés.

La progression structurée par ces trois phases s'est appuyée sur une méthodologie qui s'est déclinée au travers de divers outils : outils de diagnostic et guides de bonnes pratiques disponibles sur les sites de la HAS, de l'ANESM, de l'ANAP.

Le diagnostic a porté sur trois grands axes : les tâches et les missions des secrétaires (les fiches de postes, les outils et le système d'information, le codage), l'organisation de la charge de travail (répartition des effectifs, répartition des amplitudes horaires, évolution de la charge de travail), le management et le leadership (les liens hiérarchiques et fonctionnels, la gestion des remplacements, les formations).

De l'avis de l'équipe missionnée, les limites de l'étude portent tout d'abord sur le relevé des données afférentes à l'activité des secrétariats médicaux. Les données quantitatives de charge de travail des secrétaires leur sont apparues parcellaires. Si l'activité de frappe par secrétariat a pu être objectivée grâce aux données du département de l'information

médicale, des données de temps passé au téléphone, pour la prise de rendez-vous ou pour tout autre nature d'activité n'ont pu de manière globale être quantifiés.

222 Le diagnostic « audit interne »

L'audit interne est effectué par une personne appartenant à l'organisation demandeuse. Dans cette configuration, l'établissement souhaite auditer sa propre organisation en interne, même si elle se fait aider par un organisme extérieur. Pour être mené à bien, les auditeurs internes devront avoir au préalable avoir été formés. Il est préférable que l'audit interne soit une activité indépendante, objective et impartiale, exercée dans une organisation (entreprise, organisme, ...), par des personnes formées, le plus souvent de l'organisation et en équipe.

L'audit, quel qu'il soit, doit être compris comme un outil d'amélioration. S'engager dans une démarche qualité, instaurer un système de management par la qualité dans le but d'obtenir la satisfaction de ses clients, ne peut se comprendre que dans une optique d'amélioration permanente et régulière. Tout système doit subir des modifications, des évolutions pour maintenir ses objectifs ou s'adapter aux nouvelles exigences. L'audit est dans ce contexte un outil clé permettant de mesurer les progrès qu'il reste encore à faire.

Le cas de l'audit interne réalisé par le CHU de Bordeaux :

L'activité du CHU de Bordeaux, établissement de 3500 lits et places, est répartie entre trois sites. Pour ses activités médicales, chirurgicales, médico-techniques et de consultation, il est doté d'un effectif de 480 secrétaires médicales. À l'instar d'autres établissements de taille similaire, la direction générale du CHU de Bordeaux s'attache à structurer la profession et l'exercice des missions des secrétaires médicales. Dans un article paru dans *Techniques Hospitalières*, Thierry THOMAS, directeur adjoint, rapporte qu'« une première réflexion poussée sur l'organisation de la profession » a été conduite sur l'un des sites du CHU de Bordeaux dès 1998. Ce premier travail d'objectivation a été repris et prolongé au milieu des années 2000 suite à l'expression d'une crise identitaire des secrétaires médicales évoquée lors de plusieurs CHSCT et CTE. « À l'issue de cette expression d'une attente forte des secrétaires médicales, et convaincue de la valeur ajoutée pour l'établissement, la direction générale décide la création d'une mission relative à la réorganisation des secrétariats médicaux et l'émergence d'une filière professionnelle. Une lettre de mission est rédigée à l'attention d'un cadre de direction, lui

confiant la responsabilité de constituer et animer un groupe de projet sur ce thème²⁴ ». Un programme d'action est présenté à la direction générale en mars 2009 ; il vise en premier lieu à décrire le fonctionnement des secrétariats médicaux. À cette fin, deux enquêtes sont diligentées.

La méthodologie déployée au CHU de Bordeaux a consisté en une enquête auprès des secrétaires médicales sous forme de questionnaires adressés par courrier à l'ensemble des personnels du CHU accomplissant des fonctions de secrétaires médicales, telles que décrites par la fiche métier du ministère de la Santé, sur une quotité de temps de travail supérieure ou égale à un mi-temps. Cette enquête vise à objectiver les représentations des secrétaires médicales elles-mêmes au regard de leur positionnement professionnel. Elle a également pour objectif de donner une photographie à l'instant T des performances des secrétariats médicaux en termes de délai de rendu du courrier, d'accueil téléphonique et d'amplitude horaire. L'enquête se termine par une série de questions ouvertes destinées à permettre aux répondantes de faire des commentaires, donner des précisions, formuler des souhaits relatifs à leur exercice professionnel. Une deuxième enquête parallèle a été adressée par courrier aux chefs de pôle et chefs de service de l'établissement en vue de recueillir leur description et leur appréciation du fonctionnement des secrétariats médicaux. Cette enquête se termine par une série de questions ouvertes destinées à permettre l'expression libre des répondants.

Il est intéressant de noter, d'un point de vue méthodologique mais aussi managériale, que l'expression directe des secrétaires médicales et des chefs de service ayant été matérialisée par la double enquête, la direction générale de l'établissement a décidé de compléter par une autre modalité de prise de parole, au travers la constitution de trois groupes de travail sur la base du volontariat : positionnement et rattachement des secrétaires médicales, organisation du travail, ergonomie et conditions de travail. A l'issue de cette phase de concertation ayant mobilisé des secrétaires médicales, le corps médical et la direction du CHU, les grandes orientations de la réforme à mettre en œuvre sont proposées. Elles consistent en la création d'une filière professionnelle avec la création de quatre postes de coordinatrices en charge de l'intégralité des secrétariats médicaux et d'un poste de référent par pôle d'activité médicale, le rattachement de ces postes à la DRH. Ces préconisations seront effectivement mises en œuvre dans les deux ans qui ont suivi la phase d'objectivation initiale.

²⁴ Le groupe projet est constitué de 6 personnes : 1 cadre de direction et les représentants respectifs du corps médical mandaté par la CME, de la direction des soins, de la DRH, des secrétaires médicales et de la direction des systèmes d'information.

2.3 L'outil autodiagnostic de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (exemple du choix de l'outil par le CHBA de Vannes)

Mi-2012, juste avant la publication de l'outil autodiagnostic des secrétariats médicaux, plus de deux cent chantiers d'amélioration avaient été mis en œuvre par des établissements dans le cadre de contrats de performance signés avec l'ANAP. Une vingtaine de thématique a alors été identifiée pour la construction d'outils, de retours d'expériences et de démarches utiles : organisation de l'activité des maternités, gestion des lits, gestions des risques liés à la prise en charge médicamenteuse, et gestion des secrétariats médicaux ...

Le CHBA de Vannes, où les deux premières périodes d'immersion professionnelle ont été réalisées (à l'origine de ce mémoire professionnel), a acté le choix d'utiliser l'outil autodiagnostic de l'ANAP en janvier 2013. L'outil a été publié par l'ANAP en octobre 2012. À l'occasion des entretiens menés avec des acteurs d'établissements s'étant inscrits dans une démarche d'objectivation de leurs secrétariats médicaux, il est ressorti que bon nombre ne connaissent pas l'existence de cet outil. La lecture de ce chapitre fournit l'occasion de le faire découvrir, non pas en détail d'un point de vue technique, à cette fin on renverra le lecteur aux guides d'utilisation et de formation directement téléchargeable ainsi que l'outil lui-même sur le site de l'ANAP²⁵, mais comme une option méthodologique d'outil de travail. C'est aussi à titre d'exemple que le rôle et la place de l'attaché d'administration hospitalière dans la négociation en phase initiale d'un projet de réorganisation de secrétariats médicaux se trouvent clairement affirmés. Cela a été le cas pour l'AAH chargée de mission auprès des secrétariats médicaux du CHBA de Vannes.

2.3.1 Objectifs et missions de l'ANAP : « pragmatisme et l'exigence de résultat »²⁶.

L'ANAP a été instituée par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Selon l'article 18, elle « a pour objet d'aider les établissements de santé et les établissements et services médico-sociaux à

²⁵ www.anap.fr/fileadmin/user_upload/04publications_outils/Outils_PP/Secretariats_Medicaux/ANAP_AUTODIAG_SECRETARIATS_MED_Guide_utilisateur.pdf
http://www.anap.fr/fileadmin/user_upload/04-publications_outils/Outils_PP/Secretariats_Medicaux/ANAP_AUTODIAG_SECRETARIATS_MED_Formation.pdf
http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/ANAP_AUTODIAG_Secretariats_medicaux.xls

²⁶ Philippe RITTER, In : rapport de mission, 13 octobre 2008

améliorer le service rendu aux patients et aux usagers, en élaborant et en diffusant des recommandations, et des outils dont elle assure le suivi et la mise en œuvre, leur permettant de moderniser leur gestion, d'optimiser leur patrimoine immobilier et de suivre et d'accroître leur performance, afin de maîtriser leurs dépenses. À cette fin dans le cadre de son programme de travail, elle peut procéder ou faire procéder à des audits de la gestion et de l'organisation de l'ensemble des activités des établissements de santé et médico-sociaux ». Sa création est apparue palier le « chaînon manquant » dans les mesures prises pour parvenir à l'amélioration de la performance, en répondant au « comment faire », par l'apport de solutions concrètes aux établissements. La valeur ajoutée potentielle de cette agence d'appui se révèle au travers de la mise à disposition d'outils d'analyse, d'outils d'aide aux recompositions, d'outils d'accompagnement du changement, d'outils d'identification des besoins, d'outils d'aide à la décision.

L'ANAP, qui porte la performance en son nom, s'inspire de la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), selon laquelle la performance consiste à mobiliser les ressources disponibles pour améliorer la santé de la population ; développer la capacité du système de santé à prendre en compte les attentes de la population ; réduire les iniquités de financement.

L'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) fédère les expériences et les compétences du Groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier (GMSIH), de la Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH) et de la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH)²⁷, auxquelles sont venues s'ajouter des compétences complémentaires.

La conception et la diffusion, par l'ANAP, d'outils et de services permettant aux établissements de santé et médico-sociaux d'améliorer leur performance, et en particulier la qualité de leur service aux patients et aux personnes entre directement dans les missions de l'ANAP. Comme son nom l'indique également, l'Agence a pour objectif de venir en appui et accompagner des établissements, notamment dans le cadre de missions de réorganisation interne, de redressement, de gestion immobilière, ou de

²⁷ La MEAH avait été créée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003. Avec la mission tarification à l'activité et la mission aide à l'investissement, elle faisait partie des trois missions opérationnelles voulues par le Ministère de la santé de l'époque pour mettre en œuvre le plan Hôpital 2007, et aider les établissements de santé publics et privés à améliorer leur organisation. Elle a financé des audits, conduits par des sociétés de services dans les établissements volontaires, en leur garantissant la confidentialité des données recueillies. Elle a accompagné des équipes hospitalières dans la mise en œuvre des changements souhaitables et en a évalué les résultats. Elle a proposé aux établissements un dispositif dans lequel ils pouvaient mettre en commun leurs expériences, leurs réussites et leurs problèmes. Elle a déployé des outils et des solutions pour l'amélioration de la qualité des soins et de l'efficience à l'hôpital.

projets de recompositions hospitalières ou médico-sociales. Elle assure le pilotage, et la conduite d'audits sur la performance.

Rendre les établissements plus performants c'est avant tout, pour l'ANAP, porter les efforts sur trois dimensions complémentaires : la qualité de la prise en charge, les conditions de travail des personnels, l'efficacité opérationnelle. C'est pour atteindre ces objectifs, que l'Agence met à disposition des outils d'auto-évaluation permettant :

- D'évaluer les pratiques organisationnelles à travers des indicateurs métier ;
- D'uniformiser les méthodologies de calcul d'indicateurs pour favoriser les échanges ;
- De capitaliser les retours d'expériences de certains pour en faire profiter le plus grand nombre.

L'ANAP élabore des outils d'autodiagnostic de la performance, élaborés dans le cadre de ses Projets Performance. Portant sur une vingtaine de thématiques, ces outils ont pour but :

- d'évaluer les pratiques organisationnelles à travers des indicateurs métier choisis avec les professionnels ;
- d'objectiver les dysfonctionnements « ressentis » ;
- de cerner les marges de manœuvre ;
- d'uniformiser les méthodologies de calculs d'indicateurs pour favoriser les échanges et les comparaisons ;
- de capitaliser les retours d'expérience de certains pour en faire profiter le plus grand nombre. Ces outils ont été conçus avec et pour les professionnels de terrain, et ont été testés auprès de plusieurs établissements avant leur diffusion.

À ce jour, outre l'outil de diagnostic « secrétariats médicaux » six outils de diagnostic de la Performance sont disponibles pour les thématiques suivantes : bloc opératoire, imagerie, urgences, maternité, gestion des lits, ressources humaines, et consultations externes²⁸.

Chaque outil est accompagné d'un guide d'utilisation, qui permet de limiter le temps d'appropriation, de paramétrage et de saisie. Un support de formation est également proposé, afin d'accompagner l'utilisateur dans l'analyse des indicateurs et l'interprétation

²⁸ L'ANAP vient de mettre en ligne deux outils d'autodiagnostic pour les consultations externes, qui doit permettre aux établissements de santé « de s'appuyer sur des données objectives pour définir les actions prioritaires de transformation à conduire afin d'améliorer leur performance ». Concrètement, ils pourront réaliser un diagnostic des organisations en matière de consultations externes, mesurer la performance d'un point de consultation et identifier les marges de progrès. (extrait de la dépêche HOSPIMEDIA datée du 29 octobre 2013)

des résultats issus de l'outil. Une aide en ligne est également disponible pour chaque outil.

2.3.2 L'outil « auto diagnostic des secrétariats médicaux »

Mis à disposition des établissements en octobre 2012, l'outil d'autodiagnostic « secrétariats médicaux » s'adresse aux professionnels de établissements de santé (chefs de services, cadres ; responsables des secrétariats médicaux ...) souhaitant conduire une démarche de réorganisation ou d'amélioration de la performance de leurs secrétariats médicaux.

À la base des projets constituant le cœur du programme de travail de l'ANAP pour 2012, figurait la volonté « d'accompagner la transformation d'un établissement dans son ensemble. L'amélioration de la performance du système de santé et des établissements qui le composent nécessite de repenser d'une façon globale leur organisation et leur stratégie. Cette démarche vise à transformer durablement les établissements. Il s'agit de considérer l'ensemble des processus métiers et administratifs dans leur globalité. Il s'agit également de questionner la stratégie de l'établissement ainsi que sa place dans le paysage sanitaire et médico-social : la qualité du service rendu à la population, les conditions de travail pour le personnel et l'utilisation des ressources financières allouées à l'établissement ». L'objectif central sous-jacent est donc de répondre à la question suivante : l'établissement répond-t-il aux attentes et aux contraintes d'un système de santé moderne ?

S'inscrivant dans ce programme, l'outil d'autodiagnostic est destiné aux secrétariats médicaux des établissements médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) qui prennent en charge et font le lien entre les patients et les équipes médicales et soignantes (secrétariat de consultations, d'hospitalisation, d'imagerie, de médecine nucléaire, etc). Il permet de :

- mesurer la performance de l'activité des secrétariats médicaux
- analyser la répartition et le niveau de spécialisation des postes
- analyser les délais de frappe, la joignabilité téléphonique
- évaluer la maturité organisationnelle des secrétariats médicaux
- réaliser un Benchmarking intra-établissement
- identifier les marges de progrès organisationnels

« L'outil a été conçu au sein d'une équipe comprenant des ingénieurs, des secrétaires médicales, et des responsables de secrétariats médicaux issus d'un panel d'une dizaine d'établissements, pour servir dans le cadre des projets Performance de l'ANAP »²⁹. Il a ensuite été proposé et testé avant sa publication dans des établissements en difficulté au regard de l'organisation de leurs secrétariats médicaux, qui n'avaient pas participé à sa conception. Ce fut le cas du centre hospitalier de la région d'Annecy. Les quatre phases de construction des outils de diagnostic de l'ANAP sont communément : la conception, les tests par des établissements pilote, la transformation par retour d'expérience, la publication.

Quelles particularités de contexte présentaient les premiers établissements ayant utilisé l'outil ? Trois cas nous ont été rapportés en exemple par l'ANAP. Dans le premier cas, il s'agissait d'un très gros centre hospitalier de haute technicité, qui présentait des effectifs « étonnants au regard d'autres établissements ». La direction de cet établissement a donc décidé de confier le projet de diagnostic de ses secrétariats médicaux à une attachée d'administration hospitalière, responsable des secrétariats médicaux. L'objectif de cet audit interne était de cibler des tâches de secrétaires médicales sans réelle plus-value. Un deuxième axe de diagnostic portait sur la résolution de possibles dysfonctionnements au niveau de la facturation, avec la volonté de réfléchir à la professionnalisation d'une équipe de facturation. Madame Claire PREVOTEAU nous a rappelé également le contexte d'un autre établissement présentant de trop mauvais résultats en termes d'indicateurs de temps de frappe, de délais d'envoi, et de taux de réponses téléphoniques pour pouvoir prétendre à la certification de la HAS. Enfin, dans un troisième cas, un établissement avait besoin de faire émerger au grand jour la problématique du parcours patient déficiente en termes de qualité d'accueil (« les patients étaient bringuebalés d'un accueil à un autre »)³⁰.

De l'avis même de l'ANAP, pour un établissement faire le choix d'utiliser l'outil autodiagnostic présente trois avantages : l'outil est libre d'accès sur le site Internet de l'ANAP, il est gratuit, et il est « facilitateur ». En outre, il n'existe pas de traçabilité du téléchargement de l'outil (qui se présente sous la forme de fichiers Excel). À ce jour, trois établissements ont contacté l'ANAP, dans une tentative de benchmarking, pour savoir si d'autres établissements avaient fait remonter leur expérience de l'utilisation de l'outil : le CHU de Nantes, le centre hospitalier de Mulhouse et le CHBA de Vannes.

Il semble qu'il n'existe pas un profil du chef du projet d'utiliser l'outil, qui à la connaissance de l'ANAP peut être ici le directeur des affaires financières, là l'attachée d'administration

²⁹ Monique ABAD, référente outil « autodiagnostic secrétariats médicaux » à l'ANAP, extrait de l'entretien téléphonique du mercredi 25 septembre 2013

³⁰ Claire PREVOTEAU, mercredi 25 septembre 2013

hospitalière en charge de la facturation, l'attachée d'administration chargée de mission auprès des secrétariats médicaux, le cadre de santé, l'ingénieur qualité, l'ingénieur en organisation et accompagnement au changement.

2.3.3 L'autodiagnostic des secrétariats médicaux, comment ça marche ? L'exemple de l'utilisation de l'outil au CHBA de Vannes

Dans le contexte des mutations affectant le métier de secrétaire médicale, un nombre croissant d'établissements font le choix d'une coordination de leurs secrétariats médicaux. Au CHBA, un poste d'attaché d'administration hospitalière est ainsi dédié à la fonction de chargée de mission auprès des secrétariats médicaux, soit au concret la coordination de cent cinquante secrétaires médicales concernées. Réfléchir à l'organisation des secrétariats médicaux en rapport avec les objectifs fixés, agir en partenariat et en concertations régulière avec les médecins et l'encadrement soignant, développer une démarche de management, participer à la démarche institutionnelle de modernisation et d'optimisation de la chaîne de facturation, garantir la complémentarité et la cohérence des organisations de travail entre tous les services impliqués dans la prise en charge médico-administrative des patients, telles sont les missions d'une coordinatrice de secrétariats médicaux. C'est à ce titre, que l'AAH chargée de mission auprès des secrétariats médicaux du CHBA s'est vue confier la réalisation d'un état des lieux à partir d'une auto-évaluation des secrétariats médicaux de deux pôles, de présenter le diagnostic et des préconisations aux instances institutionnelles (cellule projet dit BMC, DRH, conseils de pôles, CME).

L'outil permet de comparer 5 secrétariats au maximum. Suivant le conseil de l'ANAP, le périmètre des secrétariats médicaux pouvant être vaste, il est conseillé de définir une phase pilote d'utilisation de l'outil a été définie (les secrétariats de deux pôles Chirurgie et SPAGORA). Dans un deuxième temps, la démarche peut être déployée à l'ensemble des secrétariats médicaux de l'établissement, si celui-ci le souhaite.

Pour identifier les secrétariats sur lesquels concentrer la démarche et les actions d'améliorations, le mode synthétique, puis dans un second temps, le mode détaillé pour les secrétariats pour lesquels le diagnostic doit être approfondi, ont été utilisés.

L'équipe projet était constituée de la chargée de mission auprès des secrétariats médicaux, de cadres de santé et d'une secrétaire référente pour chacun des secrétariats inclus dans l'étude, d'une personne des ressources humaines, d'une personne du service informatique.

Le premier avantage d'avoir choisi de recourir à l'outil de l'ANAP, et non des moindres, est très certainement le fait d'avoir pu réaliser un travail d'objectivation sur la base d'un recueil de données très nombreuses, sur un temps relativement court, et sans frais financier supplémentaires pour l'établissement. Il est indéniablement important pour les équipes de direction de pouvoir réaliser un diagnostic synthétique de façon rapide afin de refléter la réalité du terrain, ce que permet l'outil autodiagnostic des secrétariats médicaux.

3 Pour être source de préconisations et d'introduction de changements, le diagnostic organisationnel des secrétariats médicaux suppose la maîtrise de compétences de chef de projet

La gestion de projets devient de plus en plus une composante à part entière de la fonction de tout cadre administratif, donc de l'attaché d'administration hospitalière.

3.1 Mener efficacement un diagnostic organisationnel suppose de bien savoir piloter un projet

Il peut arriver que par manque de discernement, incompetence ou refus de responsabilités le responsable d'un projet d'objectivation de secrétariats médicaux confonde diagnostic et analyse. Tout comme le médecin qui multiplierait les examens ... sans jamais conclure. On peut voir des séries de chiffres se succéder, des représentations graphiques se contredire, des tableaux se superposer imparfaitement pour donner des images de plus en plus floues de la situation.

Or il est nécessaire de garder à l'esprit que le diagnostic s'appuie sur l'analyse mais s'en distingue nettement. Il suppose appréciation, jugement et, en définitive, prise de responsabilité de celui qui le pose. Les méthodes servent à le guider, à éviter les oublis majeurs. Elles ne peuvent se substituer à l'interprétation et à la subjectivité que contient toujours cette dernière. Ce qu'enseignent les sciences de gestion.

Si des outils purement descriptifs sont utiles sur le terrain pour s'assurer que rien n'a été omis, ils ne sauraient être suffisants. Le diagnostiqueur a besoin d'une vision de l'établissement dans son environnement pour établir les relations indispensables, interpréter les constats et se prononcer sur les dysfonctionnements.

Indispensable, une méthodologie doit³¹ :

- Etre rigoureuse mais souple afin de pouvoir accueillir la grande variété des situations rencontrées ;
- Pouvoir guider la découverte de facteurs-clés sans enfermer l'analyste dans un cadre restrictif ;
- Ouverte, pour favoriser la discussion, confronter les opinions, recouper les informations ;
- Visuelle pour la présentation des résultats, synthétique.
- Pédagogique car au-delà des résultats du diagnostic, elle doit améliorer les aptitudes stratégiques des membres des équipes décisionnelles.

À l'instar des projets d'entreprise, les projets organisationnels des établissements de santé ne se traitent pas sans un minimum de précautions. Avant de se lancer, il vaut mieux procéder à un travail de préparation conséquent pour préciser concrètement les objectifs, mettre en place une organisation efficace, s'assurer de la disponibilité des compétences et la faisabilité selon les délais et le budget impartis. Autant de conditions pour conduire les projets. Le manager de projet, ici en l'occurrence l'attaché d'administration hospitalière, devra être le garant d'un pilotage adapté.

Apprendre à conduire le changement doit donc être considéré comme une préoccupation majeure des équipes de direction des établissements. La tâche qui leur incombe s'apprécie et s'évalue, au regard de leur capacité à gérer le changement de façon efficace, efficiente et optimale, afin d'assurer l'atteinte des résultats escomptés.

3.2 De la nécessité que les diagnostiqueurs soient formés

Manager un projet de diagnostic organisationnel n'est pas juste une question de bon sens. La complexité croissante de l'environnement des établissements de santé requiert de la part de tout cadre administratif y exerçant une volonté et une capacité à en connaître les contours, à en saisir les enjeux. Il s'agit d'une connaissance à acquérir et à mettre à jour par le biais de la formation continue, en intra-établissement, mais également en externe par la participation à des Journées expertes, des cycles de formation générale et spécifique. Par ailleurs lancer un projet de diagnostic organisationnel exige une

³¹ Les éléments énumérés ci-après sont une adaptation aux établissements publics de santé des qualités méthodologiques d'un diagnostic organisationnel dans le milieu des entreprises privées, énoncées dans le manuel d'Alain-Charles MARTINET (Professeur agrégé de sciences de gestion à l'Université de Lyon 3) paru aux éditions Vuibert Entreprise en 1990 et intitulé *Diagnostic stratégique* (pages 41-42)

certaine expertise à la fois technique et managériale. Sur quels critères évaluer l'activité et la charge de travail (indicateurs clefs de l'activité et repérage des missions, segmentation et analyse de l'activité, normes en matière de vitesse de frappe) ? Comment dimensionner les effectifs (calculer et affecter les effectifs en fonction de l'activité, les horaires, la gestion des plannings et des effectifs des secrétariats, la construction de la cohérence des temps dans l'organisation avec les médecins)? Comment aménager les espaces et les locaux (ergonomie des postes de travail) ? Quels sont les outils et les méthodes les plus adaptés ? Quels sont les modèles organisationnels possibles ?

Dans les développements ci-dessus, il est apparu au travers des études de cas, que certains établissements ne choisissent pas par hasard de confier une mission de diagnostic à des professionnels en formation, que ce soient des élèves de l'EHESP (missions EHESP Conseil, élèves directeurs d'hôpital stagiaires), ou des agents inscrits dans une dynamique d'évolution professionnelle. Telle était la situation dans laquelle se trouvait Madame COMPARET (alors ingénieure en organisation et accompagnement au changement en formation) quand, au CHU de Rennes, elle s'est vue confier par le directeur des ressources humaines de l'époque, de mener à bien un rapport de mission en vue d'introduire une nouvelle filière professionnelle de secrétaires médicales référentes et d'encadrement.

Parce qu'ils ont bien compris que la problématique de l'organisation et de l'optimisation des moyens affectés aux secrétariats médicaux exige une expertise technique et organisationnelle forte, des organismes proposent des sessions de formation à destination des cadres en charge des secrétariats médicaux, des référentes de secrétariats médicaux, des contrôleurs de gestion. L'objet n'est évidemment pas, ici, de promouvoir un organisateur plus qu'un autre. Il suffira aux lecteurs concernés de préciser « Organiser et optimiser les secrétariats médicaux » par exemple, dans un moteur de recherches pour voir apparaître un éventail d'offres. À titre d'exemple, sans la nommer, on évoquera une journée dite experte qui se déroulera le 6 décembre 2013 à Paris. Les objectifs en sont :

- Evaluer l'activité et la charge de travail des secrétariats médicaux
- Identifier les principales problématiques organisationnelles des secrétariats médicaux
- Optimiser l'organisation et l'efficacité des secrétariats médicaux.

La méthode pédagogique est basée sur des exposés et des apports théoriques et méthodologiques, des discussions et des exercices d'application et d'entraînements.

3.3 L'outil est nécessaire mais non suffisant. Importance d'une approche ouverte et globalisante

L'emploi de secrétaire médicale requiert la polyvalence des métiers de secrétariat avec en plus une connaissance du monde médical. Traitant de données confidentielles concernant les patients, il est indispensable que la secrétaire médicale fasse preuve de discrétion dans son travail au quotidien, mais aussi d'éthique au regard du respect du secret médical, des droits des patients. Le rôle de la secrétaire médicale comme charnière entre le médecin, le personnel soignant, le malade et la famille exige également de sa part de bonnes qualités relationnelles. Un diagnostic strictement basé sur des indicateurs quantitatifs ne permettra pas d'analyser ces aspects qualitatifs. La conduite d'entretiens individuels telle qu'elle est pratiquée dans le cadre de missions d'audit externe est indubitablement un plus. Elle permet d'affiner l'état des lieux, en y intégrant des mesures de climat social notamment, de représentations des pratiques professionnelles et du vécu relationnel secrétaire médicale/équipes médicales, secrétaires médicales/patients. Il s'agit d'éléments qui doivent venir enrichir les préconisations des diagnostiqueurs. Au-delà du travail d'objectivation du fonctionnement d'une organisation, c'est bien d'introduction et de conduite de changement qu'il est question. Or, nul changement organisationnel ne peut être introduit sans l'adhésion des acteurs impliqués.

Cas du CHBA de Vannes. La réorganisation des secrétariats médicaux constitue un élément du projet de redéfinition du parcours patient au sein de l'établissement découlant lui-même d'une volonté de développer l'ambulatorio:

Le CHBA souhaite organiser ses secrétariats au regard d'un nouveau parcours patients. En termes méthodologique ceci suppose de formaliser et d'analyser le parcours patient au regard du secrétariat médical.

Un parcours patient se définit par les modalités de sa prise en charge, les processus et les organisations qui s'y rattachent.

Lorsqu'on veut améliorer le parcours du patient, il s'agit de retravailler les différentes étapes de sa prise en charge. Cela consiste à savoir qui fait quoi, quand et dans quel objectif. Pour améliorer la prise en charge de chacun de ces malades, une meilleure

coordination des professionnels entre eux devient un objectif majeur, sans renoncer aux exigences prioritaires de bonnes pratiques.

La H.A.S. a élaboré de nouveaux outils (guides) pour les professionnels et patients qui jouent sur trois leviers principaux :

- Promouvoir une prise en charge prospective et coordonnée des patients, et l'organiser dans la durée. Pour éviter les ruptures de prise en charge, mieux faire face aux épisodes aigus et retarder autant que possible l'évolution de la maladie vers un stade plus grave. Il s'agit de prévoir les étapes de la prise en charge du patient, de coordonner l'action et le partage d'information entre tous les professionnels impliqués.
- Favoriser l'implication du patient et l'expression de ses préférences pour lui permettre d'être acteur de sa prise en charge sur la durée. Pour cela, l'accès à l'éducation thérapeutique est notamment un vecteur à développer davantage.
- Cibler les points critiques du parcours de soins pour minimiser les risques et harmoniser les pratiques des professionnels de santé.

À l'évidence, ce modèle organisationnel remet en cause les logiques verticales, corporatistes ou de territoires (services, chefferie, etc.) et n'impacte pas que les secrétariats médicaux. L'amélioration du parcours du patient est un travail interservices et inter métiers.

Au niveau des secrétariats, il s'agit surtout de travailler sur les étapes les concernant et leur contribution à l'ensemble du parcours.

D'une manière générale, le développement de l'ambulatoire passe par un travail important d'organisation et de coordination avec les secrétariats médicaux. Les secrétaires médicales doivent être informées de façon à organiser les parcours patients et être associées quant à la définition de leur rôle et aux outils de coordination à mettre en place. En effet, elles sont un vecteur important d'information auprès du patient et de son entourage et ce dès la première consultation.

Les points à organiser et à caler avec les secrétariats médicaux sont les suivants :

- Circuit du dossier patient, documents à remettre au patient à la sortie de la consultation avec le praticien
- Programmation, principes et fonctionnement (ordres de passage, arrivées et départs échelonnés)

- Information sur les règles de convocation
- Planification des rendez-vous de suivi avec le médecin à la suite de la consultation préalable à l'intervention
- Prévoir les ordonnances de sorties dès la première consultation
- Convalescence éventuelle ou SSR post intervention à prévoir dès la première consultation et la programmation de la date d'intervention
- Modes d'organisation pour la préparation et la remise des CRO et lettres de sortie (ou autres documents) à remettre au patient à l'issue de son intervention

Le jour de l'intervention : comment s'organiser pour que le patient reparte avec tous les documents (lettre de sortie, CRO, ordonnances, etc) ? Le fait de repartir avec tous les documents ad hoc est un facteur de réduction de risques pour le patient et d'amélioration pour la continuité des soins. Les établissements les plus performants dans les pratiques ambulatoires y parviennent. Pour que le patient reparte avec tous les documents, il existe plusieurs schémas et bonnes pratiques possibles.

Le guide d'organisation est un outil qui formalise l'organisation dans chaque secrétariat. Sa seule existence témoigne d'une réflexion et d'une recherche d'amélioration sur l'organisation. Il doit permettre d'avoir une vision claire de l'organisation et de faciliter, par exemple, l'intégration d'une nouvelle secrétaire, ou l'opérationnalité d'une remplaçante. Il est plus ou moins structuré.

Il traite de points tels que :

- Les amplitudes et horaires d'ouverture
- Les plannings des consultations des médecins
- Les horaires des secrétaires, les postes de travail, les plannings et les règles inhérentes
- Les fiches de poste
- Les fiches de tâches
- Les effectifs du service
- L'organigramme
- L'activité du service
- Le parcours et circuit administratif du patient à ses différentes étapes
- Les modes et outils de gestion des RDV et de la programmation
- La gestion et le circuit du dossier patient
- Les procédures applicables à l'entrée du patient, à sa sortie, à l'archivage, etc
- La liste des outils de travail
- Les modes d'emploi de certains outils, logiciels, etc

Conclusion

Il est difficile de faire ressortir une idée générale sur la bonne organisation, le bon fonctionnement des secrétariats médicaux au quotidien tant sont différentes les situations d'un établissement à un autre, d'un service à un autre, et au sein même d'un secrétariat. Toutefois, certains enseignements peuvent être tirés.

La réussite de projets de diagnostic organisationnel de secrétariats médicaux n'est pas uniquement dépendante du choix de la méthode et des outils utilisés. Pour faire court, on pourra avancer que la méthode est nécessaire mais elle n'est pas suffisante. Il ne suffit pas de veiller à son application scrupuleuse pour accéder aux objectifs recherchés.

Au demeurant, il n'existe pas de modèle unique de diagnostic organisationnel. Il convient de rechercher la méthodologie la plus adaptée à la situation, au contexte. Comme l'exposait à juste titre Maître HOUDART le 09 juillet 2013, « tout est affaire de circonstances et de contexte local mais surtout du projet envisagé : c'est le fond (projet/besoins du demandeur) qui détermine la méthodologie »³².

Les méthodes descriptives balayent, à l'aide d'un très grand nombre de variables, l'ensemble des activités de l'établissement. Dans l'outil de l'ANAP « autodiagnostic des secrétariats médicaux » par exemple, les variables sont de nature diverse, et font l'objet de regroupements fonctionnels. Ce type de démarche, très pragmatique, offre l'avantage de « passer en revue » une multitude de points de fonctionnement et de dysfonctionnements éventuels. Il permet aussi de classer l'information disponible, de décrire, de ranger les appréciations que l'on peut porter sur les forces et les faiblesses d'un établissement.

Ces outils de diagnostic apparaissent utiles en première approche, toutefois ils présentent d'importants inconvénients. Ils ne permettent pas véritablement un diagnostic et utilisés de manière restrictive, ils peuvent faire courir le risque d'en rester au stade de la description analytique. Ce type d'outils ont un caractère « passe-partout ». Les différents critères ne sont pas pondérés en fonction des spécificités de l'établissement ; ils sont donnés a priori et considérés comme pertinents dans tous les cas de figure. En pratique, il sera toutefois toujours possible de gommer ou d'ajouter un critère. Il n'en demeure pas moins une limite majeure : on analyse surtout les rouages des secrétariats médicaux étudiés pris séparément et rien n'assure que l'on ait vraiment mis à jour l'essentiel, c'est-à-dire les relations décisives entre les secrétariats et leur environnement.

³² Cabinet Houdart, Journée de formation « Méthodologie de l'audit », EHESP

En cela un outil uniformisé au niveau national tel que l'autodiagnostic des secrétariats médicaux de l'ANAP est porteur de ses propres limitations. Il est avant tout un outil d'appui à la décision, qui ne peut couvrir l'ensemble des problématiques de la thématique.

Toutefois, ce type d'outil est amené à évoluer grâce aux retours d'expérience des établissements :

- dans ses fonctionnalités techniques,
- par l'élaboration et l'actualisation de référentiels de comparaison.

En tant que cadre gestionnaire de projet, l'AAH s'appliquera à suivre une méthodologie rigoureuse, cohérente, efficace et valide qui tient compte de l'aspect humain. Ce signifie une part d'observation directe, d'écoute des préoccupations des agents.

Outiller le cadre administratif est un objectif poursuivi par l'ANAP. Sur le terrain, le cadre doit à son tour être en mesure d'outiller en quelque sorte les destinataires, à savoir les secrétaires médicales elles-mêmes, en premier lieu au stade de la présentation d'un projet de diagnostic organisationnel, pour qu'elle en saisissent le sens et la légitimité, gage de respect de l'échéancier, de la rigueur apportée au remplissage des questionnaires, et enfin des suites données en termes de mise en œuvre de préconisations de changements organisationnels.

Bibliographie

Références générales

Haute Autorité de Santé, Octobre-novembre 2013, « Chirurgie ambulatoire : des outils pour accélérer son déploiement », *Lettre d'information de la HAS*, n°37

De SINGLY C., 11 septembre 2009, *Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers*, rapport final, Paris, Ministère de la santé et des sports, 124 pages

DHOS, Observatoire National de l'Emploi et des Métiers de la fonction publique hospitalière, « Secrétaire médicale », *In Etude prospective des métiers de la Fonction publique hospitalière ?*, 21 pages

Disponible sur Internet :

http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/fichiers_repertoire/ProspectiveSecrtaireMedicale.pdf

Inspection générale des affaires sociales, février 2013, *L'Hôpital, rapport 2012*, La Documentation française

« Tome 2 : Monographies de 10 métiers et groupes métiers sensibles », *In Etude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière*, Paris, Ministère de la santé de la jeunesse et des sports, 328 pages

RITTER Ph., 13 octobre 2008, *Mission de préfiguration de l'Agence national d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux*, rapport de mission, Paris, Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, 47 pages

Références ANAP

ANAP, 11 septembre 2012, *Auto diagnostic secrétariats médicaux*, Guide d'utilisation, 81 pages

http://www.anap.fr/fileadmin/user_upload/04-publications_outils/Outils_PP/Secretariats_Medicaux/ANAP_AUTODIAG_SECRETARIATS_MED_Guide_utilisateur.pdf

ANAP, 11 septembre 2012, *Guide de formation*, 40 pages

Mémoires

BESSON A., et al, 2013, *Le patient expert*, Rennes, EHESP, 42 pages. Disponible sur :

http://documentation.ehesp.fr/memoires/2013/mip/groupe_16.pdf

GRAVELEAU S., 2009, *Secrétariats médicaux : améliorer la qualité du service rendu, sans obérer les équilibres budgétaires. Exemple des Hôpitaux Civils de Colmar*, mémoire élève directeur d'hôpital : EHESP

LANGLAIS F., 2007, *Secrétariat médical au CHU de Nantes : enjeux et perspectives d'une réorganisation*, mémoire élève directeur d'hôpital : EHESP

Ouvrages

MEIER O. et al., 2012, *Management du changement. Changement culturel et organisationnel*, Paris, Dunod, 192 pages

Articles de revues professionnelles

ANASTASY Ch., et al., 2012, « Performance. Dossier », *Gestions Hospitalières*, Vol.12, n° 521

octobre 2004, « Coordination des secrétariats médicaux du CH de Libourne. Un collectif au service des secrétaires médicales et de l'institution », *Techniques Hospitalières*, n°687, p.61

FEREZIN P., 2010, « Évolution des fonctions des secrétaires médicales », *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, vol 71, n°3, pp. 573-575

LE HIR P., juin 1994, « Les secrétaires médicales en mal de reconnaissance », *Actualités sociales hebdomadaires*, n°1884, pp.11-12

Janvier-février 2010, « Qualité et performance sont indéfectiblement liées », entretien avec Christian ANASTASY directeur général de l'ANAP, *Revue Hospitalière de France*, n°532, pp.52-53

THOMAS (Thierry), Juillet-Août 2012, « Réorganisation du secrétariat médical au CHU de Bordeaux », *Techniques Hospitalières*, pp.69-72

TREMINTIN (Jacques), 2008, « Quand les secrétaires médico-sociales deviennent des assistantes », *Lien Social*, n°872, pp.8-14

Documentation institutionnelle

« Objectifs secrétariats médicaux », compte-rendu réunion du 11 juin 2013

CHBA, septembre 2012, *CHBA Infos* – « Supplément Nouveau Bâtiment – M-14 avant la réception du chantier », n°2

CHBA, avril 2012, *CHBA Infos* – « Supplément Nouveau Bâtiment – M-19 avant la réception du chantier », n°1

CHBA, 17 janvier 2012, « Circuit administratif du patient », feuille de route

COMPARET O., 2011, *Secrétariats médicaux. Etat des lieux. Diagnostic. Préconisations en termes d'encadrement*, rapport de mission IEST-CHU de Rennes, 135 pages

LUCAS

Isabelle

Décembre 2013

FILIÈRE AAH

Promotion 2013

Diagnostiquer le fonctionnement des secrétariats médicaux d'un établissement public de santé: quels enjeux ? quelle méthode ? avec quel(s) outil(s) ?

Résumé :

Etablir un diagnostic sur le fonctionnement des secrétariats médicaux d'un établissement de santé, au-delà de l'objectivation de l'organisation actuelle, a pour ambition de proposer des pistes de réflexion pour améliorer leur performance, anticiper le changement et s'y adapter.

Sur la base d'une analyse documentaire de commandes d'audits, de lettres de mission, de rapports d'audits, rapport de missions, mémoires professionnels réalisés sur les six dernières années, et d'entretiens (téléphoniques et/ou) de visu avec des acteurs ayant participé à un projet de diagnostic de secrétariats médicaux, ce mémoire se propose de mettre en lumière des spécificités propres à chaque établissement au regard des enjeux et des objectifs poursuivis (chapitre 1^{er}).

Les études de cas prises en compte livrent l'éventail des méthodes et outils à la disposition des établissements désireux de mener un travail d'objectivation de l'organisation et du fonctionnement de leurs secrétariats médicaux. L'outil de diagnostic « Secrétariats médicaux » est le plus récent. Il a été conçu dans le cadre des « projets Performance » de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (A.N.A.P.), et est mis à disposition de l'ensemble de la communauté hospitalière, depuis octobre 2012. Il présente des avantages mais aussi des limites qu'un panorama des autres méthodes et outils à disposition, dressé et analysé dans le deuxième chapitre, aide à faire ressortir.

L'identification des enjeux et des objectifs, l'analyse des méthodes et des outils ébauchées à partir de cas concrets tout au long des deux premiers chapitres, ont pour finalité d'inviter en un troisième chapitre faire à interroger la place et le rôle de l'attaché(e) d'administration hospitalière dans la conduite de projets de réorganisation et d'accompagnement au changement impactant des agents dont il a une responsabilité en termes d'encadrement, en l'occurrence des secrétaires médicales exerçant dans un environnement complexe et en mutations.

Mots clés :

Diagnostic organisationnel, secrétariats médicaux, circuit administratif du patient, outils de l'ANAP, audits externes et internes, conduite et accompagnement du changement organisationnel

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.