

ENSP
ECOLE NATIONALE DE
LA SANTE PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'hôpital

Promotion : **2008**

Date du Jury : **décembre 2007**

**Secrétariat médical au CHU de
NANTES : enjeux et perspectives d'une
réorganisation**

Fabienne LANGLAIS

Remerciements

Je remercie tout d'abord Mademoiselle Pascale LIMOGES, directrice des ressources humaines au Centre Hospitalier de CHOLET, d'avoir accepté d'être mon encadrant mémoire. Elle m'a prodigué de précieux conseils.

Je remercie mon maître de stage, Madame Nathalie ROBIN-SANCHEZ, directrice adjointe du pôle personnel et relations sociales du CHU de NANTES, pour sa disponibilité et son soutien tout au long du stage.

Par ailleurs, que soient ici remerciés :

- Monsieur Pierre GUSTIN, Directeur Général du CHU de NANTES, pour son écoute, ses conseils et la confiance qu'il m'a témoignée,
- Madame Corinne SENESCHAL, directrice de proximité de la plate-forme 2, qui a proposé que j'assume son intérim durant plusieurs mois et grâce à qui j'ai beaucoup appris sur le métier de directeur d'hôpital,
- Mesdames Danielle BRAULT, Nathalie CARPENTIER, Catherine FRADET, Karine LE BERRE et Martine MAILLARD, coordinatrices des secrétariats médicaux qui m'ont accompagnée tout au long de ce long travail d'analyse

Je tiens également à adresser mes remerciements à Madame Yolande GICQUEL, coordinatrice CHU, ainsi qu'à l'ensemble des coordinatrices des secrétariats médicaux du CHU de TOULOUSE qui nous ont accueillies, les coordinatrices et moi-même, et avec qui les échanges furent particulièrement enrichissants.

Je remercie enfin toutes les personnes qui ont bien voulu m'accorder un peu de leur temps tout au long de ma démarche. Je pense notamment à Madame Christine QUELIER, sociologue et responsable du module mémoire à l'ENSP, à Madame Marie-Elisabeth COSSON, sociologue, ainsi qu'à Madame Laetitia LAUDE, enseignant-chercheur à l'ENSP, pour leurs conseils et leur soutien.

Sommaire

Introduction	1
1 LE METIER DE SECRETAIRE MEDICALE	1
1.1 Secrétaire médicale : un métier en pleine mutation.....	1
1.1.1 Une attention particulière portée par l'observatoire national des métiers de la fonction publique hospitalière (ONMFPH)	1
A) Les raisons de l'étude menée par l'ONMFPH	1
B) Les principaux constats mis en exergue par cette étude.....	2
1.1.2 Une profession en quête de reconnaissance	4
A) Les caractéristiques du métier	4
B) Ni soignantes, ni administratives.....	5
1.2 La dimension psychologique de la relation médecin-secrétaire médicale	6
1.2.1 « Une relation enchantée, la secrétaire et son patron ».....	6
1.2.2 Un nécessaire accompagnement au changement.....	8
A) L'impact des nouvelles technologies.....	8
B) Les impacts de la démographie du métier	8
C) Les conséquences sur la relation médecin-secrétaire médicale.....	9
1.3 Le métier de secrétaire médicale au CHU de NANTES	9
1.3.1 La population nantaise des secrétaires médicales.....	10
A) Un volume d'emplois conséquent	10
B) Un même métier mais différents grades	10
C) Une ancienneté traduisant l'attachement à un service	11
1.3.2 La vision du métier par les professionnelles concernées	12
A) Une coordination des secrétariats médicaux naissante	12
B) La vision des coordinatrices des secrétariats médicaux.....	14
C) La vision des secrétaires médicales nantaises	15
1.3.3 Des organisations de travail perfectibles	17
A) L'organisation du service	18
B) L'organisation du travail.....	18
C) Des conditions de travail variables selon les processus.....	19
2 ENJEUX ET PERSPECTIVES D'UNE REORGANISATION DES SECRETARIATS MEDICAUX	25
2.1 Les enjeux d'une réorganisation des secrétariats médicaux.....	25
2.1.1 Des enjeux nationaux.....	25

A)	La nouvelle gouvernance hospitalière (NGH)	25
B)	Les facteurs d'évolution majeure du métier de secrétaire médicale.....	27
2.1.2	Les enjeux pour le CHU de NANTES.....	28
A)	Le CHU de NANTES, précurseur de la nouvelle gouvernance	29
B)	Un établissement dynamique	32
2.2	Les perspectives.....	37
2.2.1	Affirmer la place et les missions des coordinatrices des secrétariats médicaux ..	37
A)	L'exemple du CHU de TOULOUSE : un rôle d'encadrement transversal affirmé	37
B)	Les priorités au CHU de NANTES : un rôle d'expertise, d'organisation et de communication mis en avant.....	39
C)	Un rattachement hiérarchique des CSM au pôle activité développement ...	45
2.2.2	Instaurer une réflexion institutionnelle sur le rapprochement des secrétariats médicaux et des admissions.....	48
A)	L'intérêt d'un tel rapprochement.....	48
B)	La mise en place d'une démarche projet.....	50
2.2.3	Repenser les secrétariats médicaux sous l'angle ergonomique	51
A)	L'exemple de la Clinique Bonnefon à ALES : la qualité de l'accueil.....	51
B)	Les principes à retenir au CHU de NANTES	52
2.2.4	Développer le recours aux nouvelles technologies.....	53
A)	L'apport possible de la dictée numérique à reconnaissance vocale.....	53
B)	Une téléphonie à améliorer	56
2.2.5	Mettre en place un pool de secrétariat médical dédié à la dactylographie.....	58
A)	L'intérêt d'une organisation de ce type	58
B)	Les principes de fonctionnement.....	58
2.2.6	Evaluer les organisations novatrices et les déployer sur l'ensemble du CHU.....	59
A)	L'exemple de la restructuration du pôle tête et cou	59
B)	Une restructuration fondée sur des modes de fonctionnement nouveaux...	60
2.2.7	Accompagner le changement	61
A)	Le rôle majeur de la direction	62
B)	Les moyens nécessaires pour accompagner le changement	63
C)	Instaurer une réflexion autour des évolutions du métier de secrétaire médicale	66
	Conclusion.....	67
	Bibliographie.....	69
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ACH	adjoint des cadres hospitaliers
AG	assistant de gestion
AP-HP	assistance publique – hôpitaux de Paris
ASMR	association des secrétaires médico-sociales et des référentes
BTS	brevet de technicien supérieur
CEP	contrat d'études prospectives
CEREQ	Centre d'études et de recherche en qualifications
CH	centre hospitalier
CHU	centre hospitalier universitaire
CR	compte rendu
CRC	compte rendu de consultation
CRH	compte rendu d'hospitalisation
CRO	compte rendu opératoire
CSM	coordinatrice des secrétariats médicaux
CSP	code de la santé publique
DG	directeur général
DHOS	direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DM	dossier médical
DMS	durée moyenne de séjour
DNRV	dictée numérique à reconnaissance vocale
DSIT	direction des systèmes d'information et des techniques
DUR	direction des usagers et de la réglementation
EPP	évaluation des pratiques professionnelles
EPRD	état prévisionnel des recettes et des dépenses
ETP	équivalent temps plein
FPH	fonction publique hospitalière
GPEC	gestion prévisionnelle des emplois et des compétences
GPESSM	groupe projet « équipe de suppléance en secrétariat médical »
IDE	infirmier(e) diplômé(e) d'Etat
JIM	logiciel de gestion de l'archivage des dossiers médicaux
MCO	médecine gynécologie obstétrique
NGH	nouvelle gouvernance hospitalière
NTIC	nouvelles technologies de l'information et de la communication
ONMFPH	observatoire national des métiers de la fonction publique hospitalière
ORL	oto-rhino-laryngologie

PAD	pôle activité développement
PAQ	programme d'amélioration de la qualité
PFP	plate-forme de proximité
PH	praticien hospitalier
PPRS	pôle personnel et relations sociales
PTL	pôle technique et logistique
PU-PH	professeur des universités – praticien hospitalier
RUM	résumé d'unité médicale
RV	rendez-vous
SM	secrétaire médicale
SROS	schéma régional d'organisation sanitaire
SSR	soins de suite et de réadaptation
T2A	tarification à l'activité
VAE	validation des acquis de l'expérience

Introduction

Le système de santé a beaucoup évolué depuis les ordonnances des 4 et 19 octobre 1945 instaurant la sécurité sociale. Le patient, placé au centre du dispositif, est désormais acteur de sa santé. En ce sens, ses droits sont sans cesse renforcés et affirmés¹. Ainsi, doit-il être associé pleinement à son traitement et disposer d'une information suffisamment claire pour lui permettre de donner un consentement libre et éclairé. Des représentants des usagers sont à l'écoute des patients et de leurs familles et siègent dans les différentes instances des établissements de santé. Le parcours de soins doit être coordonné et le patient dispose du libre choix du praticien et de l'établissement dans lequel il va recevoir des soins.

Les établissements de santé sont eux aussi en constante évolution. A ce titre, ils sont évalués et font l'objet d'un classement par discipline porté à la connaissance de la population². Les réformes se succèdent et le plan Hôpital 2007 initié par Monsieur Jean-François MATTEI, Ministre de la Santé en 2002, a bien été concrétisé et il se prolonge aujourd'hui par le plan Hôpital 2012 récemment lancé par Madame Roselyne BACHELOT, actuelle Ministre de la Santé. Ainsi, le management des hôpitaux est désormais conforme à la nouvelle gouvernance hospitalière (NGH). Tous les établissements publics de santé sont organisés en pôles, à l'exception des hôpitaux locaux³. L'alliance médico-administrative se traduit par la mise en place d'un conseil exécutif et l'instauration d'une contractualisation interne entre les directions d'établissement et les médecins coordonnateurs de pôle. En outre, la mise en place de la tarification à l'activité et de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses a révolutionné le mode de financement des établissements de santé.

Ces réformes ont des répercussions directes sur les pratiques professionnelles. Celles-ci doivent en effet s'adapter aux nouveaux rapports entre professionnels de santé et patients ainsi qu'aux nouvelles règles de gestion. Puisque le patient est au cœur des préoccupations du législateur et des hospitaliers, les personnels médicaux sont les

¹ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal officiel, n°54 du 5 mars 2002. (visité le 24.09.07), disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/Waspad/Visu?cid=588245&indice=1&table=JORF&ligneDeb=1>

² « Hôpitaux, le palmarès 2007 » publié au journal *Le Point* en juin 2007 - HAUTE AUTORITE DE SANTE. *Espace Grand Public – certification des établissements de santé*. (visité le 24.09.07), disponible sur internet : http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c_5076&pcid=c_5076

³ MINISTERE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE. Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. Journal officiel, n°102 du 3 mai 2005. (visité le 24.09.07), disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/Waspad/Visu?cid=736171&indice=1&table=JORF&ligneDeb=1>

premiers concernés par toutes ces évolutions. En effet, le patient vient avant tout à l'hôpital pour être pris en charge médicalement. Or, un médecin ne travaille pas seul. De nombreux autres professionnels de santé interviennent dans la prise en charge de la personne soignée. En ce sens, si les compétences des personnels infirmiers apparaissent essentielles, un médecin ne saurait pourtant se passer des services de son secrétariat.

Ainsi, quel que soit son lieu d'exercice, le praticien s'appuie au quotidien sur le savoir-faire de sa secrétaire médicale (SM). En effet, la SM veille à planifier le travail du médecin. Elle a également un rôle d'interface entre le médecin et sa patientèle ainsi qu'entre le praticien et ses autres confrères intervenant dans la prise en charge d'un même patient, voire entre le médecin et les réseaux du territoire de santé. La secrétaire médicale intervient donc de manière directe dans le parcours de soin. Les outils de travail de la SM ont par ailleurs considérablement évolué au cours des quarante dernières années. De la machine à écrire aux nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC), les conditions d'exercice du métier de secrétaire médicale sont totalement différentes. Pour autant, si les NTIC ont révolutionné le travail et ont même pu faire craindre la disparition pure et simple de ce métier, il s'avère que la réalité témoigne de la persistance du binôme formé par le médecin et sa SM.

Mais quel est donc ce lien si fort qui peut désorganiser le travail du plus éminent et du plus aguerri des médecins si sa secrétaire vient à s'absenter et qu'il est impossible de la remplacer pendant quelques jours ? Pour répondre à cette question, il m'est apparu important d'analyser la situation sous deux angles. Tout d'abord, j'ai souhaité étudier le métier de secrétaire médicale au sens large puis au niveau de l'institution au sein de laquelle j'ai réalisé mon stage professionnel de directeur d'hôpital, à savoir le CHU de NANTES **(1)**. J'ai ensuite porté mon attention sur les enjeux d'une réorganisation des secrétariats médicaux avant d'en déterminer les perspectives déclinées en préconisations **(2)**.

Pour y parvenir, j'ai utilisé divers outils de recensement d'informations. Avant d'arriver sur mon terrain de stage, j'ai utilisé la technique de l'**observation documentaire** en lisant de nombreux articles et ouvrages recensés dans la bibliographie. J'ai également participé aux réflexions d'un groupe de travail piloté par l'**observatoire national des métiers de la fonction publique hospitalière** sur le métier de secrétaire médicale.

A compter d'avril 2007, j'ai mené des **entretiens semi-directifs** auprès de nombreux professionnels à partir de grilles d'entretien préalablement établies. Par ailleurs, j'ai

réalisé une **enquête** auprès de l'ensemble des secrétaires médicales du CHU, soit plus de 400 personnes physiques à la date du 11 mai 2007⁴. Un questionnaire complet a été élaboré en ce sens en collaboration avec les coordinatrices des secrétariats médicaux (CSM) et avec le soutien d'un cabinet de consultants chargé d'accompagner les CSM dans leur prise de fonctions ; ce document est joint en annexe. J'ai également organisé le premier **séminaire** des secrétaires médicales afin de faire une analyse de chaque grand processus du métier de SM ; il s'est tenu le 25 juin 2006 et a rassemblé une trentaine de SM venant de tous les services et pôles d'activité du CHU. J'ai par ailleurs été chargée de piloter le **groupe projet** équipe de suppléance en secrétariat médical ; ce groupe projet s'inscrit dans le cadre du projet social 2008-2012. Enfin, afin d'enrichir ma réflexion d'expériences diverses et novatrices, j'ai pris contact avec des établissements extérieurs, publics ou non, dans une démarche de **benchmarking**.

⁴ Source pôle personnel et relations sociales – requête informatique réalisée le 11 mai 2007 sur l'ensemble des personnes exerçant le métier de secrétaire médicale, personnels contractuels compris

1 LE METIER DE SECRETAIRE MEDICALE

Avant de s'interroger sur les enjeux et perspectives d'une réorganisation des secrétariats médicaux au sein du CHU de NANTES, il apparaît essentiel d'analyser le métier en tant que tel. Il faut en effet bien comprendre toutes les facettes du rôle et des missions des secrétaires médicales (1.1 et 1.2) avant de s'attarder sur la représentation de ce métier au CHU de NANTES (1.3).

1.1 Secrétaire médicale : un métier en pleine mutation

La secrétaire, dans l'exercice de ses fonctions, est « *une personne chargée de rédiger le courrier de quelqu'un, de classer ses documents, de préparer des dossiers, etc* ». Le secrétariat est quant à lui défini comme « *un ensemble de tâches concernant la gestion, l'organisation de quelque chose* »⁵. Dans cet esprit, une secrétaire médicale a donc vocation à prendre en charge les activités précitées pour un ou plusieurs médecins. Toutefois, cette définition apparaît quelque peu simpliste. En effet, le métier de secrétaire médicale est en pleine mutation.

1.1.1 Une attention particulière portée par l'observatoire national des métiers de la fonction publique hospitalière (ONMFPH)

L'observatoire national des métiers de la fonction publique hospitalière a pour principale mission de porter une attention particulière aux professions hospitalières. C'est dans ce cadre que l'ONMFPH a analysé le métier de secrétaire médicale.

A) Les raisons de l'étude menée par l'ONMFPH

Après avoir mené une étude prospective sur les métiers de demain dans la fonction publique hospitalière, la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) a recensé tous les métiers très fortement marqués par différents facteurs d'évolution. Le métier de secrétaire médicale a été classé en 5^{ème} position sur 20. A ce titre, un groupe focus a été constitué pour analyser ce métier. Ce groupe de travail a regroupé des professionnels hospitaliers tels que des directeurs des ressources humaines d'établissements de santé de taille différente, des coordinatrices de secrétariats médicaux, des secrétaires médicales, des directeurs des soins et moi-même. Animé par un cabinet de consultants, la réflexion de ce groupe focus a porté sur les évolutions constatées du métier de secrétaire médicale. Les fruits de cette étude ont permis la rédaction d'une pré-monographie du métier de SM.

B) Les principaux constats mis en exergue par cette étude

En terme d'activité, « *le positionnement du métier est en train de passer ou est déjà passé du binôme SM-médecin à celui d'un pool de secrétariat au service de l'ensemble de l'équipe médicale.* »⁶ L'activité des SM apparaît variée et variable selon les services mais le cœur du métier est bien l'administration de l'information médicale. Des missions transversales ou d'encadrement apparaissent également à l'hôpital ; la fonction de coordination des secrétariats médicaux ou encore celle de référente d'un processus en sont l'illustration.

Les SM doivent être polyvalentes, discrètes, respectueuses de l'éthique, dotées de capacités relationnelles, expertes et elles doivent connaître le monde médical. Les savoir-faire requis sont recensés dans le répertoire des métiers⁷. Selon la fiche métier de la SM, la fonction consiste à « *traiter et coordonner les opérations et les informations médico-administratives du patient* ». A ce titre, la SM a un rôle de « *pivot essentiel dans la relation entre le médecin, le patient et l'institution* »⁸.

Selon l'étude prospective menée par l'ONMFPH, les 10 facteurs d'évolution impactant le métier de SM sont :

1. **La démographie** : la prise en charge de personnes âgées de plus en plus nombreuses a un impact en terme de dimension sociale du métier de SM et de besoin accru d'écoute et d'information des patients ;
2. **La demande des usagers** : le patient, acteur de sa santé, est désireux d'information et veut être associé aux décisions qui le concernent. Le patient consommateur est de plus en plus exigeant quant à la qualité de sa prise en charge. Le patient vieillissant a besoin d'accompagnement. Ceci a des répercussions directes sur les compétences à développer par les SM dans les domaines du relationnel, de l'accueil et de l'orientation des patients, de l'évaluation des pratiques professionnelles, de l'éthique et du droit des patients, de la traçabilité de l'information et du respect des procédures ;

⁵ Définitions extraites du dictionnaire encyclopédique des noms communs LAROUSSE

⁶ MINISTERE DE LA SANTE, document de travail 2007 non publié à ce jour, *Pré-monographie du métier de secrétaire médicale*, source ONMFPH

⁷ MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS. *Les métiers de la santé et du social*. (visité le 24.09.07), disponible sur internet : http://www.metiers.santesolidarites.gouv.fr/fiche.php3?id_article=90

3. **L'organisation de l'offre de soins** : le développement de la coordination entre les secteurs sanitaire, social et médico-social, entre public et privé, entre la ville et l'hôpital contraint la SM à assurer une gestion optimisée du parcours de soin ;
4. **L'évolution des pratiques de soins** : l'augmentation des polyopathologies, des maladies chroniques et des pathologies du vieillissement engendre une approche plus globale et coordonnée de la prise en charge ;
5. **L'évolution des technologies médicales, de l'innovation et de la recherche** : l'apparition d'hyper-spécialités, le développement de l'e-santé, de la recherche clinique et des expertises impliquent pour les secrétaires médicales une utilisation accrue de l'informatique et des outils de télécommunications ;
6. **L'évolution médico-économique** : le nouveau mode de financement des établissements de santé conduit à une recherche de l'efficacité dans une logique d'optimisation des coûts. Cela peut avoir des conséquences en matière de détermination de l'effectif de SM nécessaire ;
7. **L'évolution de l'organisation interne et du management** : la nouvelle gouvernance hospitalière rappelle la nécessité de développer la capacité à travailler en équipe, notamment avec les personnels médicaux et soignants ;
8. **L'évolution des systèmes d'information et de gestion des flux** : le développement de l'information et de la communication ainsi que l'évolution de la gestion du dossier patient nécessitent une adaptation rapide des SM aux nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) ;
9. **L'évolution des politiques de qualité et de gestion des risques** : la certification des établissements de santé comme l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) impliquent une adaptation d'une logique de respect des procédures à une logique d'appropriation de compétences par les professionnels ;
10. **L'évolution du système de formation professionnelle initiale et continue** : la mise à niveau et le renouvellement des compétences devront être permis par un fort développement de la formation continue. Par ailleurs, la validation des acquis de l'expérience (VAE) permettra des évolutions de carrière.

⁸ MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS. document de travail 2007 non publié à ce jour, *Pré-monographie du métier de secrétaire médicale*, source ONMFPH

1.1.2 Une profession en quête de reconnaissance

A) Les caractéristiques du métier

Les caractéristiques du métier de SM démontrent que la secrétaire médicale est de plus en plus au contact du patient. Ainsi, dans un article⁹ publié dans la revue « gestions hospitalières » en 1998, le métier de SM est décrit comme supposant des qualités relationnelles. La secrétaire médicale a une réelle mission de coordination : « *j'ai vraiment le sentiment d'être une représentante de l'institution* » dit l'une des SM interrogées. De même, les rapports avec les médecins de ville placent les SM en position de médiation et de relais. Enfin, la secrétaire médicale assure également un rôle « tampon » entre les différents acteurs des services de soins.

En 2000¹⁰, le Centre d'études et de recherche sur les qualifications (CEREQ) a mené une étude sur l'évolution du métier de secrétaire : « de la secrétaire à l'assistante, l'évolution d'une profession ». Josiane PINTO, maître de conférences de psychologie à l'Université Paris VII fait une synthèse de ce contrat d'études prospectives (CEP) sur le secrétariat¹¹ auquel elle a participé. Selon elle, « *ni favorables, ni nuisibles, les nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) recomposent les activités du secrétariat* ». Au fur et à mesure de l'essor des NTIC, les secrétaires ont pu se libérer de tâches dévoreuses de temps pour se consacrer à des activités de coordination et de gestion et s'impliquer davantage dans le contenu des dossiers. Ainsi, « *la mission de médiation et d'accompagnement de l'assistante placée en première ligne relationnelle, tant à l'interne qu'à l'externe, peut gagner en intensité* ».

Le profil de la secrétaire tend également à évoluer vers une augmentation du niveau de qualification initial. En ce sens, Josiane PINTO précise que « *le BTS est devenu le référent qui caractérise l'évolution du métier* ». Toutefois, selon une étude menée par le CEREQ (enquête génération 92), 38% des secrétaires récemment recrutées sont titulaires du baccalauréat alors que 37% détiennent un brevet de technicien supérieur (BTS), soit un niveau bac+2. Cette évolution traduit les différents niveaux de secrétaires identifiés dans le CEP, à savoir la secrétaire polyvalente, l'assistante de direction et l'assistante spécialisée.

⁹ BOSLI P., VASSY C., février 1998, « Secrétaire médicale, simple exécutante ou pivot de l'équipe hospitalière », *Gestions Hospitalières*, n°373, pages 120-123

¹⁰ PINTO J., janvier 2000, « de la secrétaire à l'assistante, un processus qui requiert un accompagnement », *Bref*, n°160 (visité le 24.09.07), disponible sur internet : <http://www.cereq.fr/cereq/b160.pdf>

¹¹ MINISTERE DE L'EMPLOI. Délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle, septembre 2000, *Contrat d'études prospectives secrétariat : « de la secrétaire à l'assistante, l'évolution d'une profession »*, Ministère de l'Emploi, collection « prospective formation emploi », 304 p. – (visité le 24.09.07), disponible sur internet : <http://www.travail.gouv.fr/publications/CEP/assistance/cep34ass.html>

L'étude du CEREQ a été menée auprès du secteur privé et exclut donc les secrétaires de la fonction publique. De la même manière, elle a porté sur le secrétariat classique, non sur le secrétariat médical. Pour autant, les facteurs d'évolution sont les mêmes dans la fonction publique hospitalière et ils influencent également le métier de SM. Les professionnels du secrétariat médical doivent être dotés de fortes capacités d'adaptation et de sens du relationnel. En ce sens, l'ONMFPH a souligné dans la pré-monographie du métier de SM que la formation initiale doit être reconstruite et la formation continue développée afin d'être en adéquation avec la fiche métier.

B) Ni soignantes, ni administratives

Si les facteurs d'évolution sont identifiés de même que leurs répercussions directes sur le métier de secrétaire médicale, il n'en demeure pas moins que les SM sont en quête de reconnaissance. Cela s'explique en partie par la méconnaissance de leur métier. Mais cela se justifie également par le fait que cette population n'appartient pas à la filière des personnels soignants, bien qu'elle exerce au sein des services de soins. Elle n'appartient pas non plus à la famille des métiers administratifs du fait qu'elle exerce au sein des unités de soins.

A l'hôpital, chaque professionnel s'identifie à une famille de métiers. Un médecin appartient au corps médical, qu'il soit interne ou praticien hospitalier-professeur des universités. De la même manière, le personnel soignant regroupe toutes les filières professionnelles intervenant auprès des patients, de l'agent des services hospitaliers à l'infirmier spécialisé, en passant par l'encadrement soignant. Au sein des personnels administratifs sont réunis tous les métiers en lien avec l'administration, de l'agent administratif au directeur d'hôpital. D'un point de vue transversal, les personnels d'encadrement appartiennent eux aussi à une filière. En revanche, les secrétaires médicales ne relèvent d'aucune des familles de métiers précitées. Le statut particulier des SM répertorie pourtant cette profession dans la filière administrative bien que la réalité démontre que les secrétaires médicales ne se considèrent pas comme relevant de cette famille.

Il n'y a donc aucun sentiment d'appartenance à l'une ou l'autre de ces filières. Il en découle inéluctablement un besoin de reconnaissance qui a conduit quelques professionnelles à créer une association des secrétaires médico-sociales et des référentes (ASMR)¹². Cette association dispose d'un site Internet et communique autant

¹² ASMR, *Association des Secrétaires Médico-sociales et des Référentes*. (visité le 24.09.07), disponible sur internet : www.asmr.org

que faire se peut. Par ailleurs, elle organise des conférences, des formations et des journées d'échange destinées aux secrétaires médicales. Créée en 1990, l'ASMR compte aujourd'hui 300 membres. Les fondatrices de cette association ont voulu « *dynamiser une profession mal structurée et trop longtemps restée dans l'ombre* ». Dans le cadre de ses actions, l'ASMR dispense des formations dont l'objectif principal est d'adapter les compétences des SM aux évolutions du métier. Dans le même esprit, il existe un portail Internet qui regroupe les offres d'emplois, de missions et de stages à destination des secrétaires médicales¹³.

1.2 La dimension psychologique de la relation médecin-secrétaire médicale

Dans un article publié dans l'édition du journal « Le Parisien » du 5 mars 2007¹⁴, une secrétaire médicale affirme : « *sans nous, je ne sais pas ce que les médecins deviendraient* ». L'auteur de ce texte qualifie la SM de « *rouage essentiel au bon fonctionnement d'un service hospitalier ou d'un cabinet privé* ». A la lecture de ces constats, il apparaît nécessaire de s'interroger sur le fondement des liens existant entre les médecins et leur secrétaire (1.2.1) et d'en analyser les conséquences (1.2.2).

1.2.1 « Une relation enchantée, la secrétaire et son patron »¹⁵

Josiane PINTO, auteur précité, travaille depuis de nombreuses années sur l'analyse du métier de secrétaire. L'un de ses premiers constats consiste à démontrer que le métier de secrétaire occupe une position centrale dans l'ensemble des professions exercées par les femmes. La prédiction d'Alexandre DUMAS est ainsi démentie puisqu'il affirmait dans les années 1850 qu'une « *femme perdra toute sa féminité en mettant les pieds dans un bureau* ». La description de la population nantaise des SM qui sera faite plus loin ne pourra que confirmer la féminisation de ce métier.

Pour Josiane PINTO, « *le secrétariat est moins un métier qu'une condition définie par l'aptitude à être au service d'une personne singulière* ». La secrétaire médicale serait donc une personne dotée des capacités, savoirs et compétences la rendant apte à satisfaire les exigences professionnelles d'un médecin, ce dernier étant considéré comme

¹³ SECRETAIRES-MEDICALES-enligne.com, *le portail emplois, missions et stages des secrétaires médicales*. (visité le 24.09.07), disponible sur internet : <http://www.secretaires-medicales.enligne-fr.com/>

¹⁴ DROIN A., mars 2007, « secrétaire médicale, le maillon fort entre patients et médecin », *journal « Le Parisien »*, édition du 5 mars 2007, (visité le 24.09.07), disponible sur internet : <http://www.asmr.org/xmedia/pdfs/leparisien20070305.pdf>

¹⁵ PINTO J., septembre 1990, « une relation enchantée, la secrétaire et son patron », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°84, fascicule intitulé « Masculin/féminin – 2 », pp 32-48

une personne singulière. Dans un autre article (« de la secrétaire à l'assistante, un processus qui requiert un accompagnement »), le même auteur explique que « *des scribes égyptiens à la micro-informatique, le métier de secrétaire a absorbé au fil du temps la notion de « secret » et symbolisé une délégation de pouvoir par la maîtrise de l'écriture* ». Ainsi, la connaissance de la terminologie médicale permet à la SM d'accéder à un niveau d'information très élevé du contenu des dossiers médicaux des patients pris en charge par le médecin auquel elle est rattachée. Liée par le secret professionnel, il n'en demeure pas moins que la secrétaire médicale dispose d'une connaissance quasi exhaustive de l'activité de son « patron ». Elle maîtrise les spécificités de la discipline médicale et est capable de répondre aux nombreuses questions posées par la clientèle du praticien. De la même manière, son niveau d'expertise lui permet de gérer au mieux et de satisfaire ainsi les attentes du médecin et des patients. En ce sens, « *informée de tous les dossiers, elle détient le privilège non négligeable de peser sur tout ce qui gravite autour du patron* ».

Plus la secrétaire médicale se montrera efficace dans son travail, plus le médecin se reposera sur elle comme sur un pilier de l'organisation de son service. La SM se pose alors comme l'interface entre le médecin pour lequel elle travaille et tous les autres professionnels, internes comme externes. Josiane PINTO expose ce rôle d'interface à travers un exemple : « *la porte souvent ouverte symbolise le rôle intermédiaire de la secrétaire entre les différentes catégories de personnel et entre l'intérieur et l'extérieur de l'organisation* ».

Tout cela conduit Josiane PINTO à décrire « *la secrétaire qui, à partir d'indices imperceptibles, sait deviner, anticiper, prévoir, allège les charges de commandement en libérant le patron pour les activités les plus importantes et les plus nobles.../... la secrétaire tend à devenir irremplaçable* ». Ainsi, le médecin ne peut-il exercer sereinement son activité sans une secrétaire qui saura l'assister au quotidien et le libérer de toutes les tâches chronophages mais pourtant essentielles d'accompagnement et d'écoute des patients et de leur famille ainsi que de l'administration et de la gestion du dossier médical. Il s'agit toutefois d'un scénario idyllique qui consisterait à appliquer l'équation suivante : un médecin = une secrétaire. Or, les organisations hospitalières sont en mouvance perpétuelle et la nouvelle gouvernance hospitalière (NGH) invite les managers à rationaliser et à mutualiser les moyens. De la même manière, le métier de SM est très fortement impacté par de nombreux facteurs d'évolution. L'équation « un médecin = une secrétaire » n'a donc plus de raison d'être, ce pourquoi la prémonographie du métier de secrétaire médicale réalisée par la DHOS précise que « *le positionnement du métier est en train de passer ou est déjà passé du binôme*

SM/médecin à celui d'un pool de secrétariat au service de l'ensemble de l'équipe médicale ». Pour autant, le changement ne pourra s'opérer sans un minimum d'accompagnement.

1.2.2 Un nécessaire accompagnement au changement

La dimension psychologique de la relation médecin-secrétaire médicale est prégnante mais les mutations du métier de SM vont modifier les liens existant pour diverses raisons.

A) L'impact des nouvelles technologies

La part grandissante des nouvelles technologies de l'information et de la communication implique une redistribution de travail au sein des secrétariats. Les équipes doivent être reconfigurées et les secrétariats communs à plusieurs professionnels se développent. Grâce aux NTIC, les secrétaires médicales se libèrent de certaines tâches dévoreuses de temps pour se consacrer à des activités de coordination et de gestion. Elles peuvent mieux s'impliquer dans des dossiers de fond. De la même manière, la mission de médiation et d'accompagnement de la secrétaire médicale placée en première ligne relationnelle, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'organisation, peut gagner en intensité.

B) Les impacts de la démographie du métier

La démographie du métier a également des répercussions directes qui vont nécessiter un accompagnement tant en besoins en recrutements que dans le cadre de la gestion des compétences.

a) Les besoins en recrutements

Au 31 décembre 2001, 22 828 secrétaires médicales étaient dénombrées dans le milieu hospitalier. Les projections réalisées par la DHOS démontrent que le métier de SM devrait être exercé par près de 30 000 personnes dans les années à venir. D'ici 2015, 38% des effectifs de secrétaires médicales vont partir en retraite. Le besoin en recrutements potentiels est évalué à 1000 postes par an. En matière de gestion des ressources humaines, il apparaît nécessaire d'anticiper au mieux ces départs afin de recruter un personnel au profil adéquat.

b) La gestion des compétences

Le niveau de qualification est désormais fixé à un niveau supérieur de type BTS. C'est donc la formation initiale qui va devoir être repensée, de même que la formation continue va devoir se développer afin de permettre aux professionnelles d'adapter leurs compétences aux besoins. Par ailleurs, si le secteur public est relativement attractif, le métier est méconnu. Il en découle un manque d'intérêt pour cette profession, d'autant

plus que le recrutement s'effectue sur concours dans la fonction publique hospitalière. Lorsque le recrutement est réalisé dans le cadre d'un contrat de travail à durée déterminée, le niveau demandé est le plus souvent un BTS pour une rémunération sur le grade d'agent administratif la plupart du temps (soit environ 1200 euros nets mensuels). Les modalités de recrutement pourraient donc être améliorées au même titre que le déroulement de carrière et les possibilités d'évolution.

C) Les conséquences sur la relation médecin-secrétaire médicale

Enfin, si les SM sont tenues de s'adapter aux évolutions de leur métier, les médecins sont eux aussi directement concernés par ces changements. En effet, les modifications organisationnelles ne doivent pas avoir pour conséquence la perte de l'assistance précieuse des secrétaires médicales dans le quotidien de la gestion du service. Toutefois, le binôme médecin-secrétaire médicale a vocation à disparaître au profit d'un pool de secrétariat médical au service d'une équipe médicale. Il en découle une nouvelle forme de relation entre les médecins et les SM de leur service. Ainsi, un médecin ne pourra plus s'appuyer sur une personne mais sur plusieurs, chacune des secrétaires médicales étant dotées des compétences et savoirs nécessaires à la prise en charge du secrétariat médical concerné. C'est sans nul doute le changement le plus difficile à accepter et à accompagner. L'association des professionnels au changement ne peut que faciliter la démarche. En ce sens, il peut s'avérer judicieux d'étudier le fonctionnement global d'un secrétariat médical par processus. Cette méthode permet en effet de construire une organisation de service autour des missions à accomplir et non à partir des personnes en présence. C'est un gage de fiabilité et de stabilité même s'il est certain qu'une organisation doit s'adapter au fur et à mesure des évolutions.

1.3 Le métier de secrétaire médicale au CHU de NANTES

Les données relatives à l'analyse du métier de secrétaire médicale au CHU de NANTES proviennent de différentes sources. En effet, j'ai réalisé un questionnaire que j'ai adressé à l'ensemble des secrétaires médicales de l'institution, soit près de 400 agents titulaires. L'enquête portait notamment sur l'organisation du travail, les conditions d'exercice, la perception du métier et les perspectives. 156 secrétaires médicales ont répondu à ce questionnaire, soit un taux de retour de 44,82 % très satisfaisant pour une première enquête. En lien avec les coordinatrices des secrétariats médicaux, j'ai également organisé un séminaire des secrétaires médicales, le premier à Nantes. L'objectif de cette journée de travail était de décrypter les principales missions du métier de SM. Dans le cadre de l'enquête comme à l'occasion du séminaire, la démarche retenue a été de travailler sur une analyse par processus. Ainsi, la réflexion a porté sur l'accueil physique

des consultants, l'accueil physique des hospitalisés, l'accueil téléphonique et la gestion du dossier médical.

1.3.1 La population nantaise des secrétaires médicales

Le pôle personnel et relations sociales a réalisé une extraction de données sur l'ensemble des agents exerçant le métier de secrétaires médicales au CHU de NANTES. L'exploitation de ces informations permet d'établir une photographie des professionnelles nantaises sous différents angles.

A) Un volume d'emplois conséquent

Les données extraites du logiciel de gestion du personnel en date du 11 mai 2007¹⁶ démontrent que 462 personnes exercent le métier de secrétaire médicale au CHU de NANTES, soit 428,80 équivalents temps plein (ETP). Il s'agit là de l'ensemble des agents c'est-à-dire sans distinction de statut. En d'autres termes, le CHU de NANTES emploie 462 SM titulaires, stagiaires ou contractuelles. Au 31 décembre 2006¹⁷, le volume des emplois du CHU se répartit comme suit :

- 8 862 personnels non médicaux (soit 8 048 ETP)
- 1 998 personnels médicaux

La part des agents exerçant le métier de secrétaire médicale atteint donc plus de 5 % du personnel non médical et plus de 4% de l'ensemble du personnel hospitalier du CHU de NANTES. Il est également à noter que 100% de l'effectif des SM est féminin.

B) Un même métier mais différents grades

Sur les 462 agents, 247 sont rémunérés sur le grade de secrétaire médicale (soit 225,35 ETP) et 215 (soit 203,45 ETP) en qualité d'adjoint ou d'agent administratif. Cette différence de grade, alors que les missions confiées sont identiques, génère des insatisfactions parmi les professionnels concernés. En effet, il faut savoir que les traitements ne sont pas du tout les mêmes puisque le corps des secrétaires médicales relève de la catégorie B alors que les corps des adjoints et des agents administratifs relèvent de la catégorie C. Ainsi, au CHU de NANTES, le coût moyen prévisionnel des traitements bruts et des charges patronales s'élève à :

- 42 346,20 euros par an pour une SM titulaire, soit 3 528,85 euros mensuels ;

¹⁶ Requête informatique du pôle personnel et relations sociales en date du 11 mai 2007

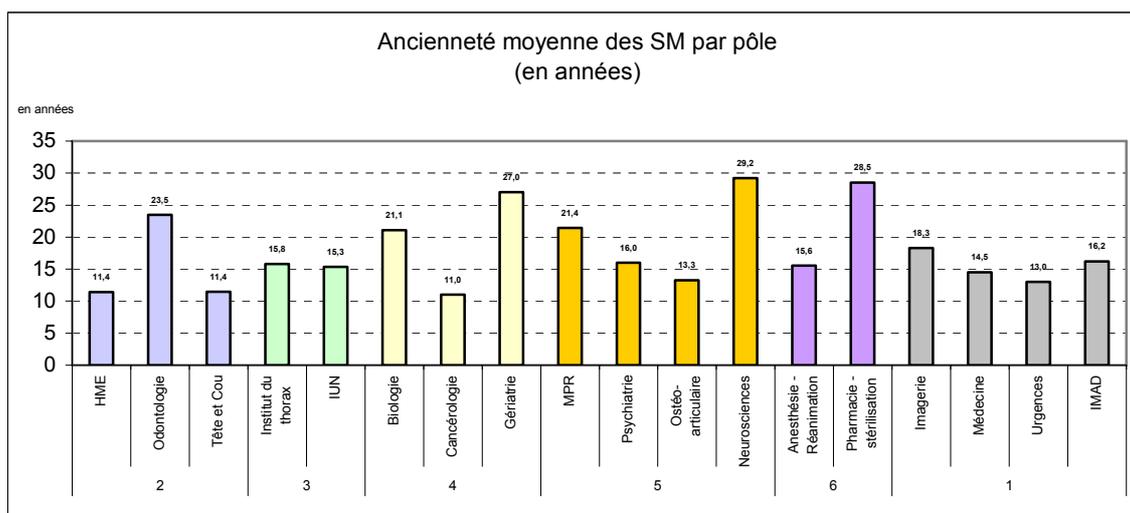
- 35 735,77 euros par an pour un adjoint administratif titulaire, soit 2 977,98 euros mensuels ;
- 22 701,32 euros par an pour un agent administratif contractuel, soit 1 891,78 par mois.

L'impact financier des types de recrutement n'est donc pas négligeable et le contexte budgétaire tendu des établissements de santé justifie en grande partie le recours à ces recrutements sur des grades inférieurs mais souvent à diplôme supérieur pour assurer des missions identiques. Au 26 avril 2007¹⁸, 113 agents exercent les fonctions de SM en qualité de contractuels ; 110 d'entre eux sont recrutés en qualité d'agent administratif, soit près de 100%.

C) Une ancienneté traduisant l'attachement à un service

L'âge moyen de la population nantaise des secrétaires médicales est de 40 ans, tous corps confondus. Les agents titulaires du grade de SM ont un âge moyen de 47 ans alors que les agents titulaires des grades d'adjoint et d'agent administratifs ont un âge moyen de 37 ans. Ceci s'explique notamment par le fait que les personnels contractuels sont recrutés en qualité d'agents administratifs et sont en début de carrière, donc plus jeunes.

L'ancienneté moyenne des SM au CHU de NANTES varie selon les pôles d'activité médicale. Elle s'étend de 11 à 29,2 années¹⁹ comme le démontre le graphique ci-dessous :



¹⁷ Source : chiffres clés du CHU de NANTES, publiés en juillet 2007

¹⁸ Source : requête informatique du pôle personnel et relations sociales (PPRS) en date du 26 avril 2007

¹⁹ Source : données issues du questionnaire adressé aux SM - août 2007

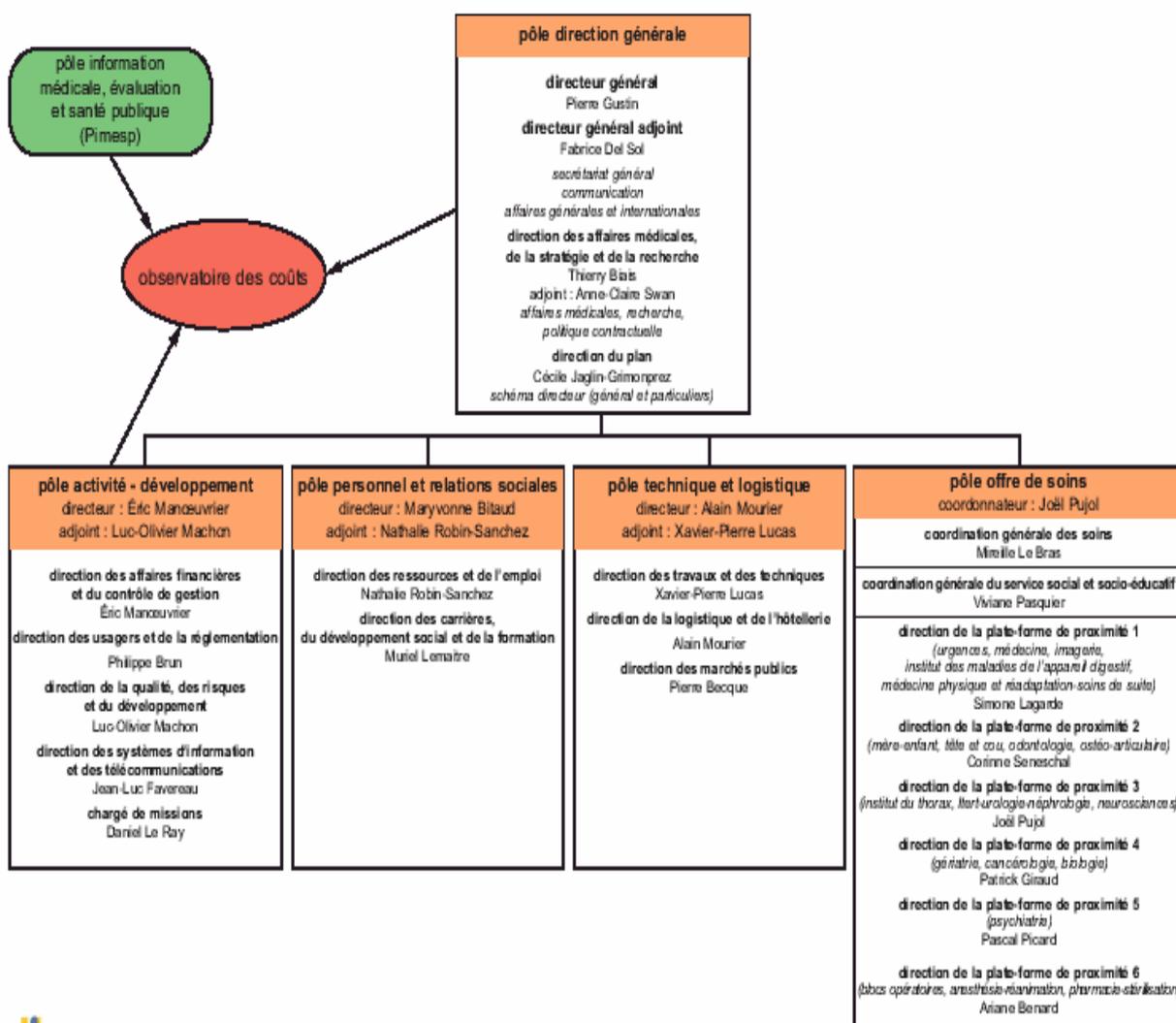
1.3.2 La vision du métier par les professionnelles concernées

Les professionnelles concernées peuvent être regroupées en deux catégories : les coordinatrices des secrétariats médicaux (CSM) et les secrétaires médicales.

A) Une coordination des secrétariats médicaux naissante

La coordination des secrétariats médicaux est extrêmement récente au CHU de NANTES. Sa mise en place découle de la nouvelle organisation administrative sous forme de pôles. Depuis avril 2006, la direction est en effet organisée sous forme de pôles d'activité, au même titre que les pôles d'activités médicales qui datent de 1997-1998 à NANTES. Le Directeur général a ainsi voulu rapprocher la décision du terrain. En ce sens, il a regroupé les directions fonctionnelles comme suit ²⁰:

ORGANIGRAMME DE DIRECTION DU CHU DE NANTES



 pôle direction générale - mise à jour mai 2007

²⁰ Source intranet du CHU de NANTES : organigramme de direction mis à jour en mai 2007

Si les pôles direction générale, activité-développement, personnel et relations sociales, technique et logistique conservent des attributions classiques telles que définies dans l'organigramme ci-dessus, le pôle offre de soins comprend des directions de plate-forme de proximité (PFP). Chacune de ces PFP regroupe plusieurs pôles d'activités médicales. Les plates-formes de proximité sont dirigées par un directeur adjoint, assisté d'un directeur des soins, d'une coordinatrice des secrétariats médicaux et d'un temps d'assistante sociale.

Lors de la mise en place de ce nouvel organigramme, les fiches de poste des CSM ont été rédigées et le recrutement organisé fin juin 2006²¹. Cinq candidates ont été retenues, l'une d'entre elles ayant la charge de deux plates-formes de proximité. Chacune des CSM assure un rôle d'expertise auprès des directeurs de PFP et une mission d'encadrement transversal sur l'ensemble des secrétariats médicaux relevant de la plate-forme à laquelle elle est affectée. Les CSM ont progressivement pris leurs fonctions entre le mois d'octobre 2006 et le mois de janvier 2007. Elles ont bénéficié d'actions de formation afin de disposer des outils nécessaires à leurs missions (par exemple : la gestion des conflits, l'analyse des processus, les audits ciblés...).

La coordination des secrétariats médicaux est une fonction nouvelle au CHU de NANTES. A ce titre, les CSM doivent se faire reconnaître et gagner leur légitimité institutionnelle. Si leur prise de fonction a été annoncée officiellement, elles ont rencontré des difficultés lorsqu'elles se sont présentées aux différents interlocuteurs de terrain. Ainsi, certains assistants de gestion (AG) ont mal vécu leur arrivée, craignant de perdre un peu de leur pouvoir. Il faut savoir que les assistants de gestion font partie du triumvirat des directions de pôle qui sont composées d'un médecin-directeur de pôle, d'un cadre supérieur de santé et d'un cadre administratif communément appelé assistant de gestion. Ces derniers ont pris leurs fonctions dans les années 1997 à 2000, au fur et à mesure de la création des pôles, le CHU de NANTES étant précurseur de l'organisation sous forme de pôles d'activités médicales. N'ayant pas de fiche de poste, chaque assistant de gestion a créé son poste à l'image de ce que souhaitait le médecin-directeur du pôle. Les profils sont donc très hétérogènes selon les pôles. Par ailleurs, les AG gèrent les plannings des secrétaires médicales. Certains d'entre eux considèrent donc l'arrivée des CSM comme synonyme de perte de pouvoir, même si la gestion des plannings des SM ne fait pas partie des missions confiées aux CSM. D'autres sont en revanche très favorables à leur arrivée. De la même manière, certains médecins-directeurs de pôle ont accueilli très

²¹ Jury de recrutement organisé le 27 juin 2006 – composition : le directeur général, la directrice du personnel, un directeur de proximité, un attaché d'administration du pôle personnel et relations sociales et moi-même

fraîchement les CSM, ne voyant pas quelle valeur ajoutée elles pourraient apporter aux pôles compte tenu de leur rattachement aux PFP. Ainsi, au-delà du positionnement des coordinatrices des secrétariats médicaux, c'est la légitimité même des plates-formes de proximité que certains médecins-directeurs de pôle ont indirectement remis en cause. Les CSM vont donc devoir œuvrer pour convaincre que leur action améliorera le fonctionnement global des secrétariats médicaux. Il faudra sans doute un peu de temps pour faire évoluer les mentalités et les regards sur ce métier nouveau.

B) La vision des coordinatrices des secrétariats médicaux

Le 2 mai 2007²², les coordinatrices des secrétariats médicaux se sont retrouvées pour travailler avec le cabinet de consultants BPI qui les accompagne dans leur prise de fonction. La journée a porté sur l'analyse du métier de SM au CHU de NANTES et a consisté à dresser la liste des points forts et des difficultés rencontrées. Par ailleurs, le questionnaire à destination des secrétaires médicales a été réalisé à cette occasion et à partir des constats.

Au titre des **points forts**, les CSM estiment que les SM sont proches de la gestion médicale. En ce sens, elles sont très attentives à l'organisation médicale du service. Le CHU met à disposition des professionnelles du secrétariat médical des outils informatiques communs tels que CLINICOM, QPLANNER ou encore QBLOC. Les agendas sont informatisés ce qui permet une meilleure gestion des rendez-vous et des plannings des médecins. Globalement, les SM font preuve de disponibilité, serviabilité, conscience professionnelle, réactivité. Elles aiment leur travail et demeurent motivées malgré une certaine lassitude liée à leurs conditions d'exercice et à leur charge de travail jugée conséquente.

Parallèlement, les CSM recensent les **difficultés** rencontrées. A ce titre, les secrétaires médicales apparaissent comme réfractaires au changement. Les pratiques professionnelles sont très hétérogènes et les formations initiales disparates. Très cantonnées à la dactylographie, les secrétaires médicales ont beaucoup de mal à prendre du recul sur leur métier et leurs pratiques. Elles sont considérées comme étant corvéables à merci envers les médecins : « *elles travaillent pour le médecin, pas pour l'utilisateur, ni pour l'institution* ». Les secrétariats médicaux sont très cloisonnés et cela favorise le manque d'information et de coordination. Les postes de travail ne sont pas ergonomiques, ce qui engendre des problèmes de confidentialité. La répartition des tâches est telle que

²² Séminaire organisé par le cabinet BPI qui est chargé d'aider les coordinatrices des secrétariats médicaux dans la rédaction du référentiel de bonnes pratiques en matière de secrétariat médical.

plusieurs secrétaires médicales interviennent dans la prise en charge d'un patient. Enfin, le corps médical semble manquer d'intérêt pour ses secrétaires médicales. En résumé, les SM manquent d'autonomie par rapport aux médecins et les organisations de travail apparaissent comme individualistes et exclusivement tournées vers le médecin. Enfin, si les outils informatiques sont communs, ils ne sont pas utilisés de la même façon par l'ensemble des professionnels.

C) La vision des secrétaires médicales nantaises

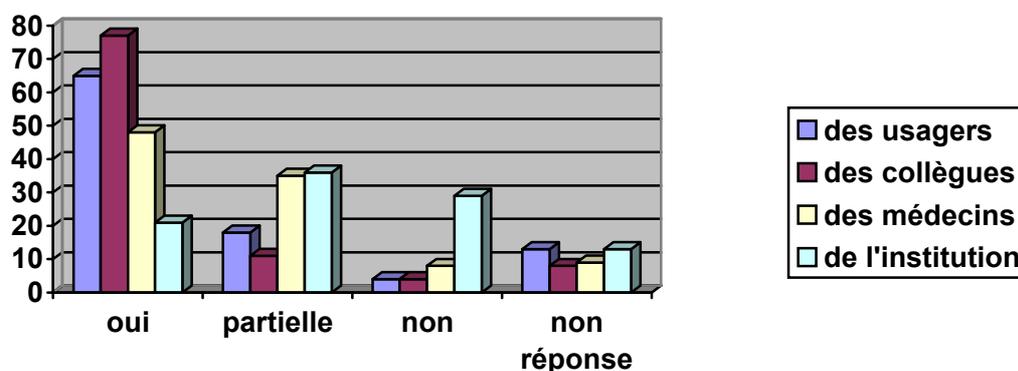
La vision des SM nantaises doit être abordée sous deux angles différents, à savoir le point de vue subjectif et le point de vue objectif.

a) D'un point de vue subjectif

L'analyse des 156 questionnaires complétés par les secrétaires médicales du CHU de NANTES permet de mettre en exergue la **perception** que ces professionnelles ont de leur métier. Tout d'abord, les SM se disent totalement satisfaites de leur emploi à hauteur de 76%, et partiellement satisfaites à hauteur de 17%. Ensuite, il est apparu important de mesurer le taux de reconnaissance ressenti par les SM. Pour cela, il leur a été demandé de se prononcer sous quatre angles différents, à savoir les usagers, les collègues, les médecins et l'institution. Les résultats sont recensés dans le tableau ci-dessous :

Reconnaissance :	Oui	Partielle	Non	Non réponse
Des usagers	65 %	18 %	4 %	13 %
Des collègues	77 %	11 %	4 %	8 %
Des médecins	48 %	35 %	8 %	9 %
De l'institution	21 %	36 %	29 %	13 %
Total	52,75 %	25 %	11,25 %	10,75 %

Mesure de la reconnaissance selon les SM



A la lecture de ces données, il apparaît clairement que les SM éprouvent un sentiment de reconnaissance pour leurs fonctions. Globalement, **77,75 % d'entre elles s'estiment totalement ou partiellement reconnues** contre 11,25 %. Les collègues semblent plus reconnaissantes que les médecins (88 % vs 83 %). Par ailleurs, les usagers et les médecins reconnaissent le travail de la secrétaire médicale de manière égale à hauteur de 83 %. En revanche, les SM estiment que l'institution ne reconnaît leur travail qu'à 57 % tandis que 29 % d'entre elles considèrent ne bénéficier d'aucune reconnaissance institutionnelle.

Dans le même esprit, l'enquête démontre que **les secrétaires médicales nantaises sont satisfaites de leur emploi à raison de 93 %**. Plus précisément, 75,65 % d'entre elles sont totalement satisfaites de leur emploi et 17,35 % le sont partiellement. Seules 6,40 % des SM se déclarent insatisfaites de leur emploi sans préciser les raisons de leur insatisfaction. Toutefois, un rapprochement peut être fait entre les difficultés rencontrées au quotidien dans l'exercice de leurs fonctions et ce sentiment de non-satisfaction. Une certaine lassitude peut engendrer une baisse de motivation, voire une démotivation propice à l'insatisfaction.

Lorsque les secrétaires médicales sont interrogées sur leurs ressentis professionnels, elles font état d'une charge de travail considérable. Elles se disent « *souvent isolées dans leurs difficultés et souffrent d'un manque d'encadrement terrain* ». Les différences d'organisation d'un service à un autre sont considérées comme négatives. A ce titre, certaines professionnelles considèrent que la répartition des tâches doit être repensée de même que les conditions de travail doivent être améliorées. La valorisation des missions des SM apparaît également nécessaire : « *besoin de reconnaissance et de repenser le rôle de la secrétaire médicale* », « *besoin de responsabilisation* ». En ce qui concerne les conditions d'exercice, l'excès de stress est mis en avant de même que l'ambiance de travail est qualifiée de tendue. Néanmoins, la « *satisfaction de l'emploi occupé* » est également soulignée, au même titre que le travail est apprécié comme « *varié et intéressant* ».

b) D'un point de vue objectif

Au-delà de la perception du métier, l'enquête a également permis de déterminer la part de chaque tâche dans l'organisation des postes. Là encore, ce questionnement a été construit autour des grands processus de travail. Les SM ont été interrogées sur la part consacrée à chacune des missions listées dans le tableau ci-dessous :

Processus	Temps moyen (arrondi à l'entier supérieur)
Accueil physique	12 %
Accueil téléphonique	13 %
Saisie des courriers et comptes-rendus	13 %
Saisie des actes médicaux	7 %
Tenue du dossier médical	11 %
Archivage	9 %
Gestion du dossier médical	8 %
Gestion des rendez-vous des patients	11 %
Organisation du transport des patients	7 %
Gestion des agendas des médecins	10 %

Ainsi, l'accueil représente 25% du temps de travail des secrétaires médicales. En effet, entre l'accueil physique et l'accueil téléphonique, les SM sont très mobilisées sur cette mission. La gestion des rendez-vous des patients et de l'agenda des médecins occupe 21% du temps des SM alors que le dossier médical (DM) compte à hauteur de 19% du temps si l'on additionne la tenue et la gestion du DM. Par ailleurs, contrairement à l'idée reçue et véhiculée par les secrétaires médicales elles-mêmes que l'essentiel de leur temps est consacré à « la frappe », il s'avère que la saisie des courriers et compte-rendus occupe seulement 13% de leur temps de travail. Objectivement, la dactylographie des divers documents de secrétariat médical couvre bien 13% du temps. En revanche, les SM ont le sentiment que cet aspect de leur travail les monopolise parce qu'elles considèrent qu'il s'agit d'une tâche prioritaire et qu'elles sont très souvent « reliées » à leur sténorette. Il s'agit bien là d'une appréciation subjective qui découle du fait que la secrétaire médicale assure la plupart du temps plusieurs tâches en même temps. Enfin, le reste du temps est consacré à l'archivage, à l'organisation du transport des patients et à la saisie des actes médicaux.

1.3.3 Des organisations de travail perfectibles

L'une des raisons qui a présidé à la décision de recruter des coordinatrices des secrétariats médicaux sur chacune des plates-formes de proximité est la volonté d'améliorer le fonctionnement global des secrétariats médicaux. A ce titre, l'une des missions prioritaires des CSM consiste à rédiger un référentiel des bonnes pratiques de secrétariat médical dans une optique d'harmonisation des pratiques. L'enquête réalisée auprès de l'ensemble des SM de l'institution a pour objet de dresser un état des lieux le

plus exhaustif possible de l'existant. A ce titre, les secrétaires médicales ont été interrogées sur l'organisation de leur service et sur leurs conditions de travail.

A) L'organisation du service

En ce qui concerne l'organisation du service, il s'avère « *difficile de faire la frappe, l'accueil et le téléphone en même temps* »²³. De la même manière, sont signalés « *des problèmes en cas de non-remplacement des temps partiels, des congés ou RTT, ce qui engendre de sérieuses conséquences sur l'organisation et des retards sur le travail* ». L'absence d'harmonisation des pratiques professionnelles engendre également des difficultés dans les organisations ; ainsi, « *les méthodes de travail différentes entre collègues* » sont citées comme néfastes. Enfin, l'accueil des usagers est évalué de mauvaise qualité par les professionnelles : « *on ne répond pas correctement aux patients* ». Cette déficience s'explique par plusieurs phénomènes. Tout d'abord, la configuration des locaux est souvent peu propice à un accueil de qualité. Les locaux sont exigus et ne permettent pas toujours de respecter la confidentialité. Par ailleurs, les secrétaires médicales interviennent sur différents processus en même temps. Ainsi, elles assurent à la fois l'accueil physique, l'accueil téléphonique et la dactylographie. Elles doivent donc répondre à plusieurs contraintes en même temps. A titre d'exemple, elles peuvent être amenées à répondre à un consultant qui se trouve au guichet en même temps qu'elles doivent répondre au téléphone et finir un courrier que le médecin attend de toute urgence. En outre, les secrétariats médicaux peuvent être éloignés de l'endroit où le patient doit se rendre et la signalétique n'est pas toujours suffisante pour permettre une orientation simple des usagers. Enfin, les postes de travail des SM ne sont pas ergonomiques et rendent difficiles les conditions d'exercice.

B) L'organisation du travail

Concernant leur temps de travail, les secrétaires médicales font état de nombreux dépassements d'horaires, notamment « *en cas d'absence de collègue imprévue et en cas de surcharge de travail ou de courriers urgents* ». Lorsque les absences sont remplacées, il n'existe pas d'organisation interne palliative ; il est donc demandé aux secrétaires médicales remplaçantes d'assurer les missions de la personne remplacée. Or, il s'avère que le temps d'intégration au sein d'un secrétariat médical est de six mois²⁴ avant qu'une SM soit apte à prendre en charge tous les aspects d'un poste au sein d'un secrétariat médical. En ce sens, il semble difficilement concevable qu'un agent remplaçant soit

²³ Les phrases en italique sont des citations extraites des zones d'expression libre des questionnaires

²⁴ Cette évaluation découle d'une réflexion menée dans le cadre d'un groupe de travail institutionnel sur la mise en place d'une équipe de suppléance en secrétariat médical – réflexion débutée en mai 2007 dans le cadre du projet social 2008-2012

efficace au pied levé. Par ailleurs, « *on demande aux contractuelles de faire en 35 heures ce que les titulaires font en 37 heures 30* » ; ce constat souligne la nécessité de mettre en place une réflexion sur l'organisation des secrétariats médicaux durant les absences afin de mieux prévoir les remplacements et le travail des agents assurant la suppléance.

La polyvalence des secrétaires médicales a également été évaluée au travers de cette enquête. Il en ressort que 90 % des SM déclarent être polyvalentes en cas d'absence inopinée. Au niveau du service, la polyvalence est estimée à 55 % pour atteindre à peine 13 % au niveau du pôle. En d'autres termes, les secrétaires médicales pallient les absences imprévues de leurs collègues de manière ponctuelle. En revanche, la polyvalence n'est réelle qu'à hauteur de 55 % au sein d'un même service pour devenir quasi inexistante au sein d'un pôle d'activité médicale. Ces données confirment le cloisonnement entre les différents services ainsi qu'entre les postes d'un même secrétariat. Il en découle un manque évident de souplesse et d'adaptation en cas d'absence imprévue.

C) Des conditions de travail variables selon les processus

a) *La gestion des plannings médicaux*

Ce processus regroupe la gestion des rendez-vous des patients et la gestion des agendas des médecins. Pour mémoire, ces tâches représentent 21 % du temps de secrétaire médicale. Les SM nantaises apprécient « *le fonctionnement en réseau car il y a un partage instantané de l'information* ». L'outil informatique de gestion informatisée des rendez-vous et des plannings médicaux (QPLANNER) est également très apprécié. En revanche, un certain nombre de dysfonctionnements sont soulignés. Tout d'abord, « *tous les médecins n'intègrent pas leurs rendez-vous dans l'agenda électronique* ». D'autres ont simplement abandonné l'agenda électronique pour revenir à l'utilisation d'un agenda « papier », ce qui induit « *beaucoup de recopiations* ». Les secrétaires médicales sont également gênées par le fait qu'elles n'ont « *pas de connaissance des présences et absences prévisionnelles des médecins* » ; il est dès lors très difficile pour elles de veiller à une programmation efficace des rendez-vous d'autant plus que cette méconnaissance génère de nombreuses re-programmations très chronophages et génératrices d'insatisfaction tant de la part des patients que des médecins eux-mêmes.

D'un point de vue technique, les SM rencontrent des « *difficultés à fixer des rendez-vous conjoints (pluridisciplinaire) car les agendas ne peuvent pas être visualisés en même temps* ». De la même manière, « *il n'existe pas de passerelle informatique entre les informations de QPLANNER et de CLINICOM* », ni entre QPLANNER et l'agenda LOTUS. Enfin, il n'existe « *pas d'outil informatique pour gérer les hospitalisations programmées* ».

b) *L'accueil physique*

Les secrétaires médicales soulignent à de nombreuses reprises les défauts de la signalétique qui ne permettent pas une bonne orientation des patients au sein de l'institution. De plus, la « *mauvaise situation géographique du secrétariat* » accentue les difficultés à s'orienter. Par ailleurs, l'absence de poste de SM dédié à l'accueil est vécue comme une difficulté supplémentaire puisque cela contraint les professionnelles à assurer plusieurs missions en même temps ; les usagers sont également peu satisfaits de cette configuration peu propice à la confidentialité et à une bonne qualité d'écoute. De la même manière, l'obligation d'assurer l'accueil physique en même temps que l'accueil téléphonique génère « *un manque de disponibilité par rapport à l'activité téléphone* ». La configuration des locaux est là encore considérée comme un handicap puisque la place manque pour accueillir correctement les patients et que la confidentialité ne peut être assurée dans de bonnes conditions.

c) *L'accueil téléphonique*

Si l'orientation des patients s'avère difficile en raison de la défaillance de la signalétique, l'orientation des appels téléphoniques est tout aussi problématique. Il semble que les causes principales de ces mauvais aiguillages des appels soient une méconnaissance des services et pôles d'activité médicale ainsi qu'une « *mauvaise utilisation de l'intranet, l'annuaire n'étant pas à jour* ». Par ailleurs, beaucoup d'usagers se plaignent parce qu'ils ne « *comprennent pas que les postes téléphoniques ne possèdent pas la tonalité d'occupation lorsque nous sommes déjà en ligne* ». Certains secrétariats médicaux sont très difficiles à joindre et sont très souvent sur messagerie. D'un point de vue technique, il est impossible de mettre la deuxième ligne en attente et l'encombrement téléphonique provoque l'insatisfaction des patients et de l'ensemble des professionnels de l'établissement. Les dysfonctionnements rencontrés concernent aussi bien les appels extérieurs que les appels intérieurs.

d) *La gestion du dossier médical*

En premier lieu, la forte augmentation des demandes de communication des dossiers médicaux en application de la loi du 4 mars 2002²⁵ induit une très nette surcharge de travail pour les secrétaires médicales. De plus, les DM sont parfois très volumineux ce qui influe directement sur le temps nécessaire à la reproduction du dossier en vue de sa communication. L'absence de photocopieuse au sein du service contraint les SM à se

²⁵ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal officiel, n°54 du 5 mars 2002. (visité le 24.09.07), disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/Waspad/Visu?cid=588245&indice=1&table=JORF&ligneDeb=1>

déplacer pour dupliquer les documents à transmettre ; elles ne sont donc plus présentes à leur poste de travail durant ce laps de temps.

Les allers et retours des dossiers médicaux entre les secrétariats médicaux et le service des archives centrales peuvent être relativement longs ; les archives étant délocalisées, il faut parfois attendre une journée avant de recevoir le dossier demandé. Par ailleurs, il arrive que « les DM restent dans les casiers des médecins ». Toutes ces difficultés conduisent la plupart du temps à un non-respect du délai de communication des dossiers médicaux lorsque le DM doit être transmis dans les huit jours conformément aux dispositions législatives. Enfin, il faut également noter la présence de nombreux doublons de dossiers médicaux qui complique la recherche de dossiers.

Il faut néanmoins préciser que les tâches relatives à la communication des DM sont confiées au secrétariat central de l'Hôtel Dieu, seul site du CHU disposant de cette organisation particulière. Les secrétariats médicaux de l'Hôtel Dieu ne souffrent donc pas des dysfonctionnements précités.

e) *La saisie des courriers et comptes-rendus*

La présence de plusieurs secrétaires médicales et les nombreux passages au sein du secrétariat médical sont considérés comme facteurs de gêne et de perte de temps ; il est en effet beaucoup plus ardu de se concentrer dans un environnement bruyant et en mouvement. Le travail de dactylographie peut être assez irrégulier et dépend du circuit des cassettes entre les médecins et les secrétaires médicales.

La mise à jour des coordonnées des médecins, internes et externes n'est pas effectuée de même que les corrections des coordonnées des patients ne sont pas faites ; cela occasionne de nombreux désagréments et ralentit le circuit du courrier.

L'absence d'outil de type dictée numérique dans de nombreux services génère également une perte de temps, notamment lorsqu'il faut rechercher sur quelle cassette se trouve le compte-rendu urgent demandé par le praticien. Dans le même esprit, « *les courriers urgents ne sont pas toujours signalés* » aux secrétaires médicales qui ne peuvent donc pas prioriser leur travail correctement. Les délais d'envoi de courriers sont ainsi allongés et dépassent le délai légal de huit jours, notamment en raison du circuit de signature des médecins et des internes et du fait que certains médecins « *ne dictent pas régulièrement les comptes-rendus d'hospitalisation après la sortie du patient* ».

Une étude des délais d'envoi des comptes-rendus d'hospitalisations au CHU de NANTES²⁶ a été réalisée à partir de 21 969 dossiers médicaux. Les résultats suivants démontrent que seul un CRH sur deux est envoyé dans le respect de la réglementation :

²⁶ Mars 2005 – étude des délais d'envoi des CRH réalisée par Mme Geneviève GUERIN, cadre supérieur de santé

Délai d'envoi des CRH	Nombre de CRH	Equivalent en %
Respect de la réglementation (8 jours maxi)	11 275	51,30 %
Entre 9 et 15 jours	4 689	21,35 %
Entre 16 et 30 jours	3 668	16,70 %
Entre 30 et 60 jours	1 664	7,60 %
Plus de 60 jours	673	3,05 %

f) *La saisie des actes médicaux*

Comme le révèle l'enquête réalisée auprès des secrétaires médicales nantaises, la saisie des actes médicaux occupent 7 % de leur temps. Elles s'estiment peu formées à ce travail et ne disposent d'aucun référentiel en la matière. Il leur faut parfois « *consulter le dossier des patients pour coter les actes car les médecins ne le font pas systématiquement* ». Par ailleurs, « *les cotations ne sont pas toujours bien précisées* ». En revanche, « *l'établissement d'une liste des résumés d'unité médicale (RUM) non passés une fois par semaine permet une meilleure visibilité du travail réalisé* ».

g) *L'organisation du transport des patients*

L'établissement des bons de transport est souvent oublié par le médecin ce qui conduit les patients ou les ambulanciers à revenir vers les secrétaires médicales pour obtenir la prescription de transport. Par ailleurs, les patients doivent souvent attendre longtemps avant que le transporteur n'arrive ; cela conduit parfois les SM à rester dans le service au-delà de leurs horaires de présence pour ne pas laisser le patient seul.

h) *L'archivage*

Globalement, le processus d'archivage fonctionne plutôt bien depuis la mise en place des archives centrales. Le logiciel JIM permet une traçabilité du dossier médical ; cela permet donc de gagner du temps à condition que le DM soit enregistré dans JIM à chacun de ses mouvements. Par ailleurs, les « *bonnes relations avec les archivistes* » facilitent le processus. Les secrétaires médicales ont également gagné du temps et de l'espace depuis que le classement des documents à insérer dans les DM est assuré par les archivistes au niveau des archives centrales.

Toutefois, des difficultés demeurent comme le manque de place pour les dossiers en cours au secrétariat en raison de la configuration actuelle des locaux. De la même manière, certains dossiers peuvent s'égarer s'ils sont empruntés sans en informer la secrétaire médicale ou s'ils ne sont pas enregistrés dans le logiciel JIM. Par ailleurs, « *l'éloignement des archives centrales ne permet pas d'obtenir rapidement les dossiers* ».

en cas d'urgence » ; pour autant, il reste possible d'imprimer une synthèse du DM à partir du logiciel CLINICOM en attendant la livraison du dossier médical qui interviendra au plus tard après quelques heures. Enfin, les pôles dont les dossiers ne sont pas encore pris en charge aux archives centrales rencontrent beaucoup plus de difficultés dans le processus d'archivage, notamment en matière d'espace de stockage et de perte de dossiers.

Il faut également noter qu'il existe encore des services non reliés aux archives centrales. A titre d'exemple, le pôle tête et cou assure lui-même le stockage et l'archivage des dossiers médicaux de ses services.



Le métier de secrétaire médicale a déjà profondément évolué et il changera encore compte tenu des nombreux facteurs d'évolution recensés par l'observatoire national des métiers de la fonction publique hospitalière. Pour autant, la mutation de ce métier n'a pas encore vraiment remise en cause la dimension psychologique de la relation entre le médecin et sa secrétaire, d'où la nécessité de mettre en place un accompagnement. Par ailleurs, l'analyse de la population des secrétaires médicales au CHU de NANTES et de leur vision du travail a permis de mettre en exergue la perfectibilité des organisations en place.

Les organisations peuvent être définies comme un ensemble de personnes qui travaillent conjointement, le rôle de chacun étant bien défini, afin d'atteindre un objectif commun²⁷. Par ailleurs, le management peut être résumé comme étant l'art ou la manière de conduire une organisation, de planifier son développement, de la diriger dans tous les secteurs d'activité qui la composent. Or, l'un des premiers constats des coordinatrices des secrétariats médicaux consiste à dire qu'il existe « *autant d'organisations que de secrétariats médicaux* » au CHU de NANTES. Par ailleurs, selon d'Iribarne²⁸, ingénieur et sociologue de son état, le Français agit selon l'honneur et non selon les règles édictées. La peur de déchoir prime sur tout le reste. Les Français sont marqués par le sens du devoir et par un rapport affectif au travail. C'est particulièrement vrai pour les secrétaires médicales comme en atteste le lien existant entre elles et les médecins avec qui elles travaillent.

²⁷ LAUDE L., supports de cours à destination des élèves directeur d'hôpital, 2006-2007, *organisation et management hospitalier, organisation et management des personnes, management et relations sociales, conduite du changement*. Cours ENSP

²⁸ D'IRIBARNE P., 1989, *La logique de l'honneur : gestion des entreprises et traditions nationales*, Editions du Seuil, 283 p.

L'hôpital public est un lieu de pouvoirs et de contre-pouvoirs. Les enjeux de pouvoir doivent donc être étudiés dans les moindres détails afin d'être en capacité de décider de l'opportunité ou non de l'ajustement, voire de la refondation du système en place et de surmonter les résistances inhérentes aux modifications envisagées. Il est en effet essentiel d'analyser les opportunités et les menaces liées à l'environnement et d'identifier les forces et les faiblesses internes avant de se lancer dans la grande aventure du changement. De cette étude globale découlera un scénario intégrant les neuf phases incontournables que sont :

- la clarification des enjeux, la vision et les objectifs à atteindre : une analyse globale de la situation est un pré-requis nécessaire avant d'envisager un changement, aussi minime soit-il ;
- le sens à donner au changement : chaque acteur doit comprendre le changement pour pouvoir adhérer ;
- la manière de faire évoluer les différences culturelles, c'est-à-dire comment encourager et faciliter la capacité d'adaptation au changement ;
- la définition d'une démarche d'action ou comment mobiliser, catalyser en fonction de la profondeur du changement à mettre en œuvre ;
- la gestion des enjeux de pouvoir : toute atteinte à un pouvoir entraîne une résistance. Le meilleur contrôle du pouvoir est la responsabilité, ce pourquoi la réussite d'un changement passe souvent par la réorientation des hommes-clés ;
- la gestion des différentes phases du changement : le déni, la résistance, la décompensation, la résignation et l'intégration ;
- les leviers à utiliser : l'urgence, la loi et la règle, l'évolution de la technique, les modifications de l'environnement, la mobilisation des cadres, l'exemple, la démonstration, l'information, la formation, l'écoute et le dialogue.

Au vu des éclairages apportés par l'analyse du métier de secrétaire médicale, l'étude des enjeux d'une réorganisation des secrétariats médicaux permettra de définir les perspectives à envisager pour le CHU de NANTES.

2 ENJEUX ET PERSPECTIVES D'UNE REORGANISATION DES SECRETARIATS MEDICAUX

L'analyse du métier de secrétaire médicale révèle la complexité des missions confiées et la mutation profonde de la fonction elle-même. En outre, l'état des lieux de l'existant au CHU de NANTES démontre la perfectibilité des organisations en place. Toutefois, avant de se lancer dans une réorganisation en profondeur, il faut préalablement s'interroger sur les enjeux d'un tel remaniement (2.1) avant de définir des perspectives (2.2).

2.1 Les enjeux d'une réorganisation des secrétariats médicaux

La secrétaire médicale intervient directement dans le parcours de soins du patient. Elle a vocation à simplifier ce parcours en veillant à la bonne coordination des professionnels de santé dans la prise en charge du patient. Par conséquent, l'organisation de travail des SM doit être optimale pour garantir une bonne articulation entre tous les acteurs. Mais elle doit avant tout répondre aux enjeux actuels et futurs relevant de la politique menée en matière de santé (2.1.1.) ainsi qu'aux enjeux de l'établissement concerné (2.2.2).

2.1.1 Des enjeux nationaux

A) La nouvelle gouvernance hospitalière (NGH)

Issue du plan Hôpital 2007, la nouvelle gouvernance hospitalière est désormais en place dans tous les établissements de santé depuis le 31 décembre 2006 conformément à la réglementation en vigueur²⁹. Bernard BONNICI et Denis DEBROSSE, conseillers généraux des établissements de santé ont dressé un état des lieux et ont mis en lumière des perspectives dans un article publié dans la Revue Hospitalière de France³⁰. A la suite de leur observation, ils font état d'une « *profonde modification dans le jeu des acteurs* » qu'ils classent en quatre catégories :

- *L'avant-garde* qui porte la réforme, c'est-à-dire le directeur de l'établissement, le président de la CME, le chef de projet de la gouvernance, les responsables de pôles et leurs cadres supérieurs ;
- *Les résistants* qui se perçoivent comme perdants en termes de pouvoir, à savoir une partie des directeurs adjoints déstabilisés par la délégation de gestion, les

²⁹ MINISTERE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE. Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. Journal officiel, n°102 du 3 mai 2005. (visité le 24.09.07), disponible sur internet : <http://www.lefigrance.gouv.fr/Waspad/Visu?cid=736171&indice=1&table=JORF&ligneDeb=1>

³⁰ BONNICI B., DEBROSSE D., mai-juin 2007, « nouvelle gouvernance, état des lieux et perspectives » , *Revue hospitalière de France*, n°516, pp 52-57

directeurs de soins qui ont des réticences à s'engager dans la gouvernance et les chefs de service attachés à leur territoire ;

- *Les nouveaux arrivants* qui ne réussissent qu'à trois conditions : reconnaissance, appui du responsable de pôle et engagement de la direction. Il s'agit là des assistants et des contrôleurs de gestion et des cadres supérieurs de pôle ;
- *Les spectateurs* dont certains - les praticiens hospitaliers - attendent les effets concrets de la réforme sur leur pratique quotidienne et leurs conditions de travail et d'autres - personnels et syndicats - perdent leurs repères en termes de pouvoir mais ne peuvent s'opposer à cette réforme à visée participative qui entend rapprocher la décision du terrain. Pour Messieurs BONNICI et DEBROSSE, « *la modernisation de l'hôpital se joue ici* », c'est-à-dire auprès des spectateurs et « *c'est à ce niveau que les réformes devront très rapidement produire leurs effets* ».

Quel que soit le positionnement des acteurs, la fonction de directeur va devenir de plus en plus exigeante car ce dernier doit disposer de réelles capacités managériales en sus de ses compétences techniques. A ce titre, les mêmes auteurs précisent que « *l'observation de la situation des établissements démontre que le plus souvent il y a un lien entre la performance de la structure et la qualité du management* ».

Ce qui est avéré au niveau institutionnel se décline également au niveau de chaque service. Ainsi, les médecins n'ont reçu aucune formation de base en matière de management et de contrôle de gestion. Or, les chefs de service et les responsables de pôle doivent être en capacité d'animer des équipes et de prendre des décisions en matière de gestion de service ou de pôle d'activité médicale. Pour cela, ils doivent être assistés de la meilleure manière possible. Là encore, le rôle de la secrétaire médicale se trouve renforcé. En effet, si le secrétariat médical n'assure pas correctement et efficacement ses missions, cela aura des répercussions directes sur la qualité de la prise en charge des patients accueillis dans les services concernés. Le chef de service est le garant du bon fonctionnement de son unité au même titre que le médecin responsable de pôle aura pour rôle de veiller à ce que chaque service de son secteur de responsabilité assure correctement ses missions afin de pouvoir atteindre, voire de dépasser, les objectifs d'activité fixés dans le cadre de la contractualisation interne. Les SM participent donc à l'atteinte de ces objectifs au même titre que l'ensemble des professionnels du pôle concerné. A ce titre, l'organisation interne des secrétariats médicaux doit permettre la réalisation de l'ensemble des missions imparties de manière optimale et efficiente.

B) Les facteurs d'évolution majeure du métier de secrétaire médicale

L'étude prospective réalisée par l'observatoire national des métiers de la fonction publique hospitalière a mis en exergue les facteurs d'évolution majeure qui vont contribuer à modifier le métier de secrétaire médicale.

a) *La démographie des SM*

Dans les huit années à venir, la profession de secrétaire médicale va enregistrer une vague de départs massifs à la retraite. Ainsi, 8 869 SM vont cesser d'exercer, soit 38 % du corps. De la même manière, 59 % des adjoints administratifs (soit 13 489) et 32 % des agents administratifs (soit 6 325) cesseront leur activité professionnelle. Or, il est avéré que bon nombre de personnes titulaires de ces grades exercent le métier de secrétaire médicale au sein de la fonction publique hospitalière.

Parallèlement, si les effectifs médicaux vont connaître une diminution autour de 2 025 (205 200 en 2 002 vs 186 000 en 2 025), ils vont atteindre le seuil de 245 000 praticiens à l'horizon 2 050. Les besoins en compétences de secrétariat médical sont donc bien réels et perdureront.

Les départs massifs en retraite alliés aux besoins de secrétaires médicales de plus en plus expertes concrétisent la nécessaire élévation du niveau de qualification. En outre, la faible attractivité actuelle du secteur hospitalier doit être prise en considération afin de permettre et de faciliter un recrutement de professionnelles de qualité.

b) *La demande des usagers*

Les usagers sont de plus en plus demandeurs d'écoute et d'information. La SM doit être en capacité d'apporter la réponse adaptée. L'amélioration de la qualité de prise en charge des patients est également une préoccupation constante des établissements de santé, laquelle se décline dans les articles L 1112-2 et suivants du Code de la Santé Publique (CSP). A ce titre, l'accueil des usagers s'améliore de même que le dossier patient se met en place. La réglementation en vigueur³¹ renforce les droits des patients. Ainsi, le Code de la Santé Publique indique que les patients ont droit à l'information. Cela implique notamment que l'information délivrée doit être suffisamment claire pour permettre la délivrance du consentement aux soins libre et éclairé de la part du patient. Les articles R 1112-2 et suivants du CSP précisent quant à eux les caractéristiques à respecter en matière de communication des informations médicales, le contenu du dossier médical et les modalités de communication et d'archivage du DM. Par ailleurs, les principes énoncés par la loi sont toujours assortis de nombreuses exceptions ; les mineurs et les majeurs

³¹ loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé – loi n°2004-810 relative à l'assurance maladie – loi n°2005-370 du 23 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie

protégés sont des exemples de cas particuliers. De la même manière, en psychiatrie, l'hospitalisation peut être libre ou sous contrainte³².

Le non-respect des droits des patients met en jeu la responsabilité disciplinaire et/ou pénale des agents hospitaliers ainsi que la responsabilité administrative de l'établissement de santé qui emploie l'agent fautif. L'accroissement du contentieux hospitalier témoigne de la bonne connaissance de leurs droits par les patients. Tous les professionnels de santé, notamment les secrétaires médicales doivent donc bien connaître le droit en vigueur. Il est en effet essentiel que chacune d'entre elles dispose de solides connaissances en la matière et que la mise à jour de ces connaissances soit également régulièrement actualisée.

c) L'organisation de l'offre de soins et de la prise en charge

Le maillage du territoire de santé en réseaux de soins renforce les liens entre médecine de ville et hôpital. Dans le même esprit, la coordination entre les secteurs sanitaire, social et médico-social, entre public et privé se développe. La réforme de la tarification a également de nombreuses incidences en matière de prise en charge puisqu'il faut maintenant générer de l'activité de soins pour que l'établissement puisse bénéficier du produit de cette activité. Les séjours doivent donc être optimisés. En ce sens, la durée moyenne de séjour doit être réduite au maximum afin de fluidifier la rotation des patients. Cela implique un renforcement de la coordination de l'ensemble des intervenants dans la prise en charge du patient.

La secrétaire médicale peut désormais jouer pleinement son rôle d'interface entre les différents intervenants dans le parcours du patient. C'est elle qui assure la transmission des informations et la coordination des acteurs. Elle libère ainsi le médecin de ces préoccupations administratives pour lui permettre de se consacrer à sa mission première qui est de dispenser des soins. Ainsi, le caractère central du secrétariat médical dans la recherche d'efficacité apparaît clairement.

2.1.2 Les enjeux pour le CHU de NANTES

Précurseur de la nouvelle gouvernance hospitalière, le CHU de NANTES a mis en place une organisation interne répondant aux impératifs de proximité. Par ailleurs, le pilotage de l'établissement est désormais fondé sur l'analyse médico-économique qui prend en compte les données d'activité. Une politique d'amélioration continue de la qualité est en

³² loi n°90-527 du 27 juin 1990 - droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux

place. Enfin, le schéma directeur de l'établissement prévoit les principes organisationnels à l'horizon 2015.

A) Le CHU de NANTES, précurseur de la nouvelle gouvernance

La nouvelle gouvernance hospitalière existe au CHU de NANTES depuis la fin des années 1990. En effet, la constitution des premiers pôles d'activités médicales remonte à 1997 et la fin du déploiement de l'organisation sous forme de pôles date de l'année 2000. Le CHU de NANTES fut en effet précurseur de ce mode de management. Une charte de gestion de proximité a été adoptée en ce sens. Dix années après l'expérimentation des pôles, la participation du corps médical aux processus décisionnels importants est bien réelle à NANTES. Concrètement, la NGH nantaise prend tout son sens dans la contractualisation interne qui existe entre les pôles d'activités médicales et la direction de l'établissement ainsi qu'entre les pôles de directions fonctionnelles et le pôle direction générale. Des engagements réciproques sont pris chaque année et des objectifs fixés à l'issue d'une négociation dans le cadre des bilans de pôles annuels. Des organes tels que l'observatoire des coûts veille également à étudier la faisabilité des projets après la réalisation d'études médico-économiques.

Messieurs BONNICI et DEBROSSE³³ relèvent que « *la contractualisation interne et la délégation de gestion sont à leurs prémices, à l'exception de certains établissements qui avaient anticipé la réforme* ». C'est le cas du CHU de NANTES qui fait partie des « *hôpitaux qui ont élaboré un plan stratégique, construit une culture médico-économique* ». En effet, la nouvelle gouvernance hospitalière renforce la notion de principe de subsidiarité qui veut que la responsabilité d'une action publique, lorsqu'elle est nécessaire, soit allouée à la plus petite entité capable de résoudre le problème par elle-même. Par ailleurs, le principe de suppléance implique que l'échelon supérieur à cette petite entité intervienne pour résoudre les difficultés lorsque celles-ci ne peuvent trouver de solution dans le cadre de l'application du principe de subsidiarité. Il revient donc aux établissements de santé de construire un mode de fonctionnement interne permettant réactivité et adaptabilité des organisations. Ceci induit un fort sens de l'innovation et une très forte capacité d'anticipation de la part des directions d'établissement. Il leur faut proposer des modes d'organisation aux médecins responsables de pôle. Ces organisations doivent permettre une délégation de gestion et une contractualisation interne efficaces et claires pour l'ensemble des acteurs hospitaliers. L'exemple du CHU de NANTES traduit ces deux principes de manière concrète : un premier niveau de

³³ BONNICI B., DEBROSSE D., mai-juin 2007, « nouvelle gouvernance, état des lieux et perspectives » , *Revue hospitalière de France*, n°516, pp 52-57

recours situé au niveau du pôle d'activité médicale et un second niveau de recours situé au niveau des plates-formes de proximité.

a) *Un rapprochement des pôles d'activité médicale et de la direction*

Instaurée depuis près de dix années, l'organisation interne sous forme de pôles n'a pas véritablement décloisonné l'hôpital. En effet, il existe autant de pratiques différentes que de services et cela s'applique aussi bien aux services de soins, qu'aux services administratifs et aux secrétariats médicaux. En ce sens, la nécessité d'œuvrer pour une harmonisation des pratiques se fait jour. Pour renforcer l'alliance médico-administrative et rapprocher la décision du terrain, le directeur général a rattaché les pôles d'activités médicales à différentes plates-formes de proximité. Ces dernières, au nombre de six actuellement, sont placées sous la responsabilité d'un directeur adjoint assisté d'un directeur des soins et d'une coordinatrice des secrétariats médicaux (cf supra § 1.3.2.). La volonté de mutualiser les moyens et les ressources constitue le socle de cette nouvelle organisation administrative. Le principe de subsidiarité trouve tout son sens au niveau du pôle d'activité médicale. Le regroupement des pôles au sein de plates-formes de proximité consiste à mettre en place un second niveau en application du principe de suppléance ci-dessus évoqué.

Ainsi, lorsque des difficultés de personnel se font jour au sein d'un pôle d'activité, le cadre supérieur du pôle concerné va chercher la solution au regard des moyens dont il dispose, c'est-à-dire son équipe de suppléance ou alors il recourt à son enveloppe annuelle de mensualités de remplacement. Il s'agit là du premier niveau de recours. Dans l'optique où ce premier niveau ne répond pas à la problématique posée, le cadre supérieur du pôle peut alors faire appel à la plate-forme de proximité pour tenter d'apporter la solution dans le cadre d'une mutualisation de l'ensemble des moyens détenus par les pôles de la PFP. Une aide en personnel peut effectivement venir d'un service dont l'activité est moindre que dans le service demandeur d'aide. Il s'agit du second niveau de recours qui va se traduire par la finalisation de la réflexion institutionnelle en cours actuellement et visant à la constitution d'équipe de suppléance de plates-formes de proximité. Dans cet esprit, à compter du 1^{er} janvier 2008, des équipes de suppléances de plate-forme vont être créées pour les filières soignantes et secrétaires médicales.

Cette réflexion est menée dans le cadre du projet social 2008-2012 et s'inscrit dans le cadre d'une volonté d'harmonisation des pratiques au niveau institutionnel. Un séminaire de direction s'est tenu en ce sens en décembre 2006 et a donné lieu à la réalisation d'un guide des modalités de fonctionnement des plates-formes de proximité. Ce document retrace le rôle et les missions des PFP ainsi que de l'ensemble des acteurs de ces plates-

formes de proximité, notamment le directeur de la PFP, le directeur des soins et la coordinatrice des secrétariats médicaux. Ce classeur regroupe également des outils d'aide à la démarche projet.

b) *Un pilotage médico-économique*

En termes de gestion et de pilotage des pôles, les constats de Messieurs BONNICI et DEBROSSE se vérifient à l'échelle nantaise puisque les médecins responsables de pôles interrogent les directions au sujet des « *charges indirectes imputées au pôle, notamment en termes de coûts de gestion* ». Dans un contexte de tarification à l'activité, « *ce sont les médecins qui apportent des recettes à l'établissement via leur activité* ». En ce sens, ils sont totalement acteurs et portent les projets de leur pôle en lien avec leur directeur de PFP.

Dans le fonctionnement quotidien, chaque projet de développement d'activité fait préalablement l'objet d'une réflexion médicale. Lorsque le corps médical envisage de concrétiser une action, le directeur de pôle fait appel au soutien du directeur de plate-forme de proximité qui va réaliser avec lui une étude médico-économique visant à mesurer la rentabilité de l'activité envisagée. Lorsque l'étude précitée est finalisée, elle est alors transmise pour instruction au pôle activité-développement, puis soumise à l'avis de l'observatoire des coûts, instance collégiale et multidisciplinaire qui analyse l'ensemble des projets institutionnels. L'observatoire des coûts émet un avis après avoir entendu la direction du pôle d'activité médicale et la direction de la plate-forme concernées présenter le projet à l'étude. Cet avis est enfin soumis au directeur général qui prend la décision finale après l'avis du conseil exécutif. Il ne peut donc y avoir de création de postes ou de démarrage d'activité nouvelle avant que l'ensemble des instances du circuit décisionnel n'ait émis un avis favorable. Par ailleurs, dans un contexte financier particulièrement tendu, seules les activités qui équilibrent par elles-mêmes leur budget ou celles dégagant un excédent de recettes sont retenues. Le principe d'étude médico-économique s'applique également dans le cas d'une demande de création de poste de secrétaire médicale pour accompagner le développement d'une activité médicale.

Le projet d'établissement 2008-2012 est actuellement en cours de finalisation. Les arbitrages autour des actions prioritaires à retenir auront lieu durant l'automne 2007. Pour autant, lorsque les priorités seront définies, chaque développement d'activité inscrit dans le cadre du projet d'établissement sera préalablement décliné dans le programme d'actions annuelles de chaque pôle d'activité et fera également l'objet d'une étude médico-économique. Le financement de l'activité à développer ou à mettre en place devra

donc être assuré par les recettes liées à ladite activité sans quoi elle ne pourra être autorisée par les différentes instances de l'établissement.

B) Un établissement dynamique

L'activité du CHU de NANTES traduit la dynamique en place, laquelle se décline en une volonté affichée de satisfaire les usagers pris en charge ainsi que par une anticipation à long terme des projets de l'institution.

a) *Les données d'activité* ³⁴

En 2005, le nombre d'entrées a progressé de 4 % soit 82 636 entrées au total dont 71 787 entrées directes. Près d'un million de journées ont été réalisées et le taux d'occupation global a atteint 89,84 %.

En 2006, l'activité de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) a augmenté de la manière suivante :

- Médecine et chirurgie
- + 1,48 % en hospitalisation à temps complet
- + 6,55 % en hospitalisation à temps partiel
- + 12,84 % de l'activité de chirurgie ambulatoire
- Gynécologie-obstétrique
- 3 911 naissances
- + 4,29 % en hospitalisation complète
- + 16,30 % en hospitalisation partielle
- Urgences
- + 3,36 % du nombre de passages

Compte tenu des résultats positifs des années précédentes, l'état prévisionnel des recettes et des dépenses 2007 a été construit autour d'une augmentation d'activité évaluée à + 3 % et d'une amélioration du codage de l'activité chiffrée à hauteur de + 2 %. Or, l'activité est restée quasiment stable par rapport à l'année précédente ; elle a même globalement diminué de 0,50 % au 31 août 2007. La situation apparaît identique dans tous les autres CHU de France à l'exception de l'AP-HP (assistance publique-hôpitaux de Paris)³⁵. Il faut néanmoins noter que si l'activité reste stable, il n'en demeure pas moins que la charge de travail persiste et que les organisations en place peinent à l'absorber de

³⁴ Source : chiffres clés du CHU de NANTES – données 2005 disponibles sur le site internet du CHU : <http://www.chu-nantes.fr/02-SiteWeb/02D-MieuxNousConnaitre/02D-PlanCadres.htm>

³⁵ PIGANEAU K., 2007, « activité en berne, dépenses non financées, T2A : déficit de 400 millions d'euros pour les CHU en 2007 », *Le quotidien du médecin*, article publié le mercredi 12 septembre 2007

manière efficiente, notamment sous l'angle des secrétariats médicaux si l'on se fie aux résultats de l'enquête réalisée auprès de l'ensemble des SM de l'établissement.

Ainsi, au 31 août 2007, l'activité dans les grandes disciplines de médecine, chirurgie et obstétrique connaît une légère baisse de 0,5 % au CHU de NANTES. Les soins de suite et la réadaptation voient leur nombre d'entrées augmenter respectivement de 3,6 et de 2,7 %. La psychiatrie connaît par ailleurs une évolution positive de 11,9 % pour l'hospitalisation à temps complet en raison de la diminution de la durée moyenne de séjour et le nombre total de séjours d'hospitalisation progresse de 1,2 % entre août 2006 et août 2007. En nombre de patients, la **file active** se répartit de la manière suivante :

File active en nombre de patients	Août 2006	Août 2007	ECART
En hospitalisation à temps complet (hors urgence)	38 046	37 824	- 0,6 %
En hospitalisation à temps partiel	12 933	13 076	+ 1,1 %
En activité externe	178 932	177 292	- 0,9 %
Tout type d'activité confondue	175 845	178 598	+ 1,6 %

Au 31 août 2007, la **capacité en lits et places** du CHU de NANTES se répartit comme suit :

Discipline	Lits	Places	TOTAL
Médecine	807	91	895
Chirurgie	587	25	612
Obstétrique	92	12	104
COURT SEJOUR	1 486	128	1 611
Soins de suite	182		182
Réadaptation fonctionnelle et polyvalente	162	18	180
SSR	344	18	362
Psychiatrie	333	227	560
Soins de longue durée	534		534
TOTAL	2 697	373	3 067

Enfin, le nombre de **consultations externes** a augmenté de 7,7 % pour atteindre 236113 consultations au 31 août 2007.

b) *Un programme d'amélioration de la qualité et un travail en lien avec les représentants des usagers*

Le CHU de NANTES s'attache à promouvoir une politique d'amélioration continue de la qualité. A ce titre, la Direction de la qualité et de la gestion des risques est chargée de l'animation de la politique définie au niveau institutionnel. Le contexte nantais fortement concurrentiel dans certaines disciplines renforce la nécessité de rechercher la satisfaction des patients pris en charge. De nombreux groupes de travail oeuvrent en ce sens comme le programme d'amélioration de la qualité (PAQ) sur le thème de l'accueil auquel participe une coordinatrice des secrétariats médicaux. De la même manière, il existe un CIMDP : collège d'information médicale du dossier patient. Celui-ci a récemment validé la charte de gestion du dossier médical au CHU de NANTES, dans une logique d'harmonisation des pratiques professionnelles.

Par ailleurs, la Direction des usagers et de la réglementation prend en charge tout l'aspect relationnel entre l'institution et les représentants des usagers de l'institution. Elle gère notamment la CRUQPC³⁶ c'est-à-dire la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge. Très présents au sein du CHU de NANTES, les représentants des usagers disposent d'une association (AEU : association espace des usagers au CHU de NANTES) et d'un espace d'accueil des usagers qui leur permet d'assurer une permanence dans l'institution. Ils sont également associés pleinement aux réflexions sur l'avenir du CHU. A ce titre, les représentants des usagers participent au projet de PAQ « accueil et respect des droits de la personne ». Dans le cadre du partenariat entre l'institution et les usagers, la Direction des usagers et de la réglementation réunit l'Association Espace des Usagers une fois par mois. De nombreuses problématiques sont abordées comme la voirie et le stationnement de l'Hôpital Guillaume et René Laënnec, l'installation d'une rampe d'appui le long de l'allée d'accès à l'Hôtel Dieu ou encore l'espace d'affichage d'informations de l'AEU à l'Hôpital Mère-Enfant³⁷.

Enfin, l'action des représentants des usagers est suffisamment conséquente pour que ces derniers aient récemment lancé un appel aux volontaires par voie de presse³⁸. Dans un article publié dans le quotidien Ouest-France le 10 septembre 2007, le journaliste relate la situation en ces termes : « *depuis 2002, le centre hospitalier universitaire de Nantes*

³⁶ article L 1112-3 CSP – loi n°2002-303 du 4 mars 2002 et son décret d'application du 2 mars 2005 relatif à la CRUQPC

³⁷ Source : compte rendu de la réunion entre la DUR et l'AEU du 13 septembre 2007

³⁸ FOUQUET A., 2007, « les usagers du CHU cherchent du renfort », *journal Ouest-France* du 10 septembre 2007

reconnait l'association Espace des usagers comme partenaire à part entière ». Les représentants des usagers sont désormais invités à participer à 26 commissions différentes au sein du CHU. Ils recherchent donc de nouveaux membres « capables de s'engager de façon régulière, de contribuer à résoudre les problèmes et à corriger les dysfonctionnements dans la sérénité ».

c) *Les principes organisationnels à l'horizon 2015*

Le CHU de NANTES s'inscrit dans un projet global de développement d'activité et d'humanisation des services d'accueil des patients. Toutefois, il est un préalable essentiel : l'augmentation des surfaces. En effet, le site de l'Hôtel Dieu, situé en plein centre ville de NANTES est totalement saturé et ne dispose plus d'espaces disponibles susceptibles d'absorber une extension quelconque. Aussi, à l'instar de la ville elle-même, le CHU s'inscrit dans le cadre du projet « Ile de NANTES » qui devrait permettre à l'établissement de disposer de bâtiments supplémentaires à l'horizon 2015.

Dans le cadre du projet « Ile de NANTES », la direction du plan anime plusieurs groupes de travail dont le GT8 qui traite des activités tertiaires et de l'enseignement. Au titre de ces activités, le GT8 mène une réflexion sur les grands principes organisationnels à retenir en matière d'accueil et de secrétariat médical. Ce travail consiste en un recensement des besoins en matière d'organisation et servira de base aux architectes qui seront chargés de concevoir un bâtiment susceptible de répondre au mieux aux contraintes de la réglementation, de l'activité et de fonctionnement global. Pour les services délocalisés sur l'Ile de NANTES, l'emplacement des secrétariats médicaux est aujourd'hui hétérogène, c'est-à-dire qu'ils se situent soit au sein des unités d'hospitalisation, soit au sein des clubs médicaux. Selon les pratiques des services, ces deux localisations se justifient et il semble difficile de faire un choix à ce stade de la réflexion. Néanmoins, la problématique pourrait être soumise aux preneurs potentiels dans le cadre d'une procédure de dialogue compétitif pour qu'ils formulent des propositions en la matière. Pour autant, les conclusions du GT8 sur les principes organisationnels relatifs à l'accueil et au secrétariat médical sont décrits ci-dessous.

○ **L'accueil**

Le GT8 a identifié différentes formes d'accueil, à savoir l'accueil général – orientation, l'accueil primaire et l'accueil secondaire.

- L'accueil général - orientation

Il doit être identifiable par le public depuis l'accès principal à l'hôpital Ile de Nantes. Il a pour fonction d'accueillir, de renseigner et d'orienter les usagers vers les différents

secteurs d'activité. Un accueil spécifique à la logistique sera prévu à proximité de la zone d'approvisionnement et de désapprovisionnement de l'hôpital.

- L'accueil primaire

Les points d'accueil primaire sont localisés aux points de desserte des secteurs géographiques. Ils ont pour objet d'assurer la prise en charge administrative des patients. Ces accueils seront, autant que faire se peut, mutualisés étant entendu que les volumes de flux des patients à gérer apparaissent comme une limite à la mutualisation. En ce qui concerne l'hospitalisation conventionnelle, l'accueil et l'admission se feront au niveau des points de desserte des étages par les secrétaires médicales.

- L'accueil secondaire

Il s'agit le plus souvent d'un accueil « soignant » dans l'unité où le patient est pris en charge médicalement.

- o **Les fonctions des secrétariats médicaux**

Le GT8 a également ciblé les trois fonctions principales devant être assurées par les secrétariats médicaux, à savoir :

- L'accueil primaire du patient au niveau des secteurs d'activité

Cette fonction comprend la gestion de la partie administrative du dossier patient ou la vérification de cette partie dans le cas d'une pré-admission ainsi que la constitution et le complément du dossier du patient.

- La prise de rendez-vous
- L'enrichissement du dossier patient

Il s'agit là de la dactylographie des comptes-rendus et courriers médicaux divers ainsi que du classement des documents devant être insérés au dossier du patient.



L'analyse des enjeux démontre la nécessité de réorganiser les secrétariats médicaux du CHU de NANTES. Les organisations en place doivent en effet répondre aux exigences de la nouvelle gouvernance hospitalière notamment en matière d'optimisation des moyens et de mutualisation des ressources existantes. Cela est d'autant plus vrai dans un contexte de financement des établissements de santé particulièrement tendu. Par ailleurs, il est indispensable d'adapter les modes de fonctionnement aux évolutions diverses pour garantir une prise en charge de qualité à l'utilisateur.



2.2 Les perspectives

Précurseur de l'organisation interne sous forme de pôles d'activités médicales, le CHU de NANTES doit maintenant œuvrer pour harmoniser les pratiques professionnelles qui apparaissent disparates selon les services. Dans un contexte de rationalisation des ressources, l'harmonisation des processus est un pré-requis indispensable sans quoi il s'avérera difficile de mutualiser des équipes fonctionnant différemment. Par ailleurs, les projets d'envergure comme celui de l'île de NANTES doivent être accompagnés d'un point de vue organisationnel dans une optique de fonctionnement optimal à l'échéance 2015. Il faut donc rationaliser, harmoniser, mutualiser et anticiper pour répondre au mieux aux enjeux en présence. Les perspectives ci-après détaillées ont pour objectif d'apporter des propositions d'amélioration de l'organisation des secrétariats médicaux.

2.2.1 Affirmer la place et les missions des coordinatrices des secrétariats médicaux

Le métier de coordinatrice des secrétariats médicaux est nouveau au Centre Hospitalier Universitaire de NANTES. Recrutées durant l'été 2006, les CSM ont progressivement pris leurs fonctions entre octobre 2006 et janvier 2007. Disposant d'une fiche de poste, elles ont chacune un profil différent et interviennent sur des secteurs également différents. Les diversités d'une plate-forme de proximité à l'autre, alliées à la perception propre des acteurs en présence, ont rendu la prise de fonctions des cinq coordinatrices quelque peu difficile. Aussi, pour clarifier le rôle des CSM du CHU de NANTES, il m'a semblé opportun d'aller à la rencontre de professionnelles expérimentées en ce domaine avant d'envisager le contour de ce métier adapté au contexte nantais. Pour cela, je me suis rendue à TOULOUSE en compagnie des coordinatrices des secrétariats médicaux du CHU de NANTES le jeudi 28 juin 2007 pour une journée d'échanges.

A) L'exemple du CHU de TOULOUSE : un rôle d'encadrement transversal affirmé

a) Configuration de la coordination toulousaine

Le CHU de TOULOUSE ressemble beaucoup à son homologue nantais. De taille quasiment similaire, il est également configuré en plusieurs sites géographiquement distants les uns des autres. L'étude du fonctionnement de la coordination toulousaine revêt donc de très nombreux intérêts compte tenu des nombreuses similitudes entre les deux établissements.

La coordination des secrétariats médicaux existe à TOULOUSE depuis la fin des années 1970. Rattachée au pôle clientèle, la coordination des secrétariats médicaux assure des

responsabilités fonctionnelles au sein des pôles d'activités médicales, notamment dans le cadre de la gestion des ressources humaines et de l'organisation du travail des secrétaires médicales. A ce titre, les CSM assurent la gestion des plannings des secrétaires médicales. Ainsi, elles gèrent les absences des SM et procèdent aux remplacements. Elles ont également en charge le recrutement des secrétaires médicales ainsi que l'évaluation annuelle des agents placés sous leur responsabilité. En outre, elles évaluent la charge de travail des différents secrétariats médicaux de leur secteur. Pour cela, elles ont élaboré une grille d'évaluation qui leur permet de mesurer le temps consacré à chaque tâche de manière très précise et uniforme sur l'ensemble du CHU.

b) Positionnement des coordinatrices toulousaines

D'un point de vue organisationnel et compte tenu du volume des effectifs de secrétaires médicales (environ 500 agents), la coordination des secrétariats médicaux au CHU de TOULOUSE s'organise de la manière suivante :

- Une coordinatrice de l'ensemble des CSM du CHU hiérarchiquement positionnée auprès du directeur des affaires financières et des systèmes d'information ;
- Neuf CSM au niveau des pôles d'activités médicales

La mission d'encadrement transversal y est clairement affirmée et se décline administrativement par le détachement des coordinatrices des secrétariats médicaux dans le corps des adjoints des cadres hospitaliers (ACH) au moment de leur recrutement. La coordinatrice des CSM appartient quant à elle au corps des ingénieurs hospitaliers. Le positionnement de l'ensemble des coordinatrices ne pose aucune difficulté au niveau de l'institution. Il est vrai que la coordination existe depuis près de trente ans et que les bénéfices de son action ne sont plus à démontrer.

c) Une commission centrale des secrétariats médicaux

Officialisée le 16 mai 2001, une commission centrale des secrétariats médicaux est venue finaliser le dispositif de coordination par la mise en place d'une instance spécifique. Composée de l'ensemble des coordinatrices des secrétariats médicaux, elle est animée par la coordinatrice CHU. La mission principale de cette commission est de **rechercher la cohérence et la qualité des procédures** appliquées dans les secrétariats médicaux. Il s'agit bien d'une recherche constante d'amélioration continue et d'efficience. Par ailleurs, la commission centrale des secrétariats médicaux instruit et vote les propositions de projets à soumettre à l'avis des instances de l'établissement. Ces propositions peuvent porter sur le dossier patient, les nouvelles technologies, les formations ou encore sur des actions relatives à la procédure de certification. La commission se réunit une fois par mois et produit chaque année un **rapport d'activité**.

d) *Avantages de la coordination des secrétariats médicaux*

Le retour d'expérience des CSM toulousaines permet de mettre en exergue les avantages apportés par la coordination. Tout d'abord, la **reconnaissance du métier** de secrétaire médicale et de coordinatrice des secrétariats médicaux est clairement mise en avant. Or, nous avons abordé ci-dessus (cf 1.2) les difficultés inhérentes à la quête de reconnaissance des secrétaires médicales pour leur profession. Il semble donc que la coordination des secrétariats médicaux soit une réponse adaptée à ce besoin de reconnaissance. Cela s'explique notamment par l'accompagnement permanent des évolutions du métier que la coordination permet.

Positionnées de manière transversale, les CSM disposent du **recul nécessaire** pour envisager les organisations dans leur ensemble. Elles peuvent ainsi être force de propositions puisqu'elles connaissent parfaitement le fonctionnement des secrétariats placés sous leur responsabilité et qu'elles sont associées aux projets institutionnels. Elles sont donc en capacité d'anticiper les évolutions futures sur le plan des organisations. En ce sens, les CSM toulousaines ont rédigé un référentiel qualité du secrétariat médical.

Enfin, la coordination des secrétariats médicaux permet des **marges de manœuvre** dans le cadre de la gestion des ressources humaines, tant au niveau de la mutualisation des ressources à court terme que dans le champ de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences sur le moyen et le long terme. La coordination assure également le tutorat des agents nouvellement recrutés au sein des secrétariats médicaux.

B) Les priorités au CHU de NANTES : un rôle d'expertise, d'organisation et de communication mis en avant

a) *Les missions principales*

L'équipe de direction du CHU de NANTES a réalisé une synthèse du rôle et des missions relevant de chacune des plates-formes de proximité à l'occasion d'un séminaire qui s'est tenu en décembre 2006. Un classeur recense l'ensemble des fiches synthétiques relatives aux PFP, notamment les fiches de poste des différents acteurs de la plate-forme de proximité. A la lecture de la fiche de poste des coordinatrices des secrétariats médicaux, il ressort les missions principales suivantes :

- Organiser et coordonner l'activité des secrétariats médicaux relevant de la PFP ;
- Instaurer une dynamique commune aux SM sur les objectifs transversaux institutionnels ;
- Assurer une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences dans leur domaine d'intervention.

Ces missions sont ensuite déclinées en activités par domaine. A ce titre, sont listés :

- Le rôle d'expertise et de conseil technique pour contribuer à la bonne mise en œuvre des projets institutionnels ;
- L'organisation de l'activité des secrétariats médicaux de la plate-forme ;
- Le rôle d'interface et de communication entre les secrétariats médicaux et le directeur de la plate-forme de proximité ;
- La mise en place et le suivi des référentiels de processus d'activités ;
- La participation à la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

Le rôle et les missions des CSM semblent donc tout à fait clairs pour l'institution nantaise. Au-delà de la fiche de poste précitée, les coordinatrices des secrétariats médicaux ont également bénéficié d'actions de formation et d'accompagnement à l'occasion de leur prise de fonctions. En ce sens, un cahier des charges du niveau de formation requis pour exercer le métier de CSM a été rédigé par le pôle personnel et relations sociales, préalablement au recrutement des agents concernés. Il prévoyait notamment deux étapes, à savoir une formation générale aux outils et méthodes nécessaires à la prise de poste et une formation action pour un accompagnement sur le terrain à la prise de fonction opérationnelle du poste. Au titre de la formation générale, trois objectifs devaient être atteints :

- Homogénéiser les niveaux de connaissance des CSM dans le domaine de la réglementation et de l'organisation hospitalière
- Permettre aux CSM recrutées de mieux mesurer la nature de leur fonction et de bien comprendre les missions confiées
- Apporter aux CSM les bases des techniques et outils pré-requis à la fonction de coordinatrice

Les formations précitées et l'accompagnement ont bien été mis en place et suivis. Pour autant, les attentes des professionnelles concernées ne sont pas totalement satisfaites. En fait, les CSM sont avant tout en **quête de légitimité**, laquelle ne se trouve pas dans une fiche de poste, ni dans une action de formation. Il leur faut gagner la reconnaissance de leurs pairs ainsi que la reconnaissance des médecins et de l'ensemble des professionnels de l'établissement. Cela ne pourra venir qu'au travers de leurs actions quotidiennes et concrètes.

Les CSM toulousaines disposent d'une fiche de fonctions légèrement différente en ce sens qu'elles ont notamment en charge la gestion des ressources humaines et, surtout, que ce métier existe depuis près de trente ans au CHU de TOULOUSE. Les missions confiées se sont ainsi élargies au fil du temps. En revanche, dans un article relatif à la

« *coordination des secrétariats médicaux au Centre Hospitalier de LIBOURNE* »³⁹, la coordinatrice résume les missions principales dont elle a la charge, à savoir :

- Donner une identité au groupe métier des secrétaires médicales à trois niveaux : compétences à mettre en œuvre par la CSM, transparence de l'information au sein des secrétariats médicaux, accueil des nouvelles professionnelles des secrétariats médicaux ;
- Gérer les effectifs à moyens constants par la création d'un pool de remplacement : la CSM participe en ce sens au recrutement et à la gestion du pool ;
- Evaluer la charge de travail et mise en adéquation éventuelle des effectifs

L'expérience de la coordination des secrétariats médicaux au CH de LIBOURNE étant récente, les missions confiées ressemblent à celles des CSM nantaises. C'est donc la nouveauté du métier qui détermine les contours des missions, ainsi que les spécificités de l'établissement dans lequel s'exerce ce métier. Au fur et à mesure de l'atteinte des objectifs initiaux, le champ d'action des CSM évolue au gré des besoins de l'institution en matière de secrétariat médical. La fiche de poste doit donc évoluer en fonction de ces avancées pour s'adapter à la réalité.

b) Développer l'apport en termes d'expertise métier

La valeur ajoutée par la présence de coordinatrices des secrétariats médicaux prend tout son sens dans le cadre de l'expertise du métier. En effet, l'enquête réalisée auprès de l'ensemble des secrétaires médicales a mis en avant la charge de travail conséquente de ces professionnelles. De cette surcharge d'activité découle une impossibilité de prendre du recul sur les pratiques professionnelles. C'est dans ce domaine que les CSM ont un rôle essentiel à jouer. En effet, elles doivent être en mesure d'anticiper les impacts des projets institutionnels sur les pôles relevant de la plate-forme de proximité. A ce titre, il est nécessaire qu'elles connaissent parfaitement les secrétariats médicaux relevant de la PFP à laquelle elles sont rattachées. Leur positionnement au niveau de la plate-forme de proximité est également un atout dans la mesure où elles sont suffisamment proches des secrétariats pour en connaître les acteurs et les modes de fonctionnement et suffisamment éloignées pour être en capacité d'en analyser les dysfonctionnements et d'être force de proposition en matière d'amélioration des organisations.

La réalisation d'un référentiel de bonnes pratiques

La première étape dans la démonstration de l'expertise métier des coordinatrices des secrétariats médicaux va se traduire par la réalisation d'un référentiel des bonnes

³⁹ *Techniques hospitalières* - « coordination des secrétariats médicaux au CH de Libourne », 2004

pratiques en matière de secrétariat médical. Ce document vise à identifier les bases du processus d'harmonisation des pratiques professionnelles des secrétaires médicales du CHU de NANTES. Conçu en partie à partir des éléments issus de l'enquête réalisée auprès des SM, ce référentiel va décliner les grands principes de fonctionnement des secrétariats médicaux. Il sera l'équivalent d'un guide de bonnes pratiques à destination des professionnelles du secrétariat médical.

La déclinaison du référentiel en procédures

Dans un second temps, les CSM vont devoir faire vivre ce référentiel en le déclinant sous la forme de procédures, en lien avec la direction de la qualité et de la gestion des risques afin de disposer de l'aide méthodologique nécessaire. En effet, l'harmonisation des pratiques professionnelles passe par la formalisation des différentes étapes à respecter pour chaque processus recensé. En ce sens, il peut également s'avérer utile de décliner les chartes existantes sous forme de fiches de procédure. A titre d'exemple, la charte de gestion du dossier patient recense toutes les étapes à respecter dans le cadre du dossier médical. Rédigée et validée par le collège de l'information médicale et du dossier patient (CIMDP) ainsi que par les instances de l'établissement à la fin du premier semestre 2007, elle doit être respectée par tous les professionnels de l'établissement. Toutefois, le document est conséquent (plus de 50 pages) et il semble peu probable que tous les personnels concernés prennent le temps de lire l'intégralité des informations contenues dans la charte. Les CSM ont pour rôle de mettre en place des fiches synthétiques reprenant les informations essentielles et rendant la charte accessible à l'ensemble des secrétariats médicaux. Ce travail de synthèse et de communication pourrait être réalisé conjointement avec des secrétaires médicales au sein de groupes de travail.

La définition d'indicateurs communs d'activité

En matière d'évaluation de la charge de travail, les CSM vont également devoir participer à la mise en place d'indicateurs d'activité. En effet, une bonne connaissance des secrétariats médicaux passe par la capacité à mesurer la charge de travail qui pèse sur chacun des secrétariats. Toutefois, la volonté institutionnelle d'harmoniser les pratiques ne doit pas être perdue de vue. En ce sens, il apparaît opportun et nécessaire de construire un outil de mesure de l'activité des secrétariats médicaux qui soit applicable à tous les secteurs du CHU, quelle que soit l'activité pratiquée et la spécificité de celle-ci. Il est donc essentiel de définir des indicateurs communs afin de veiller à maintenir une certaine équité. Il serait donc utile d'inscrire cette réflexion dans le cadre du projet institutionnel piloté par le pôle activité-développement (PAD) et dénommé QUALIPGE, c'est-à-dire qualité de la production de la gestion. En effet, le PAD travaille à la définition de tableaux de bord synthétiques et à la définition d'indicateurs de qualité. L'évaluation de

la charge de travail des secrétariats médicaux doit s'entendre au sens quantitatif mais également au sens qualitatif. L'appui du PAD sera précieux dans ce domaine.

c) *Affirmer le rôle de cadre transversal de la coordinatrice des secrétariats médicaux*

La reconnaissance du rôle de cadre transversal de la CSM s'entend à trois niveaux. En effet, une intégration dans le corps des adjoints des cadres hospitaliers permettrait de concrétiser la mission de cadre transversal des coordinatrices. Par ailleurs, il apparaît important d'associer les CSM à la gestion de l'équipe de suppléance de secrétaires médicales au niveau de la plate-forme de proximité. Enfin, l'association des coordinatrices à la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences peut se traduire par une participation technique des CSM au recrutement et à l'évaluation annuelle des secrétaires médicales.

par une intégration dans le corps des adjoints des cadres hospitaliers

Les CSM toulousaines sont détachées dans le corps des adjoints des cadres hospitaliers lorsqu'elles sont recrutées. Si les grilles indiciaires des ACH et des SM sont identiques⁴⁰, le titre ne positionne pas son détenteur de la même façon. En effet, une secrétaire médicale exerce des missions relevant du secrétariat médical alors qu'un adjoint des cadres hospitaliers peut encadrer une équipe ou une activité transversale. Il s'agit donc d'une reconnaissance symbolique de la fonction de cadre transversal puisqu'il n'y a pas de modification du traitement de base. Seule l'attribution de l'indemnité forfaitaire pour travaux supplémentaires et de la nouvelle bonification indiciaire au titre de la coordination des secrétariats médicaux augmente la rémunération mensuelle.

En terme de **positionnement**, la reconnaissance de la mission de coordination par l'attribution d'un grade différent peut se révéler une aide efficace notamment au moment de la prise de fonction. Le grade peut aider à gagner une légitimité qui, si elle est essentielle, n'en est pas moins difficile à obtenir dans un contexte de prise de fonction sur un métier nouveau. Par ailleurs, le déroulement de carrière peut s'avérer plus aisé pour un ACH que pour une SM. L'expérience acquise par l'encadrement transversal ainsi que par la maîtrise de la réglementation en vigueur se révélera précieuse dans une optique de préparation au concours d'attaché d'administration hospitalière. Les secrétaires médicales peuvent également accéder à ce concours si elles le souhaitent. Toutefois, la pratique d'encadrement transversal permet de développer des compétences en matière d'animation d'équipe et de management notamment.

par une participation à la gestion de l'équipe de suppléance de secrétaires médicales au niveau de la PFP

L'expertise développée par les coordinatrices des secrétariats médicaux est primordiale dans la gestion de l'équipe de suppléance de SM qui va voir le jour au niveau de chacune des PFP. En effet, les CSM disposent d'une très bonne connaissance de tous les secrétariats médicaux de la PFP à laquelle elles sont rattachées. En revanche, la gestion des plannings des secrétaires médicales relève du champ de compétence des assistants de gestion de chaque pôle d'activité médicale. Pour mémoire, le premier niveau de recours se situe au niveau du pôle et le second niveau de recours au niveau de la plate-forme de proximité. Ainsi, en cas d'absentéisme d'une SM, l'assistant de gestion va recourir à l'équipe de suppléance du pôle dont il relève. Ce n'est qu'en cas d'impossibilité de solution au premier niveau que l'AG sollicitera le second niveau. Or, si l'assistant de gestion connaît très bien le pôle d'activité dans lequel il travaille, il ne dispose pas de cette connaissance au niveau de la plate-forme de proximité.

C'est pour cette raison que le groupe de travail institutionnel⁴¹ qui travaille sur la constitution de ces équipes de suppléance en secrétariat médical a proposé la création d'une **commission hebdomadaire d'affectation**, à l'instar de celle qui existe déjà pour les personnels soignants. Cette dernière regrouperait :

- Les cadres supérieurs des pôles relevant de la PFP
- Les assistants de gestion des pôles relevant de la PFP
- La coordinatrice des secrétariats médicaux de la PFP

La commission aurait pour mission de veiller à l'affectation des agents de l'équipe de suppléance en secrétariat médical en fonction de critères tels que le niveau d'activité médicale du pôle ainsi que la charge de travail du secrétariat médical concerné par les difficultés et pour lequel le recours au niveau PFP est demandé. La définition des critères d'affectation est actuellement en cours d'étude et ne sera finalisée qu'en fin d'année 2007. Le niveau d'expertise de la CSM au niveau de la PFP serait pleinement utile au sein de cette commission.

par une participation technique au recrutement et à l'évaluation annuelle des secrétaires médicales

Dans le cadre de l'association des CSM à la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, il apparaît important que les coordinatrices soient associées au

⁴⁰ arrêté du 4 mai 2007 modifiant l'arrêté du 21 septembre 1990 modifié relatif à l'échelonnement indiciaire du personnel administratif de la fonction publique hospitalière

⁴¹ GPESSM : groupe projet équipe de suppléance en secrétariat médical

recrutement et à l'évaluation annuelle des secrétaires médicales. En effet, il est demandé aux CSM :

- D'évaluer les besoins en compétences du personnel des secrétariats médicaux
- De sensibiliser et d'accompagner les équipes dans les évolutions du métier de SM
- D'identifier les besoins en formation et d'organiser la formation d'adaptation à l'emploi de secrétaire médicale

Pour évaluer les besoins en compétences des SM comme pour identifier les besoins en formation, la participation des coordinatrices à l'évaluation annuelle des secrétaires médicales leur permettrait de mieux connaître les professionnelles du secrétariat médical et de mieux recenser les compétences et les potentiels.

De la même manière, leur association au recrutement des personnels destinés à exercer au sein des secrétariats médicaux professionnaliserait davantage le recrutement par l'apport d'une compétence technique lors de l'entretien de sélection. L'expertise des coordinatrices en matière de secrétariat médical et leur connaissance exhaustive des différents secteurs d'activités de la plate-forme de proximité à laquelle elles sont rattachées sont autant de gages pour la qualité du recrutement envisagé.

Les modalités de leur participation au recrutement et à l'évaluation annuelle restent à définir. Toutefois, cette association pourrait s'envisager de manière très pragmatique et simple. Un temps de préparation et de restitution pourrait être organisé en amont et en aval des entretiens entre les assistants de gestion et les coordinatrices des secrétariats médicaux. Ce temps d'échange autour des évaluations annuelles contribuerait à enrichir les connaissances des CSM sur les secrétaires médicales de leur plate-forme de proximité. Dans le même esprit, la participation des coordinatrices au recrutement pourrait s'organiser de deux manières :

- Soit une participation des CSM aux jurys de recrutement organisés par le PPRS à échéance régulière ; les coordinatrices pourraient y assister à tour de rôle ;
- Soit une participation des CSM aux recrutements concernant leur PFP.

C) Un rattachement hiérarchique des CSM au pôle activité développement

Actuellement, les coordinatrices des secrétariats médicaux sont placées sous la responsabilité hiérarchique du directeur de la plate-forme de proximité à laquelle elles sont rattachées. Or, les contours et les spécificités de chacune des PFP sont différents. De la même manière, la conception du rôle et des missions des CSM peut être perçue différemment selon les acteurs en présence, ce qui s'avère problématique dans un contexte de positionnement institutionnel à affirmer et d'une volonté d'harmonisation des

pratiques à tous les niveaux du CHU. Il me semblerait donc opportun que les coordinatrices des secrétariats médicaux soient placées sous la responsabilité hiérarchique d'une seule direction afin d'être positionnées au même niveau et d'être guidées dans leur action d'une seule voix, celle de l'institution. Il serait néanmoins nécessaire de maintenir des liens fonctionnels avec les directions de plates-formes de proximité qui demeurent les référents quotidiens des CSM sur le terrain. Cette proposition vise à développer un esprit d'équipe entre les coordinatrices et à animer la coordination des secrétariats médicaux dans une dynamique institutionnelle.

a) *Développer un esprit d'équipe entre les coordinatrices des secrétariats médicaux*

Recrutées durant l'été 2006, les CSM ont pris leur fonction entre octobre 2006 et janvier 2007. Ainsi, elles ont progressivement pris la mesure de leur poste au gré de leur affectation. Selon les plates-formes de proximité et selon les directeurs de pôles d'activités médicales, les CSM ont été plus ou moins bien accueillies. Si les secrétaires médicales se sont montrées globalement satisfaites d'avoir enfin un interlocuteur institutionnel, ce qui témoigne une reconnaissance de la spécificité de leur métier, certains médecins-directeurs de pôle se sont révélés réticents à la fonction de coordinatrice. En effet, les CSM interviennent au sein des secrétariats médicaux afin de dresser un état des lieux de l'existant, pré-requis indispensable à une harmonisation des pratiques professionnelles. Or, pour les plus réfractaires, la coordinatrice peut représenter un risque car elle dispose d'une expertise en matière de secrétariat médical. A ce titre, elle peut être susceptible de proposer des modifications d'organisation pour corriger les dysfonctionnements constatés.

Avec plus ou moins de difficultés, les coordinatrices ont pris la mesure de leur poste au fil du temps. Par crainte d'être isolées sur leur PFP, les CSM ont décidé de se rencontrer une journée par semaine pour échanger sur leurs pratiques et sur les difficultés recensées au sein des secrétariats médicaux de leur secteur d'activité. Cette rencontre hebdomadaire a également vocation à les rassurer et à confronter leurs points de vue. Toutefois, sans animateur extérieur lors de ces journées d'échanges, ces dernières s'avèrent peu productives en ce sens que les coordinatrices passent beaucoup plus de temps à essayer de se mettre d'accord sur leur vision d'une situation donnée qu'à envisager un programme d'action concret sur un thème donné. A ce titre, le rattachement à une même direction fonctionnelle permettrait la mise en place d'une **réunion mensuelle** animée par le directeur de rattachement ou par un de ses collaborateurs. Une rencontre par mois selon un ordre du jour précis et avec un animateur extérieur au groupe des CSM devrait favoriser le développement d'un esprit d'équipe entre les coordinatrices qui disposeraient alors d'une ligne conductrice similaire.

b) *Animer la coordination des secrétariats médicaux dans une dynamique institutionnelle*

Les coordinatrices doivent être guidées dans leur action pour être en capacité d'instaurer une dynamique commune aux SM sur les objectifs transversaux institutionnels. En effet, leur première mission d'importance consiste à rédiger un référentiel des bonnes pratiques de secrétariat médical au CHU de NANTES. Cet objectif s'inscrit dans le cadre de la politique institutionnelle d'harmonisation des pratiques professionnelles. Le rattachement des coordinatrices des secrétariats médicaux à une direction fonctionnelle orienterait l'animation de la coordination dans le sens de la politique de l'établissement et non en fonction de la conception des acteurs en présence au niveau de chacune des plates-formes de proximité.

En effet, les problématiques peuvent varier d'une PFP à l'autre. Par ailleurs, lorsque la charge de travail est conséquente, il est extrêmement difficile de prendre du recul. Dès lors, il est encore plus complexe de comprendre les contraintes des autres. C'est ainsi que les incompréhensions voient le jour par la méconnaissance des difficultés de fonctionnement des autres secteurs d'activité. La configuration de l'établissement accroît encore ce phénomène puisqu'il existe plusieurs sites géographiquement distants les uns des autres. Enfin, il faut rappeler que le CHU emploie 10 800 agents, tous statuts confondus. Parmi ces 10 800 agents, de très nombreux métiers sont représentés. Ils disposent tous d'une conception propre et d'un esprit de corps plus ou moins développé. Les priorités des uns peuvent paraître totalement anecdotiques pour les autres. Les secrétaires médicales représentent plus de 4 % des agents du CHU ; le travail d'harmonisation des pratiques professionnelles va donc nécessiter un fort investissement de la part des coordinatrices des secrétariats médicaux. Pour que cet objectif institutionnel soit atteint, la coordination de l'ensemble des secrétariats médicaux doit être animée par une seule et même vision.

c) *Un rattachement hiérarchique au pôle activité-développement et un lien fonctionnel avec les directions de plates-formes de proximité*

Si la nécessité de placer les CSM sous la responsabilité d'une direction fonctionnelle n'est plus à démontrer, il est pour autant essentiel de maintenir des liens fonctionnels avec les directions de plate-forme de proximité puisqu'il s'agit du champ d'action des coordinatrices. Par ailleurs, compte tenu de la place des secrétariats médicaux dans la gestion des flux de patients au sein de l'établissement et de leur participation à la saisie des actes médicaux, le rattachement des coordinatrices des secrétariats médicaux au pôle activité-développement semble opportun. Plus particulièrement, la Direction des

usagers et de la réglementation apparaît la plus adaptée pour assurer la coordination des secrétariats médicaux pour les raisons abordées ci-dessous.

2.2.2 Instaurer une réflexion institutionnelle sur le rapprochement des secrétariats médicaux et des admissions

Outre le champ d'activité couvert par le pôle activité-développement, la proposition de rattachement des CSM à ce pôle présente un autre avantage. En effet, la réforme de la tarification à l'activité induit un bouleversement en profondeur des processus de facturation des frais d'hospitalisation et des consultations externes. Au CHU de NANTES, pour ce qui relève de la prise en charge administrative du séjour, les tâches sont compartimentées en fonction des professionnels à qui elles incombent. En d'autres termes, le patient doit se rendre au guichet des admissions pour constituer son dossier de prise en charge avant de se rendre au secrétariat médical pour sa consultation ou pour son hospitalisation. Une organisation médico-administrative sous la forme d'un guichet unique améliorerait considérablement la qualité de la prise en charge administrative du patient. Une réflexion en ce sens pourrait être envisagée de la manière suivante.

A) L'intérêt d'un tel rapprochement

Dans une optique d'amélioration de la qualité de la prise en charge et en réponse aux dysfonctionnements du processus d'accueil mis en exergue par les secrétaires médicales, la mise en place d'un accueil médico-administratif permettrait d'apporter des solutions concrètes. En effet, les allers et venues des patients entre le bureau des admissions et le secrétariat médical n'auraient alors plus lieu d'être. Il faut en effet savoir qu'un patient qui arrive pour une consultation à l'Hôtel Dieu a actuellement besoin d'environ 25 minutes pour effectuer les démarches administratives aux admissions situées au rez-de-chaussée et se rendre sur son lieu de rendez-vous (RV). A cela, il faut ajouter le temps nécessaire pour stationner son véhicule et pour se rendre dans le hall d'accueil. La durée moyenne de 25 minutes, évaluée en mai 2007, mesure le temps écoulé entre le moment où le patient arrive dans le hall de l'établissement et le moment où il arrive devant le secrétariat médical de son lieu de RV.

Aujourd'hui, 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 lui sont posées à plusieurs reprises. Alors même que les systèmes d'information permettent à tous les professionnels d'un établissement d'accéder au même niveau d'information, il est dommage de maintenir en place un tel fonctionnement. En effet, le parcours est complexe et conduit l'ensemble des usagers à suivre le même chemin. Ceci a pour effet d'allonger les files d'attente devant le bureau

des admissions qui constitue un véritable goulet d'étranglement. Par ailleurs, l'absence de poste dédié à l'accueil au sein des secrétariats médicaux provoque les mêmes effets sur le temps d'attente imposé au patient. Le circuit du patient comporte donc de très nombreuses étapes comme en atteste l'exemple ci-dessous :

Situation actuelle pour un consultant	
Points d'étape nécessaires	Pourquoi ?
1 - Accueil	Orientation
2 - Admissions	Identité / données relatives à l'assurance maladie / orientation
3 - Secrétariat médical	Identité / orientation vers le lieu de consultation
4 - Accueil du personnel soignant de consultation	Identité / orientation vers la salle d'attente du médecin avec qui le RV est prévu
5 - Praticien	Identité / informations relatives aux médecins correspondants / consultation médicale
6 - Infirmière	RV / soins / informations
7 - Secrétariat médical	RV / informations
8 - Admissions	Encaissement

Le tableau ci-dessus retrace le mode de fonctionnement constaté dans certains secteurs de consultation. Considérant que le patient doit attendre son tour à chacune des étapes, les pertes de patience génératrices d'agressivité peuvent dès lors s'expliquer. Par ailleurs, des informations redondantes sont délivrées par différentes catégories de personnel ce qui fait perdre un temps pourtant précieux. Enfin, les points d'étape recensés dans le tableau ci-dessus sont localisés dans des endroits divers et éloignés les uns des autres, ce qui occasionne des problèmes d'orientation des patients qui ont parfois beaucoup de mal à trouver leur chemin dans le dédale des couloirs et des étages.

Face de ces constats, il apparaît donc opportun d'engager une réflexion institutionnelle visant à simplifier le parcours du patient. Un guichet unique regroupant un agent des admissions et les secrétaires médicales au sein d'un seul lieu d'accueil permettrait de répondre à un objectif de simplification et d'amélioration de la qualité de l'accueil. En ce sens, les étapes 2-3 et 7-8 pourraient aisément être réunies. Par ailleurs, le temps d'attente serait considérablement réduit et il y aurait beaucoup moins de questions et d'informations redondantes. Enfin, une organisation de ce type permet de mutualiser les

moyens et de valoriser la fonction accueil, essentielle pour l'image de marque des établissements de santé.

B) La mise en place d'une démarche projet

Le pôle activité développement et, plus particulièrement, la Direction des usagers et de la réglementation (DUR) pourrait initier et porter ce projet de guichet unique. En effet, il est également essentiel pour le CHU de NANTES d'optimiser le recouvrement des produits hospitaliers, notamment par le biais de la mise en place prochaine de la facturation au fil de l'eau. Les professionnels doivent donc être sensibilisés et formés à ces nouvelles modalités. La DUR étant responsable des admissions et de la coordination des secrétariats médicaux, elle serait dès lors la mieux placée pour initier cette démarche de refonte globale de la prise en charge administrative des patients. La réflexion pourrait être envisagée par étapes, selon le canevas suivant :

- Analyse du circuit physique du patient hospitalisé
- Analyse du circuit physique du patient consultant
- Analyse des systèmes d'information en place
- Analyse du recueil d'informations nécessaires aux agents des admissions
- Analyse du recueil d'informations nécessaires aux secrétaires médicales
- Synthèse de l'état des lieux
- Définition des actions d'amélioration possible
- Expérimentations
- Evaluation des expérimentations menées et corrections éventuelles
- Déploiement sur l'ensemble du CHU

Il apparaît par ailleurs important que l'état des lieux soit réalisé au sein de chaque pôle d'activité médicale, les pratiques étant encore très disparates selon les secteurs.

Afin de veiller à l'association de tous les acteurs concernés et à la bonne coordination de l'ensemble des professionnels, un comité de pilotage pourrait être constitué comme suit, sous la responsabilité du pôle activité-développement :

- **Chef de projet** : Direction des usagers et de la réglementation
- Un ou deux représentant(s) des usagers
- Les coordinatrices des secrétariats médicaux
- Le responsable des admissions
- Un représentant de La Direction des systèmes d'information
- Des représentants du corps médical
- Des représentants des admissionnistes et des secrétaires médicales

Enfin, toujours dans une optique de coordination globale du projet, la Direction des travaux et des techniques pourrait être associée dès lors que des perspectives de regroupement seront envisagées. En effet, l'anticipation en matière de configuration des locaux est tout aussi importante et nécessite une programmation des éventuels travaux à organiser. De la même manière, la Direction du Plan doit disposer d'un excellent niveau d'information afin d'être en capacité d'évaluer les éventuels impacts des réaménagements des secrétariats médicaux en termes de surfaces.

2.2.3 Repenser les secrétariats médicaux sous l'angle ergonomique

La mise en place d'un guichet unique induit une réflexion préalable sur les flux de patients. En effet, 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 sur le plan administratif avant d'être pris en charge médicalement. Si les secrétaires médicales 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. En ce sens, il apparaît essentiel de repenser les secrétariats médicaux sous l'angle ergonomique ; l'exemple de la Clinique Bonnefon d'ALES ne peut que le confirmer.

A) L'exemple de la Clinique Bonnefon à ALES⁴² : la qualité de l'accueil

Partant du postulat selon lequel la qualité de l'accueil est un élément déterminant de la réputation d'un établissement, les dirigeants de la Clinique Bonnefon d'ALES ont sollicité une étude destinée à comprendre les interactions entre les activités, l'aménagement de l'espace et la qualité des relations avec les patients ainsi qu'entre secrétaires médicales et médecins. Des ergonomes ont observé le secrétariat médical de cette Clinique et ont fait les constats suivants :

- Dans toute situation de travail, chacun méconnaît une partie des dysfonctionnements ressentis par les autres, même s'il les occasionne parfois ;
- Lorsque la pression psychologique diminue, la qualité de la relation avec les patients et les médecins s'améliore ;
- Les patients ont de la difficulté à énoncer certains de leurs problèmes dans un contexte bruyant et de conversations simultanées ;

⁴² ESTRYN-BEHAR M., MILANINI G., BLANCO E., BONNET S., 2001, « réaménagement du secrétariat médical d'une clinique à partir d'une analyse ergonomique », janvier 2001, *Gestions hospitalières*, n°402, pp 16-21

- Il y a beaucoup de gêne occasionnée par le manque de confidentialité (gêne pour poser certaines questions, agressivité liée au brouhaha environnant, difficultés à apaiser un patient agressif dans un contexte bruyant...);
- Une absence d'accueil distinct génère des dysfonctionnements : personnes et appels téléphoniques mal orientés, la présence d'une secrétaire médicale pour deux médecins allonge le temps d'attente des patients, les « parasitages » sont nombreux.

A l'issue de ce travail d'observation, des propositions ont été faites. Tout d'abord, les praticiens apprécient que leurs patients n'attendent pas au secrétariat, qu'ils soient reconnus et qu'ils reçoivent les informations adaptées. Par sa connaissance de la spécialité et des habitudes du corps médical, la secrétaire médicale peut répondre à ces questions sans déranger le médecin et sans faire rappeler le patient. Au moment de l'audit, la dactylographie au sein de l'accueil est impossible sauf pour la SM qui travaille en retrait. L'absence de poste d'accueil dédié multiplie les interruptions de travail et a des répercussions directes sur la disponibilité des secrétaires médicales. Il a donc été proposé :

- La création de postes d'accueil individualisés d'une surface minimale de 11 m² ;
- La mise en place de moyens spécifiques empêchant la propagation du son : traitement des surfaces (sols, murs et plafonds), installation de demi-cloisons phoniques ;
- La création de postes de travail autonomes et séparés.

Les résultats de ces aménagements ont donné satisfaction à tous, y compris aux patients.

B) Les principes à retenir au CHU de NANTES

Les dysfonctionnements recensés par les ergonomes qui ont réalisé l'étude à la Clinique Bonnefon sont les mêmes au CHU de NANTES. En effet, l'enquête réalisée auprès des secrétaires médicales nantaises a mis en exergue toutes les difficultés rencontrées au quotidien. En ce sens, l'absence d'accueil dédié apparaît comme un facteur de gêne conséquent compte tenu du grand nombre de patients qui se présentent au secrétariat. En outre, la réflexion sur la mise en place d'un accueil médico-administratif unique va accroître le flux des patients.

a) *La prise en compte des flux de patients*

Il apparaît primordial de réaliser une analyse du circuit du patient conjointement à l'étude sur la constitution d'un guichet unique. Cette étude pourrait être confiée à un groupe de travail associant une ou deux coordinatrice(s) des secrétariats médicaux et des représentants des admissions, dans la continuité de la réflexion relative à la mise en

place d'accueils communs aux SM et aux admissionnistes. Cette analyse devra prendre en compte les principes organisationnels retenus dans le cadre du projet « Ile de NANTES ».

b) Le recours aux compétences en ergonomie

En complément de l'analyse du circuit du patient, il semblerait judicieux de faire appel aux compétences d'ergonome(s). En effet, l'expérience menée à la Clinique Bonnefon a démontré les aspects positifs apportés par des professionnels de l'ergonomie des postes de travail. Outre l'amélioration notable des conditions de travail pour les secrétaires médicales, c'est la qualité de l'accueil des patients qui s'en trouverait très nettement amélioré. Toutefois, il est bien entendu que le professionnalisme des ergonomes ne pourra faire disparaître les contraintes architecturales du CHU et le manque criant de surface jusqu'à la finalisation du projet Ile de NANTES.

c) L'association de la Direction des travaux et de la Direction du plan

Enfin, les intervenants sont nombreux dans une structure de type CHU. Aussi, il faudrait que la Direction des travaux et des techniques soit associée dès le début de la réflexion afin d'anticiper au mieux toutes les étapes d'un projet de cette ampleur en matière de travaux. Par ailleurs, la Direction du plan devrait également être tenue informée de l'avancée de la réflexion afin de veiller à la bonne articulation du projet avec le schéma directeur de l'établissement.

2.2.4 Développer le recours aux nouvelles technologies

Après avoir abordé la problématique de l'organisation et des locaux, les perspectives offertes par les nouvelles technologies doivent maintenant être étudiées.

A) L'apport possible de la dictée numérique à reconnaissance vocale

A la lumière de l'expérience menée au CHU de ROUEN qui a fait du développement de la dictée numérique à reconnaissance vocale (DNRV) un axe de son projet d'établissement en 2003, j'ai analysé les transpositions possibles à l'échelle nantaise.

a) l'expérience du CHU de ROUEN : le développement de la DNRV

Le CHU de ROUEN a expérimenté la DNRV fin 2003 dans l'objectif de récupérer du temps de secrétariat médical sans augmenter le temps des médecins consacré au courrier médical, à moyen terme, compte tenu du temps d'apprentissage nécessaire à la bonne maîtrise de l'outil de dictée numérique à reconnaissance vocale. Une première évaluation a été réalisée en septembre 2004, après quelques mois d'utilisation par une quinzaine de médecins volontaires. Les résultats obtenus sont apparus très prometteurs

et ont conduit au déploiement du logiciel de DNRV auprès d'une centaine de médecins. Ainsi, les navettes de courrier entre médecins et secrétaires médicales ont diminué de 30%. Le temps consacré par les SM à la dactylographie des courriers et comptes-rendus a diminué de 60%. En revanche, le temps médical consacré à la dictée des courriers a augmenté de 20%. Enfin, les délais de mise à disposition du document écrit ont été réduits de 70% en moyenne, soit une communication dans une période comprise entre 1 et 3 jours. Du côté des médecins, le taux de satisfaction est évalué à 75%. Du côté des SM, après une période de vive inquiétude liée au sentiment de dépossession et de crainte de perte d'intérêt de leur poste, elles ont constaté une très nette amélioration de leurs conditions de travail, un meilleur équilibre de leur charge et une diminution des heures supplémentaires. Après quelques mois, les secrétaires médicales constatent un enrichissement et une revalorisation du contenu de leur poste de travail. Le retour sur investissement est évalué à une année environ. Enfin, les conditions de réussite du déploiement d'une solution de DNRV sur l'ensemble de l'établissement reposent sur une réduction de la période d'appropriation de l'outil par les médecins et sur un accompagnement des SM sur l'évolution de leur métier.

b) la situation nantaise

Au CHU de NANTES, différents logiciels sont recensés. Ainsi, 70 postes informatiques sont équipés d'un logiciel de DNRV que 80 professionnels utilisent. Il s'agit de la solution Dragon Naturally Speaking également utilisée à ROUEN. Par ailleurs, d'autres services ont recours à des logiciels de dictée numérique avec retranscription d'un fichier son saisi au clavier par une secrétaire médicale. Enfin, un médecin teste actuellement la dictée numérique avec reconnaissance vocale du fichier son. La situation des équipements de ce type apparaît donc très disparate sur l'ensemble de l'établissement. En revanche, les données extraites de CLINICOM en date du 20 juillet 2007 font état du nombre total de comptes-rendus d'hospitalisation, comptes-rendus opératoires et comptes-rendus de consultations produits par l'établissement. Ainsi, sont dénombrés :

- 250 805 documents en 2005
- 266 902 documents en 2006
- 289 176 documents en 2007 (projection en année pleine des données connues au 30 juin)

Soit une augmentation de près de 40 000 comptes-rendus entre 2005 et 2007 ce qui équivaut à une évolution de plus de 15% du nombre de courriers médicaux produits.

L'enquête réalisée auprès des SM nantaises a démontré que la part consacrée à la dactylographie des courriers est estimée à 13% de leur temps de travail. Les résultats de l'expérimentation menée à ROUEN font état d'une diminution de 60% du temps de SM consacré à la production des courriers. Dès lors, la perspective du recours à la dictée numérique à reconnaissance vocale apparaît des plus intéressantes.

c) l'expérimentation en cours à l'IUN du CHU de NANTES

En août 2007, le directeur de l'institut urologie-néphrologie (IUN) a saisi le Directeur général des difficultés de fonctionnement de son secrétariat médical face à l'augmentation très nette de l'activité externe évaluée à +12%. La dictée numérique à reconnaissance vocale étant un outil efficace pour accompagner et favoriser le développement de l'activité ambulatoire, le directeur de l'IUN s'est montré favorable à l'expérimentation de la DNRV au sein du service d'urologie. A la demande du Directeur général, j'ai pris en charge ce projet d'expérimentation. A ce titre, j'ai travaillé conjointement avec le directeur de l'institut urologie-néphrologie et nous avons rédigé un avenant au contrat de pôle 2007 précisant les modalités de l'expérimentation envisagée qui se déclinent en plusieurs axes.

Un nécessaire rééquilibrage des tâches entre infirmières et secrétaires médicales

Tout d'abord, un glissement de tâches entre différentes familles de métiers s'est opéré dans les années 1985, lors de la mise en place d'un logiciel dénommé HECTOR. A ce titre, les infirmières ont alors pris en charge la planification des rendez-vous de consultations. Historique, ce glissement de tâches perdure aujourd'hui. Il est donc essentiel de recentrer chaque professionnel sur son cœur de métier. A ce titre, un groupe de travail chargé de rééquilibrer les tâches entre les personnels infirmiers et secrétaires médicales est constitué. Piloté par la directrice des soins de la plate-forme 3, il associe la coordinatrice des secrétariats médicaux, le cadre de santé du service d'urologie et des représentants des filières infirmière et secrétaire médicale. A l'issue de la réflexion menée par ce groupe, une évaluation des effectifs nécessaires par métier sera réalisée et un éventuel redéploiement organisé. Enfin, s'il s'avérait nécessaire d'augmenter les effectifs de l'une ou l'autre des filières, une étude médico-économique devrait alors être réalisée par le directeur de la plate-forme de proximité concernée afin de trouver le financement nécessaire au travers des recettes inhérentes à l'activité du service.

Une expérimentation limitée à l'unité d'urologie

Pour permettre un démarrage rapide de l'expérimentation, le champ est limité à l'unité d'urologie. Par ailleurs, cela permet à la Direction des systèmes d'information de négocier le prêt de quelques licences de DNRV auprès du fournisseur du logiciel SpeechMagic. En effet, la dernière solution développée par PHILIPS utilise un environnement Citrix, ce qui

permet une mobilité totale pour les utilisateurs de la DNRV. Ainsi, un praticien peut procéder à la dictée de son compte-rendu quel que soit le lieu où il se trouve (bloc opératoire, salle de consultation...); il n'est donc pas nécessaire de rejoindre son bureau ni d'être face à son écran d'ordinateur.

Une évaluation à trois mois, puis à six mois

L'objectif final étant le déploiement d'une solution de DNRV sur l'ensemble du CHU de NANTES, une évaluation de la solution expérimentée à l'IUN sera réalisée à trois mois, puis à six mois. Une comparaison entre les deux outils de DNRV utilisés au sein de l'établissement devra être effectuée à l'initiative de la Direction des systèmes d'information afin que le CHU de NANTES soit en capacité d'opter pour l'une ou l'autre des solutions. En effet, dans une optique d'harmonisation des pratiques professionnelles, l'utilisation d'un même outil de travail apparaît essentiel. Par ailleurs, cela simplifie les aspects inhérents à la maintenance et à l'accompagnement informatiques.

Enfin, un groupe projet a été constitué pour mener à bien cette démarche. Piloté par le directeur de l'IUN, il associe la directrice des soins de la PFP, la coordinatrice des secrétariats médicaux, la Direction des systèmes d'information et moi-même.

B) Une téléphonie à améliorer

Avant d'aborder les perspectives possibles en la matière, il faut tout d'abord aborder la situation nantaise dans le cadre de la téléphonie.

a) la situation au CHU de NANTES

L'enquête réalisée auprès des secrétaires médicales a également mis en lumière les dysfonctionnements relatifs à la téléphonie, notamment la difficulté à gérer l'ensemble des appels téléphoniques (lignes saturées, pas de tonalité d'occupation, impossibilité de mettre une ligne en attente, etc.). Par ailleurs, les usagers se plaignent de ne pas réussir à joindre les secrétariats médicaux par téléphone. Pour améliorer le processus d'accueil téléphonique, la Direction des systèmes d'information réalise actuellement une étude par l'intermédiaire d'une société extérieure. Cette étude associe les coordinatrices des secrétariats médicaux, le responsable du standard, un représentant du bureau de la communication, un représentant de la Direction de la qualité et des risques et l'ingénieur en charge des télécommunications et des courants faibles. L'audit s'appuiera sur :

- L'observation des appels dans quelques secrétariats représentatifs ;
- L'observation des appels arrivant au standard ;
- L'analyse des indicateurs chiffrés par les outils associés à l'autocommutateur téléphonique

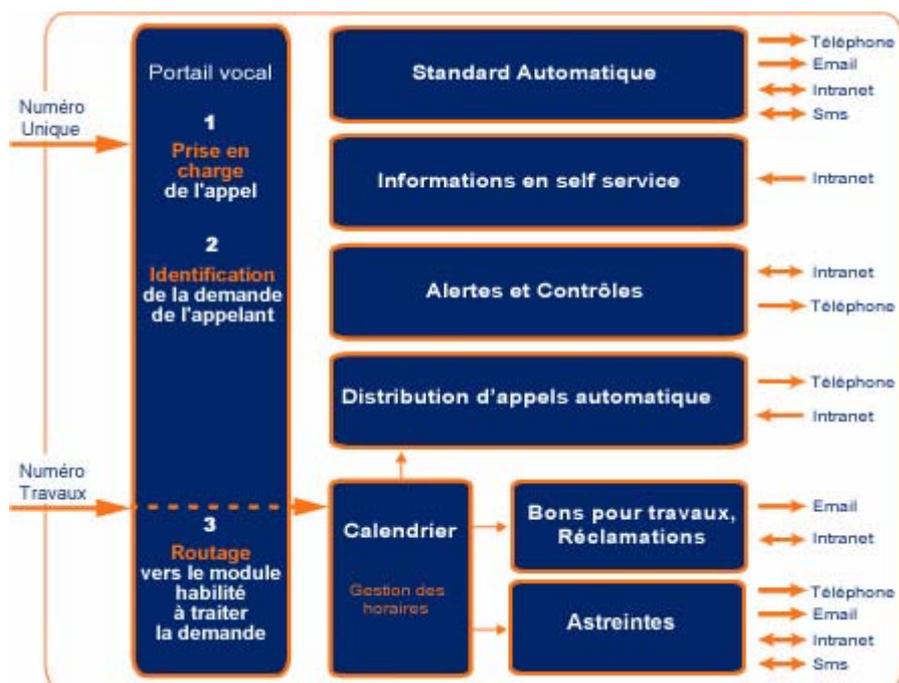
Le rapport d'audit proposera des solutions concrètes qui pourront se traduire par :

- Des actions de formation ;
- Des adaptations de paramétrages ou de configurations ;
- L'installation d'outils complémentaires.

Le calendrier des opérations à mener prévoit une restitution finale à la fin du mois d'octobre 2007.

b) les perspectives offertes par la mise en place de plate-forme téléphonique

Il existe des possibilités de traitement des appels téléphoniques via une plate-forme. Par exemple, le Centre Hospitalier Sud Francilien s'est équipé en juin 2006 du produit « Dialoca Santé » de NATURAL TOUCH, solution dédiée aux établissements de santé qui prend en charge les appels téléphoniques. Ce programme intègre les toutes dernières technologies de la plate-forme de synthèse vocale et de reconnaissance vocale. A ce jour, l'application est opérationnelle en interne mais n'est pas encore ouverte aux usagers extérieurs. Il est toutefois intéressant de noter que l'établissement a réduit considérablement ses coûts associés au traitement des appels téléphoniques et optimiser les processus internes. Dans la pratique, une plate-forme téléphonique de ce type centralise tous les appels téléphoniques d'une structure et les dispatche vers les professionnels demandés et identifiés par le serveur vocal. La plate-forme peut également être utilisée pour la gestion des demandes de travaux ainsi que pour les astreintes. Schématiquement, le fonctionnement de la plate-forme téléphonique peut être synthétisé de la manière suivante :



source : www.naturaltouch.fr

Si cette perspective semble a priori intéressante, elle doit néanmoins être étudiée au plus près. En effet, les aspects techniques apparaissent assez complexes et nécessitent la présence d'un chef de projet. A titre d'exemple, l'annuaire vocal doit être régulièrement mis à jour ce qui induit un suivi extrêmement lourd et probablement difficile à organiser sur une structure de type CHU qui emploie plus de 10 000 agents.

2.2.5 Mettre en place un pool de secrétariat médical dédié à la dactylographie

Il faut tout d'abord étudier les bénéfices escomptés par la mise en place d'un pool de secrétariat médical dédié à la dactylographie avant d'évoquer les principes de fonctionnement d'une telle organisation.

A) L'intérêt d'une organisation de ce type

Dans le cadre des travaux menés par le groupe projet pour la constitution d'équipes de suppléance en secrétariat médical, la problématique des remplacements a longuement été étudiée. Il découle de cette étude le constat suivant : le temps d'intégration d'une SM au sein d'un secrétariat médical est évalué à six mois. Par conséquent, il est impossible à une secrétaire médicale qui arrive pour assurer un remplacement de quelques jours de prendre en charge l'ensemble des missions qui incombent à la personne qu'elle remplace. Pour ne pas mettre en difficulté les secrétariats médicaux, il faut donc envisager un autre mode d'organisation. Par ailleurs, aucune organisation interne spécifique n'est prévue en cas d'absence d'une SM. Les médecins directeurs de pôle interrogés sur la question des remplacements de secrétariat médical ont précisé ne pas être favorables à la prise en charge des fonctions accueil physique et accueil téléphonique par les agents de remplacement. En effet, ils estiment que l'accueil nécessite une très bonne maîtrise de la discipline pratiquée dans le service pour être de qualité. La mise en place d'un pool de secrétariat médical permettrait de soulager tous les services de l'établissement et offrirait l'avantage de ne pas accumuler de retard dans la dactylographie pendant les petites périodes d'absence des SM qui ne sont pas remplacées.

B) Les principes de fonctionnement

La mise en place d'un pool de secrétariat médical dédié à la dactylographie pourrait se concrétiser par la transformation de mensualités de remplacement en postes pérennes, c'est-à-dire à coût constant. Dans un premier temps, le pool pourrait être constitué de deux secrétaires médicales. Une évaluation de la charge de travail et de la qualité du service rendu ainsi que la mesure de la satisfaction auprès des services demandeurs permettrait dans un second temps d'ajuster les effectifs de ce pool. L'objectif de cette organisation est d'éviter tout retard dans la transmission des informations médicales afin

de respecter le délai de 8 jours prévu par la réglementation. Pour mémoire, l'étude réalisée en 2005 démontrait que seuls la moitié des services du CHU respectaient ce délai réglementaire (cf § 1.3.3.).

Ce pool comprendrait des postes de travail dédiés uniquement à la dactylographie des comptes-rendus transmis. La mise en place préalable d'un outil de DNRV offrirait le grand avantage de supprimer le recours aux cassettes en substituant des fichiers son de bien meilleure qualité. Dans le cas où la dictée sur cassette audio persisterait, une réflexion sur l'acheminement des cassettes vers le pool de secrétariat médical centralisé devrait être menée afin d'organiser le circuit de distribution. D'un point de vue pratique, les médecins devraient identifier le document à dactylographier comme urgent ou normal, de sorte que les SM organisent leur travail en fonction des besoins. La création d'un tel pool doit par ailleurs s'accompagner d'une réflexion quant à l'attractivité des postes de travail. Si l'intégration au sein de la fonction publique hospitalière offre le double avantage de résorber les emplois précaires et de permettre un déroulement de carrière aux agents concernés, il n'en demeure pas moins que l'attrait du poste doit également être pensé. En effet, une fiche de poste limitée à la dactylographie peut repousser un certain nombre de professionnelles. En ce sens, des horaires de travail fixes, une priorité à la mobilité interne à l'issue d'une période prédéfinie, la perspective de se former à la terminologie médicale de multiples disciplines sont autant de facteurs d'attractivité à mettre en avant.

2.2.6 Evaluer les organisations novatrices et les déployer sur l'ensemble du CHU

Au même titre que l'IUN se lance dans une expérimentation de la DNRV dont l'expérience pourra être déployée à l'ensemble du CHU en cas de succès, certains secteurs mettent également en place des organisations novatrices qui pourront servir d'exemple.

A) L'exemple de la restructuration du pôle tête et cou

Le pôle tête et cou comprend cinq disciplines : l'oto-rhino-laryngologie (ORL), l'ophtalmologie, la chirurgie maxillo-faciale et la stomatologie, la chirurgie plastique et le service des brûlés. Au vu de son compte de résultat très largement déficitaire (6 millions d'euros en 2006) et d'un faible taux d'occupation (environ 60%), un projet de réorganisation en profondeur de l'activité est apparu nécessaire. Conduit par le médecin-directeur du pôle et le directeur de la PFP concerné, le projet, baptisé Chrysalide, consiste à mutualiser toutes les disciplines du pôle. Cette opération d'envergure permet de libérer 24 lits d'hospitalisation que l'institution a choisi de réorienter vers la médecine polyvalente d'urgence. Avec les lits, les effectifs sont également remis à niveau ; 23 postes sont ainsi réaffectés dans d'autres secteurs d'activité. Effective au 1^{er} novembre

2007, la réorganisation du pôle tête et cou repose en partie sur la cellule de coordination et sur la mise en place d'un secrétariat commun d'hospitalisation.

B) Une restructuration fondée sur des modes de fonctionnement nouveaux

a) *la création d'une cellule de coordination*

La mission principale de la cellule de coordination consiste à organiser le parcours de soins du patient tout au long de sa prise en charge. Interlocutrice des différentes disciplines du pôle, la cellule est un véritable outil de régulation qui permettra d'atteindre les objectifs d'accroissement de l'activité. Enfin, elle a également pour mission de satisfaire les usagers en facilitant leur parcours et en leur apportant une réponse de meilleure qualité. Les objectifs généraux de la cellule de coordination reposent sur trois axes :

- **Réduire les délais de prise en charge** tout en garantissant le respect des modalités en programmant et en organisant la prise en charge dès le rendez-vous de consultation, en planifiant en amont et en aval de l'hospitalisation les examens et consultations nécessaires ainsi qu'en procédant à une re-programmation lorsque les circonstances l'imposent ;
- **Améliorer la qualité de la prise en charge** en devenant l'unique interlocuteur avant l'hospitalisation, en apportant des éclairages sur l'hospitalisation (conventionnelle, de semaine ou de jour) et les conditions d'admission ainsi qu'en garantissant la constitution d'un dossier patient conforme aux exigences ;
- **Optimiser l'activité** en régulant les flux et en augmentant le taux d'occupation en hospitalisation.

Afin de garantir une qualité de réponse optimale, la cellule de coordination est composée de trois personnes : un cadre de santé, une infirmière et une secrétaire médicale. Chaque professionnel de la cellule interviendra dans le cadre de son champ de compétence.

b) *la mise en place d'un secrétariat commun d'hospitalisation*

La mutualisation de l'hospitalisation se concrétise également par la mise en place d'un secrétariat médical commun aux différentes disciplines du pôle. Ainsi, cinq postes de SM - soit un équivalent temps plein de 4,60 - vont assurer le secrétariat pour tout ce qui relèvera de l'hospitalisation. A ce titre, elles n'assureront pas d'accueil physique ou téléphonique à destination des patients pris en charge. En revanche, elles auront pour mission de dactylographier l'ensemble des comptes-rendus et courriers divers en lien avec le séjour en hospitalisation. Les SM du secrétariat commun établiront également tous les certificats et documents divers dont les patients pourraient avoir besoin et prépareront la tenue du staff multidisciplinaire en lien avec la fédération de cancérologie.

Enfin, elles auront une mission de coordination de la prise en charge du patient hospitalisé.

Par ailleurs, la mise en place de ce secrétariat médical commun nécessite une réflexion préalable sur les circuits des dossiers médicaux et des cassettes à dactylographier. En effet, la problématique très complexe des locaux de l'Hôtel Dieu n'a pas permis de regrouper tous les secteurs du pôle dans un même lieu. Ainsi, le service des brûlés et de chirurgie plastique est géographiquement situé loin des autres disciplines du pôle qui résident au 1^{er} et au 5^{ème} étages de l'Hôtel Dieu. Pour cette raison, il est nécessaire de bien penser le fonctionnement du secrétariat commun préalablement au démarrage de la restructuration. De la même manière, les autres secrétariats médicaux vont être dédiés aux consultations. Ils sont donc localisés au sein de chaque service concerné et vont assurer l'accueil physique et téléphonique des consultants. Les SM affectées à ces services auront également en charge la dactylographie des comptes-rendus de consultation ainsi que la coordination de la prise en charge du patient.

Une évaluation de la restructuration du pôle sera réalisée à six mois et des ajustements seront apportés si nécessaire. La cellule de coordination fera l'objet d'une attention particulière compte tenu du fait qu'elle assure un rôle de garant du bon fonctionnement d'ensemble du pôle. Si l'évaluation s'avère positive, il serait alors intéressant de communiquer sur cette expérience auprès des instances de l'établissement afin de susciter l'intérêt des professionnels pour des démarches de cette envergure et, pourquoi pas, déployer ce type d'organisation novatrice à d'autres disciplines dans un même esprit d'harmonisation des pratiques.

2.2.7 Accompagner le changement

Tout changement doit être accompagné par ceux qui le souhaitent. En effet, on ne peut réussir le changement si l'on ne sait pas où l'on va. En ce sens, la direction d'un établissement a un rôle majeur à jouer en la matière. Elle doit tout d'abord définir une ligne de conduite puis mettre en place les moyens nécessaires pour atteindre les objectifs fixés. Enfin, 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 oeuvrent à la revalorisation de leur fonction et à l'enrichissement de leur travail.

A) Le rôle majeur de la direction

Dans son rapport relatif à « la conduite du changement au sein du secteur public »⁴³, Aurélien COLSON, chef du groupe de projet Ariane évoque les six composantes pour réussir le changement, à savoir : un projet, un terrain, un moment, une volonté politique, des ressources humaines et un pilotage. Il indique que « *l'engagement résolu, public et constant de l'autorité politique concernée* » est facteur de succès.

a) *une politique claire et connue de tous*

Décliné au niveau de l'hôpital public, ce constat est réel et s'applique à l'engagement de la direction de l'établissement. En ce sens, la politique menée doit être claire et connue des personnels. A titre d'exemple, le nouveau projet d'établissement du CHU de NANTES pour les années 2008-2012 fera l'objet d'une journée d'information à l'attention du public le 30 novembre 2007. De la même manière, le journal interne (chu.com) et les flashes d'information mensuels contribuent à maintenir le niveau d'informations auprès des agents de l'hôpital. Pour autant, les actions de communication et d'informations ne suffisent pas à elles seules à garantir une bonne connaissance de la politique institutionnelle auprès de tous. A l'échelle d'un CHU, il est encore plus difficile de bien communiquer tant l'éloignement entre la direction centrale et le terrain est grand. En effet, la distance est telle qu'un gouffre d'incompréhension peut apparaître entre la logique du gestionnaire et la logique du terrain. Ce constat est par ailleurs renforcé par la multiplicité des professions exerçant à l'hôpital et par le fait que chacun a sa perception propre de la réalité. Les contraintes des uns ne sont pas celles des autres et la méconnaissance est source d'incompréhension. Pour toutes ces raisons, le rôle de la direction apparaît comme majeur.

b) *l'impulsion de la direction*

Après avoir défini une politique, pré-requis essentiel pour construire des projets dans une perspective prédéfinie, la direction doit impulser les actions à mettre en œuvre sur le terrain pour atteindre les objectifs fixés au niveau de l'institution. Pour y parvenir, il est alors indispensable de disposer de relais efficaces entre le sommet de l'organisation et la base. Un organigramme s'avère donc un outil extrêmement stratégique en ce sens qu'il positionne des acteurs aux différentes marches de l'organisation, chacun d'entre eux ayant la charge de décliner la politique générale à son niveau d'intervention. Toutefois, il ne suffit pas de décréter les choses pour que cela se réalise. Un manager doit susciter l'adhésion autour d'un projet pour que celui-ci réussisse. Les actions de communication

⁴³ COMMISSARIAT GENERAL DU PLAN, COLSON A., 2005, « *la conduite du changement au sein du secteur public : une contribution pour l'action* », Les Cahiers du Plan n°13 de septembre 2005, 64 p.

servent quant à elles à maintenir un niveau d'information correct. Ainsi, comme le disait Pierre MENDES France, « *il n'est pas vrai que les Français soient plus difficiles à gouverner que d'autres – à condition qu'ils soient loyalement informés, qu'on les associe à l'action et que leur volonté ne soit pas continuellement ignorée ou bafouée par ceux qui les gouvernent* ». Ce qui se vérifie à l'échelon national a également tout son sens au niveau d'un établissement de santé. A ce titre, aucun changement ne se mettra correctement en place sans une volonté ferme de la direction, sans impulsion et sans un accompagnement efficace durant toute la démarche. En effet, « *une organisation est le royaume des relations de pouvoir, de l'influence, du marchandage et du calcul* » ; en ce sens, toute modification de l'organisation est source de résistances et de conflits potentiels. Si la direction joue pleinement son rôle de définition des enjeux, d'impulsion de la démarche et de communication, le changement envisagé a de grandes chances de réussir.

B) Les moyens nécessaires pour accompagner le changement

Les moyens nécessaires pour atteindre les objectifs fixés par la direction comprennent à la fois les acteurs en présence et les actions à mettre en œuvre.

a) *des relais de la direction, vecteurs de la politique institutionnelle*

Le nouvel organigramme mis en place en avril 2006 a instauré les plates-formes de proximité qui constituent le relais de la direction en proximité. Les directeurs de PFP ont pour principales missions de relayer la politique institutionnelle au niveau des pôles d'activités médicales rattachés à leur plate-forme et d'accompagner les directions de pôles dans les projets, notamment par le biais de la réalisation d'analyses médico-économiques. Pour mener à bien leurs missions, les DPFP sont notamment assistés d'un directeur des soins et d'une coordinatrice des secrétariats médicaux. Cette dernière est le relais de la direction au niveau de l'ensemble des secrétariats médicaux de la plate-forme de proximité. Positionnée de manière transversale, la CSM contribue par son action à instaurer une dynamique commune aux secrétaires médicales autour des objectifs institutionnels.

b) *une politique d'accompagnement au changement à destination des secrétaires médicales*

Les relais opérationnels étant positionnés, il pourrait être utile de décliner une politique spécifique à la catégorie des secrétaires médicales en s'appuyant sur les résultats de l'étude menée auprès des professionnelles concernées. A ce titre, les axes possibles de cette politique pourraient être les suivants :

Inciter à la mobilité interne

Les résultats de l'enquête réalisée auprès de l'ensemble des secrétaires médicales démontrent la fidélité des SM à leur service. Pour mémoire, selon les pôles d'activité médicale, l'ancienneté est comprise entre 11 et 29 années. En outre, près de 50% des SM interrogées disent ne pas envisager de mobilité interne à l'avenir : 46,8 s'y opposent alors que 42,3% envisagent un changement. Si la stabilité est gage de sécurité, il n'en demeure pas moins que la routine dans le travail empêche la prise de recul nécessaire pour adapter ses pratiques professionnelles aux évolutions contextuelles et environnementales. Aussi, l'instauration d'une politique d'incitation à la mobilité pour les secrétaires médicales pourrait permettre une dynamisation et un rééquilibrage des équipes entre les « anciennes » et les « nouvelles ». Il ne s'agit pas là de réactiver la querelle des Anciens et des Modernes mais bien d'instaurer une dynamique.

Concrètement, l'incitation à la mobilité peut se concrétiser par l'attribution d'un quart de point supplémentaire à la note de l'année au cours de laquelle un changement de service volontaire a eu lieu. La notation des agents a un impact direct sur le montant de la prime de service ainsi que sur le déroulement de carrière ; une augmentation plus rapide de la note peut donc avoir des répercussions positives à plusieurs niveaux pour un agent. Par ailleurs, le travail d'harmonisation des pratiques professionnelles en matière de secrétariat médical sur l'ensemble du CHU de NANTES permettra aux SM d'être en capacité de changer de service et d'être rapidement opérationnelles. Enfin, le décroisement des secrétariats médicaux devrait également permettre aux secrétaires médicales de mieux connaître les spécificités et contraintes de leurs collègues. Une meilleure compréhension peut en effet susciter le désir de mobilité.

Faciliter l'intégration des professionnelles en secrétariat médical

Dans le cadre de ses réflexions, le groupe projet équipe de suppléance en secrétariat médical a évalué le temps d'intégration d'une secrétaire médicale à 6 mois. En effet, selon la spécificité du service, une SM nouvellement recrutée a besoin d'une période comprise entre 2 et 9 mois avant d'être totalement opérationnelle. A partir de ce constat, il apparaît opportun de proposer des alternatives susceptibles de réduire ce temps. En ce sens, la mise en place d'une forme de **compagnonnage** au sein des secrétariats médicaux pourrait être une première réponse. Il s'agirait de créer un binôme entre une ancienne SM du service et une nouvelle arrivante afin d'assurer la transmission d'un savoir essentiel pour la discipline pratiquée au sein du secteur d'activité concerné. Dans le même esprit, la mise en place de **tutorat** entre les professionnelles du secrétariat médical et les stagiaires qui viennent apprendre le métier pourrait également s'avérer très

utile, a fortiori parce que les stagiaires constituent un vivier de recrutements futurs potentiels.

Enfin, un module de **formation** dispensé par les coordinatrices des secrétariats médicaux pourrait être adjoint à l'actuel programme de formation à destination des personnels nouvellement recrutés. Ce module comporterait les notions de base en matière de secrétariat médical, notamment dans le cadre de la réglementation en vigueur. Il préciserait également les procédures existantes (par exemple la charte de gestion du dossier médical) et les personnes-ressources du CHU pourraient être identifiées à cette occasion. Ce programme de formation serait fondé sur le référentiel des bonnes pratiques en matière de secrétariat médical.

Organiser l'actualisation des connaissances

Dans le prolongement de ce qui vient d'être proposé, les coordinatrices des secrétariats médicaux pourraient également mettre en place des sessions de formation de remise à niveau des connaissances des secrétaires médicales, notamment en matière de réglementation pour garantir le respect des droits des patients. Par ailleurs, il semblerait opportun que les SM disposent d'un bon niveau de formation pour tout ce qui relève de la prise en charge administrative des frais d'hospitalisation, a fortiori dans une optique de rapprochement futur des admissions et des secrétariats médicaux dans le cadre d'un guichet unique. Le contentieux est très important dans ce domaine et une bonne maîtrise des différents régimes de prise en charge s'avère essentielle. Si les CSM sont rattachées à la Direction des usagers et de la réglementation, elles auront à leur disposition toutes les informations nécessaires pour être en capacité de les relayer auprès de l'ensemble des secrétaires médicales. Ces actions de formation d'actualisation des connaissances pourraient être institutionnalisées et déclinées dans le plan de formation de l'établissement. Dispensées par les CSM, ces sessions ne coûteraient quasiment rien au CHU puisque les secrétaires médicales ne sont pas remplacées pendant les formations ; il ne resterait que les frais logistiques à prendre en charge (supports papier, matériel à disposition des intervenants, frais de déplacement des agents).

Dans le même esprit, les coordinatrices des secrétariats médicaux pourraient également mettre en place des ateliers de formation au maniement des différents outils et logiciels informatiques en lien avec la Direction des systèmes d'information. Concrètement, il pourrait s'agir d'ateliers libres d'accès. Par exemple, une salle pourrait être mise à disposition des professionnelles durant une période de deux heures au moment de la pause déjeuner afin que celles qui le souhaitent viennent bénéficier de conseils pratiques pour l'utilisation des applications informatiques. L'ouverture d'un créneau au moment du

déjeuner pourrait permettre aux SM de se libérer plus facilement, sans gêner le service. Les modalités de ces ateliers devraient toutefois être définies en lien avec la Direction des systèmes d'information pour coordonner l'action de tous les professionnels concernés.

C) Instaurer une réflexion autour des évolutions du métier de secrétaire médicale

Le métier de secrétaire médicale est en profonde mutation. A ce titre, il serait utile qu'une réflexion autour du métier soit engagée au sein du CHU de NANTES. La dynamique instaurée au premier semestre 2007 par le déploiement de toutes les coordinatrices des secrétariats médicaux, la réalisation d'une enquête auprès de l'ensemble des SM et la tenue d'un premier séminaire des secrétaires médicales à la fin du mois de juin doit maintenant continuer.

L'organisation régulière des **séminaires de secrétaires médicales** pourrait être une réponse adaptée, d'autant plus que les professionnelles sont demandeuses. En effet, trente personnes ont participé au premier séminaire. Elles s'interrogeaient toutefois sur la suite qui serait donnée à leurs travaux. Après leur avoir expliqué que cette première journée avait pour objectif de dresser l'état des lieux de l'existant en complément du questionnaire qui avait été adressé à toutes les professionnelles, je les ai informées de la tenue d'un second séminaire à l'automne 2007 dont l'objet sera de déterminer les actions d'amélioration à mettre en œuvre pour corriger les dysfonctionnements recensés. Aujourd'hui, elles sont en attente du prochain séminaire pour connaître les perspectives qui seront retenues pour améliorer leurs conditions de travail. Enfin, la formalisation des séminaires de secrétaires médicales permettrait de décroiser les secrétariats médicaux en offrant aux SM la possibilité de mieux se connaître. Tout ceci contribuerait au développement d'une culture du secrétariat médical propre au CHU de NANTES et serait propice à la revalorisation du métier de secrétaire médicale. En ce sens, cela répondrait à la quête de reconnaissance des professionnelles en question.

Les préconisations ci-dessus sont recensées dans un tableau de synthèse qui identifie notamment les pilotes de chaque projet ainsi qu'un calendrier prévisionnel de mise en œuvre. Un plan de communication sur les différentes actions à mener complète la synthèse précitée. Ce document est joint en annexe 1.



Conclusion

Dans son œuvre « Terre des hommes », Antoine de Saint Exupéry affirme : « *la grandeur d'un métier est peut-être avant tout d'unir des hommes : il n'est qu'un luxe véritable, et c'est celui des relations humaines. Les vocations aident l'homme à se délivrer, mais il est également nécessaire de délivrer les vocations* ». La démarche d'analyse du métier de secrétaire médicale et surtout l'appréhension des enjeux et perspectives d'une réorganisation de la fonction secrétariat médical n'ont fait que confirmer les dires de Saint Exupéry. Cette étude aura permis de bien comprendre la place occupée par la secrétaire médicale dans l'organisation du travail du médecin. Elle est en quelque sorte la cheville ouvrière de l'activité médicale en ce sens qu'elle contribue directement à la coordination du parcours du patient ainsi qu'à la satisfaction de ce dernier. Par conséquent, la secrétaire médicale participe également indirectement au niveau d'activité du service dans lequel elle travaille car, plus elle facilite le parcours de l'utilisateur, plus elle permet aux médecins de prendre en charge d'autres patients. Pour autant, il apparaît indispensable d'harmoniser les pratiques professionnelles des SM qui sont actuellement beaucoup trop hétérogènes au CHU de NANTES. La mise en place d'une coordination des secrétariats médicaux va contribuer à cette harmonisation en même temps qu'elle va dynamiser la profession autour des objectifs institutionnels.

Le directeur d'hôpital a pour mission d'unir des professionnels pluridisciplinaires et de les faire travailler ensemble autour d'un objectif commun, celui de garantir une prise en charge de qualité aux patients accueillis dans le respect des contraintes financières qui pèsent sur les établissements de santé. Ainsi, la problématique est complexe et, lorsque les ressources diminuent, la créativité est nécessaire pour réussir à maintenir un même niveau d'activité, voire à le développer. En ce sens, le seul levier d'action possible consiste à travailler sur les organisations en place. Cela peut se traduire par la mutualisation de plusieurs équipes comme en témoigne la restructuration du pôle tête et cou ou par la mise en place de nouvelles technologies à l'instar de l'expérimentation menée à l'IUN. Quoi qu'il en soit, la réflexion menée conduit au changement. Pourtant, les évolutions se succèdent très vite et nécessitent des adaptations constantes et une grande réactivité de la part des professionnels de santé. En ce sens, le directeur d'hôpital doit être un véritable manager et être en capacité de collaborer étroitement avec les médecins sans lesquels tout changement sera impossible à mettre en œuvre.

Dans un contexte de réorganisation des secrétariats médicaux sur l'ensemble de l'institution, la déclinaison de toutes les actions à réaliser (cf annexe 1) met en exergue l'ampleur de la tâche inhérente au management global du projet. En effet, le

dimensionnement du CHU complexifie la coordination de tous les projets à mener en raison de la multiplicité des acteurs concernés et des enjeux de pouvoir en présence. La résistance au changement est d'autant plus grande dans une configuration de ce type. Dans cet esprit, la direction doit veiller à associer l'encadrement dès la genèse du projet afin que les cadres puissent accompagner les équipes sur le terrain lors de la réflexion, puis tout au long de la mise en œuvre du changement envisagé. La communauté médicale doit également être étroitement associée à un projet de cette envergure étant entendu que le fonctionnement des secrétariats médicaux est lié à l'organisation médicale. Par ailleurs, il apparaît nécessaire de mettre en œuvre un plan de communication préalablement défini tout au long de la démarche afin d'accompagner les personnels. Lorsque la visibilité d'une opération est claire pour tous les professionnels concernés, l'adhésion au projet est alors facilitée. En ce sens, il faut souligner l'importance d'une diffusion efficace des informations relatives à l'avancement de la démarche, à chacune des étapes. Le respect de tous ces pré-requis devrait favoriser la réussite de la réorganisation des secrétariats médicaux au CHU de NANTES.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

Loi n°90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation. Journal officiel, n°150 du 30 juin 1990. (visité le 24.09.07), disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/Waspad/Visu?cid=372304&indice=1&table=JORF&ligneDeb=1>

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal officiel, n°54 du 5 mars 2002. (visité le 24.09.07), disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/Waspad/Visu?cid=588245&indice=1&table=JORF&ligneDeb=1>

Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Journal officiel, n°190 du 17 août 2004. (visité le 24.09.07), disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/Waspad/Visu?cid=713441&indice=2&table=JORF&ligneDeb=1>

Loi n°2005-370 du 23 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. Journal officiel, n°95 du 23 avril 2005. (visité le 24.09.07), disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/Waspad/Visu?cid=735360&indice=2&table=JORF&ligneDeb=1>

MINISTERE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE, Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. Journal officiel, n°102 du 3 mai 2005. (visité le 24.09.07), disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/Waspad/Visu?cid=736171&indice=1&table=JORF&ligneDeb=1>

Code de la Santé Publique, notamment son Livre Ier relatif à la protection des personnes en matière de santé. (visité le 24.09.07), disponible sur internet : http://www.legifrance.gouv.fr/WASPAD/RechercheSimplePartieCode?commun=CSANPU&code=C_SANPUNL.rcv

MINISTERE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE, Décret n°2005-213 du 2 mars 2005 relatif à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge et modifiant le code de la santé publique. Journal officiel, n°53 du 4 mars 2005. (visité le 24.09.07), disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/Waspad/Visu?cid=731126&indice=1&table=JORF&ligneDeb=1>

Ouvrages

AMBLARD H., BERNOUX P., HERREROS G., LIVIAN Y-F., 2005, *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*, Editions du Seuil, 291 p.

CROZIER M., FRIEDBERG E., 1977; *L'acteur et le système, les contraintes de l'action collective*, Editions du Seuil, 498 p.

D'IRIBARNE P., 1989, *La logique de l'honneur : gestion des entreprises et traditions nationales*, Editions du Seuil, 283 p.

ENSP, LAUDE L., supports de cours à destination des élèves directeur d'hôpital, 2006-2007, *organisation et management hospitalier, organisation et management des personnes, management et relations sociales, conduite du changement*

Autres références bibliographiques

ARGUTI M-C., 2004, « coordination des secrétariats médicaux au CH de Libourne », *Techniques hospitalières*, n°687 de septembre-octobre 2004, pp 61-67

BONNICI B., DEBROSSE D., mai-juin 2007, « nouvelle gouvernance, état des lieux et perspectives », *Revue hospitalière de France*, n°516, pp 52-57

BOSLI P., VASSY C., février 1998, « Secrétaire médicale, simple exécutante ou pivot de l'équipe hospitalière », *Gestions Hospitalières*, n°373 ,pages 120-123

COMMISSARIAT GENERAL DU PLAN, COLSON A., 2005, « la conduite du changement au sein du secteur public : une contribution pour l'action », *Les Cahiers du Plan* n°13 de septembre 2005, 64 p.

DROIN A., mars 2007, « secrétaire médicale, le maillon fort entre patients et médecin », *journal « Le Parisien »*, édition du 5 mars 2007, (visité le 24.09.07), disponible sur internet : <http://www.asmr.org/xmedia/pdfs/leparisien20070305.pdf>

ESTRYN-BEHAR M., MILANINI G., BLANCO E., BONNET S., 2001, « réaménagement du secrétariat médical d'une clinique à partir d'une analyse ergonomique », janvier 2001, *Gestions hospitalières*, n°402, pp 16-21

FOUQUET A., 2007, « les usagers du CHU cherchent du renfort », *journal Ouest-France* du 10 septembre 2007

LE POINT, 2007, « Hôpitaux – le palmarès 2007 » ; *Le Point*, édition spéciale du 21 juin 2007. (visité le 24.09.07), disponible sur internet : <http://www.lepoint.fr/content/societe/article?id=189059>

MINISTERE DE L'EMPLOI. Délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle, septembre 2000, *Contrat d'études prospectives secrétariat : « de la secrétaire à l'assistante, l'évolution d'une profession »*, Ministère de l'Emploi, collection « prospective formation emploi », 304 p. – (visité le 24.09.07), disponible sur internet: <http://www.travail.gouv.fr/publications/CEP/assistance/cep34ass.html>

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS. document de travail 2007 non publié à ce jour, *Pré-monographie du métier de secrétaire médicale*, source ONMFPH

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS. *Les métiers de la santé et du social*. (visité le 24.09.07), disponible sur internet : http://www.metiers.santesolidarites.gouv.fr/fiche.php3?id_article=90

PIGANEAU K., 2007, « activité en berne, dépenses non financées, T2A : déficit de 400 millions d'euros pour les CHU en 2007 », *Le quotidien du médecin*, article publié le mercredi 12 septembre 2007

PINTO J., janvier 2000, « de la secrétaire à l'assistante, un processus qui requiert un accompagnement », *Bref*, n°160 (visité le 24.09.07), disponible sur internet : <http://www.cereq.fr/cereq/b160.pdf>

PINTO J., septembre 1990, « une relation enchantée, la secrétaire et son patron », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°84, fascicule intitulé « Masculin/féminin – 2 », pp 32-48

Sites internet

ASMR, *Association des Secrétaires Médico-sociales et des Référentes*. (visité le 24.09.07), disponible sur internet : www.asmr.org

CHU de NANTES : <http://www.chu-nantes.fr/>

HAUTE AUTORITE DE SANTE. *Espace Grand Public – certification des établissements de santé*. (visité le 24.09.07), disponible sur internet : http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c_5076&pcid=c_5076

SECRETAIRES-MEDICALES-enligne.com, *le portail emplois, missions et stages des secrétaires médicales*. (visité le 24.09.07), disponible sur internet : <http://www.secretaires-medicales.enligne-fr.com/>

Liste des annexes

I - Synthèse des propositions d'actions comprenant le calendrier de mise en œuvre et plan de communication pour la fin 2007 et l'année 2008

II - Questionnaire adressé à l'ensemble des secrétaires médicales en juin 2007 – taux de retour : 44,82%

Annexe 1 – Synthèse des propositions d’actions comprenant le calendrier de mise en œuvre et plan de communication pour la fin 2007 et l’année 2008

OBJECTIF 1 : Affirmer la place et les missions des coordinatrices des secrétariats médicaux

ACTION	PILOTE	MOYENS	CALENDRIER
<u>Action n°1</u> : réaliser un référentiel de bonnes pratiques en secrétariat médical	Direction générale, en lien avec les CSM	- Enquête réalisée auprès des SM - Aide d’un cabinet de consultants	<u>Mai 2007 – Décembre 2007</u>
<u>Action n°2</u> : définir des indicateurs communs d’activité	Direction générale, en lien avec les CSM	- Données issues de l’enquête - Document de travail fourni par le CHU de Toulouse	<u>Automne 2007</u> , en lien avec la finalisation du référentiel
<u>Action n°3</u> : décliner le référentiel en procédures	Direction générale, en lien avec les CSM	- Séminaires CSM et secrétaires médicales	<u>A partir de 2008</u>

OBJECTIF 2 : Affirmer le rôle de cadre transversal des coordinatrices

ACTION	PILOTE	MOYENS	CALENDRIER
<u>Action n°1</u> : détacher les CSM dans le corps des adjoints des cadres hospitaliers	Pôle personnel et relations sociales	- Décision administrative	<u>1^{er} janvier 2008</u>
<u>Action n°2</u> : associer les CSM à la gestion de l’équipe de suppléance en secrétariat médical de la PFP	Directions de plates-formes de proximité	- Commission hebdomadaire d’affectation	<u>1^{er} trimestre 2008</u> , conjointement avec la mise en place des équipes de suppléance en secrétariat médical
<u>Action n°3</u> : permettre la participation technique des CSM au recrutement et à l’évaluation annuelle des secrétaires médicales	Pôle personnel et relations sociales et directions de PFP	- mise en place d’un temps d’échange entre assistants de gestion et CSM en amont et en aval des entretiens annuels d’évaluation - participation au jury de recrutement	<u>A partir de 2008</u>

OBJECTIF 3 : Rattacher les CSM au pôle activité développement

ACTION	PILOTE	MOYENS	CALENDRIER
Action unique : rattacher les coordinatrices des secrétariats médicaux au PAD	Pôle Activité-Développement A noter, le <u>lien fonctionnel</u> avec les directions de PFP	- Décision administrative	<u>1^{er} janvier 2008</u>

OBJECTIF 4 : Instaurer une réflexion institutionnelle sur le rapprochement des secrétariats médicaux et des admissions

ACTION	PILOTE	MOYENS	CALENDRIER
Action unique : instaurer une réflexion institutionnelle sur le rapprochement des secrétariats médicaux et des admissions	Pôle Activité-Développement	- Groupes de travail à constituer	<u>Année 2008</u>

OBJECTIF 5 : Repenser les secrétariats médicaux sous l'angle ergonomique

ACTION	PILOTE	MOYENS	CALENDRIER
Action unique : repenser les secrétariats médicaux sous l'angle ergonomique	Pôle Activité-Développement	- Vacances d'ergonome	<u>Année 2008</u> , conjointement à l'objectif 4

OBJECTIF 6 : Développer le recours aux nouvelles technologies

ACTION	PILOTE	MOYENS	CALENDRIER
<u>Action 1</u> : évaluer les expériences menées actuellement en matière de DNRV	Pôle Activité-Développement Direction des systèmes d'information	- résultats de l'évaluation des expérimentations en cours - déploiement à prévoir dans un second temps	<u>2008 - 2009</u>
<u>Action 2</u> : s'appuyer sur les conclusions de l'audit en cours pour améliorer la téléphonie	Pôle Activité-Développement Direction des systèmes d'information	- audit mené par une société extérieure sur la téléphonie	<u>1^{er} janvier 2008</u>

OBJECTIF 7 : Mettre en place un pool de secrétariat médical dédié à la dactylographie

ACTION	PILOTE	MOYENS	CALENDRIER
<u>Action unique</u> : mettre en place un pool de secrétariat médical dédié à la dactylographie	Pôle Activité-Développement, en lien avec les CSM	- transformation de mensualités de remplacement en postes pérennes - postes de travail	<u>1^{er} semestre 2008</u>

OBJECTIF 8 : Evaluer les organisations novatrices et les déployer sur l'ensemble du CHU

ACTION	PILOTE	MOYENS	CALENDRIER
<u>Action unique</u> : évaluer les organisations novatrices et les déployer	Directions de plates-formes de proximité	- évaluation réalisée par la PFP - communication des résultats de l'évaluation par la direction de la PFP	<u>Evaluation à 3 mois, 6 mois puis 1 an</u> <u>Déploiement sur 1 à 2 ans selon l'ampleur des changements à mettre en œuvre</u>

OBJECTIF 9 : Accompagner le changement auprès des secrétaires médicales

ACTION	PILOTE	MOYENS	CALENDRIER
<u>Action 1</u> : inciter à la mobilité interne	Pôle personnel et relations sociales	- action à inscrire dans le projet social	<u>2008 - 2012</u>
<u>Action 2</u> : faciliter l'intégration des professionnelles en secrétariat médical	Pôle Activité-Développement, en lien avec les CSM	- compagnonnage entre professionnelles - tutorat entre professionnelles et stagiaires - actions de formation à destination des secrétaires médicales	<u>2^{ème} semestre 2008 et année 2009</u>
<u>Action 3</u> : instaurer une réflexion autour des évolutions du métier de SM	Pôle Activité-Développement, en lien avec les CSM	- séminaires réguliers à destination des SM	<u>2 séminaires par an à partir de 2007</u>

PLAN DE COMMUNICATION SYNTHETIQUE POUR LA FIN 2007 ET L'ANNEE 2008

ECHÉANCE	OBJET	PUBLIC VISE
Octobre – novembre 2007	Communication des résultats de l'enquête réalisée auprès de l'ensemble des secrétaires médicales	<ul style="list-style-type: none"> - les coordinatrices des secrétariats médicaux - les instances de l'établissement - l'ensemble des professionnelles de secrétariat médical
Octobre – novembre 2007	Communication sur le rattachement des CSM au pôle Activité-Développement	<ul style="list-style-type: none"> - les coordinatrices des secrétariats médicaux - les instances de l'établissement - l'ensemble des professionnelles de secrétariat médical
Décembre 2007	Communication sur le référentiel des bonnes pratiques en secrétariat médical et sur les indicateurs communs d'activité	<ul style="list-style-type: none"> - les instances de l'établissement - l'ensemble des professionnelles de secrétariat médical
1^{er} trimestre 2008	Communication sur la mise en place des équipes de suppléance en secrétariat médical au niveau des PFP	<ul style="list-style-type: none"> - les instances de l'établissement - l'ensemble des professionnelles de secrétariat médical
Fin du 1^{er} semestre 2008	Communication sur la mise en place d'un pool de secrétariat médical dédié à la dactylographie	<ul style="list-style-type: none"> - les instances de l'établissement - l'ensemble des professionnelles de secrétariat médical
Fin du 1^{er} semestre 2008	Communication sur les résultats des expérimentations menées en matière de DNRV	<ul style="list-style-type: none"> - les instances de l'établissement - l'ensemble des professionnelles de secrétariat médical
Fin du 2^{ème} semestre 2008	Communication sur l'avancée de la réflexion menée sur le rapprochement des secrétariats médicaux et des admissions	<ul style="list-style-type: none"> - les instances de l'établissement - l'ensemble des professionnels de secrétariat médical et des admissions

**Annexe 2 – Questionnaire adressé à l'ensemble des secrétaires médicales en juin
2007 – taux de retour : 44,82 %**



ANALYSE DES ORGANISATIONS ET DES FONCTIONNEMENTS DES SECRETARIATS MEDICAUX

Guide à destination des secrétaires médicales

A remettre à votre coordinatrice au plus tard le 26 juin 2007

Votre identité professionnelle

Plate-forme de proximité d'appartenance :

- 1. urgences, médecine, institut des maladies de l'appareil digestif (Imad), imagerie
- 2. mère-enfant, tête et cou, odontologie
- 3. institut du thorax, Itert-urologie-néphrologie
- 4. gériatrie, cancérologie, biologie
- 5. neurosciences, ostéo-articulaire, psychiatrie, médecine physique et réadaptation soins de suite

Pôle d'activité Service :.....

Votre ancienneté au CHU de Nantes:.....

Votre ancienneté, au CHU de Nantes, dans le poste actuel:.....

Dans votre poste actuel, vous travaillez : A temps plein A temps partiel : A quel taux ?.....%

L'Organisation de votre service

Combien de secrétaires médicales exercent au sein de votre service ? / _____ /

Quotité : Veuillez préciser le nombre de secrétaires médicales travaillant à :

100 % / _____ /

90% / _____ / 80% / _____ / 75% / _____ /

70% / _____ / 60% / _____ / 50% / _____ /

Combien de médecins exercent dans votre service, tout statut confondu ? / _____ /

Combien d'internes interviennent dans votre service ? / _____ /

Existe-t-il une polyvalence entre les secrétaires médicales, en cas d'absence inopinée ?
 Oui Non

Si oui, cette polyvalence se fait-elle au niveau de
votre bureau ? Oui Non
votre service ? Oui Non
vos pôles ? Oui Non

Comment vous organisez-vous au niveau du service pour réaliser vos activités (exemples : poste dédié à la dactylo, à l'accueil téléphonique...)?

Existe-t-il des difficultés particulières liées à la réalisation de ces activités en termes de :

Organisation	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Relations au sein de votre service	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Relations extérieures au service	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Relations externes au CHU	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Et si oui, lesquelles ?

Environnement relationnel

Etes-vous en relation avec d'autres secrétaires médicales de ?

- | | | |
|-----------------|------------------------------|------------------------------|
| Votre service | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Autres services | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Autres pôles | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

A quelle fréquence ces relations se font-elles ?

- | | | |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Au niveau de votre service | Tous les jours | <input type="checkbox"/> |
| | 1 fois par semaine | <input type="checkbox"/> |
| | 1 fois tous les 15 jours | <input type="checkbox"/> |
| | 1 fois par mois | <input type="checkbox"/> |
| | 1 fois par trimestre | <input type="checkbox"/> |
| | Autre
(à préciser) | <input type="checkbox"/> |
| Au niveau des autres services | Tous les jours | <input type="checkbox"/> |
| | 1 fois par semaine | <input type="checkbox"/> |
| | 1 fois tous les 15 jours | <input type="checkbox"/> |
| | 1 fois par mois | <input type="checkbox"/> |
| | 1 fois par trimestre | <input type="checkbox"/> |
| | Autre
(à préciser) | <input type="checkbox"/> |
| Au niveau des pôles | Tous les jours | <input type="checkbox"/> |
| | 1 fois par semaine | <input type="checkbox"/> |
| | 1 fois tous les 15 jours | <input type="checkbox"/> |
| | 1 fois par mois | <input type="checkbox"/> |
| | 1 fois par trimestre | <input type="checkbox"/> |
| | Autre
(à préciser) | <input type="checkbox"/> |

Quelles sont les modalités de mises en relation ?

- | | | |
|-------------------------------|---------------------|--------------------------|
| Au niveau de votre service | Téléphone | <input type="checkbox"/> |
| | Réunions de travail | <input type="checkbox"/> |
| | Courriers | <input type="checkbox"/> |
| | Mails | <input type="checkbox"/> |
| | Staff | <input type="checkbox"/> |
| | Autres | <input type="checkbox"/> |
| | (à préciser) | |
| Au niveau des autres services | Téléphone | <input type="checkbox"/> |
| | Réunions de travail | <input type="checkbox"/> |
| | Courriers | <input type="checkbox"/> |
| | Mails | <input type="checkbox"/> |
| | Staff | <input type="checkbox"/> |
| | Autres | <input type="checkbox"/> |
| | (à préciser) | |
| Au niveau des pôles | Téléphone | <input type="checkbox"/> |
| | Réunions de travail | <input type="checkbox"/> |
| | Courriers | <input type="checkbox"/> |
| | Mails | <input type="checkbox"/> |
| | Staff | <input type="checkbox"/> |
| | Autres | <input type="checkbox"/> |
| | (à préciser) | |



Votre temps de travail / Vos conditions de travail

Comment se répartit votre temps de travail sur une période de 1 mois (*pour vous aider à renseigner ce tableau, référez-vous à votre agenda ou planning de service*)

		Semaine 1							Semaine 2							Semaine 3							Semaine 4						
		L	Ma	Me	Je	Ve	Sa	Di	L	Ma	Me	Je	Ve	Sa	Di	L	Ma	Me	Je	Ve	Sa	Di	L	Ma	Me	Je	Ve	Sa	Di
Jours habituels de travail (1)	de																												
Horaires de travail (2)	de																												

Journées occasionnelles de travail (3)
Horaires de travail (4)

- (1) cochez les journées travaillées sur les 4 semaines proposées qui représente 1 mois
- (2) précisez les horaires de chaque journée travaillée (heure de début et heure de fin : exemple : 8h à 12h et 13h à 16h30)
- (3) cochez les journées occasionnelles de travail que vous avez réalisé et précisez les raisons de ces journées occasionnelles (exemple : remplacement pour absence maladie)
- (4) précisez les horaires de chaque journée occasionnelle travaillée (heure de début et heure de fin : exemple : 8h à 12h et 13h à 16h30)

Quelle est la durée moyenne d'une journée de travail ? / _____ /

Faites vous des dépassements horaires ?

Très souvent
 Régulièrement
 Occasionnellement
 Jamais

Si oui, Dans quel cadre êtes-vous amenées à faire des dépassements horaires ?

Selon-vous ces dépassements horaires sont-ils justifiés ?

Très souvent
 Régulièrement
 Occasionnellement
 Jamais

Expliquez votre choix de réponse :

Quels sont les avantages et les inconvénients de l'organisation actuelle de votre temps de travail ?

Vos missions et vos activités

Quelles sont vos missions principales ? Pourquoi a-t-on besoin de la fonction de « secrétaire médicale » ?

Les missions sont la raison d'être de notre fonction, à quoi on sert c'est-à-dire notre contribution au sein de l'institution, pôle, service, plate-forme de proximité

(exemple de mission : Traiter et coordonner les opérations et les informations médico-administratives du patient)

1. _____
2. _____
3. _____

Quelles sont vos tâches principales liées à cette (ces) mission(s) ?

(exemple de tâche : dactylographier des comptes-rendus)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

Quelles priorités accordez vous à chaque activité mentionnée ci-dessous ? :

(inscrire dans la case soit le chiffre : 1 pour Fortement prioritaire / ou le chiffre 2 pour moyennement prioritaire ou le chiffre 3 pour non prioritaire)

Indiquez ensuite pour chacune de ces activités le temps que vous passez à leur réalisation, en % ou en heures, sur la base d'une journée de travail (vous pouvez mener l'analyse sur une semaine et ensuite répartir sur la journée)

	(inscrire 1 ou 2 ou 3)		Temps passé en % ou en heures
Accueil physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pas concerné	/ _____ /
Accueil téléphonique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pas concerné	/ _____ /
Tenue du dossier médical (confection du DM classement des documents, traçabilité)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pas concerné	/ _____ /
Gestion du dossier médicale pour transmission au patient Loi du 4 mars 2002 (Droit des patients)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pas concerné	/ _____ /
Saisie des courriers, comptes-rendus, rapports	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pas concerné	/ _____ /
Saisie des actes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pas concerné	/ _____ /
Gestion des agendas des médecins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pas concerné	/ _____ /
Organisation des transports patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pas concerné	/ _____ /
Planification et programmation des RDV patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pas concerné	/ _____ /
Archivage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pas concerné	/ _____ /
Autres (à préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pas concerné	/ _____ /

Votre analyse des fonctionnements par activité

Renseignez les tableaux suivants pour chacune des activités qui vous sont proposées

Activité	Gestion des plannings médicaux		Accueil physique
	Planification et programmation des rendez-vous patients	Agenda du médecin	
Les équipements/Outils que vous utilisez pour réaliser cette activité			
Les modes de fonctionnement, les procédures que vous utilisez pour réaliser cette activité			
Les besoins en compétences et/ou en formation pour réaliser efficacement cette activité			
Les points de dysfonctionnement Et pourquoi ?			
Vos propositions d'amélioration			
Ce qui fonctionne bien et qui est à conserver Et pourquoi ?			

Activité	Accueil téléphonique	Gestion du dossier médical pour transmission au patient Loi du 4 mars 2002 (droit des patients)
Les équipements/Outils que vous utilisez pour réaliser cette activité		
Les modes de fonctionnement, les procédures que vous utilisez pour réaliser cette activité		
Les besoins en compétences et/ou en formation pour réaliser efficacement cette activité		
Les points de dysfonctionnement Et pourquoi ?		
Vos propositions d'amélioration		
Ce qui fonctionne bien et qui est à conserver Et pourquoi ?		

Activité	Saisie des courriers, comptes-rendus, rapports	Saisie des actes
Les équipements/Outils que vous utilisez pour réaliser cette activité		
Les modes de fonctionnement, les procédures que vous utilisez pour réaliser cette activité		
Les besoins en compétences et/ou en formation pour réaliser efficacement cette activité		
Les points de dysfonctionnement Et pourquoi ?		
Vos propositions d'amélioration		
Ce qui fonctionne bien et qui est à conserver Et pourquoi ?		

Activité	Organisation des transports patients	Archivage
Les équipements/Outils que vous utilisez pour réaliser cette activité		
Les modes de fonctionnement, les procédures que vous utilisez pour réaliser cette activité		
Les besoins en compétences et/ou en formation pour réaliser efficacement cette activité		
Les points de dysfonctionnement Et pourquoi ?		
Vos propositions d'amélioration		
Ce qui fonctionne bien et qui est à conserver Et pourquoi ?		

Activité	Autre activité	Autre activité
Les équipements/Outils que vous utilisez pour réaliser cette activité		
Les modes de fonctionnement, les procédures que vous utilisez pour réaliser cette activité		
Les besoins en compétences et/ou en formation pour réaliser efficacement cette activité		
Les points de dysfonctionnement Et pourquoi ?		
Vos propositions d'amélioration		
Ce qui fonctionne bien et qui est à conserver Et pourquoi ?		

En synthèse

Vous sentez-vous reconnue par Partiellement	L'institution ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>
Partiellement	Les Médecins?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>
Partiellement	Vos collègues ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>
Partiellement	Les usagers ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>

Estimez-vous que vos missions sont clairement définies ?
Partiellement Oui Non

Etes-vous satisfaite de votre emploi ?
Partiellement Oui Non

Envisagez-vous une mobilité interne à l'avenir ? Oui Non

Si oui, Dans moins de deux ans
 Entre deux et cinq ans
 Dans plus de cinq ans

Envisagez-vous une modification de votre temps de travail ? Oui Non

Si oui, à quel taux ? A 90% A 80%

A 75% A 70% A 60%

A 50%

Envisagez-vous un changement d'orientation professionnelle dans un avenir ?
 Oui Non

Si oui, Dans moins de deux ans
 Entre deux et cinq ans
 Dans plus de cinq ans

Quelles appréciations portez-vous à l'ambiance de travail ?
