



**EHESP**

---

**Attaché d'Administration Hospitalière**

Promotion : **2016**

Date du Jury : **décembre 2016**

---

**Une optimisation du circuit des patients :  
la mise en place d'un accueil médico-  
administratif unique des patientes  
en gynécologie-obstétrique  
au Centre Hospitalier de Lannion-Trestel**

---

**Laurine Roblot**



---

# Remerciements

---

Mes remerciements les plus sincères vont à tous les professionnels, soignants comme administratifs, que j'ai côtoyés au cours de mon stage au Centre Hospitalier (CH) de Lannion-Trestel. Tous ont fait preuve de beaucoup de disponibilité et de sympathie à mon égard et ont contribué à faire de ce stage une expérience humaine et professionnelle très enrichissante.

Pour m'avoir accueillie en qualité de stagiaire au sein du CH de Lannion-Trestel, je remercie tout particulièrement Mme Clodine Cesson, responsable de la Direction des patients. Elle m'a conseillée, orientée et a partagé pleinement son expérience pendant la durée de mon stage.

Je tiens également à adresser mes remerciements à Mme Anne Lefebvre, directrice du CH de Lannion-Trestel et à M. Rudy Lanchais, directeur des affaires financières, de l'analyse de gestion et du secteur accueil et gestion du patient, pour m'avoir ouvert les portes du CH de Lannion-Trestel et m'avoir permis d'assister à différentes réunions institutionnelles.

Un grand merci à Mme Gwénaëlle Chauvelon, coordinatrice des Assistantes Médico-Administratives (AMA), Marie-Cécile Buan, Marie-Claude Gudemard, Léna Guinamant, Catherine Huon, Magali Veyer, AMA du secrétariat de gynéco-obstétrique, Fanny Neji, gestionnaire patients de l'antenne administrative y afférente, dont les observations éclairées m'ont permis de mieux appréhender le sujet.







---

# Sommaire

---

Introduction.....	1
1 Formalisation du circuit administratif du patient.....	5
1.1 Les attentes des usagers placés au cœur des réformes du système de santé....	5
1.2 L'évaluation de la qualité de l'accueil et la satisfaction des usagers .....	7
1.3 L'importance d'un recueil fiable des données relatives aux patients, première étape de la chaîne de facturation.....	9
1.4 Du métier de secrétaire médicale vers celui d'Assistant Médico-Administratif (AMA) 13	
1.5 Accueil médico-administratif unique : avantages et inconvénients .....	15
2 Vers la mise en place d'un accueil médico-administratif unique au sein du service de gynécologie obstétrique du CH de Lannion-Trestel .....	18
2.1 Le CH de Lannion-Trestel, un établissement rencontrant des difficultés financières.....	18
2.2 Un accueil valorisé .....	20
2.2.1 Organisation de l'accueil au sein du CH de Lannion-Trestel .....	20
2.2.2 Description du service de gynécologie obstétrique : enjeux et objectifs.....	21
2.3 Démarche méthodologique .....	23
2.4 Audit du secrétariat de gynécologie obstétrique et de l'antenne administrative y afférente.....	25
2.4.1 La frappe des comptes rendus .....	25
2.4.2 L'accueil téléphonique.....	27
2.4.3 L'accueil physique des patientes .....	28
2.4.4 La gestion des dossiers .....	29
2.4.5 La répartition des tâches au cours de la journée .....	29
2.5 La mise en place d'un plan d'actions adapté aux caractéristiques du CH de Lannion-Trestel.....	30
2.5.1 Accompagner le changement .....	30
2.5.2 Définir de nouvelles fiches de poste pour une répartition idoine des tâches	31
2.5.3 Aménager les locaux.....	31

2.5.4	Former les acteurs.....	32
2.5.5	Optimiser le codage des actes et améliorer le recouvrement des recettes .	32
	Conclusion .....	33
	Bibliographie .....	35
	Liste des annexes.....	I

---

## Liste des sigles utilisés

---

### A

AAH ..... Attaché d'Administration Hospitalière  
ACE ..... Acte et Consultation Externe  
ALD ..... Affections de Longue Durée  
AMA ..... Assistant Médico-Administratif  
AMO ..... Assurance Maladie Obligatoire  
ANAP ..... Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé  
et médico-sociaux  
ARS ..... Agence Régionale de Santé  
ATIH ..... Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation

### B

BO ..... Business Object

### C

CAF ..... Capacité d'Autofinancement Financement  
CAMSP ..... Centre d'Action Médico-Sociale Précoce  
CDU ..... Commission Des Usagers  
CH ..... Centre Hospitalier  
CIV ..... Cellule Identito-Vigilance  
COPERMO ..... Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de  
soins  
CPU ..... Caisse de Paiement Unique  
CRC ..... Chambre Régionale des Comptes  
CRE ..... Contrats de Retour à l'Equilibre  
CRUQPC ..... Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise  
en Charge  
CSAPA ..... Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie  
CSP ..... Code de la Santé Publique

### D

DGOS ..... Direction Générale de l'Offre de Soins  
DIM ..... Département d'Information Médicale  
DREES ..... Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

### E

EHPAD ..... Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes  
EPRD ..... Etat des Prévisions de Recettes et de Dépenses  
ES ..... Etablissement de Santé  
ETP ..... Equivalent Temps Plein

**F**

FIDES ..... Facturation Individuelle Des Etablissements de Santé

**G**

GHT ..... Groupement Hospitalier de Territoire

**H**

HAD ..... Hospitalisation A Domicile

HAS..... Haute Autorité de Santé

**I**

IEAP ..... Institut pour Enfants et Adolescents Polyhandicapés

IFSI ..... Institut de Formation en Soins Infirmiers

IGAS ..... Inspection Générale des Affaires Sociales

IVG..... Interruption Volontaire de Grossesse

**L**

LFSS..... Loi de Financement de la Sécurité Sociale

LMSS ..... Loi de Modernisation de Notre Système de Santé

**M**

MCO..... Médecine, Chirurgie et Obstétrique

MPR ..... Médecine Physique et de Réadaptation

**O**

ODMCO ..... Objectif de Dépenses de Médecine, Chirurgie et Obstétrique

ONDAM ..... Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie

**P**

PMCT ..... Poids Moyen du Cas Traité

Pôle FME ..... Pôle Femmes-Mères-Enfants

**R**

RDC ..... Rez-De-Chaussée

**S**

SESSAD ..... Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile

SIMPHONIE..... Simplification du parcours administratif hospitalier du patient et de  
numérisation des informations échangées

SSR..... Soins de Suite et de Réadaptation

**T**

T2A ..... Tarification A l'Activité

**U**

USLD ..... Unité de Soins de Longue Durée

## Introduction

Depuis le milieu des années 70, le ralentissement de la croissance et la modification du contexte économique vont susciter une crise de l'Etat providence de triple nature. La crise de l'Etat providence est caractérisée d'une part, par les difficultés de financement de la protection sociale. Comme le souligne l'adage, la santé n'a pas de prix mais elle a un coût. Les dépenses de soins hospitaliers du secteur public représentaient d'après la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) 68,3 milliards d'euros en 2014 contre 60,2 milliards d'euros en 2009<sup>1</sup> soit une augmentation d'environ 13,5 % en 5 ans. Cette augmentation des coûts se matérialise notamment par une pression économique sur le système hospitalier. Bien que l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) soit en constante progression, les dépenses augmentent plus fortement. La différence doit alors être comblée par des économies et des gains de productivité.

D'autre part, cette crise se matérialise par les doutes quant à son efficacité et enfin par les doutes quant à sa légitimité. Le système hospitalier doit recentrer son activité sur les patients et non sur les professionnels, comme certaines observations portent à croire actuellement concernant l'organisation de la prise en charge. L'hôpital est contraint d'améliorer son efficience qui porte à la fois sur la pertinence des actes réalisés et des médicaments prescrits mais aussi sur une meilleure gestion des ressources qu'elles soient humaines ou matérielles. L'enjeu est alors d'améliorer l'efficience des hôpitaux tout en maintenant une qualité de soins élevée.

L'accueil représente le premier contact des patients avec les Etablissements de Santé (ES). En ce sens, les ES « mènent, en leur sein, une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et la prise en charge médicale »<sup>2</sup>.

Selon une organisation classique, les services administratifs de l'accueil général, des admissions en hospitalisation et des consultations externes sont souvent regroupés dans une même unité administrative et fonctionnelle dénommée de manière générique « bureau des entrées » ou « bureau des admissions ».

Dans un ES exerçant des activités de Médecine, Chirurgie et d'Obstétrique (MCO), l'accueil est traditionnellement situé dans le hall général. Cet espace public représente le lieu d'accueil principal, centre de gestion des flux. Il a pour fonction de recevoir, d'orienter, d'informer le public dans un univers accueillant et sécurisant. La conception du hall doit favoriser la perception immédiate des accès aux différents

---

<sup>1</sup> DREES *Les comptes nationaux de la santé en 2014*. [visité le 31.08.2016], disponible sur Internet : <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/document.aspx?ReportId=1395>

<sup>2</sup> Article L6111-1 du Code de la Santé Publique (CSP)

services. Le traitement architectural du hall général a donc un impact déterminant sur les patients.

Suite au mouvement continu de réformes des modes de régulation du système hospitalier, l'accueil administratif revêt une importance particulière. Chaque venue pour une prestation hospitalière tel qu'un passage aux urgences, pour un acte ou une consultation externe et/ou chaque séjour pour une hospitalisation donnent lieu au recueil des données relatives à l'identité du patient et à sa couverture maladie. Le service d'accueil des urgences et les services administratifs des admissions en hospitalisation et des consultations externes effectuent ainsi ce recueil. Une analyse de la littérature sur le circuit administratif du patient fait émerger deux organisations principales. D'une part, l'accueil des patients est décentralisé et les gestionnaires sont installés au plus près des services de soins. Les gestionnaires peuvent être soit du personnel administratif, soit du personnel soignant et une sectorisation des fonctions de la facturation et des soins externes est constatée. Le personnel est donc spécialisé et il n'existe aucune mutualisation des tâches. D'autre part, l'accueil est centralisé avec un personnel exclusivement administratif.

L'accueil médical est, quant-à lui, assuré directement dans les services de soins et constitue le cœur de la relation médecin/patient. Cependant, si l'institution ne peut intervenir dans cette relation, elle peut faire en sorte que cette rencontre se déroule dans les meilleures conditions. Les Assistants Médico-Administratifs (AMA)<sup>3</sup> jouent alors un rôle clé. En effet, les secrétariats médicaux assurent l'interface entre le monde administratif et le monde soignant et médical. Les AMA assurent des fonctions multiples et hétérogènes selon le secteur d'activité considéré et l'organisation choisie par l'établissement. Ils représentent souvent le premier point de contact avec l'établissement lors de la prise d'un rendez-vous pour une consultation. Et à ce titre, les secrétariats médicaux constituent une des vitrines de l'établissement. Les AMA interviennent ainsi directement dans le parcours du patient de son accueil physique au sein du service à sa sortie avec la rédaction des comptes rendus médicaux.

Un service de gynécologie-obstétrique comporte plusieurs particularités. En effet, les patientes sont enclines à revenir voir le spécialiste afin d'assurer leur suivi. Ils rassemblent ainsi différents profils de patientes.

Au cours de la maternité, le suivi de grossesse contraint les parturientes à effectuer plusieurs consultations prénatales et des échographies afin de détecter les grossesses pathologiques. De plus, il leur est proposé des séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Ensuite, l'accouchement s'accompagne souvent d'une

---

<sup>3</sup> Les agents assurant les missions de secrétariat médical sont dénommés AMA depuis le décret du 14 juin 2011.

hospitalisation à la maternité. Puis, certains examens sont obligatoires au cours de la période suivant l'accouchement.

Un parcours est dédié aux femmes souhaitant réaliser une Interruption Volontaire de Grossesse (IVG).

Par ailleurs, les consultations externes représentent une part importante de l'activité gynécologique et peuvent conduire à une hospitalisation (retrait d'une tumeur,...).

Le Centre Hospitalier (CH) de Lannion-Trestel se compose d'un bloc obstétrical (une salle de pré-travail, une salle nature, 3 salles de naissances, une salle de césarienne à proximité immédiate), d'un service de maternité accueillant les grossesses pathologiques et les accouchées et d'un centre de planification. La maternité est de niveau 1 et travaille donc en réseau avec le CH de Saint-Brieuc, maternité de niveau 3. Le CH de Lannion-Trestel comporte aussi une unité de consultation et d'échographie (6 salles de consultations, 2 salles d'échographie avec appareil de dernière génération) et un hôpital de jour pour les grossesses pathologiques et le suivi de fin de grossesse. Et il accueille les urgences gynécologiques et obstétricales. Les consultations externes représentent 94 % de l'activité réalisée au sein du service de gynécologie obstétrique au cours de ces dernières années.

Or, les consultations externes d'un établissement de santé sont à la fois une vitrine et une porte d'entrée dans l'institution. Le déroulement de cette consultation, de la prise de rendez-vous à l'éventuelle programmation d'une hospitalisation, déterminera à la fois l'appréciation de la patiente sur la qualité de la prestation fournie, mais dictera également le comportement de la patiente quand celle-ci désirera consulter à nouveau. Sans compter que le bouche-à-oreille constitue un excellent moyen de recrutement des patientes.

Par ailleurs, les actes et consultations externes (ACE) occupent une place croissante dans le financement des ES. En effet, sur la période 2008-2014, les dépenses d'ACE ont connu une progression soutenue (+5% en moyenne par an). A titre de comparaison, la croissance des dépenses d'assurance maladie liées au financement de l'activité de court séjour des établissements de santé dans le cadre de l'Objectif de Dépenses de Médecine, Chirurgie et Obstétrique (ODMCO) a été beaucoup plus modérée (+2,8% en moyenne par an sur la période). Les actes et consultations externes représentent 3,6 Md€ de dépenses remboursées par l'assurance maladie, soit 9,2% de l'ODMCO des établissements de santé publics et privés à but non lucratif.<sup>4</sup> Pour autant, les ACE ont souvent été considérées comme secondaires par rapport aux activités

---

<sup>4</sup> Commission des comptes de la sécurité sociale, 2015, « 3.3 Les actes et consultations externes à l'hôpital », in *Les comptes de la sécurité sociale Résultats 2014 Prévisions 2015 et 2016*, pp. 120-123

d'hospitalisation. L'activité liée à la grossesse ou interventionnelle au bloc reste encore aujourd'hui pour les gynécologues obstétriciens hospitaliers leur cœur de métier mais également l'aspect le plus valorisant de leur activité. Cet intérêt a longtemps pénalisé les ACE.

Au CH de Lannion-Trestel, l'accueil des patientes en gynécologie-obstétrique s'effectue directement au sein du service qui se compose d'une antenne administrative et d'un secrétariat médical. Gestionnaire patient et AMA effectuent jusqu'à présent des tâches distinctes. La mise en place d'un accueil médico-administratif unique décentralisé au sein du service de gynécologie-obstétrique répond à une demande de l'Attachée d'Administration Hospitalière (AAH) qui assure mon tutorat et incite à réfléchir à la problématique suivante.

Quels sont les freins et leviers à la mise en place d'un accueil médico-administratif unique en gynécologie-obstétrique ?

L'étude du circuit administratif du patient comprend de multiples aspects.(1)  
L'instauration d'un accueil médico-administratif unique au sein du service de gynécologie obstétrique semble répondre à une optimisation du parcours des patientes.(2)

# 1 Formalisation du circuit administratif du patient

## 1.1 Les attentes des usagers placés au cœur des réformes du système de santé

Avec la responsabilisation du patient et le développement progressif de nouveaux droits, les agents d'accueil se sont vu assigner de nouvelles fonctions. La loi du 4 mars 2002<sup>5</sup> constitue encore aujourd'hui le texte de référence en la matière. Elle a répondu à une demande récurrente du public en faveur d'une médecine plus humaine, plus centrée sur le patient. Le patient ne doit plus subir la relation de soins mais en être un acteur à part entière. L'article 4 de la Loi de Modernisation de Notre Système de Santé<sup>6</sup> (LMSS) vient confirmer cette vision puisqu'elle encourage, dans une démarche de responsabilisation, la mise en place d'actions tendant à rendre les publics cibles acteurs de leur propre santé. L'objectif est de compléter les initiatives institutionnelles en matière de prévention et d'éducation à la santé par des actions de proximité et des outils facilitant leur appropriation.

La loi du 4 mars 2002 établit une distinction entre les droits fondamentaux de la personne et les droits des usagers du système de santé. Les droits fondamentaux sont des droits qui sont attachés au fait d'être une personne, ils peuvent à ce titre être rapprochés des droits de l'Homme, au moins du point de vue de leur inaliénabilité : droit à la dignité, droit au respect de sa vie privée, droit à la prise en charge de la douleur. Les autres droits sont attachés au statut d'utilisateur du système de santé, ils sont donc moins généraux et dépendent d'une situation de soins : droit à l'information, droit de consentir aux soins, désignation d'une personne de confiance, droit d'accéder à son dossier.

L'article 183 de la LMSS remplace la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC) par la Commission Des Usagers (CDU). Ses domaines d'actions sont élargis. En outre, « le conseil de surveillance des établissements publics de santé ou une instance habilitée à cet effet dans les établissements privés délibère au moins une fois par an sur la politique de l'établissement en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge, sur la base d'un rapport présenté par la commission des usagers. Ce rapport et les conclusions du débat sont transmis à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie et à l'agence régionale de santé, qui est chargée d'élaborer une synthèse de l'ensemble de ces documents. »<sup>7</sup>

---

<sup>5</sup> Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

<sup>6</sup> Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

<sup>7</sup> Alinéa 3° de l'article 183 de la LMSS

La Charte du patient hospitalisé, établie le 6 mai 1995 puis actualisée à plusieurs reprises, définit les droits et les devoirs du patient. La dernière version date du 2 mars 2006. Un résumé de ses 10 articles fait l'objet d'un affichage obligatoire dans chaque service d'hospitalisation et doit être remis à tout patient lors de son admission en hospitalisation. En effet, « chaque établissement remet aux patients, lors de leur admission, un livret d'accueil auquel est annexée la charte du patient hospitalisé, conforme à un modèle type arrêté par le ministre chargé de la santé. »<sup>8</sup> Parmi les dispositions nouvelles les plus marquantes prises en compte par la charte, on peut retenir : le droit, pour la personne, d'accéder directement aux informations le concernant, de refuser les traitements ou d'en demander l'interruption, de désigner une personne de confiance, de rédiger des directives anticipées pour faire connaître ses souhaits quant à sa fin de vie.

Le rôle de l'accueil administratif est donc à la fois d'informer le patient sur ses droits et de lui permettre de les faire valoir. Il semble pertinent d'illustrer cette idée à travers un exemple de procédure reliée à l'expression des droits du patient menée par le service des admissions : la procédure d'anonymisation du dossier patient. Réalisée en certaines circonstances exceptionnelles, elle illustre parfaitement l'évolution des fonctions des services d'accueil administratifs vers celles d'un espace ressource au service du patient.

Par ailleurs, l'accueil des patients requiert des qualités d'écoute. En effet, l'usager a pris une place prépondérante au sein de l'hôpital public. Il est désormais représenté dans la plupart des instances des établissements et possède de nouveaux droits dont le spectre ne cesse de progresser. De plus, les usagers sont de plus en plus exigeants vis-à-vis des services rendus par les établissements publics. Il n'est donc pas surprenant de constater une augmentation du nombre de revendications de la part des patients en ce qui concerne les services offerts par les ES. La hausse des attentes des patients et la transition opérée entre patient et client ont justifié l'apparition et le développement des directions des affaires juridiques et contentieuses.

Dans les ES de petite taille, néanmoins, il n'existe pas de direction ou service administratif dédié au traitement du contentieux juridique. Les services d'accueil administratif peuvent alors être amenés à jouer un rôle de médiation orale auprès du patient présentant des griefs auprès de l'établissement, lorsque le patient ne connaît pas la procédure standard qui commence par l'envoi d'un courrier à l'attention du chef d'établissement. Ces services d'accueil représentent souvent le premier organe de l'établissement avec lequel le patient est en contact. A ce titre, ils sont amenés à recueillir les éventuelles doléances et à opérer une première tentative de gestion du conflit. Dans le

---

<sup>8</sup> Article L1112-2 du CSP

cas toutefois où les revendications du patient vont au-delà d'un certain seuil, sa demande quitte leur champ de compétences. Ils s'acquittent alors de leur fonction d'orientation, en indiquant au patient la procédure à suivre.

Malgré leur rôle aujourd'hui fortement relié au volet financier, les services d'accueil administratif restent des organes d'accueil et de conseil, vers lesquels il est naturel de se diriger lorsque l'on souhaite faire valoir un droit en tant que patient.

## **1.2 L'évaluation de la qualité de l'accueil et la satisfaction des usagers**

Dans un rapport de 2012<sup>9</sup>, l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) souligne le fait que les difficultés financières de certains établissements se répercutent sur leur organisation. Elles se manifestent notamment par une désorganisation des entrées et de l'accueil des consultations externes. Ce déficit en termes de qualité de l'accueil en milieu hospitalier se caractérise par des temps d'attente élevés notamment au sein du service des urgences ou en cas de non respect des horaires par les praticiens lors des consultations, par des appels sans réponse, des délais de rendez-vous trop importants, ou encore par une carence relationnelle sous forme d'absence d'écoute ou d'indisponibilité du personnel.

La publication de données sur la satisfaction des usagers fait parfois l'objet de débats, comme risquant d'attirer l'attention sur l'accueil et le confort de l'établissement plus que sur ses résultats cliniques. Il apparaît alors nécessaire de progresser dans l'implication des patients et des professionnels dans l'évaluation de la qualité. La question du lien entre satisfaction et qualité clinique est certes controversée. Mais, la qualité d'une prise en charge ne se résume pas à un résultat technique, elle tient aussi à son adaptation aux aspirations du patient et à la qualité des relations avec le personnel soignant. Le ministère chargé de la santé engage les établissements de santé exerçant une activité de MCO à rentrer dans une démarche de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés. Le dispositif national de mesure de la satisfaction a été expérimenté de 2011 à 2013 puis généralisé à tous les établissements exerçant une activité de MCO en 2014 par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS). La mesure de cet indicateur, dénommé e-Satis, est confiée à la Haute Autorité de Santé (HAS) depuis le 1er janvier 2015. Il permet de recueillir, établissement par établissement, l'appréciation des patients sur la qualité des différentes composantes humaines, techniques et logistiques de leur prise en charge. La finalité est de contribuer à améliorer la qualité de l'offre de soins. L'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) développe et héberge les plateformes permettant le recueil de ces informations, gère les données recueillies, calcule les indicateurs et les restitue. Elle assure également le

---

<sup>9</sup> IGAS, 2012, L'hôpital, 298 p.

support technique aux utilisateurs. Dans un délai de 2 à 10 semaines après sa sortie, le patient reçoit un mail, envoyé automatiquement par l'ATIH, contenant un lien unique, individuel et sécurisé lui permettant de se connecter au questionnaire e-Satis en ligne.

Par ailleurs, l'accueil est également évalué dans le cadre de la certification des établissements par la HAS. En effet, afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée certification. Conduite par la HAS, la procédure vise à porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un ES ou, le cas échéant, d'un ou plusieurs pôles, structures internes et activités d'un ES, à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents pôles, structures internes et activités de l'ES. Elle vise aussi à promouvoir des démarches d'évaluation et d'amélioration et à renforcer la confiance du public par la communication des résultats. Le dispositif d'accueil du patient correspond au critère 16.a du manuel de certification V2014 qui s'inscrit dans le cadre de la prise en charge du patient. « L'accueil consiste à recevoir les personnes et à les guider tout au long de leur prise en charge. Il s'exprime à travers :

- le respect d'un cadre juridique (environnement législatif et réglementaire) ;
- la mise en œuvre d'une organisation (locaux, aménagement, organisation administrative et technique, etc.) ;
- une attitude d'écoute et la disponibilité des différents professionnels encadrés et formés de manière adaptée.

L'objectif est d'assurer la qualité de l'accueil des patients tout au long de leur prise en charge. »<sup>10</sup>

La place de l'accueil à l'hôpital est aujourd'hui réaffirmée. En effet, repenser le circuit du patient oblige à s'interroger de façon très large sur l'ensemble des processus d'accueil et de prise en charge du patient. Les établissements ont compris l'importance du premier contact du patient avec l'ES. Il influera alors de manière consciente ou inconsciente sur les dispositions d'esprit de l'utilisateur qui franchit les portes de l'établissement et viendra confirmer ou infirmer les présupposés existants.

Critère de qualité peu ou prou survalorisé par l'utilisateur par rapport aux prestations de soins, l'accueil à l'hôpital constitue dès lors un puissant instrument de marketing qui participe à l'image de marque de l'établissement de santé.

---

<sup>10</sup> HAS, 2014, Manuel de certification des établissements de santé V2010, 112 p.

### **1.3 L'importance d'un recueil fiable des données relatives aux patients, première étape de la chaîne de facturation**

Depuis 2004, les établissements de santé publics et privés sont confrontés à des évolutions majeures en matière de financement et de suivi de leur activité : réformes du mode d'allocation des ressources notamment avec la Tarification A l'Activité (T2A), des prévisions budgétaires et comptables avec l'Etat des Prévisions de Recettes et de Dépenses (EPRD) et de la réglementation de l'assurance maladie. Le projet de Facturation Individuelle Des Etablissements de Santé (FIDES) s'inscrit dans le prolongement de la réforme de la T2A. L'article 63 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) pour 2013 a fixé la date limite de passage en facturation directe des établissements publics de santé au 1er mars 2016 pour les ACE et la LFSS pour 2014 au 1er mars 2018 pour les séjours hospitaliers.

La mise en œuvre de ces réformes nécessite pour les établissements d'adapter en permanence les organisations et les systèmes d'informations. La gestion des recettes et de la trésorerie apparaît alors comme un enjeu majeur du mode de pilotage financier des hôpitaux. Autrement dit, les établissements se trouvent confrontés à un véritable défi : être en mesure de prévoir et de recouvrer de façon fiable les recettes qui pourront être réalisées pour l'année. La maîtrise de la chaîne de facturation et de recouvrement des créances devient, dans ce contexte, un levier d'action stratégique pour les établissements hospitaliers. Elle allie différents acteurs allant de l'accueil des patients avec le recueil administratif des données, au recouvrement en lien avec la trésorerie, l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), les complémentaires et les assurés, en passant par la saisie des données médicales en collaboration avec le Département d'Information Médicale (DIM). Elle comprend donc successivement trois processus : les admissions, la facturation et le recouvrement. Ces trois phases étant étroitement liées, une approche transversale apparaît nécessaire et sera évoquée, par la suite, sous le paradigme de chaîne ou processus de facturation.

Dans le cadre de la T2A, une fois le codage effectué par le médecin et contrôlé par le DIM, les données sont transmises à l'ATIH. En fonction des éléments contenus dans les fichiers d'activité transmis par le DIM, l'ATIH effectue un contrôle a priori et calcule la valorisation financière. L'Agence Régionale de Santé (ARS) arrête et notifie chaque mois à l'établissement et à la caisse pivot le montant ainsi calculé du financement lié directement à l'activité.

Avec le passage à la FIDES, les prestations sont facturées directement à l'assurance maladie. Le service de facturation établit une facture par patient qui est envoyée directement, via un flux dématérialisé au format B2, à un interlocuteur financier unique : la Caisse de Paiement Unique (CPU). Le mode de facturation est désormais

centré sur le patient. Chaque venue de patient fait l'objet d'une facture individuelle, qui comportera l'ensemble des actes réalisés lors de sa venue ou de son séjour. Enfin, la facturation est conçue pour être régulière et continue. Les flux de factures sont appelés à se succéder, suivant de près les sorties de patients, d'où l'utilisation de l'expression facturation « au fil de l'eau ». Les délais courant entre la sortie du patient et l'envoi dématérialisé de sa facture ont vocation à être réduits au minimum.

Lors de la phase d'admission, les gestionnaires patient accueillent le patient et créent, ou mettent à jour son dossier administratif, selon qu'il s'agit ou non de sa première venue dans l'établissement. Avec la FIDES, la dématérialisation des données nécessite l'utilisation de règles de facturation communes et donc opposables entre les différents partenaires : assurés, établissements de santé, organismes d'assurance maladie et réseau de la Direction Générale des Finances Publiques (DGFIP). Afin d'assurer une facturation de qualité et de limiter les risques de rejet du fait de la réglementation, la FIDES nécessite un travail d'optimisation des processus et des organisations liés au recueil des données administratives et médicales. Exhaustivité, qualité et célérité encadrent la facturation. La défaillance de ce processus a des conséquences directes et immédiates sur les recettes et la trésorerie de l'établissement et donc réduira les marges de manœuvre de la structure dans ces choix de stratégie financière.

Les personnels en charge de l'admission des patients ne constituent pas un simple dossier administratif générique mais un véritable dossier d'identité et de couverture sociale. Ainsi, l'usager présente nécessairement deux caractéristiques : il est à la fois un individu avec son identité et son état civil et, dans 95 % des cas, également un assuré auprès d'un régime obligatoire de sécurité sociale.

L'information sur l'identité du patient s'avère indispensable à l'ouverture ou à la réouverture du dossier médical. Cette information sera déversée dans les différents progiciels utilisés par l'ES sans ressaisies ultérieures.

Par ailleurs, la couverture sociale du patient est recueillie par la lecture de sa carte Vitale et de sa carte d'assurance maladie complémentaire, s'il a souscrit à un tel organisme. La vérification de la validité des droits du patient à bénéficier d'une couverture santé, obligatoire comme complémentaire, est aujourd'hui capitale dans le but de s'assurer de la solvabilité de celui-ci. Les rentrées financières de l'établissement en dépendent. La carte Vitale est lue automatiquement lors de son insertion dans un boîtier relié à l'ordinateur. Il est ensuite nécessaire de vérifier l'état des droits du patient concernant son AMO par l'utilisation de l'outil dit de consultation des droits (cdr). Les données concernant son organisme complémentaire sont saisies manuellement à la vue de la carte.

Ces tâches ne sont pas aussi simples et anodines qu'il y paraît. Les problématiques liées à l'identitovigilance, restent parmi les plus importantes lors de la venue d'un patient. Avant le passage en FIDES, les problèmes classiques, tels que les doublons d'identité, la mauvaise orthographe du nom ou l'erreur dans la saisie de la date de naissance du patient pouvaient provoquer des erreurs médicales et engager parfois lourdement la responsabilité de l'établissement. Aujourd'hui, s'ajoute à ce risque la certitude qu'en cas de discordance entre les informations contenues dans le dossier médical du patient et celles contenues dans les bases de données de l'assurance maladie, la facture individuelle émise par l'établissement soit rejetée, occasionnant du travail supplémentaire de retraitement pour le service. Ainsi, l'identitovigilance se doit d'être au cœur des préoccupations des services d'admission. En témoigne l'existence, parmi les fiches pratiques rédigées par la DGOS en 2012 dans le cadre du programme Hôpital numérique, d'un guide spécialement destiné à optimiser la prise en charge des questions relatives à cet enjeu.

De son côté, la constitution d'un dossier de couverture sociale fait appel à des règles nombreuses et contextuelles, leur maîtrise à minima étant nécessaire. Avec le passage en T2A, la principale préoccupation des services financiers est devenue celle du recouvrement de l'intégralité des créances de l'hôpital sur ses débiteurs.

Car notre régime de sécurité sociale n'est pas universel : plusieurs régimes d'AMO se partagent la couverture sociale de la population. D'un côté, un régime général, qui couvre 83% de la population française, lui-même comportant un régime local spécifique (celui d'Alsace Moselle, survivant du régime allemand mis en place par Bismarck). De l'autre côté, des régimes spéciaux assurant 7% de la population comme celui de la SNCF ou encore le régime social des indépendants (5% de la population française) et le régime agricole (5% de la population française). Les règles tendent à s'harmoniser avec le temps mais les particularités demeurent fréquentes et il s'agit de les connaître. Les droits sociaux s'acquièrent par l'activité professionnelle ou par la qualité d'ayant droit. Si les droits sont ouverts à l'arrivée du patient, l'assuré n'est cependant pas toujours enclin à le justifier auprès du personnel d'accueil. Pour autant, certains droits seront étendus compte tenu des soins prodigués, tels que les soins dont le tarif est supérieur ou égal à 120 €, ou de la pathologie traitée telles que les Affections de Longue Durée (ALD) pour lesquelles les soins conformes au protocole sont pris en charge à 100% par l'AMO.

Les usagers du système de santé ont la possibilité de souscrire une assurance maladie complémentaire. Les organismes complémentaires constitués des instituts de prévoyance, des mutuelles et des assurances édictent des règles autonomes avec pour particularité de proposer plusieurs niveaux de prise en charge financière. Toute insuffisante maîtrise de ce corpus de règles fait par conséquent courir au patient ou à l'ES

des risques sur le plan financier et de la qualité de service. L'ES a parfois conclu des conventions avec certains organismes d'assurance santé complémentaire. Dans ces cas, les prestataires de ce service verseront directement la somme due à l'établissement et le patient paiera uniquement le reste à charge. Toutefois, compte tenu du nombre d'organismes existants, tous ne sont pas conventionnés. Le patient fera alors l'avance des frais et réalisera lui-même les démarches nécessaires pour se faire rembourser la partie du ticket modérateur prise en charge par son organisme d'assurance complémentaire.

Le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé s'est engagé dans une démarche globale d'amélioration de l'efficacité des établissements de santé reposant sur de nombreux leviers de performance. Ce pilotage stratégique vise à garantir, dans un contexte économique contraint, la qualité des investissements hospitaliers et la diffusion des politiques de performance à l'ensemble des établissements de santé. Différentes fiches méthodologiques ont été élaborées par la DGOS se basant en particulier sur le retour d'expérience du Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO)<sup>11</sup>, pour apprécier la pertinence des projets d'investissement et la soutenabilité des trajectoires financières des établissements de santé.

La fiche 2-8 porte sur la facturation et le recouvrement des recettes. Les pouvoirs publics incitent les ES à s'engager dans le programme de Simplification du parcours administratif hospitalier du patient et de numérisation des informations échangées (SIMPHONIE). SIMPHONIE vise à simplifier le parcours administratif du patient en optimisant la chaîne de facturation et en sécurisant le recouvrement afin d'obtenir en un temps court une diminution significative des restes à recouvrer et donc une augmentation des recettes et une amélioration du BFR. La dématérialisation représente un levier majeur de gains d'efficacité dans les ES.

Par ailleurs, la certification des comptes, cohérente avec les programmes « performance », témoigne des efforts permanents des communautés hospitalières pour renforcer l'efficacité des processus de gestion interne.

---

<sup>11</sup> Le COPERMO est une instance interministérielle permanente de décision et de conseil créée en décembre 2012 qui vise à :

- Accompagner les établissements :

En instruisant les projets d'investissement d'ampleur exceptionnelle et ceux demandant à être soutenus au niveau national selon des critères exigeants en termes d'efficacité des organisations, de soutenabilité financière et de valeur ajoutée pour l'offre de soins ;

En définissant avec les ARS, les trajectoires de retour à l'équilibre des établissements en difficulté financière (suivi des 50 établissements présentant les déficits les plus importants en volume).

- Définir une stratégie nationale en matière d'investissement hospitalier et d'amélioration de la performance des établissements de santé

Dans ces conditions, qu'il s'agisse de recueillir l'identité ou les informations de couverture sociale, l'accueil improprement dénommé administratif doit être confié à de véritables techniciens du fait non seulement des règles édictées par des assurances sociales multiformes mais aussi des risques pesant sur l'identité.

#### **1.4 Du métier de secrétaire médicale vers celui d'Assistant Médico-Administratif (AMA)**

Interface entre les usagers et les soignants, les secrétariats médicaux sont une pièce maîtresse du bon fonctionnement des services de soins. Les secrétariats médicaux 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 : l'accueil physique et téléphonique des patients et de leur famille, la prise de rendez-vous et la gestion des plannings des médecins concernant notamment les consultations externes, la frappe et l'envoi des comptes rendus des praticiens, la collecte, l'archivage et la communication des informations relatives au dossier patient ou encore, le codage de l'activité médicale. L'administration de l'information médicale est désormais au cœur de leur activité, d'autant plus qu'elle est financièrement stratégique pour l'établissement.

Face à la diversité des attributions confiées, les agents assurant les missions de secrétariat médical, profession très majoritairement féminine, sont dénommés Assistantes Médico-Administratives (AMA) depuis le décret du 14 juin 2011<sup>12</sup>. Cette nouvelle terminologie revalorise leur image et met en avant leur fonction de coordinatrice, leur polyvalence et aussi leur adaptabilité à un environnement de travail en pleine mutation.

Depuis les années 1980, les évolutions des systèmes d'information hospitaliers et des technologies de l'information et de la communication ont bouleversé le travail des AMA. L'introduction dans les secrétariats des ordinateurs, de leurs diverses applications associées et des réseaux, a modifié profondément les organisations de travail.

D'une part, un certain nombre de tâches, ordinairement confiées aux AMA, visent à être automatisées tels que la saisie des courriers avec le développement de la dictée numérique et de la reconnaissance vocale ou le classement et l'archivage des dossiers patient avec la mise en place progressive du dossier patient informatisé.

D'autre part, le déploiement du système d'information dans la sphère médicale, le raccourcissement de la durée de séjour et l'évolution des moyens de télécommunications ont conduit à une forte augmentation des flux d'information à gérer. Les AMA sont absorbées par l'administration de cette information, de plus en plus immatérielle. Il faut

---

<sup>12</sup> Décret n° 2011-660 du 14 juin 2011 portant statuts particuliers des personnels administratifs de la catégorie B de la fonction publique hospitalière

donc pouvoir s'appuyer sur une assistante parfaitement informée des dossiers et de l'organisation de l'activité afin de fournir des informations fiables et de qualité aux différents interlocuteurs de plus en plus exigeants.

Dans le cadre du parcours du patient, le rôle des secrétariats médicaux est fondamental, les AMA doivent ainsi saisir les comptes rendus médicaux et envoyer les courriers à destination des médecins généralistes dans des délais raisonnables. Le développement de l'Hospitalisation A Domicile (HAD) mais aussi l'organisation du retour au domicile avec éventuellement un passage par un centre de soins de suite induisent une coopération accrue entre les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, une meilleure coopération entre les opérateurs, voire l'organisation de réseaux de santé, pour une population ciblée, une pathologie particulière. A moyen terme, le développement de l'e-santé permettra et favorisera la mise en réseau ainsi que la réalisation d'actes à distance et l'HAD. Ce mouvement de décloisonnement et l'évolution du travail en réseau impactent le métier d'AMA en rendant plus complexe le flux et le traitement des informations.

De plus, l'évolution constante des techniques en anesthésie, en chirurgie et en médecine, associée à l'évolution des modes de facturation et d'organisation, ont pour conséquence la diminution des hospitalisations complètes pour certaines pathologies et ont induit un réel développement de l'ambulatoire. L'ambulatoire implique une organisation 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. Le développement de l'ambulatoire exige d'inventer de nouveaux concepts organisationnels, en rupture avec ceux en vigueur. Il impacte directement le fonctionnement des secrétariats médicaux.

Un ES pourra souhaiter objectiver l'organisation et le fonctionnement de ses secrétariats non producteurs de valeur et/ou rechercher une optimisation en mobilisant le secrétariat comme une assistance permettant de décharger des tâches administratives les équipes médicales et soignantes.

La mise en place des pôles d'activité au sein des ES redéfinit les lignes hiérarchiques. La logique polaire a pour corollaire un processus de sortie du système traditionnel qui attribue à chaque médecin, sa secrétaire médicale. La fonction d'AMA peut désormais être organisée en pool au niveau d'un secteur, d'un département ou d'un pôle, voire de l'établissement avec éventuellement une coordination du secrétariat au niveau de l'établissement. C'est la raison pour laquelle certaines AMA sont amenées à assurer un rôle de responsable d'équipe ou de coordinatrice d'AMA. Cette mission est

confiée à des AMA confirmées ayant souvent des formations continues en management. Certaines AMA peuvent également se voir confier des missions de tutorat ou de référente informatique.

## **1.5 Accueil médico-administratif unique : avantages et inconvénients**

Suite à la lecture de différents articles et mémoires, la mise en place d'un accueil médico-administratif déconcentré dans les services de soins présente à la fois des aspects positifs et des aspects négatifs. La mise en place d'un circuit administratif du patient optimisé répond désormais à des objectifs de gestion et de performance. La déconcentration revêt un intérêt certain dans le cadre de certaines activités. Mais passer d'une déconcentration partielle à une décentralisation du bureau des admissions au niveau des services comporte des coûts cachés non négligeables.

### ➤ Simplification du parcours du patient

La taylorisation des tâches administratives relevant de la facturation des frais de séjour ou des frais de consultation contraint le patient à suivre un parcours compliqué au sein duquel les mêmes questions relatives notamment à son identité lui sont posées à plusieurs reprises.

Le circuit du patient est parsemé de temps d'attente. Ces temps d'attente sont autant d'obstacles à franchir en amont et en aval de la consultation médicale pour le patient. Ils nuisent donc à la fois à la linéarité du parcours générant stress, énervement voire agressivité pour le patient et le personnel qui y est confronté.

Mais ces délais d'attente représentent également un certain gaspillage de temps de travail. Des informations redondantes sont délivrées par différentes catégories de personnel et sont donc source de non valeur ajoutée, alors même que les systèmes d'information permettent à tous les professionnels d'un ES d'accéder au même niveau d'information.

La mise en place d'un accueil médico-administratif unique au sein d'un seul lieu d'accueil permettrait de répondre à un objectif de simplification du parcours du patient.

### ➤ Amélioration de la qualité des informations transmises au patient et de sa prise en charge

La mise en place de guichets uniques décentralisés dans les services ou les pôles fait évoluer la relation soignants/administration et rejoint une double préoccupation. Le patient souhaite être mieux informé et associé aux décisions le concernant. Il exprime des exigences sur la qualité de la prise en charge dans toutes ses composantes. 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 de séjour nécessite une optimisation de la prise en charge du patient pendant son séjour et fait émerger un besoin de coordination, d'organisation et de suivi de l'ensemble du séjour par un professionnel unique.

➤ Fiabilisation de la facturation et amélioration du recouvrement des créances

Dans le cadre de la mise en place d'un guichet médico-administratif unique, les AMA jouent un rôle majeur dans l'amélioration du recouvrement hospitalier sous de meilleurs délais, grâce à un travail plus pointilleux de gestion des dossiers administratifs des patients. L'atteinte des objectifs de recettes de l'établissement passe donc par un travail rigoureux des AMA, tant au niveau du codage, quel que soit le niveau d'autonomie qui leur est confié par les médecins, qu'au niveau du recouvrement de l'activité externe par le développement des encaissements en régie.

➤ Aménagement des locaux

L'optimisation du circuit du patient impacte directement la configuration spatiale et la signalétique au sein des bâtiments. L'espace d'accueil réservé à l'admission des patients est généralement positionné dans le hall d'entrée. La fonction est donc bien identifiée par les patients et les professionnels. La décentralisation dans les services de cet accueil nécessite probablement plus de surfaces de travail. L'utilisation de bureaux individuels est nécessaire pour garantir la confidentialité des données des patients.

➤ Conséquences de l'effet seuil

Compte tenu de l'effet seuil que l'on peut observer dans une organisation déconcentrée, un accueil administratif centralisé comporte davantage de flexibilité. Il permet de s'adapter aux variations de flux et offre une plus grande amplitude horaire d'ouverture continue.

Par ailleurs, il est moins coûteux en ressources humaines compte tenu de l'effet seuil. Disséminer les agents administratifs dans l'ensemble des services accueillant du public risquerait d'empêcher la mutualisation des tâches et ainsi d'engendrer des files d'attente encore plus longues à chaque guichet en fonction des flux d'arrivée des patients.

➤ Hétérogénéité des pratiques

Un accueil administratif décentralisé dans les services constate une baisse tendancielle de la qualité de son travail en raison d'un risque accru de pratiques hétérogènes, de la suppléance par des non professionnels en cas de fermeture inopinée et de la polyvalence nécessaire mais contre-productive si les patients ne sont pas suffisamment nombreux.

Maintenir un accueil administratif centralisé semble donc nécessaire. La complexité des règles liées à la facturation nécessite de disposer d'agents spécialisés capables notamment de traiter les rejets dans le cadre de la généralisation de la FIDES. Les gestionnaires sont désormais des agents pluricom pétents. En effet, le métier de gestionnaire comporte en son sein plusieurs compétences nécessaires pour l'exercer : accueil, enregistrement administratif et informatique, connaissance de la réglementation sociale et des différents débiteurs, facturation, traitement des contentieux avec les patients et les différents organismes financeur, encaissements de deniers publics.

Déconcentrer l'accueil administratif s'avère opportun s'agissant de traiter la venue itérative de patient pris en charge à 100% par l'AMO tels que les patients des services d'oncologie, d'hémodialyse ou encore les patientes venant pour un suivi de grossesse. Dans ce cas, les prises en charge sociales sont simples. Il en est de même pour certaines activités spécifiques.

Cependant, toute réforme du circuit administratif du patient doit avoir comme seul objectif de supprimer des étapes, en faisant faire par une personne, le travail réalisé auparavant par deux ou trois personnes sur un temps évidemment plus long. La mutualisation et le développement d'un socle commun minimum de polyvalence entre AMA et agents administratifs permettra donc de simplifier ce circuit. Il est nécessaire de réfléchir à une nouvelle répartition des tâches.

Demander aux AMA de procéder à l'émission de la fiche de circulation et de la prise en charge financière des patients couverts par une mutuelle apparaît envisageable, à condition qu'elles soient suffisamment nombreuses. Cette solution qui peut apparaître comme un glissement de tâches des services administratifs vers les secrétaires médicales n'en est pas vraiment un. En effet, il s'agit d'un travail courant pour une AMA en médecine libérale. Ce travail permet ainsi d'avoir une prise en charge complète du patient par une AMA, ce qui peut apparaître plus valorisant.

Pour accompagner ces évolutions, qui impactent directement le métier des AMA, les établissements s'adaptent et innovent en matière de formation des agents en contact direct avec les patients et les usagers. Une organisation de ce type permet de mutualiser les moyens et de valoriser la fonction accueil, essentielle pour l'image de marque des ES.

## **2 Vers la mise en place d'un accueil médico-administratif unique au sein du service de gynécologie obstétrique du CH de Lannion-Trestel**

### **2.1 Le CH de Lannion-Trestel, un établissement rencontrant des difficultés financières**

Soucieux de conforter sa place dans le dispositif sanitaire et d'assurer le meilleur service aux patients, l'établissement est depuis sa création, en constante évolution et s'efforce de s'adapter aux nouvelles techniques médicales. Le CH de Lannion-Trestel est fortement ancré sur le Trégor et dessert un bassin de population de 93 000 habitants, marqué par un vieillissement important de sa population. Le fort potentiel touristique (Côte de Granit Rose) amène également l'établissement à recevoir des patients de toutes les régions et de l'étranger, principalement durant la période estivale.

Par ailleurs, le CH est membre de 6 réseaux de santé, en lien avec la gériatrie, les urgences, la neurologie, la périnatalité et le diabète, pour lequel il est préfigurateur de la Plateforme territoriale d'Appui pour la région. L'hôpital fait partie du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) d'Armor regroupant 7 établissements avec le CH de Saint-Brieuc comme hôpital support.<sup>13</sup>

Le CH de Lannion-Trestel est réparti sur deux sites distants de 30 minutes soit environ 17 km (un code FINESS juridique, deux codes géographiques) et comporte 7 pôles.<sup>14</sup> Le site annexe, Trestel (commune de Trévou-Tréguignec) accueille notamment une activité de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) spécialisée (locomoteur, neurologie, enfant), ainsi qu'un site de prise en charge pour enfants polyhandicapés.

La capacité totale est de 709 lits et places (562 lits, 145 places), ainsi répartie :

- Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) : 227 lits et places
- Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) : 172 lits et places
- 6 budgets annexes<sup>15</sup> : 310 lits et places.

En 2015, les effectifs représentent 1 294 Equivalents Temps Plein (ETP) dont 82 médicaux (hors internes).

---

<sup>13</sup> Les autres membres du GHT sont : le CH de Guingamp, le CH de Lamballe, le CH de Paimpol, le CH de Quintin et le CH de Tréguier.

<sup>14</sup> Liste des pôles : Médecine, Chirurgie, Femme-Mère-Enfant, Médecine physique et réadaptation, Personnes âgées, Médico-technique et Ressources

<sup>15</sup> Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), Unité de Soins de Longue Durée (USLD), Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile (SESSAD), Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP), Institut pour Enfants et Adolescents Polyhandicapés (IEAP) à la maison de l'ESTRAN et Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI).

Concernant l'analyse de l'activité<sup>16</sup>, en 2015, les urgences polyvalentes, comptabilisent 23 763 passages, dont 23% concernent des enfants de moins de 18 ans et 20% des personnes âgées de 75 ans et plus (augmentation de 7,9% des passages entre 2011 et 2015). Les séances et les séjours avec actes peu invasifs tels que les actes d'endoscopie ont augmenté depuis 2011. De plus, la part de séjours effectués en ambulatoire parmi l'ensemble des séjours réalisés au sein de l'hôpital a fortement augmenté passant de 5,6% en 2011 à 33,4% en 2015.

Cependant, l'analyse de l'activité réalisée depuis 2011 met en évidence une tendance à la baisse. Le nombre d'accouchements entre 2011 et 2015 a diminué de 16,9%, s'élevant à 702 accouchements en 2015. Le nombre de séjours en MCO a, quant à lui, baissé de 9,4% atteignant 16 501 séjours en 2015. Le nombre de consultations externes a diminué de 16,7%, soit 97 235 consultations externes.

En outre, la baisse de l'activité a été compensée par la hausse du Poids Moyen du Cas Traité (PMCT) et a permis au CH de Lannion-Trestel de maintenir ses recettes. Le PMCT a augmenté de 21,5% entre 2009 et 2015, passant de 2 137,3 € à 2 596,3 € en 6 ans.

La concurrence privée est fortement présente avec la Polyclinique du Trégor. De plus, les activités de recours basculent vers le CH de St Brieuc tandis que le CH de Lannion se concentre sur les activités de proximité.

En 2015<sup>17</sup>, l'établissement possède un budget principal d'environ 86,8 M€ et 7 budgets annexes<sup>18</sup> pour un montant d'environ 15,1 M€. Le résultat du compte de résultat principal est de -2,8 M€. Le déficit cumulé de l'ensemble de l'établissement s'élève à 17,3 M€, soit une augmentation de 17% par rapport à 2014 (déficit cumulé de 14,8 M€). La Capacité d'Autofinancement Financement (CAF) s'améliore mais reste insuffisante pour assurer la couverture du remboursement du capital des emprunts.

Le CH de Lannion-Trestel se caractérise par une situation financière extrêmement fragile, l'établissement n'ayant présenté qu'une seule année d'équilibre depuis 2007. La trésorerie est négative depuis 2009. Les Contrats de Retour à l'Equilibre (CRE) se sont succédé depuis 2008, sans permettre de redressement significatif selon l'analyse réalisée par la Chambre Régionale des Comptes (CRC). C'est pourquoi l'établissement passe en COPERMO en septembre 2016. La décision du comité doit permettre de fixer la trajectoire de redressement à moyen terme (3 ans). L'établissement retrouvera ainsi une vision pluriannuelle que n'offraient pas jusqu'à présent les CRE.

---

<sup>16</sup> Sources rapports d'activité 2011 et 2015

<sup>17</sup> Compte financier 2015

<sup>18</sup> Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) en plus des budgets précités.

## **2.2 Un accueil valorisé**

### **2.2.1 Organisation de l'accueil au sein du CH de Lannion-Trestel**

La Direction des patients rassemble le bureau d'accueil et gestion des patients pour les consultations externes et les hospitalisations, le bureau d'accueil des urgences et l'antenne administrative de gynécologie-obstétrique ainsi que l'accueil principal. Le bureau des entrées ou des admissions a été renommé bureau d'accueil et gestion des patients. Cette terminologie permet d'une part, de centrer l'activité sur le patient et d'autre part, de valoriser le travail des agents administratifs. La responsable de la Direction des patients, AAH, gère ainsi différentes catégories de personnel : des adjoints administratifs et des AMA au service d'accueil des urgences. Elle assure le suivi de la chaîne de facturation et de recouvrement des créances. Elle est aussi référente pour l'identitovigilance.

La Cellule IdentitoVigilance (CIV) a été créée en 2013 et regroupe des personnes de l'ensemble de l'établissement afin de sensibiliser les acteurs à l'identité primaire et secondaire. Elle se réunit 4 fois par an. Les différentes procédures sont écrites, actualisées et validées par les membres de la CIV. Une feuille, dite « fiche corail » de la couleur de la feuille de papier, a été élaborée afin d'informer le personnel concerné d'un changement d'identité patient. Différents indicateurs sont élaborés à partir du suivi de ces fiches. Des formations ouvertes à l'ensemble du personnel de l'établissement sont dispensées à la fois par des membres de la CIV mais aussi par un organisme extérieur afin d'apporter davantage de légitimité, de sensibiliser et de responsabiliser tous les acteurs de santé à l'identitovigilance. Le CH de Lannion-Trestel répond, en la matière, aux exigences du programme Hôpital numérique.

Le service d'accueil et gestion des patients a été réorganisé en 2015 : désormais l'admission des patients est centralisée en un lieu d'accueil unique pour les ACE et les hospitalisations. Le CH de Lannion-Trestel a développé la pluricom pétence et la polyvalence des gestionnaires patients. Les gestionnaires patients alternent entre les différentes missions qui leur sont confiées et maîtrisent l'ensemble de la chaîne de facturation. Cette polyvalence permet à la fois de valoriser les professionnels et de gérer de manière plus souple les effectifs afin d'assurer une continuité de service.

Par ailleurs, les modifications organisationnelles se sont accompagnées de la mise en place de la FIDES pour les ACE depuis le 1<sup>er</sup> mai 2015.

Et une régie est mise en place aux urgences depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2016 afin d'encaisser notamment, les frais engagés auprès des patients étrangers.

Les AMA des secrétariats médicaux de l'ensemble des services de l'établissement sont supervisées par une coordinatrice des AMA.

## **2.2.2 Description du service de gynécologie obstétrique : enjeux et objectifs**

Le service de gynécologie-obstétrique se compose de deux secrétariats médicaux et d'une antenne administrative.

Une AMA s'occupe à mi-temps du centre de planification et de certaines activités qui dépendent du service de gynéco-obstétrique : la préparation à la naissance et la rééducation périnéale. Le service est situé au Rez-De-Chaussée (RDC) inférieur du bâtiment principal à Lannion.

Le reste du service de gynéco-obstétrique regroupe à la fois les consultations externes et la maternité. Il se situe au premier étage du bâtiment principal à Lannion. Le secrétariat médical se compose de 4 AMA qui représentent 3,8 ETP. L'antenne administrative, située à côté du secrétariat, se compose de 2 gestionnaires patients qui représentent 1,4 ETP.

Face à une baisse de l'attractivité de la maternité, le service a eu recours aux services de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) en 2013 afin de perfectionner le fonctionnement du service maternité et du pôle Femmes-Mères-Enfants (FME) dans son ensemble et d'augmenter le taux de consultantes « très satisfaites » pour le suivi de grossesse.

Au cours des années 2013 et 2014, l'équipe projet, composée notamment du chef de pôle, de la cadre supérieure de pôle, d'une AMA et d'un membre de la cellule qualité, a ainsi contribué à l'amélioration de la prise de rendez-vous, à la priorisation des suivis de grossesse et à la modification du planning des consultations. Les membres de l'équipe projet ont construit un questionnaire de satisfaction s'articulant autour de la prise de rendez-vous (délai d'attente, qualité de l'accueil téléphonique et de l'information reçue), de l'accueil au secrétariat (délai d'attente, qualité de l'accueil physique et de l'information reçue), de l'antenne administrative (qualité de l'accueil physique et de l'information reçue) et de la consultation. Quatre choix de réponse étaient proposés : très satisfaite, satisfaite, peu satisfaite et insatisfaite. Les réponses de l'enquête de satisfaction réalisée entre le 3 et le 10 avril 2013 auprès de l'ensemble des patientes s'étant rendu à une consultation de gynécologie-obstétrique, soit un échantillon de 131 patientes et un taux de retour de 87,33%, se sont révélées satisfaisantes voire très satisfaisantes. Le focus réalisé auprès des patientes venant pour un suivi de grossesse au cours des mois d'avril 2013, de novembre 2013, de février 2014 et d'avril 2014 a lui aussi mis en avant de très bons résultats.

Par ailleurs, ces résultats se confirment d'année en année puisque les résultats de l'enquête e-Satis menée au cours de l'année 2015 concernant les patientes hospitalisées du service de gynécologie-obstétrique sont très satisfaisants. Sur un échantillon de 296 patientes, plus de 80% ont attribué une note supérieure ou égale à 8/10 concernant la

satisfaction globale de leur séjour et plus de 99% sur un échantillon de 372 patientes seraient prêtes à revenir au CH de Lannion-Trestel en cas d'hospitalisation.

Concernant l'activité du secrétariat de gynécologie obstétrique (annexe 1), l'établissement connaît une baisse du nombre d'accouchements malgré les efforts réalisés par le service pour augmenter l'attractivité de la maternité. Le pôle FME s'est tourné vers le développement des consultations externes. Depuis 2013, elles représentent 94% de l'activité globale du pôle au cours d'une année. La répartition des consultations externes et des séjours en fonction des unités fonctionnelles est disponible en annexe 2.

Le fonctionnement actuel du service permet de définir de multiples parcours. Les consultations externes représentant 94% de l'activité du pôle, l'analyse sera ciblée principalement sur l'organisation du parcours des patientes consultantes. Le parcours des patientes venant pour une consultation gynécologique programmée est disponible en annexe 3.

Lorsqu'une patiente se rend à une consultation externe programmée, la fiche de circulation est éditée la veille par la gestionnaire patient à partir des données déjà saisies dans le logiciel de gestion administrative des patients « Clinicom ». S'il s'agit d'une nouvelle patiente, il lui est demandé de se rendre à l'antenne administrative avant sa consultation. La fiche de consultation est remise à la patiente lors de sa venue par une AMA.

Le parcours actuel soulève plusieurs problèmes.

La fiche de circulation est utilisée de manière différée et ce système génère une perte de temps. L'édition des fiches de circulation la veille de la consultation est possible grâce à la saisie de pré-consultations qui sont validées le jour de la consultation par la gestionnaire patient sans rencontrer la patiente. Certaines fiches sont donc par la suite annulées lorsque la patiente ne s'est pas rendue à son rendez-vous.

Le problème majeur est lié à l'identification de la patiente et au suivi de la facturation. Les données liées à l'identité, telle que les changements de nom liés aux mariages ou aux divorces, et à la couverture sociale de la patiente ne sont donc pas mises à jour systématiquement. Bien que les AMA soient vigilantes à l'identité de la patiente, le problème demeure. En cas de fermeture de l'antenne administrative, les AMA réalisent des photocopies des documents nécessaires qu'elles transmettent le lendemain à la gestionnaire patient pour mettre à jour ou créer un dossier. Il manque alors parfois certaines pièces.

Lorsque l'antenne administrative est ouverte, la patiente passe au secrétariat puis l'AMA la dirige vers la gestionnaire patient, l'obligeant à répéter plusieurs fois les mêmes informations.

Enfin, si le dossier de couverture sociale n'est pas à jour, la gestionnaire patient rencontre alors des problèmes de facturation. Avec la mise en place de la FIDES pour les ACE, il est nécessaire de limiter les rejets, leur traitement générant une perte de temps supplémentaire. La tenue du dossier a un impact financier direct sur les recettes de l'établissement.

L'objectif est donc de mettre en place un accueil médico-administratif unique au niveau des secrétariats de gynéco-obstétrique.

Sous-objectifs	Outils de suivi
<b>Maintenir un niveau de satisfaction élevé des patientes</b>	Questionnaires de satisfaction auprès des patientes
<b>Limitier le temps d'attente</b>	Mesure des temps d'attente
<b>Assurer un recueil fiable des données (identitovigilance)</b>	Suivi du nombre de modifications intervenues dans le dossier de la patiente via les « fiches corail »
<b>Utiliser la fiche de circulation en temps réel</b>	Suivi du nombre de pré-consultations saisies
<b>Favoriser la cotation et la validation des actes en temps réel pour une facturation au fil de l'eau</b>	Suivi des épisodes sans acte, Suivi du nombre de consultations payées et Suivi du taux de rejets
<b>Améliorer les délais de restitution des comptes rendus médicaux</b>	Suivi des délais de comptes rendus

Tableau 1 Objectifs et outils de suivi pour la mise en place d'un accueil médico-administratif unique

Les bénéfices principaux attendus sont les suivants :

- Satisfaction des patientes
- Professionnalisation et valorisation du métier d'AMA
- Organisation du secrétariat médical optimisé

### 2.3 Démarche méthodologique

Après avoir réalisé une revue de littérature concernant les différents thèmes afférents à la mise en place d'un accueil médico-administratif unique, évoqués dans la première partie, il s'agit de définir plus précisément le contexte au niveau de l'établissement.

Un diagnostic de la situation en gynéco-obstétrique est établi à l'aide de plusieurs méthodes. La recherche et la prise de connaissance des documents institutionnels, tels que ceux présentant les résultats de l'audit réalisé en 2013 et 2014, m'ont permis de délimiter le diagnostic. Une analyse de la satisfaction des patientes par le recueil de questionnaires n'a donc pas été retenue eu égard aux résultats satisfaisants de l'audit précédemment réalisé. Par ailleurs, j'ai réalisé des observations directes afin de comprendre le mode de fonctionnement aussi bien au secrétariat de gynéco-obstétrique et à l'antenne administrative qu'au bureau d'accueil et gestion des patients ou encore à celui d'accueil et traitement des urgences. J'ai mené plusieurs entretiens non formalisés avec les agents concernés au cours de l'analyse : AMA, coordinatrice des AMA, gestionnaires patients, responsable de la Direction des patients, sages-femmes, internes et praticiens du pôle FME. De plus, afin de saisir pleinement les enjeux liés au recueil de données administratives, j'ai effectué un audit de pratique au bureau d'accueil et gestion des patients. La grille est disponible en annexe 4. Et j'ai assisté à l'ensemble des réunions institutionnelles auxquelles participait la responsable de la Direction des patients.

Parallèlement, j'ai cherché à joindre d'autres établissements au sein desquels un accueil médico-administratif unique est fonctionnel au niveau du secrétariat de gynéco-obstétrique. Les AMA m'ont fait part de leur retour concernant leur visite au sein du CH des Pays de Morlaix. La configuration spatiale étant différente, il n'était pas envisageable de l'adapter au CH de Lannion-Trestel. Différentes contraintes (congés pendant la période estivale, durée du stage consacrée au projet) ne m'ont pas permis de joindre la coordinatrice des AMA pour évoquer les difficultés rencontrées et l'accompagnement au changement mis en place.

Après avoir délimité le sujet, j'ai collecté les données d'activité nécessaires pour établir un audit du secrétariat de gynéco-obstétrique et de l'antenne administrative y afférente en utilisant notamment le logiciel « Business Object » (BO). Je me suis donc approprié le logiciel à l'aide d'un guide utilisateur afin d'extraire des données fiables ; les différents univers étant complexes à comprendre. De plus, j'ai utilisé l'outil proposé par l'ANAP concernant l'autodiagnostic des secrétariats médicaux que j'ai complété par le calcul d'indicateurs jugés pertinents. Pendant une semaine, j'ai sollicité l'aide des AMA et de la gestionnaire patient pour recueillir des données.

A partir des données collectées et des observations réalisées, le diagnostic de la situation est présenté sous la forme d'une analyse en termes de forces (Strengths), de faiblesses (Weaknesses), d'opportunités (Opportunities) et de menaces (Threads), dénommée SWOT. L'analyse SWOT est un outil de stratégie permettant de déterminer les options stratégiques envisageables au niveau d'un domaine d'activité. Les matrices SWOT ont été établies pour chacune des quatre tâches principales effectuées par les AMA à savoir la saisie des comptes rendus médicaux, l'accueil téléphonique, l'accueil

physique et la gestion des dossiers. Elles permettent d'avoir une vue globale et d'aborder l'ensemble des solutions possibles pour améliorer le fonctionnement actuel du secrétariat.

Un plan d'actions adapté associé au calcul d'indicateurs de suivi a été présenté et proposé aux AMA, à la gestionnaire patient, à la coordinatrice des AMA, à la responsable de la Direction des patients et à la cadre supérieur du pôle FME afin de mettre en place rapidement un accueil médico-administratif unique. Les praticiens, informés de la démarche, devraient se voir présenter une synthèse dès le calendrier afférent au plan d'actions arrêté.

## **2.4 Audit du secrétariat de gynécologie obstétrique et de l'antenne administrative y afférente**

L'outil d'autodiagnostic des secrétariats médicaux de l'ANAP a été utilisé pour le secrétariat de gynéco-obstétrique situé au 1<sup>er</sup> étage et celui situé au RDC inférieur. Il met en avant dans un premier temps les différents temps d'ouverture du secrétariat, de l'accueil physique des patients et de l'accueil téléphonique par rapport à l'ouverture du service (cf. annexe 5). Il propose ensuite une autoévaluation à l'aide d'un questionnaire qui permet de cibler les points à améliorer (cf. annexe 6). Il identifie notamment quatre catégories de tâches qui seront étudiées au travers des matrices SWOT (cf. annexe 7) :

1. Frappe des comptes rendus
2. Accueil téléphonique
3. Accueil physique des patients
4. Autres tâches dont notamment la gestion des dossiers

### **2.4.1 La frappe des comptes rendus**



**S**

L'organisation actuelle présente plusieurs avantages. La saisie des comptes rendus s'effectue dans un lieu calme et isolé, séparé du secrétariat. Des courriers types sont utilisés et la validation électronique des comptes rendus par les médecins existe et est utilisée.



**W**

Cependant, la charge de travail des AMA du secrétariat de gynéco-obstétrique ne permet pas de faire face aux besoins. Des AMA d'autres services sont donc régulièrement sollicitées pour pallier les retards de frappe des comptes rendus. Par ailleurs, il est difficile de calculer des indicateurs de suivi des délais, les praticiens fonctionnant avec des cassettes. De plus, la signature numérique est pour l'instant indisponible.

La dictée numérique succède progressivement à la dictée analogique dont le principal inconvénient est l'emploi de cassettes. Les courriers et comptes rendus dictés par les médecins sont centralisés grâce à l'utilisation d'un logiciel et disponibles sur ordinateur sous forme de format son numérique dont les données ne sont accessibles qu'aux personnes



**O**

autorisées. La dictée numérique réunit deux avantages majeurs : l'informatique et la mobilité. Les secrétaires ne sont alors plus en attente des cassettes des médecins et les patients sont ainsi plus rapidement informés sur leur état de santé. La dictée numérique permet à terme de réorganiser les secrétariats médicaux de l'établissement. Le stock de documents à frapper apparaît sur l'écran de la coordinatrice des AMA qui peut alors suivre les charges de travail et intervenir si nécessaire pour les équilibrer en les redistribuant. Un gain d'efficacité pouvant atteindre 40% est estimé sur les temps de frappe.

Cette évolution des outils des secrétariats médicaux permet de mutualiser les moyens. Une décentralisation des AMA est alors possible au niveau de l'établissement. Ces dernières se consacraient, par roulement, uniquement à la saisie des courriers et des comptes rendus dans un lieu calme et défini

La reconnaissance vocale, quant à elle, fait davantage débat en milieu hospitalier. Cette technologie plus couteuse peut constituer une révolution, la frappe des comptes rendus ne faisant alors plus partie du travail des AMA. Elles disposent alors d'une meilleure répartition de leur charge de travail. Après quelques mois, les AMA peuvent constater un enrichissement et une revalorisation du contenu de leur poste de travail. Les conditions de réussite du déploiement d'une solution alliant la dictée numérique et la reconnaissance vocale reposent sur une réduction de la période d'appropriation de l'outil par les médecins et sur un accompagnement des AMA sur l'évolution de leur métier.

L'impression des documents et la mise sous pli peuvent aussi être centralisées en interne voire externalisées.

Grâce à leur place centrale dans les circuits de l'information et par leur proximité avec les médecins, les AMA, tous secteurs confondus, occupent une place stratégique. La réorganisation de leur activité en pool distendrait ce lien qui les unit aujourd'hui avec les médecins dont elles sont les référentes, tout en les obligeant à composer avec un plus grand



**T**

nombre d'intervenants. En enrichissant leur domaine d'action, les AMA craignent de voir leur rôle de pivot dans la transmission de l'information remis en question. Un accompagnement fort est donc nécessaire pour la réussite de l'implantation de ces nouveaux outils.

La principale menace réside dans le coût élevé de ces nouvelles technologies. La dictée numérique nécessite, outre l'achat d'un logiciel spécifique, de changer les équipements des AMA. La coordinatrice des AMA avait estimé le prix de la généralisation du logiciel nécessaire à la dictée numérique au sein de l'établissement à 94 200 € auquel il faut ajouter 240 € par smartphone utilisé pour la dictée numérique par les médecins et 223 € par équipement des AMA (casques & pédalés). Par ailleurs, il serait nécessaire d'améliorer la couverture WIFI de l'établissement.

## 2.4.2 L'accueil téléphonique

Le secrétariat de gynéco-obstétrique situé au 1<sup>er</sup> étage dispose d'une ligne téléphonique accessible directement depuis l'extérieur de l'établissement. A partir des données récupérées auprès du service technique, un taux de réponse et les durées moyennes de conversation et d'attente ont été calculées. Les mois de mars et juin 2016 ont été retenus pour calculer ces indicateurs, ainsi que la période du 18 au 24 juillet qui correspond à la période de recueil des données par les AMA et d'ouverture des plannings des médecins. Le mois de mars 2016 correspond aussi à l'ouverture des plannings des médecins et le mois de juin 2016 peut être considéré comme une période de référence.

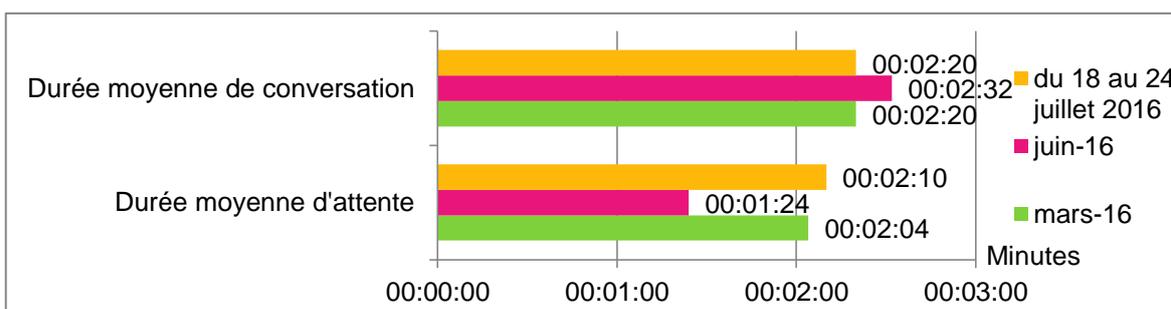
La définition du taux de réponse proposé par l'outil d'autodiagnostic des secrétariats médicaux n'a pas été retenue puisqu'elle considérait l'ensemble des appels y compris ceux lorsque l'accueil téléphonique est fermé. Le taux de réponse présenté est donc défini de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre d'appels servis}}{\text{Nombre d'appels (accueil ouvert)} - \text{Nombre d'appels abandonnés avant 30s}}$$

Les appels abandonnés avant 30 secondes ne sont pas jugés pertinents. Les résultats obtenus sont présentés dans le graphique ci-dessous.



Graphique 2 Taux de réponse



Graphique 1 Durée moyenne de conversation et durée moyenne d'attente



S

Différentes forces ont été identifiées. L'audit réalisé en 2013 et 2014 a mis en avant la qualité de l'accueil téléphonique et des informations reçues par les patientes. Par ailleurs, le secrétariat dispose d'une ligne directe avec file d'attente. La durée d'attente est raisonnable.



W

Cependant, en cas de mise en attente après avoir décroché, le système de téléphonie actuel ne comporte pas de musique et donc les patientes sont contraintes d'attendre dans le silence. Par ailleurs, le taux de réponse n'est que de 65% lors de l'ouverture des plannings. Et le poste n'est pas spécialisé. L'accueil téléphonique est réalisé par la même AMA qui accueille physiquement les patients.

Différentes formations sont offertes aux AMA afin de gérer les appels. La prise de rendez-vous de l'ensemble des praticiens pourrait être centralisée au sein de l'établissement bien que cette solution est adaptée en fonction de la spécificité des secrétariats et ne semble donc pas souhaitable pour le secrétariat de gynéco-obstétrique. L'évolution des technologies offre désormais la possibilité de prendre son rendez-vous en ligne et d'envoyer automatiquement un sms de rappel.



O

La mise en place de ces outils a un coût. Par ailleurs, l'accueil téléphonique des patientes est un poste épuisant, des roulements fréquents sont donc nécessaires.



T

### 2.4.3 L'accueil physique des patientes



S

L'audit réalisé en 2013 et 2014 a mis en avant la qualité de l'accueil physique et des informations reçues par les patientes. Le lieu est isolé ce qui assure le respect de la confidentialité, le bureau a été aménagé sur-mesure.



W

Pour chaque consultation externe, une fiche de circulation est établie. Elles sont actuellement éditées la veille par la gestionnaire patient de l'antenne administrative et transmise aux AMA le matin. Cela soulève des problèmes liés à l'identitovigilance. Par ailleurs, le poste d'accueil physique est associé avec l'accueil téléphonique et n'est donc pas spécifique.



O

L'opportunité principale réside donc dans la mise en place d'un accueil médico-administratif unique.

Les principales difficultés seront liées à l'acculturation aux nouveaux outils.



T

#### 2.4.4 La gestion des dossiers



S

Le rangement des dossiers a été revu récemment par les AMA afin de gagner en lisibilité pour les médecins et les sages-femmes. Les dossiers sont ainsi disponibles rapidement notamment en cas d'intervention urgente lors de la fermeture du secrétariat. Les AMA ont remis en place l'utilisation du parapheur pour trier les analyses et les examens à classer dans les dossiers des patientes.



W

Le rangement des dossiers est serré, il serait donc intéressant de prévoir périodiquement un tri dans les dossiers et un reclassement afin d'accéder plus facilement aux dossiers.

L'opportunité majeure réside dans la mise en place du dossier patient informatisé. La dématérialisation est essentielle pour réduire un temps de travail quotidien important et souvent fastidieux. La mise en place d'une procédure entre l'établissement et les laboratoires d'analyse extérieurs permettraient aussi de clarifier les responsabilités et de limiter les différents exemplaires reçus à la fois par fax et par voie postale voire directement par voie dématérialisée. Ensuite, le travail quotidien de récupération et de transport des dossiers entre les archives et le secrétariat de gynéco-obstétrique pourrait être assuré par un ou des agents autres que les AMA.



O

Le manque de moyens financiers est la principale entrave à ces projets.



T

#### 2.4.5 La répartition des tâches au cours de la journée

Les graphiques, représentent la répartition des tâches au cours de la journée des différents postes occupés par les AMA et par la gestionnaire patient, issus des données recueillies entre le 18 et le 24 juillet 2016, sont disponibles en annexe 8. Et la répartition de l'activité du premier semestre 2016 au cours de la semaine est disponible en annexe 9. L'activité réalisée au cours de la semaine du 18 au 24 juillet 2016 est inférieure aux

données médianes. La période de stage n'a pas permis de réaliser ce diagnostic à un moment opportun. Les données recueillies ne reflètent donc pas une activité normale du secrétariat mais permettent tout de même d'obtenir une image de la répartition quotidienne du temps entre les différentes tâches. L'image est relativement fidèle pour les différents postes des AMA, par contre, elle est faussée pour la répartition des tâches de la gestionnaire patient.

Avec la mise en place d'un accueil médico-administratif unique, il est intéressant d'étudier plus attentivement le temps consacré aux différentes tâches par la gestionnaire patient. Avec les données obtenues, les gains sont estimés au minimum à 3% (pointillés sur le graphique 12) par jour, les tâches liées à la gestion administrative des dossiers à 43% (couleurs pleines sur le graphique 12), celles liées à la facturation à 36% (briques vertes sur le graphique 12) et celles liées à la déclaration des naissances et donc à la gestion de l'état civil à 10% (barres roses sur le graphique 12).

Il est prévu de détacher la gestionnaire patient, représentant 1 ETP, au niveau du secrétariat de gynéco-obstétrique et de transférer l'ensemble des tâches liées à la chaîne de facturation, tels que le suivi des dossiers et le traitement des rejets, au bureau d'accueil et gestion patient.

L'analyse détaillée du secrétariat de gynéco-obstétrique et de l'antenne administrative y afférente permet d'établir un plan d'actions.

## **2.5 La mise en place d'un plan d'actions adapté aux caractéristiques du CH de Lannion-Trestel**

### **2.5.1 Accompagner le changement**

Tout changement nécessite un accompagnement. Le pilotage en mode projet permet de définir les objectifs à atteindre. Ainsi, ce projet est piloté conjointement par la responsable de la Direction des patients et la coordinatrice des AMA. Une fois la ligne de conduite définie, les moyens nécessaires doivent être mis en place pour atteindre les objectifs. Compte tenu de la problématique très spécifique du secrétariat médical, il apparaît important d'enclencher une réflexion sur les évolutions du métier afin que les professionnelles concernées œuvrent à la revalorisation de leur travail.

La communication autour du projet auprès des équipes est indispensable à sa réussite afin d'en expliciter clairement les enjeux et les objectifs poursuivis. Elle permet notamment d'obtenir l'adhésion du personnel, une cohérence et une unité de discours entre les AMA, les praticiens et les équipes soignantes et d'avoir une bonne visibilité sur les bénéfices du projet. Une présence et une implication constantes et fortes des

médecins, du personnel soignant, du personnel administratif et de soutien est un facteur clé de réussite.

### **2.5.2 Définir de nouvelles fiches de poste pour une répartition idoine des tâches**

Les missions des AMA doivent être revisitées. Une nouvelle répartition des tâches est à envisager. Les horaires d'ouverture sont remis en question. Le renforcement de l'équipe devrait pallier le recours régulier à des AMA d'autres services pour la saisie des courriers et des comptes rendus.

Par ailleurs, le parcours des usagers pour une seconde vérification de l'état civil de leur enfant est à améliorer et à clarifier entre les différents acteurs : sages-femmes, AMA, vaguemestre et agents de la mairie.

Il est nécessaire d'effectuer une première phase de test au cours de laquelle l'AMA du secrétariat de gynéco-obstétrique située au RDC inférieur de l'établissement réalisera directement les fiches de circulation des patientes se rendant en consultation périnéales ou en séances de préparation à la naissance. Cela engendrera une charge de travail supplémentaire non négligeable (cf. graphique 14 de l'annexe 9).

A partir de l'analyse de la répartition du temps au cours de la journée sur les différents postes, les AMA définiront une nouvelle répartition des tâches qui sera à affiner en fonction des essais réalisés.

### **2.5.3 Aménager les locaux**

La mise en place d'un guichet médico-administratif unique induit une réflexion préalable sur les flux de patients disponibles en annexe 9 graphiques 13 et 14. Il sera donc nécessaire d'ouvrir un ou deux guichets en fonction des jours de la semaine. La qualité de l'accueil doit être optimale, a fortiori parce que l'être humain a tendance à construire son opinion sur la première impression ressentie. Un patient est d'abord pris en charge administrativement avant d'être pris en charge médicalement. Si les AMA veillent tout particulièrement à la qualité de l'accueil physique et téléphonique, la configuration des locaux participe directement au niveau de qualité de cet accueil. Les locaux doivent également permettre de garantir la confidentialité des données transmises par les patientes.

Il est donc envisager de conserver le poste d'accueil physique existant et d'exploiter le bureau accolé de la gestionnaire patient. L'impression des fiches de circulation nécessite l'emploi d'une imprimante spéciale qui sera commune aux deux bureaux.

L'accueil téléphonique devrait être distinct de l'accueil physique. Les AMA, ayant souvent besoin des résultats d'analyse pour répondre aux demandes des patientes, le poste ne peut être installé dans une pièce isolée. Il sera alors possible d'essayer de réserver un endroit séparé à l'aide de paravents au sein du secrétariat.

Par ailleurs, les logiciels de gestion administrative « Clinicom » et de gestion des rendez-vous « Médis » sont disponibles sur l'ensemble des ordinateurs du secrétariat et de l'antenne administrative. Les codes utilisateurs ont également été créés.

#### **2.5.4 Former les acteurs**

La formation des AMA et de la gestionnaire patient s'effectuera par la formation de binômes entre une agent qui connaît le logiciel et une qui le découvre. Cela permettra une transmission du savoir essentiel pour les disciplines pratiquées au sein du service de gynéco-obstétrique. La formation s'effectuera sur une période relativement courte, estimée à deux semaines, afin que l'ensemble des agents soit opérationnel rapidement.

L'actualisation régulière des connaissances sera un préalable au bon fonctionnement du secrétariat. Elle sera nécessaire en matière de réglementation aussi bien pour garantir le respect des droits des patientes que pour maîtriser les différents régimes de prise en charge.

#### **2.5.5 Optimiser le codage des actes et améliorer le recouvrement des recettes**

La coordinatrice des AMA et la responsable du pôle FME sensibiliseront davantage les médecins et les sages-femmes au codage de leurs actes en temps réel pour les consultations externes. En effet, il s'agit d'un glissement de tâches vers les AMA qui, outre la charge de travail que cela suscite pour les personnels, ne permet pas d'atteindre la qualité et l'exhaustivité des détails de la prise en charge qui peuvent être attendues du codage des actes, source du financement de l'établissement.

Lors de leur admission, les patientes recevront l'information de la part des AMA de repasser par le secrétariat avant de quitter l'établissement pour s'acquitter des frais non pris en charge par leur organisme complémentaire, devant avancer ou payer les frais. L'encaissement en régie s'effectuera directement au niveau du secrétariat.

## Conclusion

L'accueil au sein des ES revêt une attention toute particulière. L'activité des secrétariats médicaux est l'objet d'un intérêt renouvelé eu égard à son impact accru sur le fonctionnement à la fois interne et externe des établissements. Par ailleurs, avec la réforme du financement du système de santé et la généralisation progressive de la FIDES, la place des agents du bureau d'accueil et gestion des patients est revalorisée.

Dans le contexte actuel du CH de Lannion-Trestel, la mise en place d'un accueil médico-administratif unique au sein du service de gynécologie obstétrique s'avère pertinente. Les tâches de recueil de données administratives des patientes sont transférées aux AMA tandis que les tâches liées au suivi de la facturation sont redéployées au niveau du bureau d'accueil et de gestion des patients. L'équipe connaît un renforcement de ses effectifs avec le détachement de la gestionnaire patient au sein du secrétariat de gynéco-obstétrique.

Ce sujet aborde à la fois un domaine technique et transversal, puisqu'il est lié à la chaîne de facturation, allant de l'accueil des patients avec le recueil administratif des données au recouvrement des créances des patientes via la régie, et au fonctionnement d'un secrétariat médical, celui du service de gynéco-obstétrique. C'est en raison de la multiplicité de domaines concernés que ce sujet m'est apparu particulièrement intéressant.

De plus, il m'a permis de développer la conduite de projet puisque j'ai réalisé un audit du secrétariat de gynéco-obstétrique et de l'antenne administrative y afférente.

Par ailleurs, ce sujet allie les aspects médicaux et administratifs. Il offre, à ce titre, le positionnement que je recherche en tant que future AAH. Et il permet de répondre de manière innovante aux difficultés de trésorerie rencontrées par l'établissement en fiabilisant la chaîne de facturation. Enfin, la mise en œuvre de nouveaux outils informatiques au sein des secrétariats médicaux permettra d'envisager une mutation du métier d'AMA, délaissant des tâches de non-valeur ajoutée, au profit de tâches à forts bénéfices pour le patient.



---

# Bibliographie

---

## Textes réglementaires

Article L1112-2 du Code de Santé Publique

Article L6111-1 du Code de la Santé Publique

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

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

## Ouvrages

DURAND N., 2015, « Chapitre 10. L'optimisation du circuit administratif du patient et sa participation à la performance d'une organisation au profit de l'utilisateur », in FERMON B., GRANDJEAN P. et al., *Performance et innovation dans les établissements de santé.*, Paris : Dunod, pp. 207-236.

## Articles de périodique

AVENTURIER N., CARDIN C., DELAIR S., MARTINEAU A., 2016, « Réorganisation des secrétariats médicaux, des outils en évolution : Synthèse de missions menées par l'association Ehesp Conseil. », *Techniques Hospitalières*, n°756, pp. 63-67.

DE CESARE A.-L., LUCAS Y., PAUL E., VAUCHEL V., 2014, « Scénarios de réorganisation des secrétariats médicaux au centre hospitalier Charles-Perrens (33). », *Techniques Hospitalières*, n°746, pp. 65-67.

DONJON A., 2014, « Efficience des secrétariats médicaux, des pistes pour la mettre en œuvre. », *Santé RH – La lettre des ressources humaines dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux*, n°58, pp. 12-15.

GOUZIEN A.-L., 2010, « Les Focus Solucom. Focus santé : Réorganiser le Bureau des Entrées à l'Hôpital pour relever les nouveaux défis », *Solucom* [en ligne], [visité le 07.07.2016], disponible sur internet : [http://www.solucom.fr/wp-content/uploads/2013/07/Solucom-\\_Focus\\_Bureau-des-Entrées\\_Santé\\_-Hôpital.pdf](http://www.solucom.fr/wp-content/uploads/2013/07/Solucom-_Focus_Bureau-des-Entrées_Santé_-Hôpital.pdf)

HEMERY P., 2016, « Qualité. La reconnaissance vocale se développe à l'hôpital, parfois encore dans la douleur », *HOSPIMEDIA* [en ligne], [visité le 29.08.2016], disponible sur internet : <http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20160822-qualite-la-reconnaissance-vocale-se-developpe-a->

[I?utm\\_campaign=EDITION\\_QUOTIDIENNE&utm\\_medium=Email&utm\\_source=ExactTarget](http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20160822-qualite-la-reconnaissance-vocale-se-developpe-a-?utm_campaign=EDITION_QUOTIDIENNE&utm_medium=Email&utm_source=ExactTarget)

LACOUME S., KEMPF A., 2010, « Qualité. Les espaces accueil clientèle du CHU-Hôpitaux de Rouen. », *Gestions Hospitalières*, n°493, pp. 123-124.

P. H., 2010, « Le bureau des entrées, premier lieu d'optimisation de la performance et de l'attractivité », *HOSPIMEDIA* [en ligne], [visité le 07.07.2016], disponible sur internet : <http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20100318-le-bureau-des-entrees-premier-lieu-d-optimisation>

TechHopital.com, 2012, « Fides : le bureau des entrées, incontournable pour gérer les consultations et actes externes », *APM International* [en ligne], [visité le 07.07.2016], disponible sur internet : <http://www.techopital.com/print.php?page=story&story=1095>

THIERRY T., 2012, « Réorganisation du secrétariat médical au CHU de Bordeaux », *Techniques Hospitalières*, n°734, pp.69-72.

TRIBAULT G., 2014, « Le CH de Roubaix achève 2013 à l'équilibre grâce à une meilleure valorisation de l'activité », *HOSPIMEDIA* [en ligne], [visité le 07.07.2016], disponible sur internet : <http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20140131-finance-le-ch-de-roubaix-acheve-2013-a>

WERY O., 2011, « Déconcentrer l'accueil administratif ne va pas de soi », *Finances Hospitalières* [en ligne], n°45, [visité le 07.07.2016], disponible sur internet : [http://www.finances-hospitalieres.fr/deconcentrer-accueil-administratif-soi\\_67A0568F427FC0.html](http://www.finances-hospitalieres.fr/deconcentrer-accueil-administratif-soi_67A0568F427FC0.html)

## **Rapports**

ANAP, 2012, Autodiagnostic Secrétariats Médicaux : Guide de Formation, 40 p.

ANAP, 2012, Autodiagnostic Secrétariats Médicaux : Guide d'Utilisation, 81 p.

Commission des comptes de la sécurité sociale, 2015, « 3.3 Les actes et consultations externes à l'hôpital », in *Les comptes de la sécurité sociale Résultats 2014 Prévisions 2015 et 2016*, pp. 120-123

HAS, 2014, Manuel de certification des établissements de santé V2010, 112 p.

IGAS, 2012, L'hôpital, 298 p.

## **Thèses et mémoires**

DESILETS C., 2015, *Préparation et accompagnement du passage à la Facturation Individuelle des Etablissements de Santé au service Gestion Clientèle L'Exemple du Centre Hospitalier de La Ciotat (13)*, Mémoire d'Attaché d'Administration Hospitalière : EHESP, 54 p.

GRAVELEAU S., 2009, *Secrétariats médicaux : améliorer la qualité du service rendu sans obérer les équilibres budgétaires. Exemple des Hôpitaux Civils de Colmar*, Mémoire de Directeur d'Hôpital : EHESP, 80 p.

LANGLAIS F., 2007, *Secrétariat médical au CHU de NANTES : enjeux et perspectives d'une réorganisation*, Mémoire de Directeur d'Hôpital : EHESP, 97 p.

LUCAS I., 2013, *Diagnostiquer le fonctionnement des secrétariats médicaux d'un établissement public de santé : quels enjeux ? quelle méthode ? avec quel(s) outil(s) ?*, Mémoire d'Attaché d'Administration Hospitalière : EHESP, 51 p.

MERGNAC T., 2001, *La déclinaison organisationnelle d'un projet stratégique : l'exemple de la décentralisation de l'accueil administratif au centre hospitalier de Blois*, Mémoire de Directeur d'Hôpital : EHESP, 71 p.

NOHARET M., 2008, *Le rôle du bureau des entrées dans le circuit de facturation du Centre Hospitalier des Quatre Villes : vers un nouveau métier pour un service au cœur du recouvrement*, Mémoire de Directeur d'Hôpital : EHESP, 94 p.

PARNEIX N., 2009, *Optimiser l'organisation des consultations externes du Centre Hospitalier d'Orsay, pour en faire une vitrine de l'hôpital.*, Mémoire de Directeur d'Hôpital : EHESP, 65 p.

### **Sites internet**

ANAP *Evaluer et analyser la performance de l'activité des secrétariats médicaux*. [visité le 22.06.2016], disponible sur Internet : <http://www.anap.fr/publications-et-outils/outils/detail/actualites/evaluer-et-analyser-la-performance-de-lactivite-des-secretariats-medicaux/>

DREES *Les comptes nationaux de la santé en 2014*. [visité le 31.08.2016], disponible sur Internet :

<http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/document.aspx?ReportId=1395>

Infos Droits *AMA - Assistant Médico-Administratif- secrétaire médicale dans la fonction publique hospitalière : statut – avancement – salaire*. [visité le 17.08.2016], disponible sur Internet : <http://infosdroits.fr/ama-assistant-medico-administratif-secretaire-medicale-dans-la-fonction-publique-hospitaliere-salaire-primas-et-nbi/>

Ministère des Affaires sociales et de la Santé *Secrétaire médical*. [visité le 18.08.2016], disponible sur Internet : <http://social-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/article/secretaire-medical>

<http://www.studyrama.com/formations/specialites/administratif-secretaire-assistant-e/de-la-secretaire-a-l-assistante-evolution-d-un-metier-9601>

### **Documents internes**

Compte financier 2015

Rapport d'activité 2011

Rapport d'activité 2015



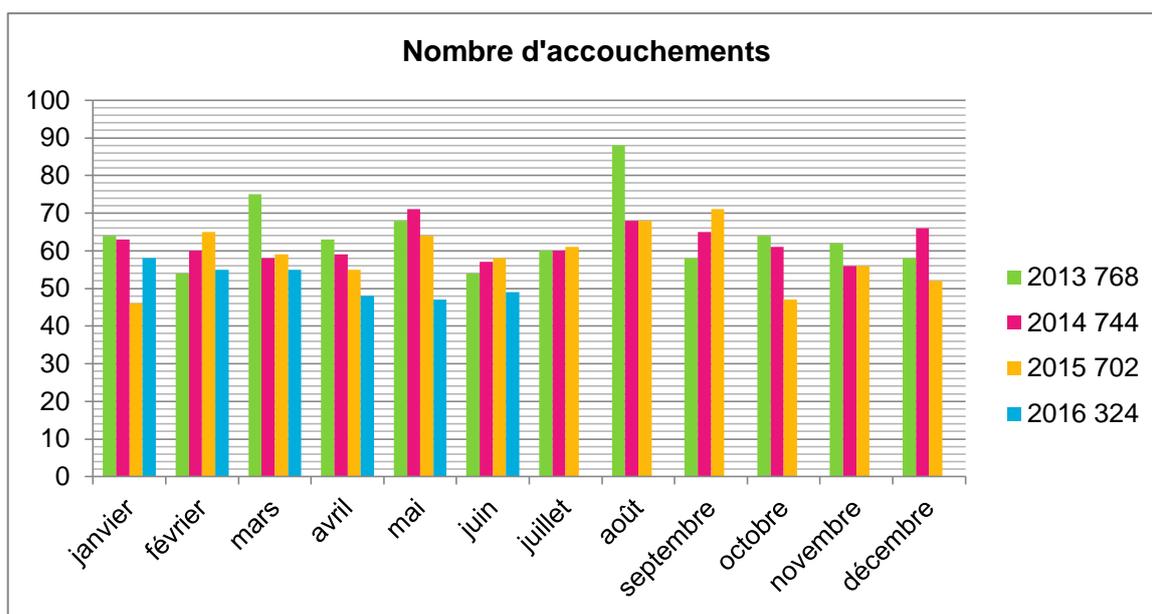
---

## Liste des annexes

---

Annexe 1	Activité du secrétariat de gynécologie obstétrique.....	II
Annexe 2	Répartition des consultations externes et des séjours .....	III
Annexe 3	Parcours des patientes .....	IV
Annexe 4	Grille audit de pratique – Accueil des patients en consultation externe .....	V
Annexe 5	Temps d’ouverture des secrétariats de gynéco-obstétrique.....	VI
Annexe 6	Autoévaluation des secrétariats de gynéco-obstétrique .....	VII
Annexe 7	Matrices SWOT.....	X
Annexe 8	Répartition du temps entre les différentes tâches au cours de la journée .....	XII
Annexe 9	Activité du premier semestre 2016 au cours de la semaine .....	XIII

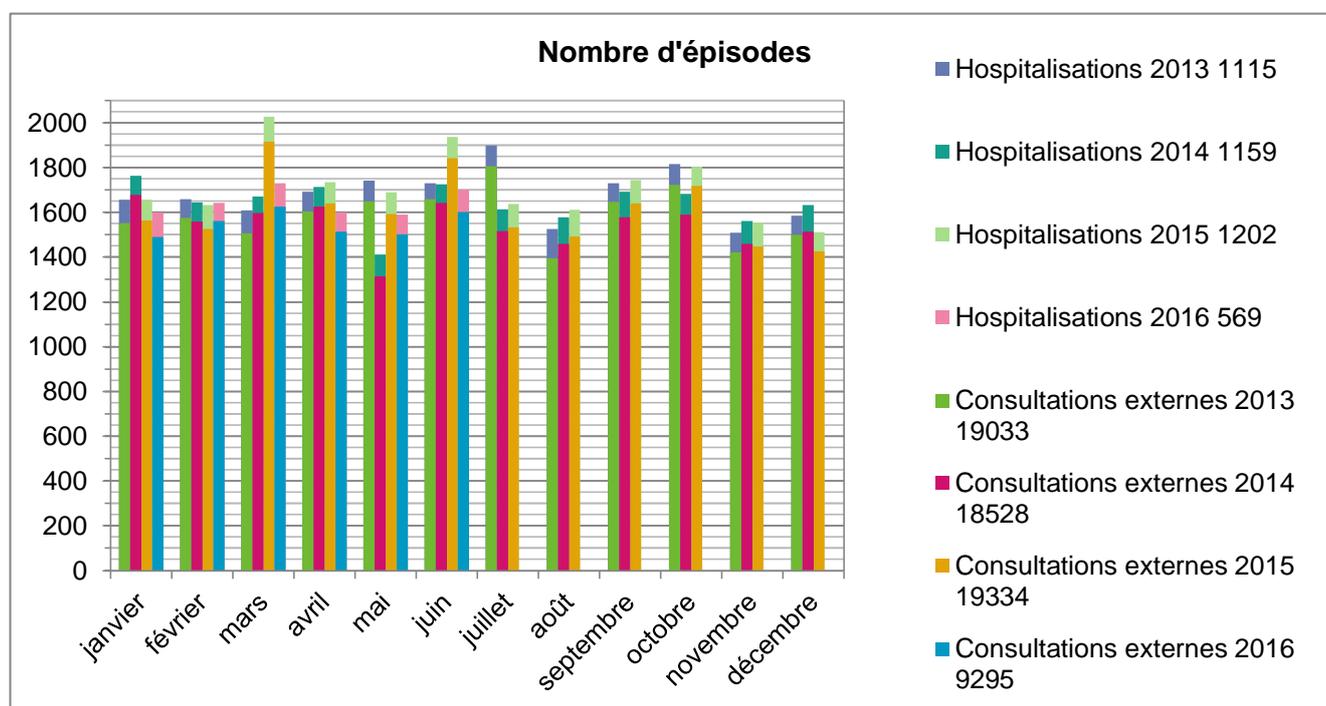
## Annexe 1 Activité du secrétariat de gynécologie obstétrique



Graphique 3 Répartition du nombre d'accouchements par mois

Source : BO

Depuis 2013, le nombre d'accouchements au CH de Lannion-Trestel continue de diminuer. Le nombre total d'accouchements au cours de l'année est inscrit à droite de l'année correspondante. Il a diminué de 8,6% entre 2013 et 2015.

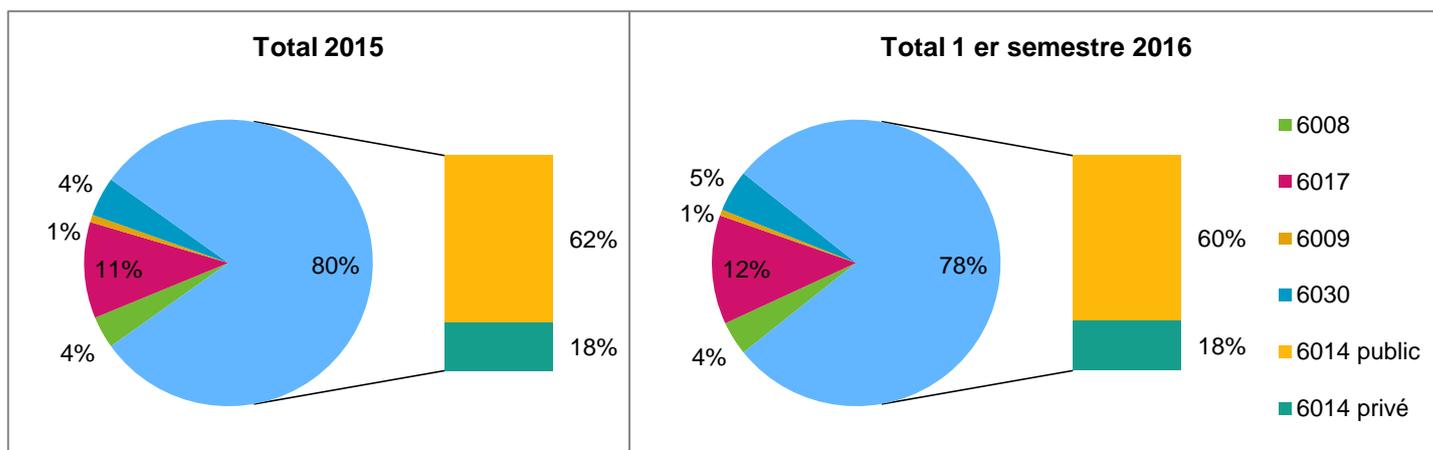


Graphique 4 Répartition du nombre d'épisodes par mois

Source : BO

Ce graphique présente l'évolution du nombre de consultations externes et de séjours par mois en fonction des années. Le nombre total de séjours et le nombre total de consultations externes ayant eu lieu au cours d'une année sont inscrits à droite. L'activité globale est stable voire en légère hausse en 2015 : +1,9% par rapport à 2013 et +4,3% par rapport à 2014.

## Annexe 2 Répartition des consultations externes et des séjours



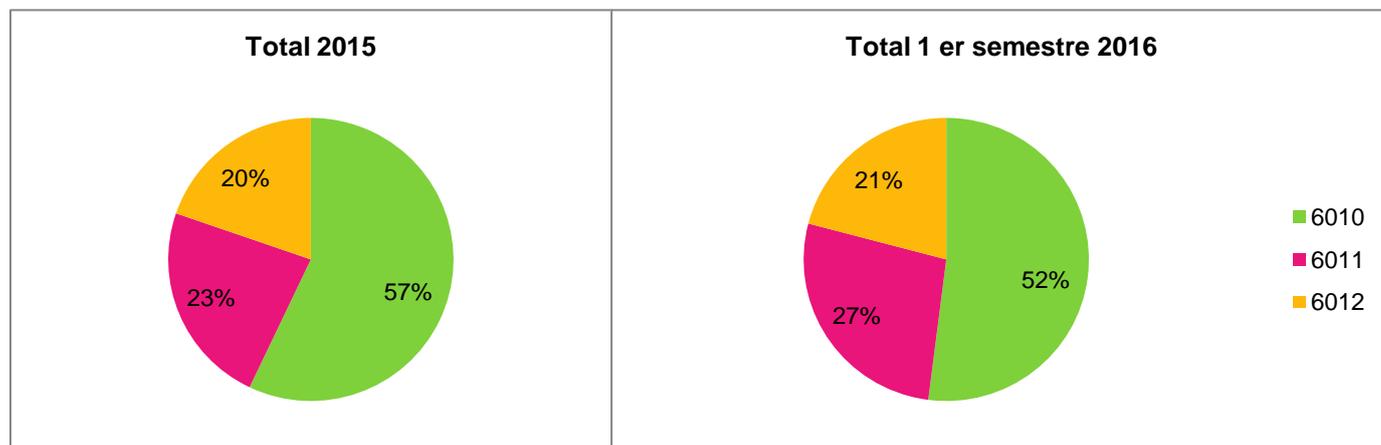
### Liste des unités fonctionnelles

6008 Consultations périnéales      6009 Consultations nouveaux nés      6017 Préparation à la naissance  
 6030 Urgences gynécologiques      6014 Consultations gynécologiques

Graphique 5 Répartition des consultations externes en fonction des unités fonctionnelles

Source : BO

La répartition est similaire entre 2015 et le premier semestre 2016. Les consultations gynécologiques rassemblent les consultations réalisées par les médecins et celles réalisées par les sages-femmes d'où une proportion de consultations gynécologiques publiques représentant 60% des consultations externes.



### Liste des unités fonctionnelles

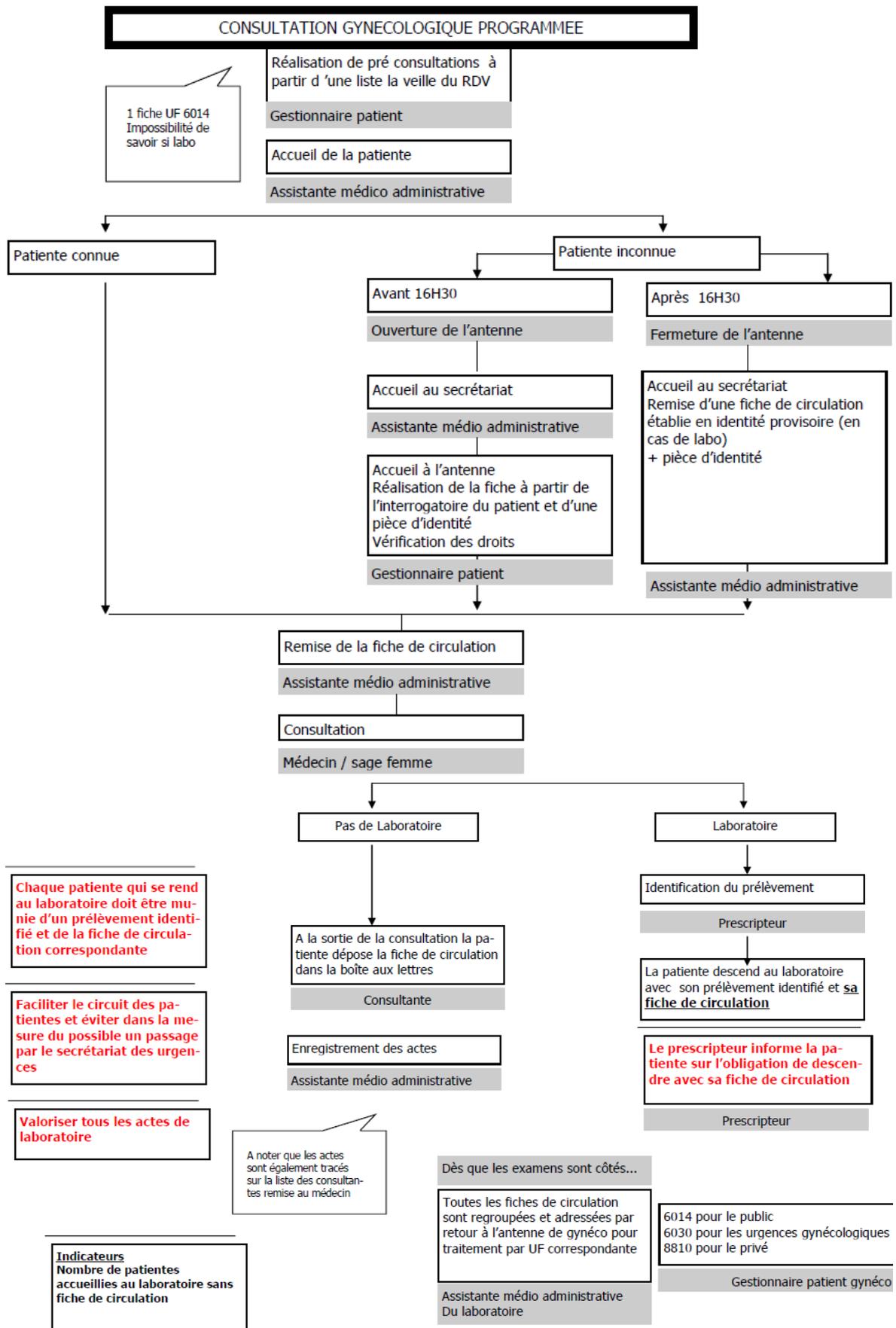
6010 Obstétrique      6011 Grossesse pathologique et post-partum      6012 Gynécologie

Graphique 6 Répartition des séjours en fonction des unités fonctionnelles

Source : BO

La répartition des différents séjours en fonction des unités fonctionnelles est semblable entre 2015 et le premier semestre 2016.

# Annexe 3 Parcours des patientes



## Annexe 4 Grille audit de pratique – Accueil des patients en consultation externe

<b>Audit de pratique</b> <b>Accueil des patients en consultation externe</b>
---

### Recherche du patient

- Nouveau patient ? .....  oui  non
- Saisie des 3 premières lettres du nom .....  oui  non
- Saisie des 3 premières lettres du prénom .....  oui  non
- Demande de la date de naissance .....  oui  non

### Données patient

#### *Etat civil*

- Demande des pièces justificatives : pièces d'identité, carte vitale, mutuelle  oui  non
- Si le dossier patient existe, vérification *identité validée* .....  oui  non
- Demande des coordonnées : adresse, téléphone, mèl .....  oui  non  NC<sup>19</sup>
- Saisie des différents champs, si nécessaire :
- Adresse en minuscule .....  oui  NC  déjà fait
- Téléphone .....  oui  non  déjà fait
- Recueil du mèl .....  oui  non  déjà fait
- En cas d'identité provisoire, inscription P sur les étiquettes .....  oui  non  non concerné
- Saisie *Qualité* .....  oui  non  déjà fait
- En cas de modification d'identité, fiche corail rédigée .....  oui  non  non concerné
- Commentaire* : « FC fait le ./././... Initiales » .....  oui  non  non concerné

### Admission

- Saisie du code du service.....  oui  non
- Saisie du code du médecin .....  oui  non
- Commentaire* : initiales.....  oui  non
- Demande du médecin traitant déclaré .....  oui  non

### Débiteur

- Lecture de la carte vitale .....  oui  non
- Saisie *Infos*
- Code Pièce présentée*.....  oui  non
- Fin des droits* .....  oui  non
- Code du *risque* approprié ? .....  oui  non
- Code gestion* .....  oui  non
- Demande de la carte de mutuelle.....  oui  non  non concerné
- Dem. PEC* remplie .....  oui  non
- TM 100%* coché .....  oui  non
- FPA* rempli .....  oui  non
- Vérification cdr.....  oui  non

### Données patient

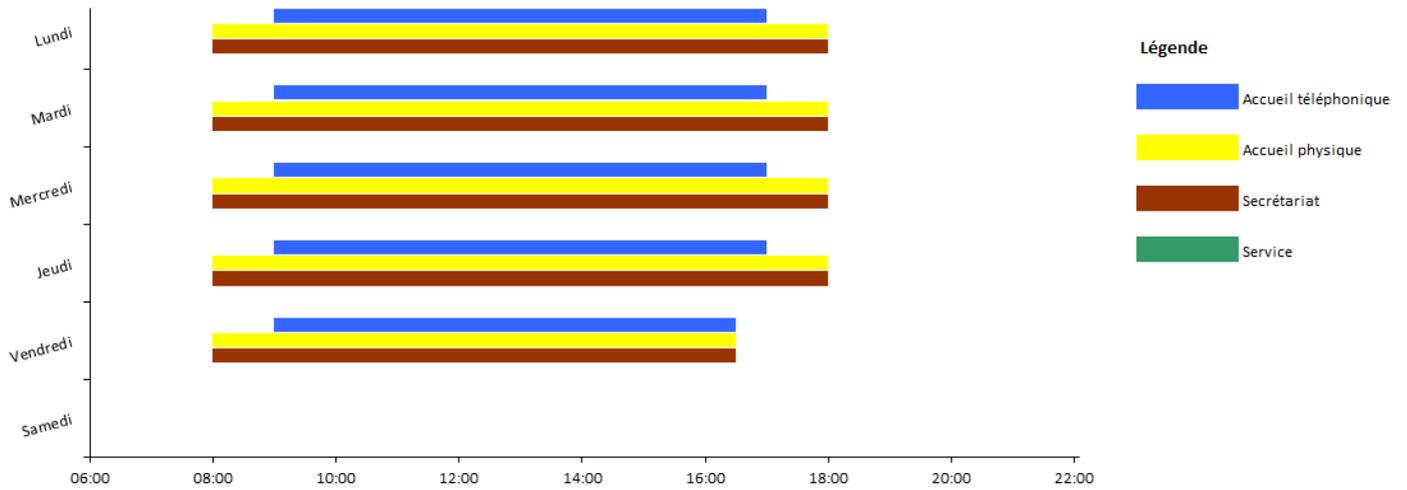
#### Saisie dans *Commentaire*

- Date de consultation de cdr .....  oui  non  copie
- ALD et médecin traitant.....  oui  non  non concerné
- Information transmise au patient pour retour paiement .....  oui  non  non concerné
- Fiche de circulation stabilotée .....  oui  non  non concerné

<sup>19</sup> NC = Non Conforme

# Annexe 5 Temps d'ouverture des secrétariats de gynéco-obstétrique

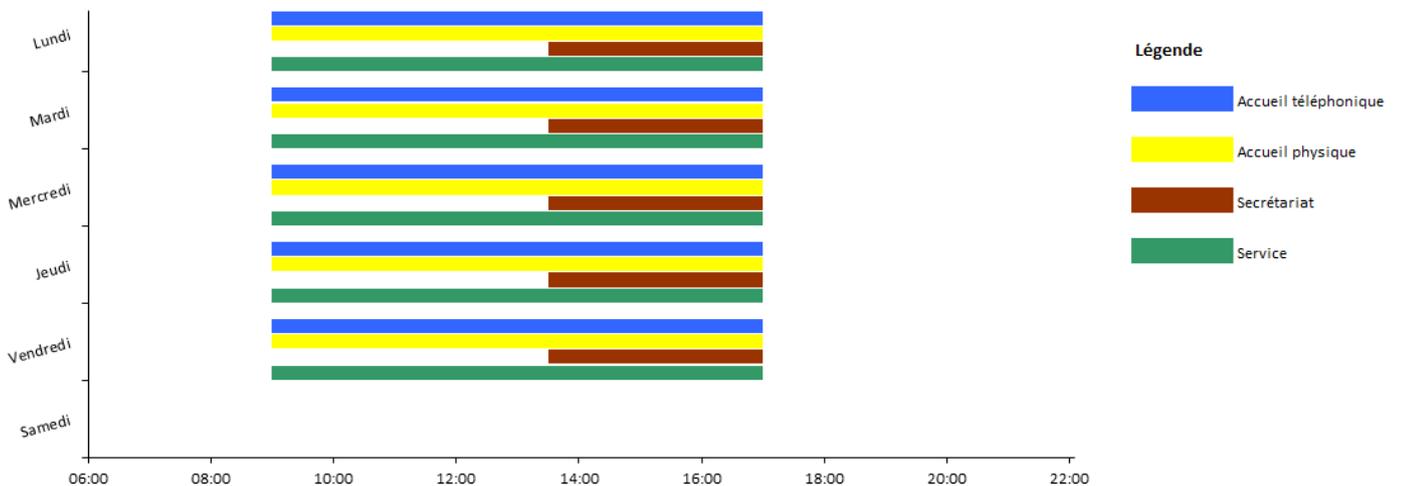
Taux d'ouverture du secrétariat / ouverture service	Globale	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
Taux d'ouverture aux patients / ouverture service							
/ ouverture secrétariat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
Taux d'ouverture téléphonique / ouverture service							
/ ouverture secrétariat	81%	80%	80%	80%	80%	88%	



Graphique 7 Ouverture du secrétariat 1<sup>er</sup> étage

Source : ANAP Autodiag Secrétariats médicaux

Taux d'ouverture du secrétariat / ouverture service	Globale	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
Taux d'ouverture aux patients / ouverture service							
/ ouverture secrétariat	44%	44%	44%	44%	44%	44%	
Taux d'ouverture téléphonique / ouverture service							
/ ouverture secrétariat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
/ ouverture secrétariat	229%	229%	229%	229%	229%	229%	



Graphique 8 Ouverture du secrétariat RDC inférieur

Source : ANAP Autodiag Secrétariats médicaux

## Annexe 6 Autoévaluation des secrétariats de gynéco-obstétrique

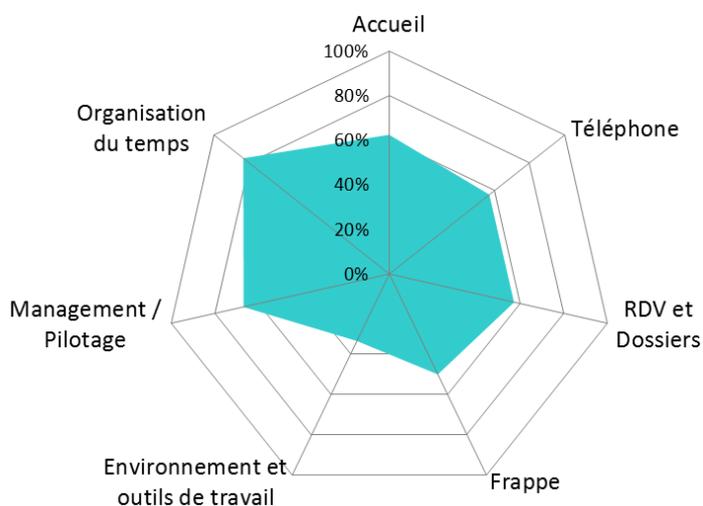
Secrétariat :	Gynécologie obstétrique 1 <sup>er</sup> étage	Gynécologie obstétrique RDC inférieur
<b>Accueil physique des patients</b>		
La confidentialité du patient est respectée	Oui	Oui
Il y a constamment une personne présente à l'accueil	Oui	Oui
La signalétique pour l'orientation des patients est claire et logique	Oui	Oui
Les zones d'attentes des patients sont agréables et fonctionnelles (nb de chaises suffisantes, attente séparée selon les flux)	Non	Oui
Le temps d'attente pour l'accueil est inférieur à 3 personnes /secrétaire	Non	Oui
Une place pour l'accueil du patient est prévue dans le secrétariat (chaise, tablette...)	Oui	Oui
Le patient est informé sur les délais d'attente (avant la consultation, avant l'obtention de son CR,...)	Non	Oui
Des affichages et/ou des documents d'information sont disponibles sur le parcours du patient (circuit patient, prise en charge, risques, facturation)	Oui	Oui
<b>Joignabilité téléphonique</b>		
La configuration téléphonique dans le secrétariat est connue et maîtrisée (règles de transferts, de décroché automatique...)	Oui	Oui
Il y a un suivi des appels entrants externes (taux de réponse, heures d'appel...)	Non	Non
Il y a un suivi des appels entrants internes (taux de réponse, heures d'appel...)	Non	Non
Il y a un numéro de téléphone unique pour joindre le secrétariat	Oui	Oui
L'appelant est informé en cas d'attente (le téléphone ne sonne pas dans le vide)	Non	Non
L'appelant est informé des horaires d'accueil téléphonique s'il appelle en période de fermeture du secrétariat	Oui	Oui
L'appelant est informé du numéro d'urgence ou du lieu d'accueil des urgences le plus proche s'il appelle en période de fermeture du secrétariat	Oui	Oui
<b>RDV et dossiers</b>		
Une information orale et/ou écrite (pièces administratives à préparer, modalités d'annulation...) est systématiquement donnée au patient lors de la prise de RDV	Oui	Oui
La programmation des RDV est informatisée et maîtrisée	Oui	Oui
Les plages et les règles d'affectation des RDV sont définies	Oui	Oui
La gestion des RDV "urgents" est formalisée et maîtrisée	Non	Oui
Les plages sont bloquées en fonction des absences médicales de manière anticipée de façon à limiter les déprogrammations.	Non	Oui
Les dossiers sont classés dans les 24h suivant leur traitement	Oui	Oui
La localisation des dossiers est connue et fiable.	Non	Oui
<b>Frappe des courriers et compte-rendus</b>		
Les outils de dictée numérique sont disponibles et utilisés	Non	Non applicable

Le fichier informatique du courrier est rattaché au dossier patient informatisé	Oui	Non applicable
Le courrier version informatique est disponible pour l'ensemble des praticiens de l'établissement	Oui	Non applicable
Le courrier est corrigé et validé informatiquement par le praticien	Oui	Non applicable
La signature numérique et l'envoi cryptée sont disponibles	Non	Non applicable
Pour les patients externes (consultations, Hospitalisation de jour, Examens), le courrier est majoritairement remis en main propre au patient	Non	Non applicable
<b>Environnement et outils de travail</b>		
L'implantation de l'espace de travail est claire et logique	Non	Oui
Les bureaux sont rangés (rien ne traîne)	Non	Oui
Les dossiers/documents en attente sont classés, visibles et ont une place définie	Oui	Oui
Les postes sont ergonomiques (postes, lumières, bureaux)	Non	Oui
Les relations entre les secrétariats et les autres acteurs du service sont bonnes (climat de travail sain)	Oui	Oui
Il existe des protocoles formalisés pour les différentes tâches (prise de RDV, accueil du patient,...)	Non	Non
Il existe un livret d'intégration pour le nouveau personnel (organisation, plan du service, coordonnées, termes médicaux spécifiques au service...)	Non	Non
Il existe des documents types utilisés (documents pré-remplis)	Oui	Oui
Les plannings médicaux sont connus et fiables	Non	Oui
<b>Management / Pilotage</b>		
Les secrétaires ont un responsable (cadre) identifié	Oui	Oui
Il existe des objectifs (délai de CR,...) et un suivi de ces objectifs	Non	Non
Il existe un tableau de polyvalence des secrétaires	Non applicable	Non applicable
Les départs, arrivés et remplacements sont anticipés (transfert des compétences, formation des arrivants)	Non	Non applicable
Des formations sont proposées aux secrétaires	Oui	Oui
Les dysfonctionnements observés sont remontés et traités	Oui	Oui
Des entretiens individuels d'évaluation sont réalisés	Oui	Oui
<b>Organisation du temps</b>		
Le planning des secrétaires est visible ou facilement accessible	Oui	Oui
Les règles de programmation des congés et absences sont définies	Oui	Oui
Les plannings de congés sont validés et verrouillés à l'avance	Oui	Oui
Les temps de pause et repas sont définis	Oui	Oui
La charge de travail est anticipée et lissée	Non	Non
Lors de surcharge ou souscharge il y a une entraide entre secrétaires	Oui	Non

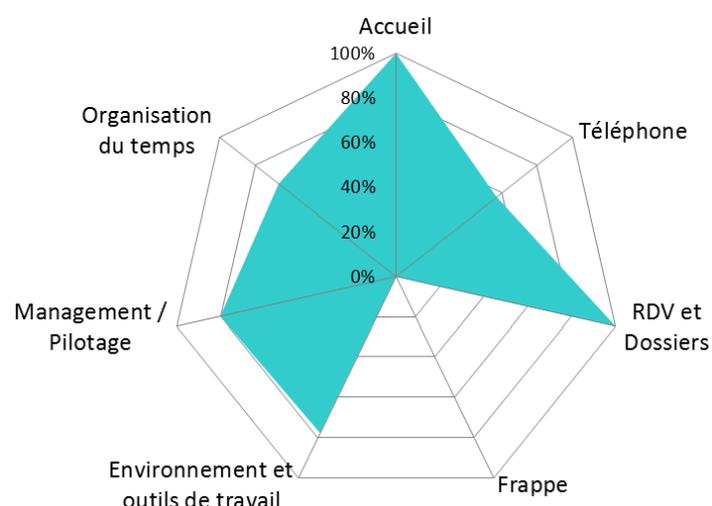
Tableau 2 Autoévaluation des secrétariats de gynéco-obstétrique

Source : ANAP Autodiag Secrétariats médicaux

Ces différents items ont été sélectionnés par l'ANAP afin d'orienter la réflexion des équipes vers les bonnes questions et les bonnes pratiques organisationnelles. Les réponses négatives permettent d'identifier les points à améliorer. Le résultat final se présente sous la forme d'un diagramme radar. Ce questionnaire sera utilisé par la suite au sein du groupe de travail déjà existant. Certaines réponses aux questions sont indépendantes de la bonne volonté des agents à améliorer le fonctionnement du secrétariat tels que le suivi des appels téléphoniques ou l'utilisation de la dictée numérique.



Graphique 10a Autoévaluation secrétariat 1<sup>er</sup> étage



Graphique 10b Autoévaluation secrétariat RDC inférieur

## Annexe 7 Matrices SWOT

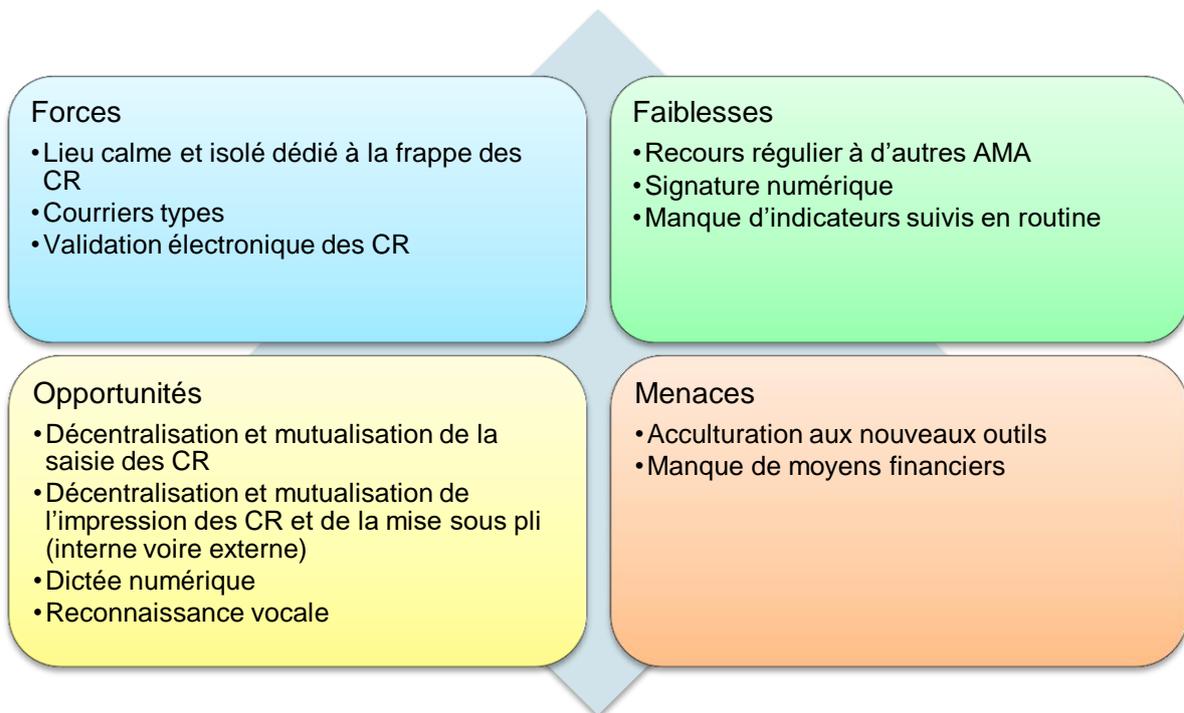


Figure 1 SWOT Frappe des comptes rendus

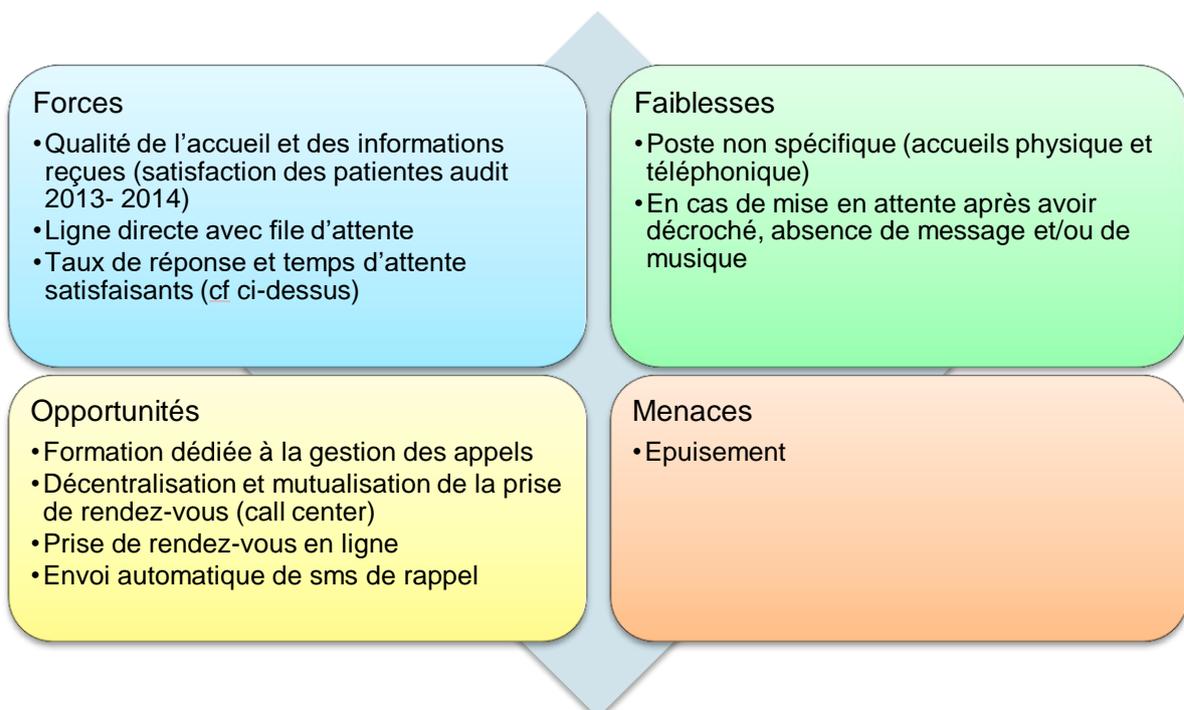


Figure 2 SWOT Accueil téléphonique

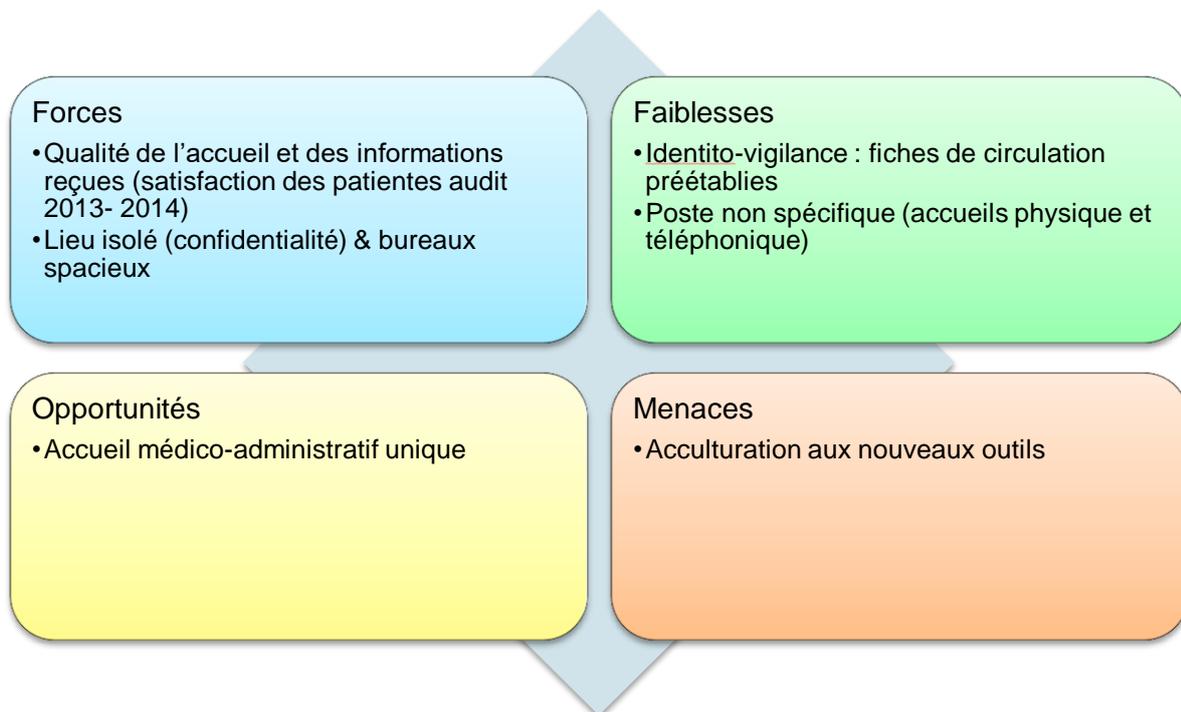


Figure 4 SWOT Accueil physique des patientes

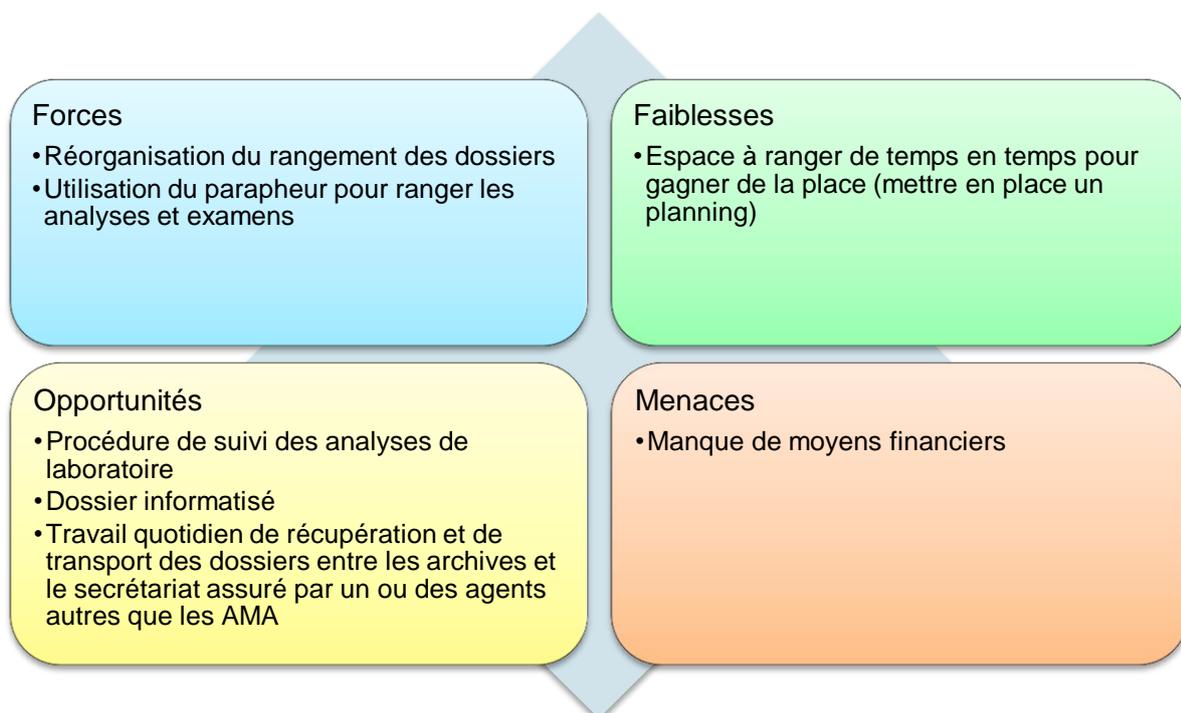
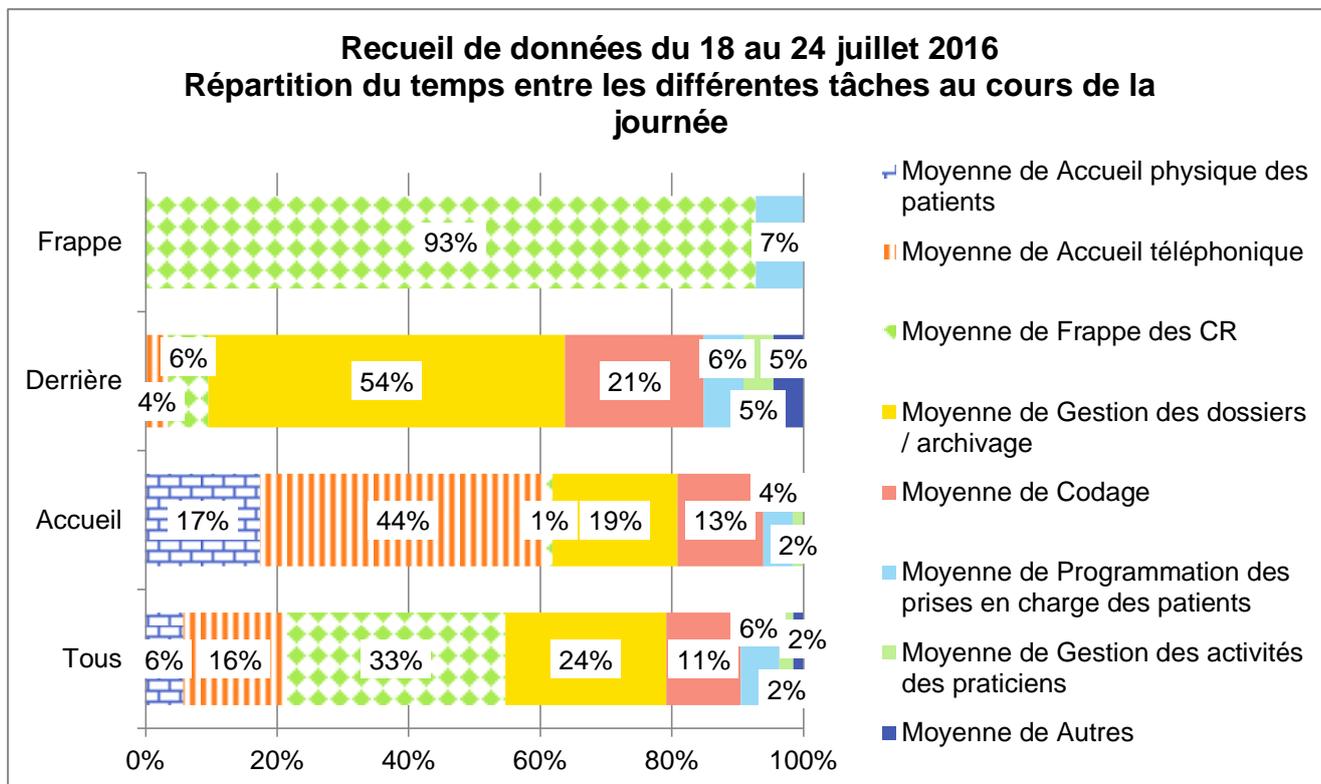
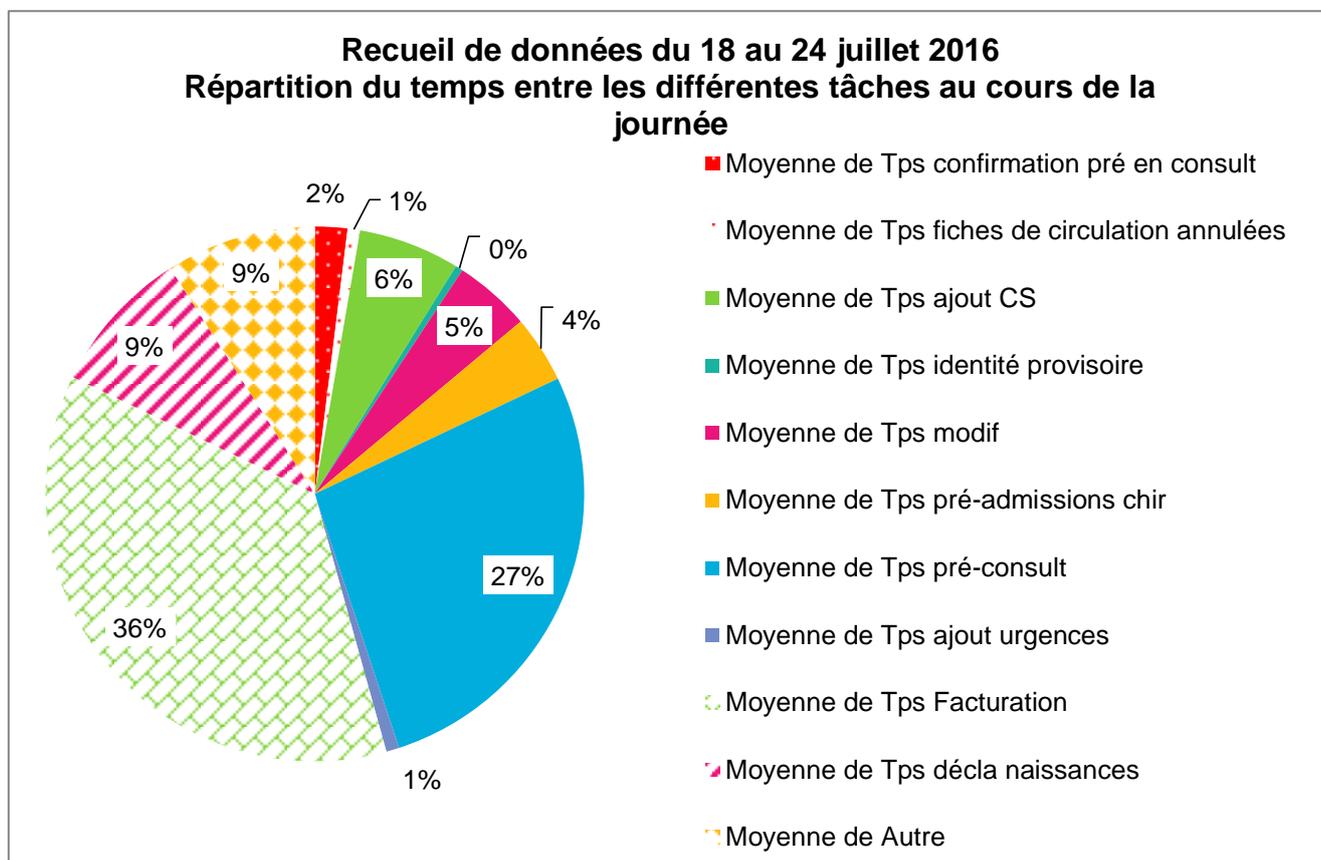


Figure 3 SWOT Gestion des dossiers

## Annexe 8 Répartition du temps entre les différentes tâches au cours de la journée



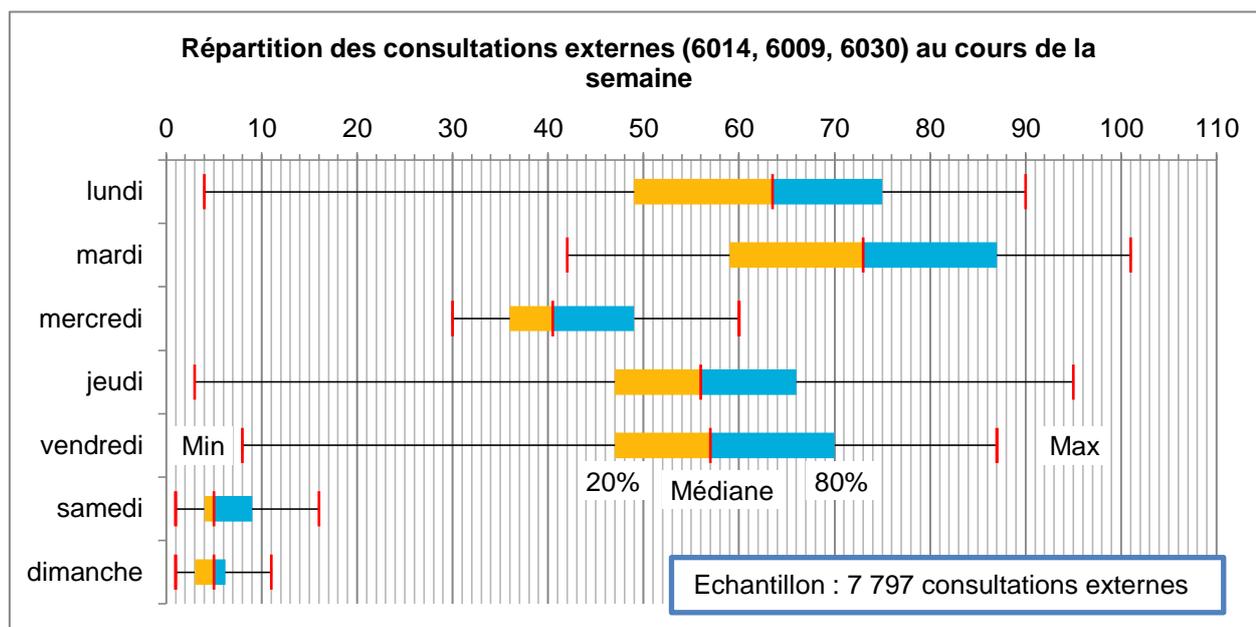
Graphique 11 Répartition du temps entre les différents postes des AMA



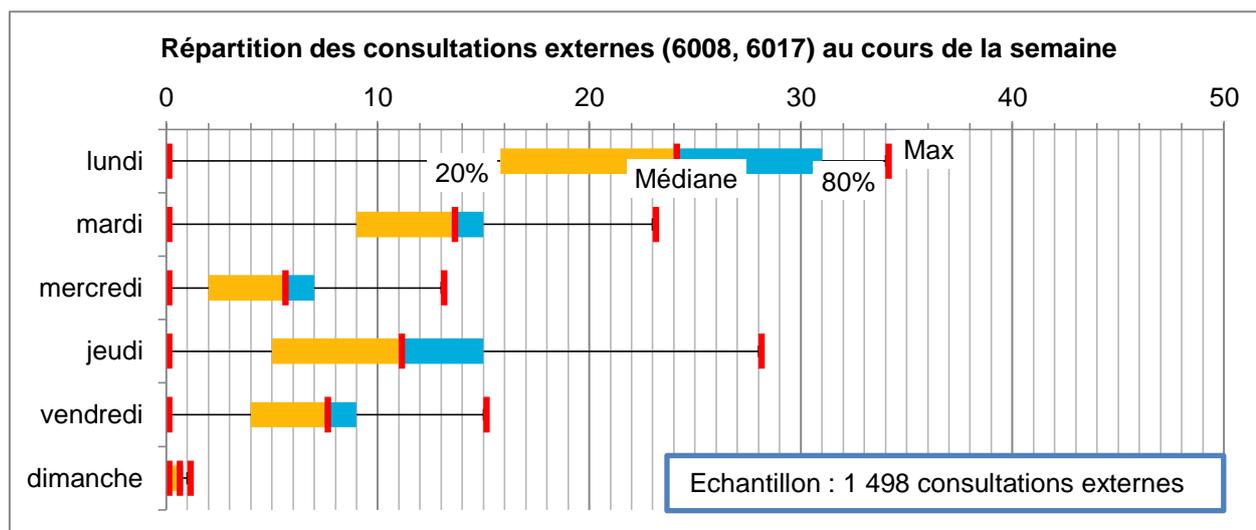
Graphique 12 Répartition du temps de la gestionnaire patient

## Annexe 9 Activité du premier semestre 2016 au cours de la semaine

Afin de mesurer l'activité du premier semestre 2016 au cours de la semaine, le diagramme de type « boîte à moustaches » ou « box plot » a été retenu. Il présente ainsi plusieurs particularités. Ainsi on peut identifier le nombre minimum, maximum et médian de patientes se rendant en consultations externes. Une moyenne du nombre de patientes par jour peut être très influencée par les extrema et serait alors à mettre en rapport avec l'écart-type.



Graphique 13 Répartition des consultations externes au secrétariat de gynéco-obstétrique 1er étage  
Source : BO



Graphique 14 Répartition des consultations externes au secrétariat de gynéco-obstétrique RDC inférieur  
Source : BO



ROBLOT

Laurine

Décembre 2016

## ATTACHE D'ADMINISTRATION HOSPITALIERE

Promotion 2016

### **Une optimisation du circuit des patients : la mise en place d'un accueil médico-administratif unique des patientes en gynécologie-obstétrique au Centre Hospitalier de Lannion-Trestel**

#### **Résumé :**

Les établissements de santé sont contraints d'optimiser le circuit administratif des patients afin d'adapter leurs organisations aux contraintes économiques et réglementaires. L'accueil des patients est alors valorisé afin de répondre à leurs attentes. Le métier de secrétaire médical évolue vers celui d'assistante médico-administrative (AMA). La mise en place d'un accueil médico-administratif unique présente à la fois des avantages et des inconvénients. Dans le contexte du centre hospitalier de Lannion-Trestel, l'audit du secrétariat de gynécologie obstétrique et de l'antenne administrative y afférente invite à réorganiser le secrétariat en vue de l'instauration d'un accueil médico-administratif unique. Le recueil de données administratives est transféré aux AMA, tandis que les tâches liées au suivi de la facturation sont redéployées au niveau du bureau d'accueil et de gestion des patients. Les évolutions technologiques incitent les établissements à opérer des choix stratégiques qui auront un impact direct sur le fonctionnement des organisations. La question du « bon circuit » reste posée, même s'il ne semble pas exister de circuit optimal a priori, mais des circuits à adapter au contexte de chaque établissement.

#### **Mots clés :**

Accueil, guichet unique, secrétariat médical, assistant médico-administratif (AMA), facturation, optimisation

*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.*