Université de Montréal

utc Université de Technologie Compiègne

ECOLE NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE

Améliorer la fonction Accueil / Secrétariat ou l'hôpital en mouvement …

Mémoire présenté en Juin 2002

A l'université de Montréal

Pour l'obtention du

Diplôme D'études Supérieures

"**Q**ualité - **E**valuation, **O**rganisation et **P**erformances des établissements de **S**anté"

QUEOPS

Monsieur Jacques LOUARN
Directeur Adjoint
Centre Hospitalier de LANDERNEAU

Année Universitaire :
2001 - 2002

Sommaire

Remerciements Page 03

Introduction Page 04

I. Description de la problématique Page 06

II. Formulation du projet "Accueil / secrétariat" Page 10

III. Identification des causes du problème Page 11

IV. Elaboration des options d'intervention et choix du mode d'intervention Page 13

V. Mise en œuvre de l'option d'intervention Page 18

VI. Le suivi du Projet Page 31

Conclusion Page 38

Bibliographie Page 40

Résumé Page 42

Annexe 1 : Questionnaire des secrétaires médicales

Annexe 2 : Fiches de tâches

Annexe 3 : Profil de poste

Annexe 4 : Procédure

Remerciements

A Monsieur W. D'HOORE, Directeur de mémoire, de l'Université Catholique de Louvain en Belgique, que je remercie pour ses précieux conseils, sa disponibilité et les orientations données tout au long de ce travail.

A Monsieur G. OLLIVIER, Directeur du Centre Hospitalier de Landerneau, qui a accepté que je conduise ce projet sur l'établissement.

A Monsieur le Professeur A.P. CONTANDRIOPOULOS et à Madame le Docteur M.P. POMEY, de l'Université de Montréal, Monsieur le Docteur P. ROUSSEL, de l'Ecole Nationale de Santé Publique de Rennes, Monsieur le Professeur G. FARGES et Madame le Professeur S. CIOCCI de l'Université de Technologie de Compiègne et à toute l'équipe enseignante de QUEOPS, je les remercie pour leurs enseignements.

Aux personnels des services administratifs et logistiques de l'Université de Montréal, de l'Université de Technologie de Compiègne, de l'Ecole Nationale de Santé Publique de Rennes, je tiens à leur faire part de mes plus vifs remerciements, de m'avoir accepté dans leurs institutions et pour la disponibilité et la sympathie qu'ils ont manifesté à mon égard.

A Mesdemoiselles V. FORICHER et M. POT du Centre Hospitalier de Landerneau, pour leur précieuse aide au travail de secrétariat, je leur adresse également mes plus vifs remerciements.

Introduction

Le Centre Hospitalier de Landerneau est un établissement public de santé du secteur sanitaire N° 1 de la région Bretagne, secteur comportant 515 000 habitants.

Il rayonne sur une zone d'attraction géographique de 90 000 habitants et se trouve à proximité d'un tissu sanitaire extrêmement dense et spécialisé (Centre Hospitalier Universitaire et établissements privés) à moins de 30 Kms.

Il comprend **510** lits et places et a traité au cours de l'année 2001, **35 146** venues à titre externe et **6 658** hospitalisations. Au cours des **3** dernières années, l'établissement a connu une croissance d'activité de l'ordre de **5 %** en externe et **14 %** en hospitalisation.

De plus, au cours des dernières années, l'établissement a été le théâtre de **combinaisons de continuité et de rupture**, **de permanence et de changement**, **de stabilité et de turbulence**. Sous la pression budgétaire et concurrentielle, de constats liés aux résultats et à l'activité hospitalière, des nouvelles attentes des usagers, le Centre Hospitalier est passé d'une structure de type activités traditionnelles à une structure de type à forte activité diversifiée :

- **Diversification des activités de soins :**
  - Ouverture d'une structure d'hospitalisation de jour en médecine et d'une structure de chirurgie et anesthésie ambulatoire (1999).
  - Prise en compte d'une mission originelle de l'hôpital : l'action sociale par le biais du développement d'une permanence d'accès aux soins de santé (2000) au bénéfice des personnes en situation de précarité.
  - Développement d'une unité de liaison et de soins en addictologie (2001).
- **La coopération externe** en développant avec le Centre Hospitalier Universitaire de Brest des Consultations avancées dans de nouvelles disciplines médicales permettait de répondre à l'interdépendance nouvelle des nouveaux modes de prise en charge dans des établissements sous pression budgétaire.

Cette augmentation d'activité s'est inscrite dans une dynamique de changement s'apparentant à une stratégie émergente[①] qui coordonnait progressivement le mouvement d'évolution. Ainsi la succession de changements en apparence non coordonnée a induit des transformations dans un mouvement d'ensemble (structurel, stratégique, culturel et comportemental [②]).

L'évolution des organisations et la mutation qui s'accomplissait à l'hôpital se sont appuyées sur des mécanismes de convergence visant à renforcer et à promouvoir une cohérence jugée empiriquement satisfaisante et à l'inscrire dans un régime de stabilité [3]

Cette mutation institutionnelle qui s'est construite sur le principe mixte de la spécialisation et de la polyvalence, sur une organisation ouverte en réseau, centrée sur les patients et par conséquent sur la recherche de la continuité des soins ont permis de montrer **que les changements laissaient des traces dans les organisations** mais également de pointer les difficultés liées à l'évolution des lignes "structures, processus et résultats".

Ainsi, au delà des résistances traditionnelles que nous retrouvons lors du développement de nouvelles activités et qui peuvent s'expliquer par l'éclatement de ressources (humaines, matérielles …), de nombreux signes de fragilité ont été perçus au niveau des fonctions spécifiques telles que l'"Accueil - Secrétariat" du Centre Hospitalier de Landerneau.

Or dans la prise en charge du patient, la performance de l'hôpital ne se mesure pas uniquement sur la qualité des soins données par le médecin mais elle porte également sur l'environnement médico-technique, logistique et administratif. Cette fonction "Accueil - Secrétariat" participe à la continuité des soins et lorsqu'elle est proche de la rupture, il y a lieu de rétablir pleinement cette fonction.

Les objectifs qui seront donc développés dans ce mémoire porteront sur l'identification des principaux dysfonctionnements de la fonction Accueil - Secrétariats avec la volonté d'agir sur la cause racine du problème soulevé. L'élaboration des options d'intervention, le choix du mode d'intervention et de sa mise en œuvre seront présentés avec le souci permanent de s'appuyer sur les outils de résolution de problèmes et de la gestion de projets présentés tout au long des enseignements de la formation QUEOPS. Enfin, si l'on considère que **le changement est émancipation par l'apprentissage**, nous essaierons de voir l'appropriation de nouvelles compétences, des savoir-faire pouvant provoquer de nouvelles modifications explicites et implicites des routines inhérentes à l'activité hospitalière.

I) Description de la problématique

Le développement stratégique du Centre Hospitalier de Landerneau aura été de trouver au cours de ces dernières années le point d'équilibre dans le principe de spécialisation et de polyvalence de ces activités médicales.

Le positionnement de l'établissement s'est trouvé considérablement modifié lors de l'ouverture des nouvelles activités médicales avec plusieurs conséquences dans le cadre de sa mutation :

- **Stratégiquement**, la création des nouveaux services et le développement des consultations avancées dans le cadre des réseaux externes auront permis de répondre à des besoins de santé publique et de conforter l'établissement.

- **Structurellement**, ces nouveaux projets, soutenus par les services de l'Etat, auront été financés qu'à un certain niveau (les ressources médicales) amenant l'établissement à ouvrir les nouvelles activités par des redéploiements internes et en ajustant au mieux les ressources internes.

- **Culturellement**, ces nouvelles activités remettaient en cause les logiques de territoire, les principes d'autonomie et le morcellement de l'institution. Avec des ressources budgétaires limitées, la répartition et l'attribution des moyens relevaient d'un subtil dosage et équilibre qui touchaient l'ensemble de l'institution.

- Enfin **au niveau comportemental**, il s'agissait de faire passer le message qu'il n'y avait point de salut et rien à attendre de la tutelle pour alimenter les activités anciennes avec de nouveaux crédits budgétaires, mais par contre, que le changement et la mutation de l'hôpital devait se traduire par la prise en compte des attentes de la population par rapport à notre établissement et de réfléchir sur les services nouveaux que nous pouvons leur offrir et qui peuvent être accompagnés budgétairement par les services de l'Etat.

Ces 4 pôles interactifs développés par Bartoli et Hermel ④, 1989 sont repris dans le schéma ci-dessous.

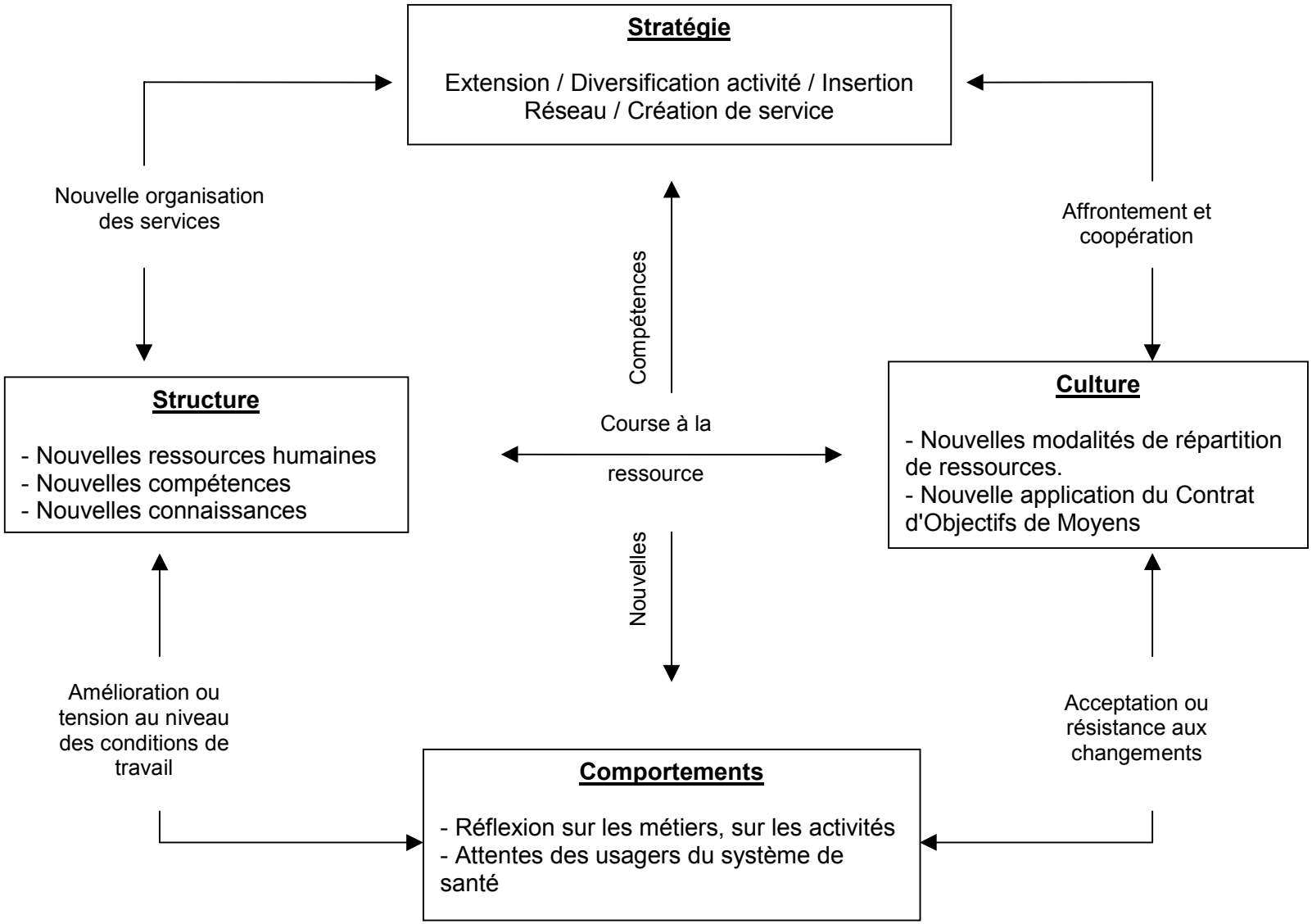


Schéma des 4 pôles interactifs selon le principe de Bartoli et Hermel

Revenons à un des pôles interactifs et en particulier le pôle "structure". Depuis 3 ans, les personnels affectés à des fonctions accueil / secrétariats ont pris en charge les nouvelles activités liées à la création de nouveaux services ou au développement des consultations externes dans de nouvelles disciplines médicales.

Cette évolution croissante de l'activité a été compensée par des créations de postes :

- **Septembre 2000** : création d'un poste de secrétaire médicale au pôle consultations centralisées
- **Mai 2001** : création d'un poste d'agent administratif au service accueil des urgences.

Ces deux recrutements portaient l'effectif de 12 agents à 14 agents soit 16 % d'augmentation des effectifs.

Malgré les renforts de ressources humaines sur ces services, et l'organisation mise en place pour répondre aux attentes des usagers, le nouveau fonctionnement des accueils / secrétariats n'a pas apporté tous les résultats escomptés.

Les tensions perceptibles repérées au cours des 3 années restaient prégnantes avec des pressions constantes auprès de la Direction des Ressources Humaines pour recruter de nouveaux personnels et / ou par des interventions fréquentes des organisations syndicales dans les différentes instances pour renforcer les accueils / secrétariats.

Devant la persistance des difficultés de fonctionnement des accueils / secrétariats, un questionnaire (annexe n°1) est adressé en août 2001 à chaque personnel concerné par la fonction accueil / secrétariats.

Ce questionnaire avait 3 objectifs :

- **Etablir un diagnostic** de l'organisation et du fonctionnement des secrétariats médicaux.
- **Relever les contraintes** des différents postes de travail, **analyser les difficultés** et les **forces** avancées.
- **Etablir** un ensemble de **propositions** permettant de réduire les difficultés soulevées et qui seraient susceptibles d'améliorer les conditions de travail des intéressés et à terme d'améliorer la qualité dans la prise en charge des patients.

Le rapport qui a suivi le dépouillement des questionnaires a permis non seulement d'établir le diagnostic de l'organisation et du fonctionnement des secrétariats, de mieux comprendre les différentes contraintes, difficultés et forces des différents postes de travail mais surtout de mettre en avant que la crise de fonctionnement des services accueil / secrétariats était d'une extrême gravité dans l'établissement.

Cette crise portait plusieurs stigmates que nous avons classé en 3 catégories :

- **Une crise sociale majeure en gestation :**

  - Accumulation des heures supplémentaires (400 heures en juillet 2001 pour l'ensemble des accueils / secrétariats)

  - Des tensions sociales importantes liées à des difficultés de remplacement durant les congés annuels (compensation partielle à hauteur de 50 %)

  - La nécessité d'assurer des consultations externes et de délaisser le service d'hospitalisation…

  - L'Aménagement et la Réduction du Temps de Travail qui se profilait pour 2002 et qui rajoutait aux craintes et à la peur de ne pas suivre le rythme de travail en lien avec l'activité de l'établissement.

- **Une crise identitaire** qui se caractérisait par le sentiment des personnels de ne pas être écoutés, reconnus professionnellement et l'impression forte que la Direction montrait peu d'intérêt aux difficultés et au malaise qu'ils remontaient de façon constante.

- **Une crise de production** qui se traduisait par des tâches qui n'étaient plus exécutées (saisie des actes, classement, archivage) ou lorsqu'elles l'étaient, elles étaient produites avec retard.

Les conséquences de cette crise sont que non seulement le fonctionnement des accueils / secrétariats était gravement perturbé mais qu'il entraînait une gestion du dossier patient en temps différé avec le risque d'une discontinuité dans la chaîne des soins (courrier de sortie du patient adressé au médecin traitant avec plusieurs jours de retard…).

Dans un contexte organisationnel aussi dégradé, il y avait lieu de relever le défi d'engager des transformations permettant d'atteindre une performance d'ensemble et non plus éclatée.

II) Formulation du projet "Accueil / secrétariat"

L'organisation du changement doit permettre de s'engager dans une dynamique d'amélioration du fonctionnement des services accueil et secrétariats et aboutir au final à une tenue en temps réel du dossier du patient.

Les objectifs de ce projet doivent se traduire par les évolutions suivantes :

- Optimiser les ressources existantes et dégager les moyens en fonction des contraintes budgétaires, de l'application de l'Aménagement et de la Réduction du Temps de Travail (ARTT) et des orientations du Contrat d'Objectifs et de Moyens.

  En période de pressions budgétaires, **l'équité** qui garantit une juste répartition des sacrifices et des ressources est l'une des principales valeurs qui permet de faire tenir ensemble ce qui est menacé de fragmentation.

- Assurer la meilleure adéquation fonctions et tâches confiées aux professionnels. C'est également une manière de **définir** quelles sont les **responsabilités** de chacun dans une organisation.

- Revoir les processus, les liaisons fonctionnelles. Il s'agit à travers la recherche de coopérations internes de mieux coordonner les décisions et amener les différents acteurs à mieux coordonner leurs actions autour des patients.
  En second lieu, **la recherche de l'efficience** nécessite d'éliminer les procédures ou les actes inutiles.

- **Tendre vers un système d'information** répondant aux besoins des services. Le système d'information doit être au service de l'organisation, il doit permettre à l'établissement de se mouvoir et il doit servir au patient des prestations de qualité.

Enfin, le système d'information doit être centré sur le patient ⑤.

- **Favoriser une meilleure intégration et adaptation des professionnels.**

Cet objectif marque surtout notre volonté de **renforcer le lien social** et de mieux prendre en compte les attentes sociales des professionnels de santé.

- Ces **5 objectifs** n'ont pas de sens ou de raison d'être s'ils ne contribuent pas à améliorer la qualité des prestations rendues aux patients.

III) Identification des causes du problème

Le diagnostic de l'organisation et du fonctionnement des accueils / secrétariats établi à la suite du questionnaire et adressé à l'ensemble des secrétariats a permis de relever cinq causes susceptibles d'entraîner une crise des accueils secrétariats :

- **Une charge de travail en augmentation** en lien avec une activité en développement (cf. introduction) mais également le passage d'une tradition orale à une formalisation écrite des informations de santé contenues dans le dossier du patient.

- **Un système d'information médical et administratif non compatible**.

  Les secrétaires médicales reconnaissaient toutes dans les réponses apportées dans le questionnaire que la double saisie des informations administratives (saisie dans les applicatifs administratifs et seconde saisie dans les applicatifs médicaux) était une faiblesse majeure de notre système d'information.

  Une étude menée dans l'ensemble des secrétariats entre le 12 et le 16 novembre 2001 montrait que la resaisie des informations administratives dans le logiciel médical serait de l'ordre de 3 mn par dossier. Ce temps consacré à la double saisie peut paraître dérisoire, mais ramené aux 6 758 dossiers d'hospitalisation et les 36 146 venues en externe, l'enjeu devient de taille, sans compter les risques d'erreur qui peuvent se produire et entraîner la création de dossiers en doublon.

- **Des postes de travail inadaptés :**

  Même si la situation entre les différents accueils - secrétariats n'est pas identique, certains bureaux ne sont pas forcément bien adaptés (en surface…) et positionnés pour assurer un accueil de qualité du public.

- **Manque d'outils**

  Le manque d'outils en bureautique et informatique est également un point noir soulevé par les secrétaires et l'absence de poste informatique pour chaque secrétaire était particulièrement pointée.

- **Dépassement de fonctions**

  L'inventaire des tâches réalisées par les personnels des accueils / secrétariats a permis de relever une liste hétéroclite de tâches ne relevant pas à priori d'un secrétariat : port d'examens au laboratoire, nettoyage et désinfection de matériel, brancardage, codage de diagnostics…

La remise du rapport contenant le diagnostic de l'organisation et du fonctionnement des accueils / secrétariats à l'ensemble des secrétaires ouvrait les perspectives suivantes :

- **Faire évoluer** rapidement **notre système d'information**
- **Redéfinir le rôle et les responsabilités** de chaque professionnel permettant d'arrêter les fonctions qui relèvent de chaque métier.
- Dès lors, il **apparaissait** nécessaire **d'élaborer les différentes options d'intervention.**

IV - Elaboration des options d'intervention et choix du mode d'intervention

Dans le cadre d'une recherche évaluative, l'analyse stratégique vise à déterminer la pertinence de l'intervention, c'est-à-dire l'adéquation ou la cohérence stratégique entre les objectifs de l'intervention et le problème à résoudre. (F. Champagne, Université de Montréal, Quéops - Juin 2001). Cette analyse permet de répondre à 3 questions : Est-il pertinent d'intervenir sur ce problème ? Est-il pertinent d'intervenir comme on le fait ? Est-il pertinent pour l'intervenant d'intervenir de cette façon ?

De la même façon, en reprenant les travaux d'A.P. Contandriopoulos et de ses collaborateurs ⑥ , ceux-ci indiquent que la construction du modèle logique d'intervention doit être fait avant le questionnement évaluatif. Il s'agit de définir "l'ensemble des postulats sur la manière dont un programme est relié aux bénéfices qu'il est supposé produire, et la stratégie et la tactique qu'il a adoptées pour atteindre ses buts et ses objectifs ⑦".

- **Le modèle logique de l'intervention** proposée recouvre deux sous-modèles :

  - Le **modèle théorique** est le **modèle analytique** qu'illustre les liens causaux entre variables.

  - Le **modèle opérationnel** est le **modèle systémique**, processuel entre événements, qui relie les ressources, les activités et les objectifs de production.

Enfin, pour corréler l'ensemble des options d'intervention, d'autres outils de résolution de problèmes ont été utilisés, dont un des outils du management de la qualité : le diagramme des relations. Il s'agit de rechercher les causes fondamentales du problème et de montrer les relations cause - effet de manière plus fine.

L'analyse stratégique, le modèle logique d'intervention et le diagramme des relations sont décrits aux pages suivantes.

L'analyse stratégique : Parmi les différents problèmes soulevés, la pertinence du choix de l'intervention est d'agir sur les applicatifs informatiques non communicants. Les objectifs de cette intervention devraient augmenter les performances du Système d'Information Hospitalier et suppose le changement des applicatifs informatiques. L'objectif ultime est d'améliorer l'organisation et le fonctionnement des services accueil / secrétariats jusqu'à la tenue en temps réel du dossier du patient.

- **Le modèle logique de l'intervention :**

Le modèle d'intervention comporte huit hypothèses d'intervention mais ne spécifie que trois hypothèses causales :

- Une diminution de la charge de travail
- Une augmentation de la professionnalisation des équipes des différents secteurs d'activité.
- Une augmentation de la qualité du Système d'Information Hospitalier.

Le bien fondé de ce modèle théorique repose sur la plausibilité des hypothèses décrites alors que le modèle opérationnel vise à s'assurer de la justesse des moyens.

- **Le diagramme des relations :**

Il a été soumis aux personnels accueil / secrétariats qui se sont prononcés sur les relations de cause à effet entre différents éléments. Au final, la cause racine sur laquelle il y a lieu d'agir porte sur le système d'information non communicant.

PERTINENCE DU CHOIX DE L'INTERVENTION

Analyse stratégique

Σ Problèmes

- Dépassement de fonctions
- Charge de travail en forte croissance
- Insuffisance d'outils bureautique et informatique
- Poste de travail inadapté
- Pauvreté du système d'information et absence d'interconnexion entre systèmes pour l'échange des données

Objectif ultime

Améliorer l'organisation et le fonctionnement des services accueil - secrétariats et tenir en temps réel le dossier du patient

Sélection du problème choisi

Applicatifs informatiques non communicants

Améliorer :

- La qualité des informations saisies (saisie à la source)
- Le processus de recueil des données et les délais
- L'équilibre de la charge de travail supporté par le service Accueil - Secrétariat
- L 'interface dans les échanges des données

Objectifs d'intervention

↑ Performance du Système d'Information Hospitalier

Changement des applicatifs informatiques

Objectifs CH de Landerneau

AS 1

AS 2

AS 3

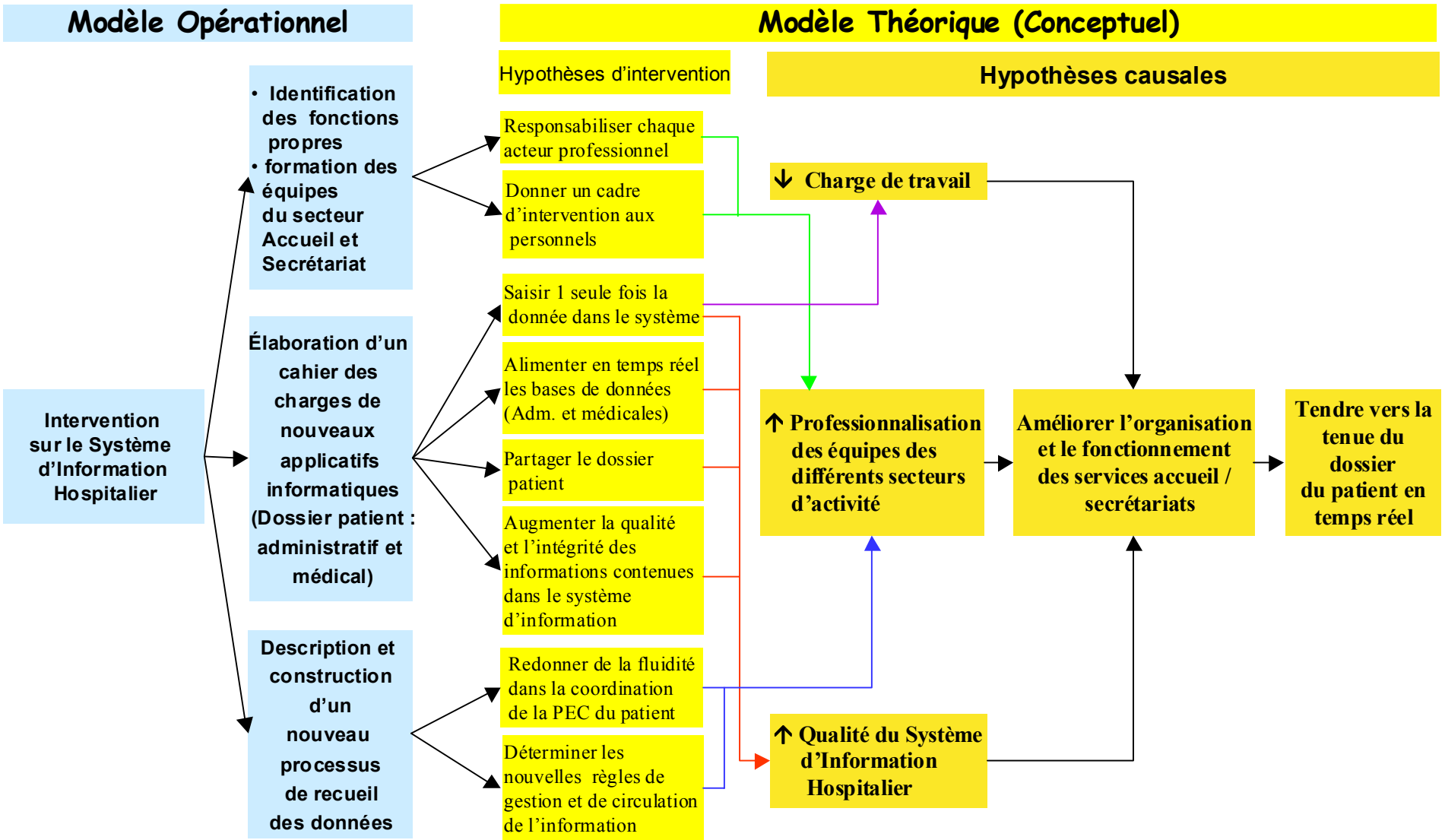
A1.1

A1.2

A2

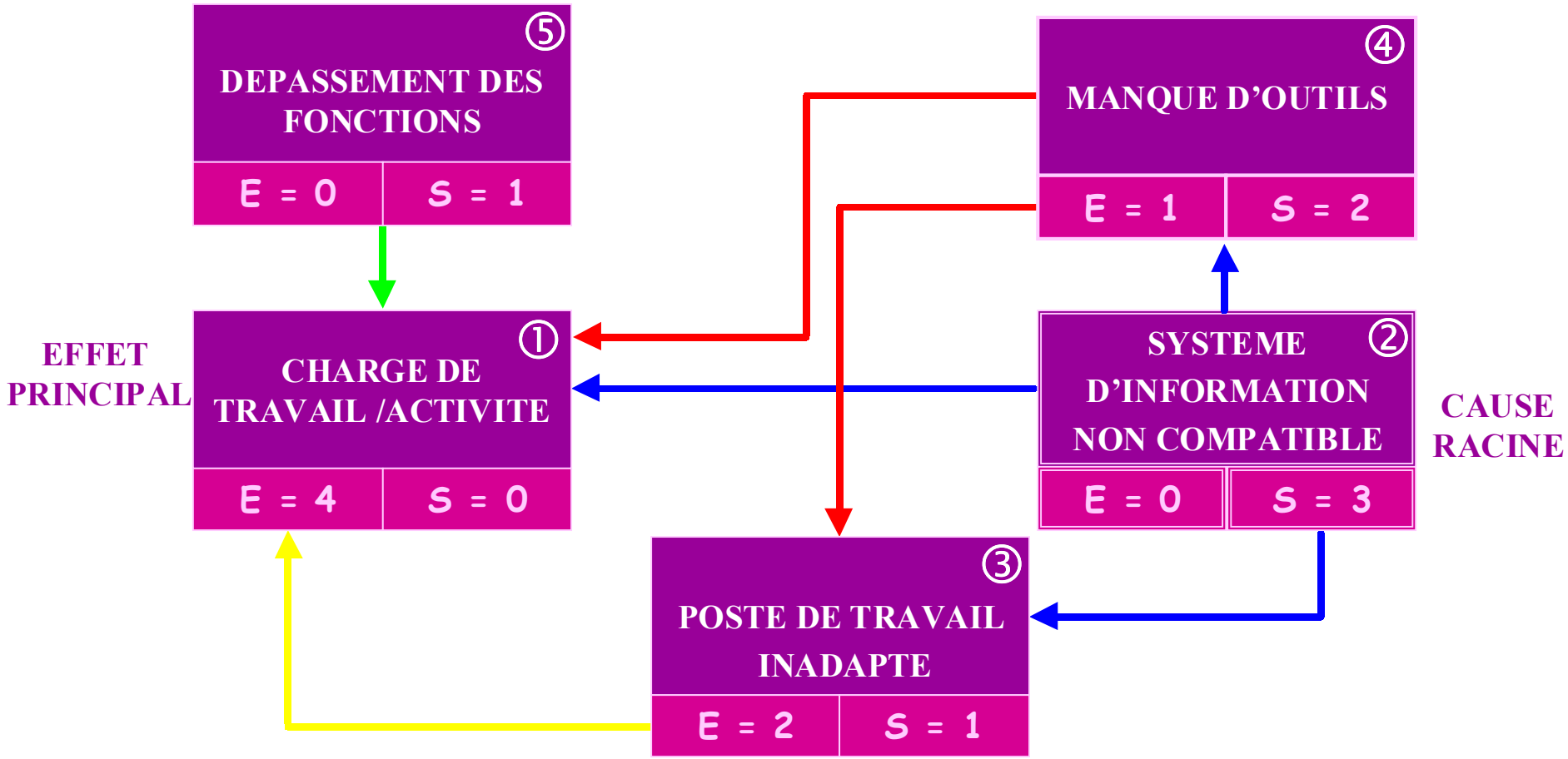
BIEN FONDE DU MODELE THEORIQUE DE L'INTERVENTION ET VALIDITE DU MODELE OPERATIONNEL

Modèle logique de l'intervention



CHOIX DU MODELE D'INTERVENTION
(Recherche de la cause racine et de l'effet maximal ...)

Diagramme des relations



Y a-t-il une relation de cause à effet entre les deux éléments? Si oui, dans quel sens ?

V - Mise en œuvre de l'option d'intervention

La mise en œuvre de l'option d'intervention repose sur le principe de gestion de projet. ⑧

- **Le projet revêtira donc deux formes :**
  - Il s'agit d'un processus qui débouchera sur un résultat.
  - Il se caractérisera à la fois par un ensemble de spécifications techniques, par un délai de réalisation et par un budget.

A. La clarification du projet

La note de clarification décrite ci-dessous permet de fixer la problématique du projet et les objectifs à atteindre :

1) Définition du projet :

Début du projet : 20/08/2001 (cette date correspond à la fiche action n°5 du Programme d'Amélioration de la Qualité pour la période triennale à venir : 2001 - 2002 - 2003).

Fin du projet : 31/12/2002 (cette date correspond à la migration des applicatifs informatiques concernant le dossier de santé des patients).

Budget du projet :

✳ Budget d'investissement : 183 000 Euros

(Il s'agit d'un investissement dans deux logiciels informatiques : gestion administrative du dossier patient et dossier médical. Ces deux applicatifs s'intègrent autour d'un noyau central).

✳ Budget d'exploitation : 51 000 Euros

- Formation des personnels aux nouveaux logiciels : 11 000 Euros
  (12 journées x 917 Euros)
- Création de postes dans le cadre de l'ARTT : 70 000 Euros.
  (2 postes "Accueil / Secrétariat" : 1 poste "consultations centralisées" ; 0,5 poste "secteur de psychiatrie générale" et 0,5 poste "secteur personnes âgées")

- Publicité, presse 5 000 Euros

2) Acteurs du projet :

⊙ *Maître d'ouvrage* : Directeur Général du Centre Hospitalier de Landerneau

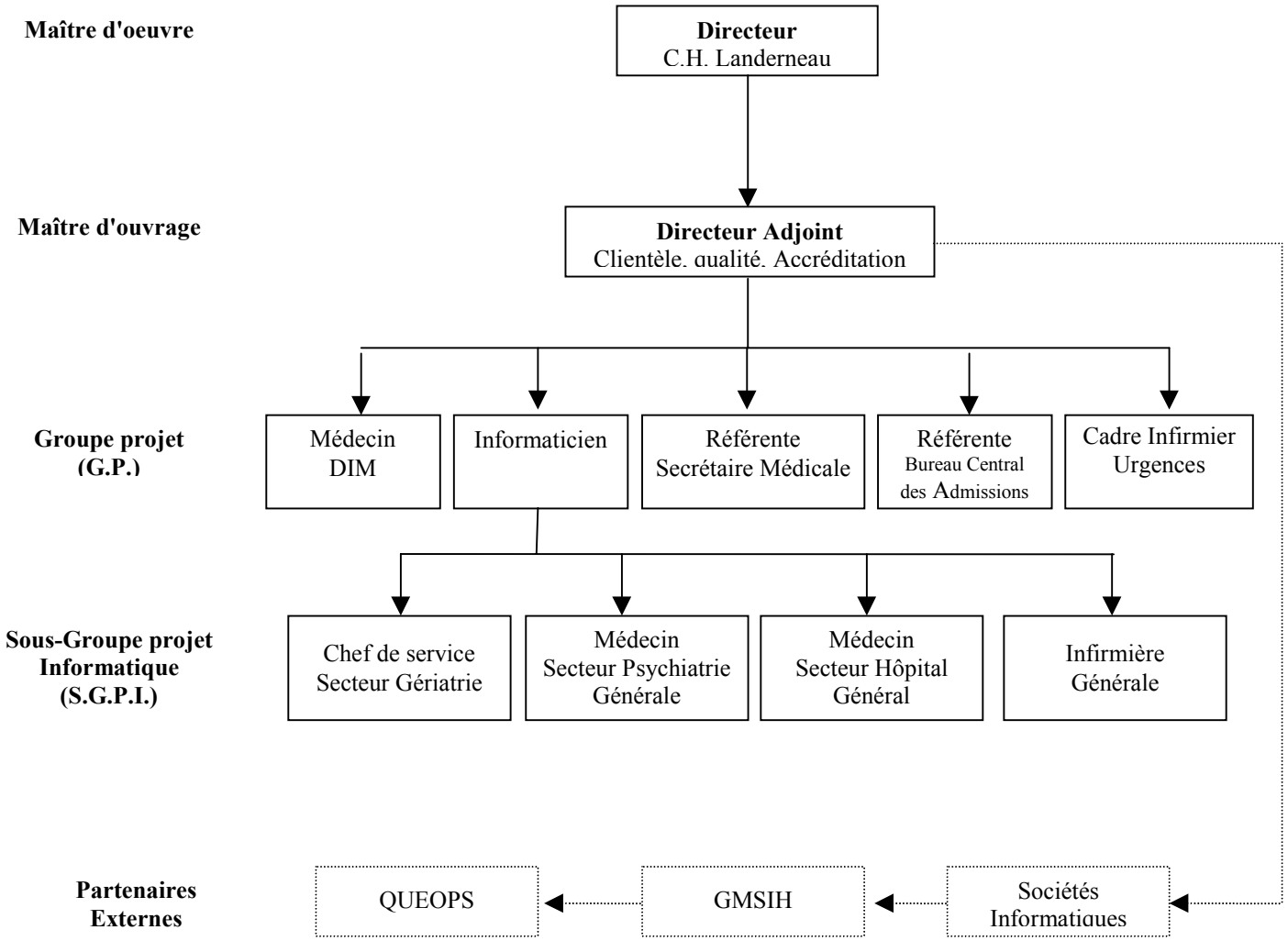
⊙ *Maître d'œuvre* : Directeur de la Clientèle, de la Qualité et de l'Accréditation. (Dans l'organigramme de l'établissement, cette direction est chargée du suivi de la clientèle : Accueil et gestion administrative des malades et organisation, fonctionnement, coordination des secrétariats médicaux et archives médicales en liaison avec le D.I.M.).

⊙ *Partenaires internes* : Le groupe projet doit être constitué autour du noyau suivant :
- le Directeur de la Clientèle, de la Qualité et de l'Accréditation
- le Médecin du Département de l'Information Médicale
- l'Informaticien
- la référente secrétaire médicale
- la référente du bureau central des admissions
- un cadre infirmier des services cliniques (Urgences).

Ce groupe projet peut traiter les objectifs qui lui sont confiés à l'exception du projet d'évolution du système informatisé du dossier de santé qui sera mené par un groupe de travail sous l'autorité de l'informaticien de groupe projet. (constitution du sous-groupe : les partenaires internes cités précédemment, la chef de service secteur de gériatrie, un médecin du secteur psychiatrie générale, un médecin de l'hôpital général et l'infirmière générale)

⊙ *Partenaires externes* :
- l'enseignant QUEOPS du module Gestion des Systèmes d'Information
- le Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier (GMSIH)
- les sociétés informatiques.

⊙ *Organigramme acteurs projet :*



3) Objectifs du projet :

- Objectif du maître d'ouvrage :

Améliorer la fonction Accueil / Secrétariat dans l'établissement.

- Objectifs de l'équipe projet :

Analyser les causes de dysfonctionnement des unités Accueil / Secrétariat et proposer des actions susceptibles d'améliorer la fonction Accueil / Secrétariat de l'établissement.

Cet objectif global de l'équipe projet doit être décliné en deux objectifs intermédiaires.

1 - Mettre en place une nouvelle organisation et un nouveau fonctionnement des accueils / secrétariats.

2 - Préparer le basculement informatique du dossier de santé (dossier administratif et dossier médical).

- Objectifs des partenaires externes :

- Apporter une aide méthodologique à la rédaction d'un cahier des charges dans le domaine de l'acquisition de logiciels informatiques dossier de santé.

- Proposer des solutions informatiques permettant d'acquérir des logiciels répondant aux besoins de l'établissement.

4) Produit du projet :

Production de :

- Nouvelles fiches de postes des personnels des services Accueil / Secrétariat (Délais : semaine 08/2002)

- Révision et modification du processus "Accueil du patient" et des procédures de recueil de l'activité (Délais : semaine 08/2002)

- Cahier des charges fonctionnel des nouveaux applicatifs informatiques

- Logiciels applicatifs informatiques (01/01/2003).Logiciel gestion administrative des patients, logiciel médical.

5) Environnement du projet - Risques encourus

Les principaux risques encourus dans ce projet sont les suivants :

- Concernant l'organisation et le fonctionnement des Accueils / Secrétariats :

  Les risques encourus pourraient porter sur des difficultés à transférer des tâches ne relevant pas des secrétariats et qui relèvent d'autres professionnels.

  L'application des nouveaux profils de postes se trouverait dès lors compliqué à mettre en œuvre ainsi que la modification des processus et des procédures qui sont associées.

  L'ARTT qui serait mise en place sans moyens humains supplémentaires et qui deviendrait dès lors un facteur aggravant de difficultés organisationnelles des services Accueil / Secrétariat. (Risque de regain de tensions sociales, de résistances au changement)

- Concernant la mise en place de nouveaux applicatifs informatiques, les risques encourus sont les suivants :

  - les délais (rédaction des cahiers des charges)

  - l'appel d'offres infructueux qui entraîne une nouvelle consultation et de nouveaux retards

  - une infrastructure technique qui ne permet pas d'accueillir les nouveaux logiciels (incompatibilité, puissance insuffisante).

6) Principales contraintes du projet

Contraintes de délais : elles sont fortes et il ne peut y avoir de retards dans la mise en application des nouveaux logiciels. L'année 2003 doit impérativement démarrer avec des nouveaux logiciels.

Contraintes de coûts : le budget primitif 2002 en section d'investissement prévoit une ouverture de crédits de 183 000 Euros pour les 2 logiciels, mais 0 Euro sur le matériel.

Contraintes de performances : elles sont essentielles dans ce projet. Il s'agit de faire communiquer 2 logiciels (dossier administratif et dossier médical), d'éviter la double saisie, d'améliorer la qualité du dossier de santé, d'optimiser le recueil de l'activité, de soulager les secrétariats des tâches répétitives en ne saisissant qu'une fois la donnée dans le dossier de santé.

7) Diffusion de la note de clarification

Tous les acteurs du projet, du maître d'ouvrage aux membres du sous-groupe Projet d'informatisation.

Date : 10/12/2001 Version : DCQA/02

Signature du chef de projet :

J. LOUARN, Directeur Clientèle, Qualité et Accréditation

B. Le processus de déroulement du projet et les principaux jalons

A travers cet exercice, il s'agissait de bien définir le périmètre de l'étude, d'identifier les principaux acteurs, de segmenter le projet en étapes principales, de définir les tâches et les points de contrôles et enfin de relier ces tâches et jalons pour indiquer les contraintes d'enchaînement ⑨.

Le processus de déroulement du projet est décrit à la page n°25 - 26.

C. La gestion des risques

Le risque existe que se produise un événement indésirable qui ait des conséquences défavorables sur la qualité du résultat du projet, sur le coût ou le délai de sa réalisation.

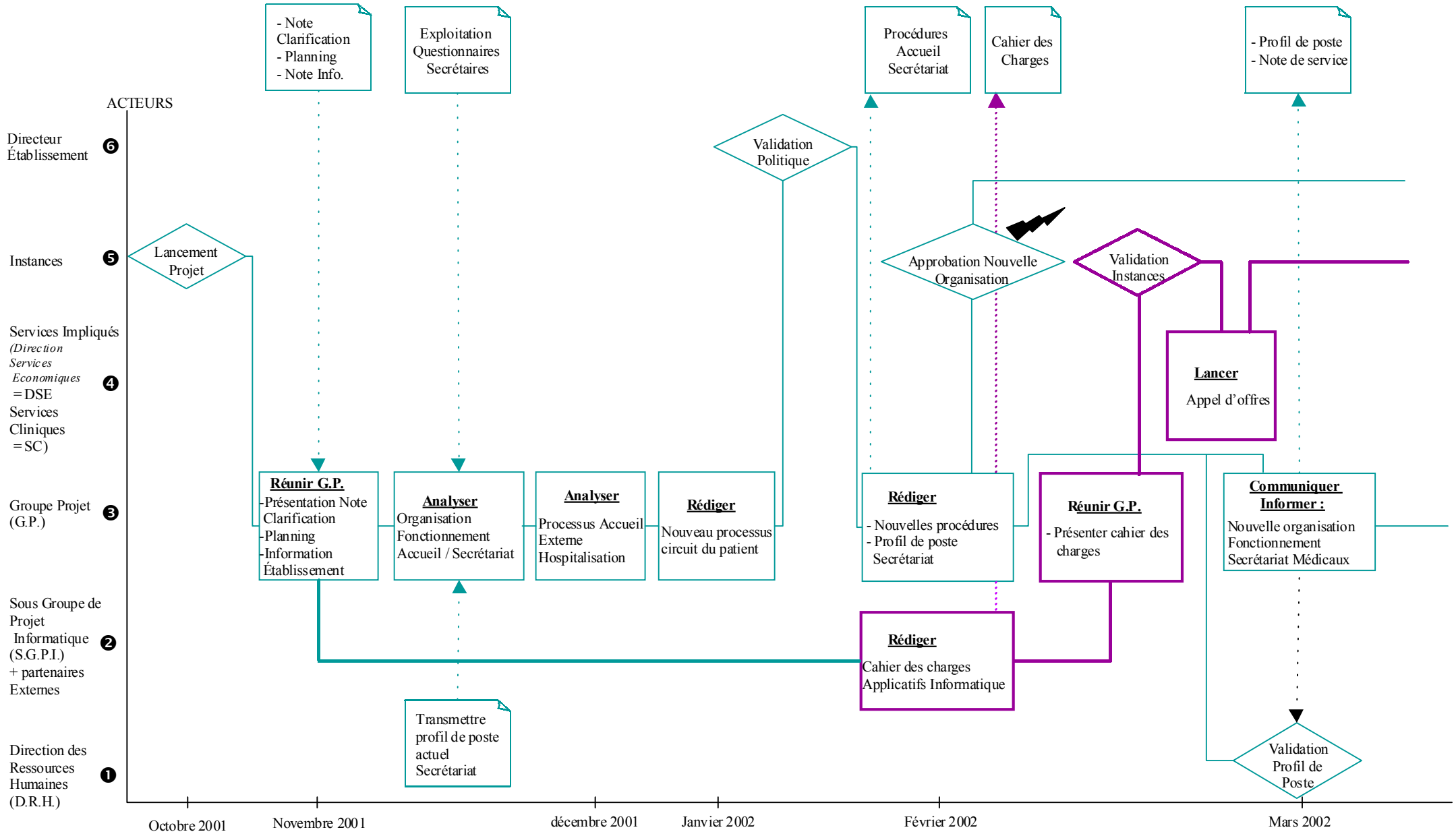
Dans le cadre d'une gestion des risques, un inventaire des situations potentiellement dangereuses et des conséquences qu'elles pourraient avoir sur le projet a été réalisé lors d'une séance de brainstorming avec les personnels concernés et ensuite classés par grands thèmes.

L'évaluation de la criticité des risques identifiés et les décisions portant sur les actions préventives à mettre en place ont été menées en nous appuyant sur la méthodologie AMDEC (Analyse des Modes de Défaillances, de leurs Effets et de leur criticité). Cette analyse est reprise à la page 27 - 28.

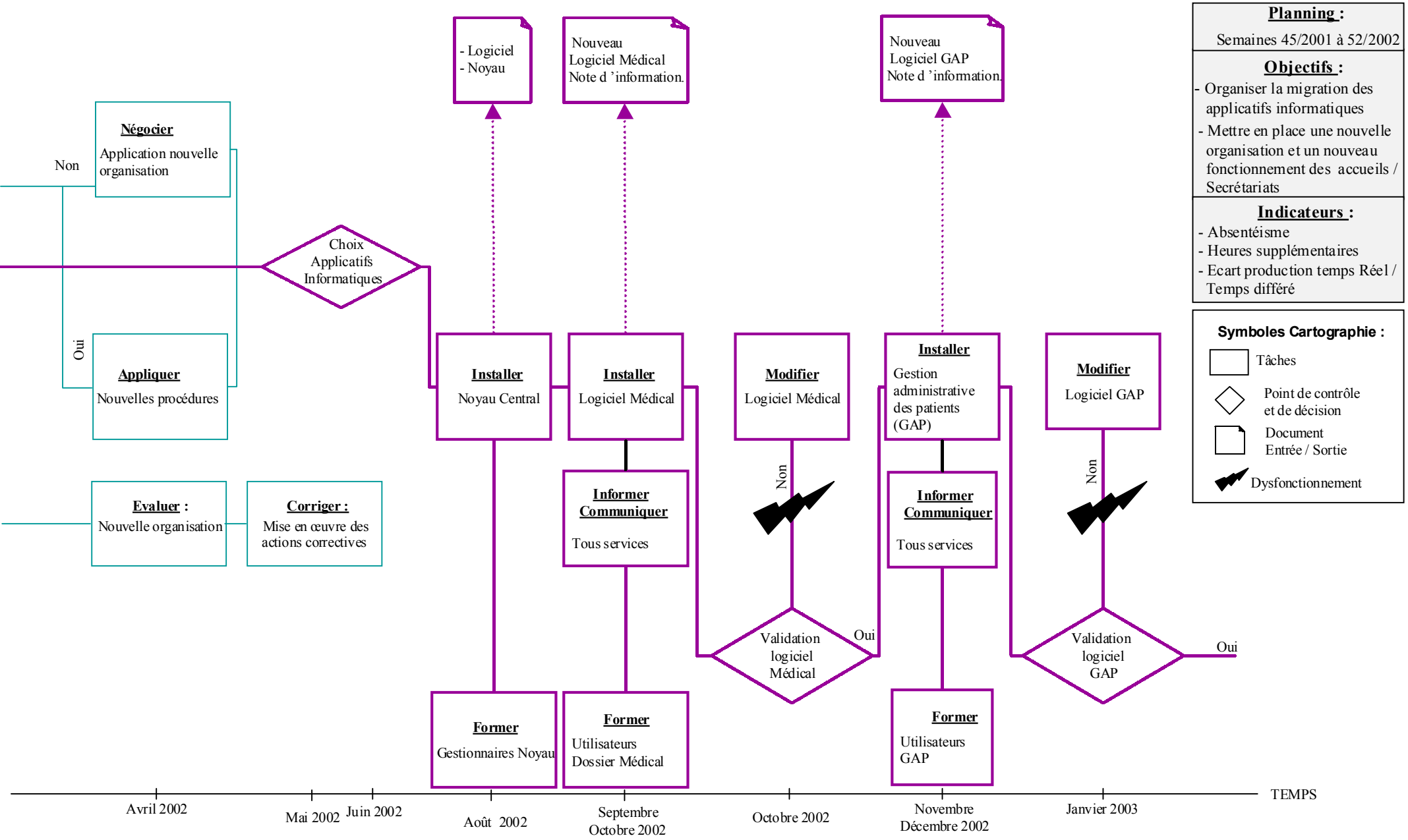
D. L'organigramme des tâches

La décomposition exhaustive et ordonnée de l'ensemble du projet, en analysant les tâches et les moyens nécessaires (voir annexes N° 2) permet de photographier le projet dans son ensemble étape par étape.

Processus : Projet d ’amélioration de la fonction Accueil / Secrétariat



Au Centre Hospitalier de Landerneau



CH Landerneau	ANALYSE des MODES de DEFAILLANCE,de leurs EFFETS et de leur CRITICITE	AMDEC processus	
	Processus : Amélioration fonction Accueils / Secrétariats	**Date Analyse** 25/11/2001	**Page** 1/2

Fonction Elément Produit	Opération Activité	Défaut Mode de défaillance	Cause	Effet	Détection	Criticité Nominale				Action Corrective	Criticité Finale
						F	G	D	C		
① **METTRE EN PLACE NOUVELLE ORGANISATION ET NOUVEAU FONCTIONNEMENT ACCUEILS SECRETARIATS**	(11) Rédiger nouveau processus circuit du patient	Dérapage planning	Absence Validation et / ou approbation	-Tensions sociales importantes - Statu quo organisation défaillante	- Dialogue avec les utilisateurs	3	3	3	27	- Faire circuler documents de travail en amont (à partir analyse processus)	4
		Définition formatage projet	Nouvelle organisation ne s'intégrant pas dans l'organisation générale de l'établissement	- Organisation non transposable - Projet arrêté et à reprendre	- Echanges avec les autres services	2	5	2	20	- Construire un projet réaliste	6
		Politique information communication	- Communication non adaptée (Absence d'affichage des objectifs) - Circulation information déficiente	- Frein au changement - Absence d'adhésion au projet	-Communication active tout au long du projet	2	3	3	18	- Utiliser le journal interne (Flash - Infos)	7
	(12) Rédiger nouvelles procédures, profils de poste Secrétariat	Regain tensions sociales	- Opposition des organisations syndicales - Opposition des personnels Accueils / Secrétariats - Opposition des personnels des autres services	- Conflit social - Blocage du projet - Absence d'adhésion au projet	- Compte-rendu des conseils de service	3	4	3	36	- Appeler un observateur syndical, personnel "accueil" et personnel autres services à suivre le déroulement du projet	3
		Résistance au changement	- Modification des fonctions (tâches) confiées aux personnels	- Conflit social - Absence d'adhésion au projet	- S'appuyer sur la réglementation, les textes	2	4	2	16	- Afficher les règles professionnelles. Information des personnels sur leurs fonctions	8
		Evaluation négative du projet	- Une nouvelle organisation qui ne répond pas aux attentes des utilisateurs	- Tensions sociales - Climat délétère - Groupe projet déconsidéré	- Ecart entre ancienne et nouvelle organisation	2	2	3	12	- Mettre en place un comité de suivi de la nouvelle organisation	9
		Sous estimation infrastructure technique	- Absence d'accompagnement technologique (bureautique, informatique, etc…)	- Organisation délicate à mettre en place	Inscription crédits budgétaires	3	4	3	36	- S'assurer auprès de la Direction des achats, de l'accompagnement budgétaire du projet - Engagement politique Direction et Instances	3

CH Landerneau	ANALYSE des MODES de DEFAILLANCE,de leurs EFFETS et de leur CRITICITE	AMDEC processus	
	Processus : Amélioration fonction Accueils / Secrétariats	**Date Analyse** 25/11/2001	**Page** 2/2

Fonction Elément Produit	Opération Activité	Défaut Mode de défaillance	Cause	Effet	Détection	Criticité Nominale				Action Corrective	Criticité Finale
						F	G	D	C		
② **ORGANISER LA MIGRATION DES APPLICATIFS INFORMATIQUES**	21 Rédiger les cahiers des charges	Dérapage Planning	- Retards dans production des cahiers des charges - Appel d'offres infructueux ⇒ relance - Société informatique qui ne respecte pas les délais - Hôpital qui ne tient pas les délais (formation-paramétrage - saisie)	- Délais de migration des applicatifs informatiques au 01/01/2003 - Fonctionnement établissement perturbé en 2003	- Suivi du planning (Ecarts)	4	4	3	48	-Pénalités de retard à la société informatique - Mensualités de remplacement pour permettre formation paramétrage, saisie	1
	22 Lancer l'appel d'offres	Définition Formatage Projet	- Cahiers des charges ne répondant pas à une réalité technologique - Des ambitions trop fortes - Absence de marché pour les produits souhaités.	- Sociétés informatiques ne peuvent pas répondre à l'appel d'offre	Connaissance du marché informatique actuel (contenu des logiciels)	3	5	3	45	- Se rapprocher des Hôpitaux qui viennent d'intégrer un cahier de charges et de réaliser les investissements - Demander avis aux partenaires externes sur faisabilité cahiers des charges	2
	23 Choisir les applicatifs informatiques	Politique Information Communication	- Information instances, services, insuffisante	- Désintéressement des personnels au projet	Retour d'informations par les cadres	2	2	2	8	- Journal interne Note de service Note d'information	10
		Programme Formation	- Nombre de personnel insuffisamment formés - Formation relais insuffisante - Formateur de mauvaise qualité	- Incapacité à se servir des logiciels - Mauvaise utilisation des logiciels	- Nombre d'interventions de l'informaticien (Panne...) - Echanges informatiques difficiles	2	4	3	24	- Mise en place d'un tutorat dans chaque service dans le cadre de l'utilisation des nouveaux logiciels	5
	24 Installer les nouveaux applicatifs informatiques	Budget Mal Dimensionné	- Enveloppe budgétaire insuffisante - Marché informatique peu ouvert et absence de logique de prix	- Appel d'offres infructueux - Délais de migration non respectés	- Contacts avec autres établissements (dimensionnement budget)	3	4	3	36	- Dégager une enveloppe budgétaire forte au démarrage du projet - Conserver une enveloppe de crédits pour des avenants au projet	3
		Résistance Au Changement	- Changement des habitudes professionnelles - Nécessité de se former à de nouveaux logiciels - Usure du personnel lié aux évolutions	- Désintérêt des personnels - Investissement limité des personnels - Mauvaise utilisation des logiciels	- Absentéisme - Erreurs importantes dans l'utilisation des logiciels	2	2	3	12	- Informer et communiquer sur l'importance de ces changements (pérennité de l'établissement)	9
		Evaluation Négative Du Projet	- Des logiciels informatiques qui ne répondent pas au cahier des charges - Des logiciels qui fonctionnent dans de mauvaises conditions - Des produits non fonctionnels	- Un système d'Information Hospitalier en danger - Tensions sociales - Légitimité de la direction mise en cause	- Par les utilisateurs - Fiche signalétique d'incident (FSI)	3	5	3	45	Demander des références aux sociétés informatiques sur ces logiciels avant le choix - Demander garantie de suivi et maintenance logiciels informatiques	2
		Sous Estimation Infrastructure Technique	- Infrastructure informatique insuffisante pour héberger les logiciels informatiques	- Installation Logiciels Impossible - Délais non tenus - Budget à dégager	- Temps de réponse des logiciels trop longs	2	2	2	18	- Communiquer infrastructure technique dans cahier des charges et demander compatibilité logiciels / Matériels	7

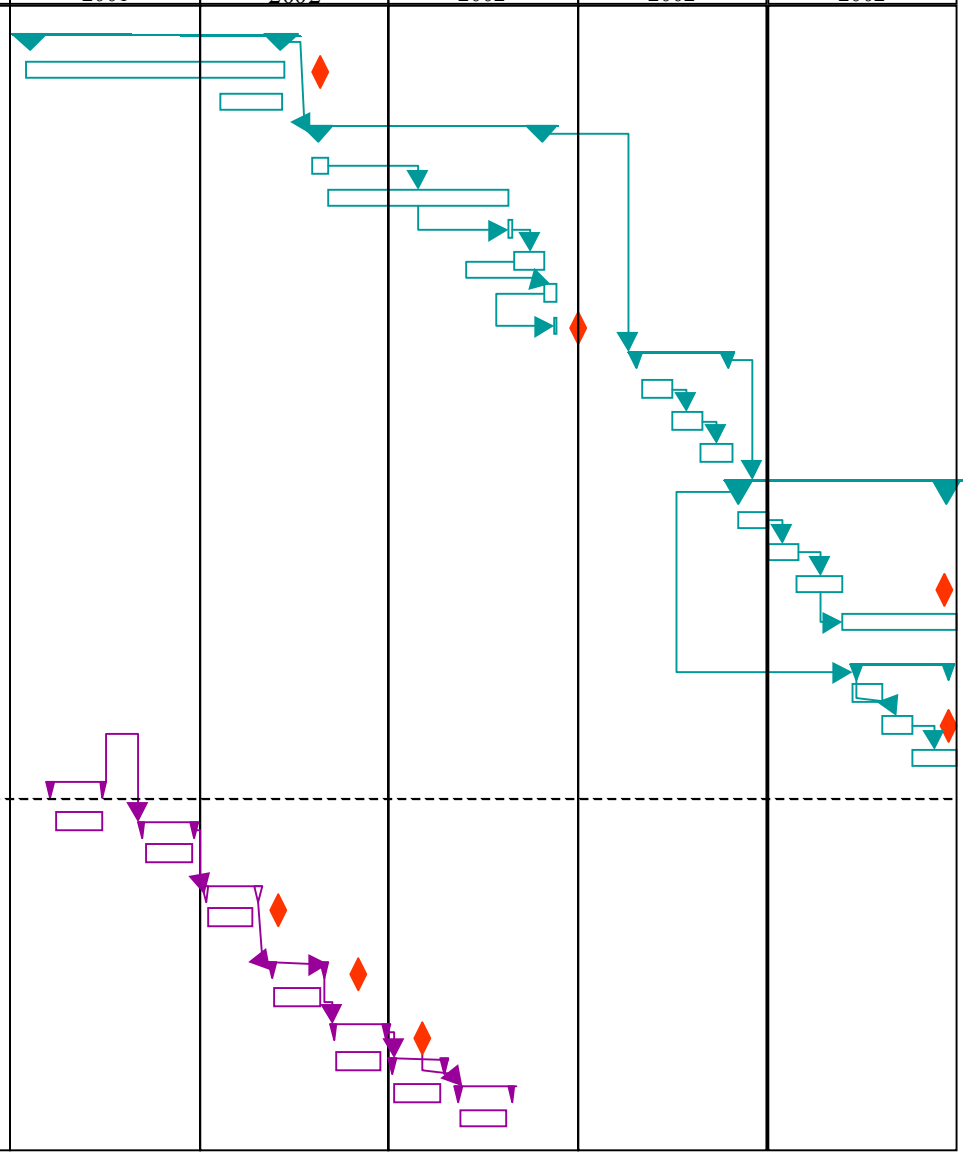
E. La maîtrise des délais

L'élaboration du planning s'appuie sur les différents éléments du projet et les différents jalons. La consultation de ce planning est établie sous la forme du diagramme de GANTT (page 30).

PLANIFICATION DU PROJET

Diagramme de GANTT : ① Nouveaux Applicatifs Informatiques ② Nouvelle Organisation et nouveau fonctionnement Accueil / Secrétariat

	N°	NOM DE LA TACHE	DUREE (en jours)
SOUS GROUPE PROJET INFORMATIQUE (SGPI)	**1**	**Cahier des charges**	
	10	Rédaction Cahier des Charges (CCTG - CCTP)	85
	11	Rédaction Cahier des Charges (CCAG - CCAP - RPAO)	20
	2	**Appel d'offres**	
	21	Publicité	5
	22	Consultation entreprises	60
	23	Ouverture des Plis	1
	24	Analyse des solutions informatiques	10
	25	Présentation des choix informatiques	4
	26	Choix des applicatifs informatiques	1
	3	**Noyau central**	
	31	Installation Noyau	10
	32	Formation	10
	33	Paramétrage saisie	10
	4	**Dossier médical**	
	41	Installation Logiciel	10
	42	Formation	10
	43	Paramétrage et saisie	15
	44	Basculement nouveau dossier de santé	
	5	**Gestion administrative des patients**	
	51	Installation logiciel	10
	52	Formation des personnels	10
	53	Paramétrage et saisie	20
	54	Basculement nouveau dossier patient	
GROUPE PROJET (GP)	**6**	**Analyse organisation accueils / secrétariat**	20
	7	**Analyse Processus Accueils Consultants externes / hospitalisés**	20
	8	**Rédaction nouveau processus circuit dossier patient externes / hospitalisés**	20
	9	**Rédaction profils de poste et procédures découlant processus accueil patient**	20
	10	**Information communication nouvelle organisation**	20
	11	**Evaluation nouvelle organisation**	20
	12	**Mise en œuvre actions correctives**	20



Légende du diagramme de Gantt : Récapitulative Tâche Jalon

VI. Le suivi du projet

1. L'avancement du projet :

Un projet ne se développe jamais en totale conformité avec la prévision, c'est pourquoi il est indispensable en cours de route d'établir des bilans d'étape de réalisation du projet.

- **Les travaux du Sous Groupe de Projet Informatique (SGPI) :**

  - L'ouverture des plis des sociétés informatiques qui ont répondu à l'appel d'offres portant sur le changement des applicatifs informatiques a eu lieu semaine 21-2002 (planning initial semaine 20-2002) : Il n'y a donc pas d'inquiétude à avoir dans la maîtrise des délais à ce stade d'avancement du projet.

  - L'enveloppe financière prévisionnelle est par contre très largement sous estimée par rapport aux offres des entreprises. Ceci confirme que les risques encourus au niveau de l'environnement du projet (cf note de clarification et analyse AMDEC) étaient bien réels.

- **Les travaux du Groupe Projet (G.P.) :**

  - L'analyse des processus Accueils - Consultants externes et hospitalisés a permis de rédiger les nouveaux processus circuit dossier patient externes / hospitalisés. Les processus sont repris pages 32, 33 et 34.

  - La rédaction des nouveaux profils de postes (Annexe N° 3) et de procédures (Annexe N° 4) découlant des nouveaux processus ont été facilitées par deux évènements non prévisibles : la loi N° 2002-303 du 4 mars relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et le décret 2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé qui venaient rappeler les obligations et les responsabilités des professionnels de santé et en particulier celles des médecins. Ces deux textes réglementaires auront été des facteurs de réussite permettant de remettre les personnels des fonctions accueil / secrétariats dans un cadre professionnel structuré.

PROCESSUS DU DOSSIER PATIENT EN EXTERNE (de son entrée à sa sortie)

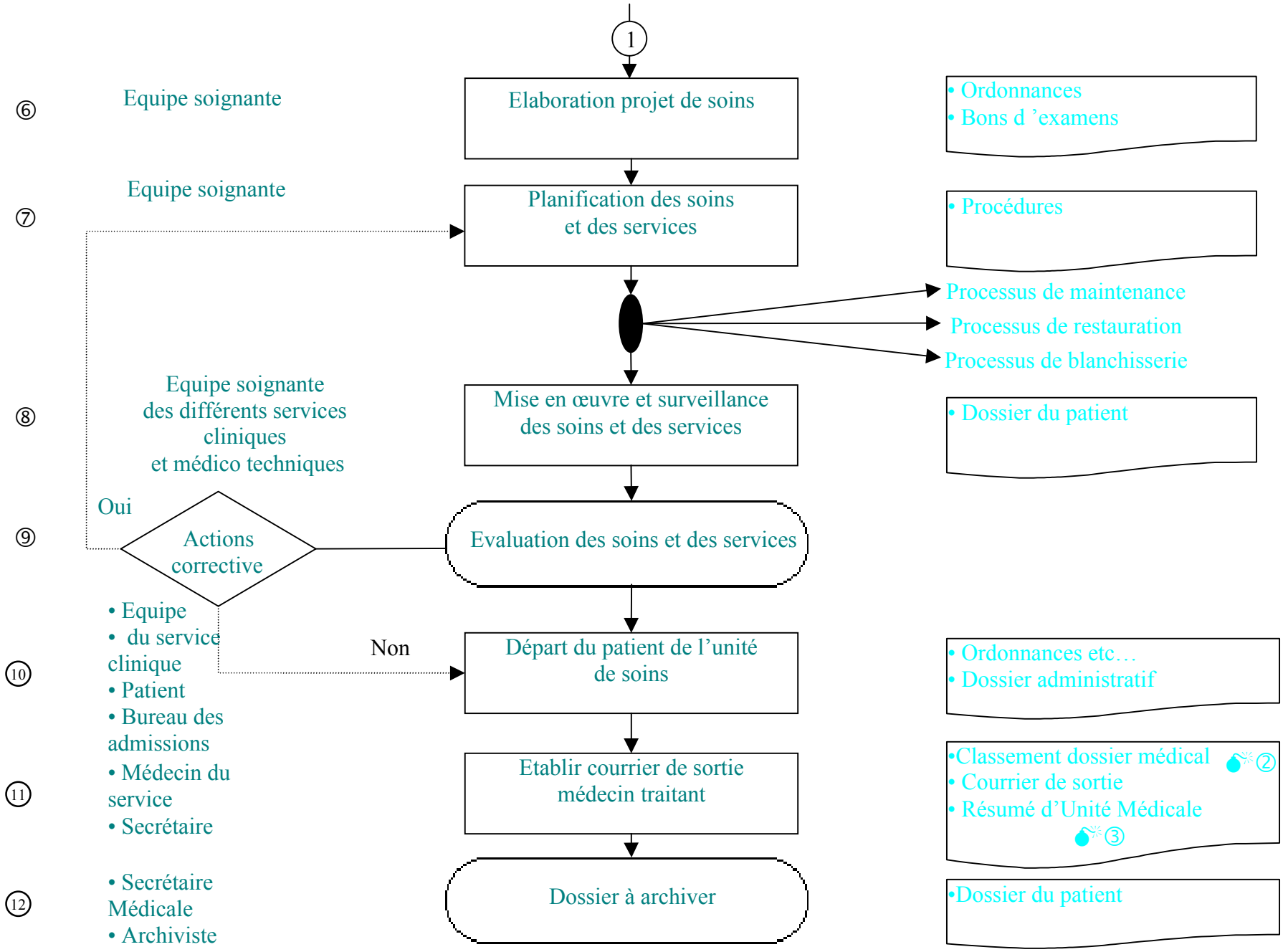
Phases	Acteurs	Actions	Documents
①	Bureau Central des Admissions	Accueil Consultant externe « LOGICIEL SYMPHONIE »	•Fiche de circulation • Consultations externes • Jeu d'étiquettes
②	Secrétariat Médical Consultations centralisées	Accueil consultant externe	• Ouverture dossier patient
③	Praticien Hospitalier	PEC Médicale	• Cotation actes sur fiche de consultation ① • Délivrance ordonnances • Etc...
		Examens complémentaires labo, radio, etc... (Oui / Non)	
④	Secrétariat Médical Consultations centralisées	Orientations Consultations externes	•Exemplaire N° 2 de la fiche de consultation • Etiquettes
⑤	Secrétariat Médical Consultations centralisées	Rédaction compte rendu « LOGICIEL SUSIE »	•Courrier des actes réalisés • Mise à jour dossier
⑥	• Bureau Central des Admissions • Secrétariat Médical Consultations centralisées	Sortie Consultant externe ②	•Archivage dossier patient • Facturation

① Actes sous la responsabilité des praticiens hospitaliers

② Seconde saisie complète de l'identité patient

PROCESSUS CIRCUIT DU DOSSIER DU PATIENT EN HOSPITALISATION (de son entrée aux Urgences => service clinique => sortie domicile)

Phases	Acteurs	Actions	Documents
①	Médecin Urgentiste	PEC Patient aux Urgences	•Lettre médecin adresseur • Fiche bilan clinique
②	Secrétaire Urgences	Admission du patient « LOGICIEL SYMPHONIE »	•Fiche Admission • Etiquettes • Fiche carte vitale
③	• Médecin Urgentiste • Laboratoire • Radiologie • Etc ...	Evaluation besoins Exprimés et implicites	• Dossier médical patient
		Validation hospitalisation (Oui / Non)	
		Basculement du dossier externe	Processus Patient •Mise à jour du dossier médical et • Administratif • Saisie des actes
		Basculement du dossier service clinique	
④	•Equipe soignante • (Médicale paramédicale) •Secrétariat médical	Accueil et installation dans l'unité de soins	•Billet d'identification • Fiche d'admission • Etiquettes • Dossier patient
⑤	Equipe soignante	Evaluation besoins exprimés	•Dossier médical patient



① Resaisie identité du patient

② Classement dossier médical par secrétaire médicale

③ Résumé d'Unité Médicale préparé par secrétaire médicale

2. L'évaluation - la mesure par les indicateurs :

➔ En premier lieu, il est difficile de se prononcer sur les résultats qu'apporteront les changements des applicatifs informatiques dont la migration complète est prévue début janvier 2003. Par contre il est envisageable de penser que la saisie unique des données à la source de production sera un progrès sans conteste pour l'ensemble des professionnels qui alimentent ou qui s'appuient sur le système d'information hospitalier. Pour les professionnels qui nous concernent (les secrétariats) la fin de la resaisie des données administratives (environ 2 000 heures de travail / an) devrait non seulement désamorcer la crise sociale (moins d'heures supplémentaires) mais également la crise identitaire et la crise de production.

Il restera a évaluer si les personnels des fonctions accueil / secrétariats se sont rapprochés d'une gestion en temps réel du dossier patient.

➔ En second lieu, la reprise du processus "dossier du patient en externe ou en hospitalisation" vu sous l'angle de la prise en charge par les personnels accueil - secrétariats aura permis d'analyser ce qui était fait préalablement, de définir ensuite ce qui devait être fait et de l'écrire, d'appliquer ensuite ce qui devait être fait et contrôler au final ce qui était réellement fait.

Sans revenir sur les nouveaux processus et les profils de poste qui ont été établis par la suite il y a lieu de relever plusieurs résultats que nous pourrons qualifier d'exemplaires dans notre établissement compte tenu des blocages et des résistances actives qui se manifestaient dans un passé proche dans l'établissement :

- Participation plus active de certains secteurs d'activité dans la gestion du PMSI (anesthésistes en particulier, urgentistes…) mais persistance de poches de résistance en chirurgie.

- Acceptation du corps médical de mettre en œuvre le principe de la **prescription médicale datée et signée** (les consignes avaient été données aux secrétariats de ne plus signer ces documents car hors champ de leurs responsabilités). La précédente évaluation montrait en **1999** que **1.6 % des prescriptions étaient signées** dont une proportion significative par les secrétaires. Une évaluation lancée en **mai 2002** sur la tenue du dossier du patient et qui portait entre autres sur les problèmes de prescriptions médicales signées montre une amélioration notable dans la mesure où **75 % des prescriptions sont maintenant datées et signée**.

D'autres exemples significatifs pourraient êtres avancés mais à travers ces exemples il s'agissait avant tout de montrer qu'une analyse du processus "qui fait quoi" et les corrections apportées par une nouvelle formalisation du processus ont un effet d'entraînement sur les acteurs, et garantit les règles professionnelles de chaque métier.

➔ Enfin, l'efficacité globale de ce processus ne vaut que si les objectifs d'amélioration initiaux ont bien été atteints. Dans notre projet, les indicateurs retenus seront les suivants :

- **Dossier médical :**

  - Pourcentage de dossiers pour lesquels le courrier de sortie et / ou les informations de santé adressées au médecin traitant ont été envoyées dans un délais donné (8 jours).

  - Indice de satisfaction des correspondants médicaux. Il s'agit d'établir une enquête de satisfaction destinée aux correspondants médicaux afin de s'assurer qu'ils disposent des éléments nécessaires pour la continuité des soins de leurs patients.

  - Questionnaire de satisfaction du patient : il vient d'être revu (juin 2002) afin de tenir compte de la formulation des objectifs de ce projet.

- **Organisation des accueils / secrétariats**

  - Indicateurs de suivi des heures supplémentaires. Il s'agit de suivre l'évolution des heures effectuées par les secrétaires.

  - Evaluation de la satisfaction des personnels par rapport aux nouveaux applicatifs. L'incidence de la saisie unique des données sur la gestion du temps de travail devrait abaisser les tensions sociales, ne plus se traduire par des tâches non exécutées, ni par du retard dans la saisie des données. Les questionnaires (mai 2001 - août 2001) d'évaluation de l'organisation et du fonctionnement des secrétariats qui sont en même temps des baromètres de la satisfaction des personnels accueil / secrétariats permettront de vérifier si la crise sociale, à laquelle s'ajoutait une crise identitaire et une crise de la production se sont éloignées.

3. L'hôpital en mouvement :

Sous ce sous-titre de mémoire se cachait toute les difficultés de construction des règles du jeu qui se nouent à l'intérieur d'un hôpital. Valider de nouveaux processus pose bien souvent la remise en cause de routines inhérentes à toutes activité hospitalière. Elle peuvent alors nécessiter des ajustements entre différents acteurs et devenir soit des axes de progrès ou si ces ajustements ne sont pas acceptés des axes de blocage.

En l'occurrence dans ce projet, en redonnant du sens aux fonctions des personnels accueil / secrétariats, les changements amenaient un glissement de tâches vers d'autres professionnels (corps médical et para-médical). Le changement voulu pour qu'il devienne réel et durable ne pouvait être fondé que sur la transformation des routines.

Pour y parvenir l'organisation se doit de mettre en place des mécanismes d'évaluation afin d'éliminer les routines qui vont à l'encontre des valeurs et des règles de l'établissement.

Le Programme d'Amélioration de la Qualité (PAQ) en date d'août 2001 a contribué, à travers plusieurs actions, à l'émergence d'une nouvelle réflexion sur des organisations qui ne semblaient pas en cohérence avec les objectifs de l'établissement. Le projet qui a été présenté dans ce mémoire s'est inscrit naturellement dans le PAQ 2001 mais ce qui me semble intéressant au niveau de la capitalisation de ce projet c'est l'adhésion des autres chefs de projets porteurs des différentes actions du PAQ 2001 à s'approprier les outils de la gestion de projet (note de clarification, planning …). Il me semble que l'appropriation de ces outils contribuent grandement à formaliser les routines implicites qui en valent la peine et à demander l'abandon de routines qui vont à contre sens des valeurs de l'établissement et qui sont souvent de grosses consommatrices de ressources.

Conclusion

Ce projet qui est encore au milieu du gué et qui est un travail de longue haleine doit à terme contribuer à améliorer les performances des services accueil / secrétariats mais surtout améliorer la qualité des prestations rendues aux patients.

Il va au delà de l'amélioration recherchée de la fonction accueil / secrétariats car il touche de manière indirecte le fonctionnement des services cliniques et médico-techniques et surtout il questionne sur les responsabilités de chaque professionnel et la gestion des interfaces entre métiers.

En prenant au premier abord cette problématique de la crise des services accueil / secrétariats, la tentation était grande d'injecter de nouvelles ressources humaines dans ce type de services pour résoudre les dysfonctionnements. En s'appuyant sur les outils de résolution de problèmes, de gestion de projet et de façon plus générale sur les enseignements QUEOPS les différentes options d'intervention et le choix qui a été retenu aura été d'agir sur le Système d'Information Hospitalier. En faisant le choix de moderniser son Système d'Information Hospitalier, l'établissement s'engage sur une recherche de la qualité de l'information et sur une qualité des outils mis à la disposition des utilisateurs. Un hôpital sans information ne peut exister et le Système d'Information Hospitalier doit être centré sur le patient. Les personnels des services accueil / secrétariats sont forcément incontournables dans ce projet et en leur confiant de nouveaux outils ils contribuent à valoriser les informations de santé du dossier patient.

Lorsque les nouveaux applicatifs auront été installés début 2003 il restera à s'assurer que les nouveaux processus mis en œuvre au premier semestre 2002 sont toujours pertinents. Ensuite l'évaluation de ce projet se traduira par des résultats tirés des indicateurs qui ont été présentés précédemment. Cette évaluation obligera certainement à questionner à nouveau les personnels des services accueil / secrétariats afin de vérifier si le choix de l'intervention a résolu une grande partie des difficultés qui avaient été soulevées par ces personnels.

Enfin ce projet est-il transposable dans d'autres établissement de santé ? Difficile de se prononcer ; par contre le nombre d'audits de fonctionnement des secrétariats médicaux réalisés dans le monde de la santé laisse à penser qu'il existe réellement pour ce type de métiers des problèmes d'organisation et de fonctionnement. De là à dire que le projet est transposable, il y a un grand pas que j'éviterai de franchir. Répondre par l'apport de nouveaux moyens humains n'est pas forcément la meilleure réponse et il y a lieu de passer par une analyse des modes de fonctionnement avant d'avancer une piste de résolution du problème soulevé. Ce qui a été tenté au cours de ce projet d'intégration …

Je ne voudrais pas non plus terminer ce mémoire sans reprendre un extrait de ce beau texte de Charles Kleiber "Organisation du changement à l'hôpital" et qui indiquait :

" Changer, faire évoluer, transformer l'hôpital, c'est en définitive une histoire d'amour, histoire de confiance, de deuils, de compromis, où la générosité côtoie quotidiennement l'étrange acharnement à maintenir les petits privilèges, où les sacrifices momentanés peuvent tous les jours se payer du plaisir d'inventer, où derrière les habitudes et la répétition se découvrent parfois, inattendus et superbes de nouveaux horizons."

Bibliographie

1. H. MINTZBERG, J.A. Waters (1985), Of Strategies, déliberate and emergent, Strategic Manager Journal, vol. 6, n°3.

2. A. BARTOLI, M. ANAUT Les paradoxes du changement dans les hôpitaux publics.

3. Charles KLEIBER, Organisation du changement à l'hôpital. Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, vol. 4, n°2, 1997, pp 218 - 229.

4. A. BARTOLI, Ph. HERMEL (1989) : le développement de l'entreprise. Nouvelles conceptions et pratiques : Paris : Economica

5. G. PONÇON, le management du système d'information hospitalier : la fin de la dictature technologique. Editions ENSP.

6. Mr A.P. CONTANDRIOPOULOS, F. CHAMPAGNE, J.L. DENS, M.C. AVARGUES, L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes, Masson, Paris 2000.

7. P.H. ROSSI, H.E. FREEMAN, M.W. LIPSEY, Expressing and assessing program théory in : Evaluation : A systématic approach - 6th ed - Beverly Hills, CA : Sage Publication, 1999 : 155-188

8. V. GIARD et C. MIDLER, Management et gestion de projet : une étude des mutations en cours, IAF de Paris - Grégor - cahier de recherche 1994-02

9. CD-ROM Cap Projet, 1999 AGF-UTC

10. L'hôpital à vif : l'état des lieux - Revue Autrement-Série Mutations - N° 109 - Septembre 1989

11. H. MINTZBERG, Le Management. Voyage au centre des organisations, Editions d'organisations.

12. Mr A.P. CONTANDRIOPOULOS, La régulation d'un système de soins sans murs. La santé demain : vers un système de soins sans murs. Paris : Economica 1999.

13. Mr A.P. CONTANDRIOPOULOS, J.L. Denis, N. TOUATI, R. RODRIGUEZ, "Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre", Ruptures Volume 8, N° 2, p38-52

14. D. COURPASSON, "Le changement est un outil politique" Revue Française de gestion, N° 120, septembre - octobre 1998, p 6-16

15. AFNOR - Classeur Management de la Qualité - tomes 1 et 2 (ISO 9000 - méthodes - Outils - Système documentaire - Evaluation - Satisfaction Client)

16. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, "Demain l'hôpital" actes d'un colloque des 3 et 4 mai 1999 à Parsi, Automédon - juin 2000

17. R. DALMASSO et J.J. ROMATET "L'hôpital réformateur de l'hôpital" Action Santé ERES - février 2000

18. J.M. CLEMENT, "Réflexions pour l'hôpital" - les études hospitalières

19. CNEH - "la mutation du système d'information à l'hôpital" N° 28-décembre 1996. Technologie de Santé

20. Revue Hospitalière de France : "les nouvelles technologies de l'information et de la communication à l'hôpital" N° 4 juillet - août 1999

21. C. BOISSIER - RAMBAUD, M.M. Champion - Daviler, J. NEBESAROVA, B. BARBIN, J.M. FESSIER, "Hôpitaux cliniques : de l'accréditation à la qualité" Editions LAMARRE - Mai 1998

22. H. LETEURTRE, I. PATRELLE, J.F. QUARANTA, N. RONZIERE, "La qualité hospitalière", Berger LEVRAULT, janvier 1999

Résumé

Ce mémoire présente la démarche entreprise dans un Centre Hospitalier de la région Bretagne pour dénouer les fils d'une crise à plusieurs facettes et qui avait été repérée auprès des personnels occupant des fonctions accueil / secrétariats.

Après avoir décrit la problématique et identifié les causes du problème, l'auteur propose comme option d'intervention d'agir sur le Système d'Information Hospitalier, avec comme objectif ultime de l'intervention d'améliorer la fonction accueil / secrétariat et à terme la qualité de la prise en charge du patient par une gestion en temps réel du dossier du patient.

Mots clés

Mutation, Crise, Système d'Information Hospitalier, processus, évaluation, hôpital en mouvement.

Summary

This thesis describes the process followed in a hospital in Brittany, to untangle the various aspects of a crisis which had been observed among the staff working at the reception / or in the office.

After describing the problematics, and identifying the causes of the problem, the author suggests acting on the Hospital System of Information, the ultimate aim being to improve the duties of the reception / clerks, and eventually, the quality of the service to the patient by an immediate management of his case.

Key-words

Mutation, Crisis, Hospital System of Information, Process, Assessment, Changes at the hospital.

ANNEXE N° 1

Questionnaire des secrétaires médicales

centre hospitalier "ferdinand grall"

QUESTIONNAIRE

SECRETAIRES MEDICALES

Préambule :

Devant la persistance des difficultés de fonctionnement des secrétariats médicaux (importance du nombre d'heures supplémentaires, organisation des congés annuels difficile à mettre en place…), une étude portant sur l'organisation et le fonctionnement des secrétariats médicaux est nécessaire d'autant plus que l'Aménagement de la Réduction du Temps de Travail (A.R.T.T.) pourrait entraîner une dégradation de la qualité du service.

Il s'agit, à travers ce questionnaire, de s'engager dans la voie suivante :

1) Etablir un diagnostic de l'organisation et du fonctionnement des secrétariats médicaux.

2) Relever les contraintes des différents postes de travail, analyser les difficultés qui auront été indiquées et prendre en compte les forces qui sont annoncées…

3) Etablir un ensemble de propositions permettant de réduire les difficultés rencontrées et qui seront susceptibles d'améliorer les conditions de travail des intéressés et la qualité de la prise en charge des patients.

QUESTIONNAIRE

NOM : .....

Prénom : .....

Grade : .....

Service : .....

---

1) Organisation du poste de travail

1.1 - Votre temps de travail

50 % ☐ 75 % ☐ 80 % ☐ 90 % ☐ 100 % ☐

1.2 - Vos horaires de travail

1ère semaine	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Horaires							

2è semaine	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Horaires							

1.3 - Heures supplémentaires à récupérer

1.3.1 - Nombre d'heures supplémentaires à récupérer au 01/07/2001

……. heures

1.3.2 - De quel type d'activité ressortent les heures supplémentaires ? (exemples : permanences du samedi, débordement consultations externes, etc…)

Activité principale : ……

Activité secondaire : ……...

Autres (à préciser) : ……

1.3.3 - Lorsque vous effectuez des heures supplémentaires en dehors de la durée légale de votre temps de travail ou en débordement de vos horaires de travail (exemples : permanence du samedi ou présence tardive pour assurer l'accueil des consultants externes), comment vous organisez-vous pour récupérer les heures supplémentaires ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

1.3.4 - Quels sont les raisons ou les obstacles qui sont de nature à freiner les possibilités de récupération des heures supplémentaires ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

1.3.5 - Avez-vous des propositions à formuler qui permettraient de réduire de façon conséquente le nombre d'heures supplémentaires accumulées ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

1.4 - Les congés annuels

1.4.1 - Pouvez-vous organiser la prise de vos congés annuels sans trop de difficultés dans votre service ?

oui ☐ non ☐

Si non à la question 1.4.1, pouvez-vous indiquer quelles sont ces difficultés **?** (plusieurs réponses possibles à classer par niveau d'importance)

- Arrangement difficile avec le collègue du service ☐
- Obligations imposées par le responsable de votre service ☐
- Obligations imposées par la direction ☐
- Continuité du service, activité… ☐
- Autres (précisez lesquelles) ☐

.....

.....

.....

.....

.....

1.4.2 - Décrivez brièvement le fonctionnement de votre service durant les congés annuels.

• Comment fonctionne le service en votre absence (vous êtes remplacés durant vos congés totalement, partiellement, pas du tout…)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

• Lors de votre reprise après congés annuels, quels sont les travaux qui sont restés en attente ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

• Pouvez-vous évaluer le temps qui vous est nécessaire pour une remise à niveau de votre charge de travail ?

Durée de congés annuels	*temps de remise "à flot" du service*
1 semaine	……..
2 semaines	……..
3 semaines	……..
4 semaines	……..

1.4.3 - Avez-vous des propositions à formuler qui permettraient d'améliorer le fonctionnement du service pendant les congés annuels ? (remplacements - vos attentes par rapport aux remplaçantes…) ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2) Description fonctionnelle de votre poste de travail

2.1 - Description des fonctions

- Activités principales :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- Activités spécifiques :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- Activités ponctuelles

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2.2 - Parmi les activités décrites à la question 2.1, y a-t-il, à votre avis, des débordements de fonctions ? Lesquels ? et qui devraient se charger de ces fonctions ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2.3 - La description de fonctions est-elle reprise dans une fiche de poste ?

oui ☐ (à joindre avec le questionnaire) non ☐

3) Description technique de votre poste de travail

3.1 - Appréciation qualitative de votre poste de travail.

• Mobilier et matériel de bureau (poste de travail - siège - meubles de bureau)

Equipement correct ☐ moyen ☐ insuffisant ☐

Dans quelle direction les efforts devraient-ils être portés ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

• Espace bureau (le local)

Positionnement adéquat ☐ à revoir ☐
suffisamment dimensionné oui ☐ non ☐

Quelles sont vos attentes dans ce domaine ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3.2 - Avez-vous des propositions à formuler qui permettraient d'apporter des améliorations importantes dans les trois directions suivantes :

→ sur vos conditions de travail ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

→ sur un meilleur accueil du public ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

→ sur une meilleure organisation de travail (meilleure efficacité, gain de temps…)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4) Description spatiale des postes de travail

Il vous est demandé de décrire vos différents lieux de travail sur une période hebdomadaire.

	Lundi	**Mardi**	**Mercredi**	**Jeudi**	**Vendredi**	**Samedi**	**Dimanche**
Matin (précisez les horaires)							
Après-midi (précisez les horaires)							

5) Participation des secrétariats médicaux au recueil de l'activité

5.1 - le P.M.S.I (M.C.O. - S.S.R.)

(format papier)

• Qui r**enseigne** les différentes rubriques du R.U.M. ?

Médecin oui ☐ non ☐ en partie ☐
Infirmier - Sage-femme oui ☐ non ☐ en partie ☐
Secrétaires médicales oui ☐ non ☐ en partie ☐
Autres (précisez) ……..
……..
……..
……..

• Qui **établit** le codage P.M.S.I. ?

Médecin oui ☐ non ☐
Autres (précisez) ……..
……..
……..
……..

• Qui **entre** les données du R.U.M. en informatique (logiciel SUSIE PMSI) ?

Secrétaires médicales du service oui ☐ non ☐ en partie ☐
D.I.M oui ☐ non ☐ en partie ☐
Autres (précisez) ……..
……..
……..
……..

5.2 - La saisie de l'activité du service

5.2.1 - Les consultations externes

• Qui cote les actes de consultations externes ?

Médecin oui ☐ non ☐ en partie ☐ lesquels ?
……
……
……

Infirmier / sage-femme oui ☐ non ☐ en partie ☐ lesquels ?
……
……
……

Secrétaires médicales oui ☐ non ☐ en partie ☐ lesquels ?
……
……
……

Autres (précisez) ……...
……..
……..
……..

• Qui saisit les actes de consultations externes ?

Secrétaires médicales oui ☐ non ☐
Bureau central des admissions oui ☐ non ☐
Autres (précisez) ……..
……..
……..
……..

5.2.2 - L'activité en hospitalisation

• Qui inscrit l'activité réalisée au profit de chaque patient ?

Médecin oui ☐ non ☐
Infirmier / sage-femme oui ☐ non ☐
Secrétaires médicales oui ☐ non ☐
Autres (précisez) ……..
……..
……..
……..

• Qui relève et saisit (saisie informatique) l'activité en hospitalisation ?

Cadre infirmier / Infirmier / sage-femme	oui ☐	non ☐
Secrétaire médicales	oui ☐	non ☐

Autres (précisez) ……..
……..
……..
……..

5.3 - Quelles sont vos attentes dans le domaine du recueil de l'activité ?

Y a-t-il des pistes d'amélioration qui permettraient d'alléger la charge de travail des secrétariats médicaux ? (amélioration du bordereau de recueil de l'activité, saisie de l'activité en temps réel par le producteur de soins etc…)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

5.4 - Quelles sont les pistes d'amélioration dans les relations entre les secrétariats médicaux et le bureau central des admissions qui seraient susceptibles d'apporter de l'efficience dans les services concernés ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

5.5 - Quelles sont, à votre avis, les faiblesses de nos systèmes d'information (système informatique en particulier) qui pénalisent l'établissement dans le recueil de l'activité ? (double saisie - recopie - etc…)

Bien vouloir les décrire :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

ANNEXE N° 2

Fiches de tâches

FICHE DE TACHE CH Landerneau	PROJET : Amélioration de la fonction Accueil / Secrétariat	Version du : 05/12/01
N° de la Tâche : GP-1	**Intitulé de la Tâche :** Analyse organisation Accueils / Secrétariats	**Début / antécédent :** Semaine 45 / 2001 **Fin :** Semaine 48 / 2001

Données d'entrée :	Données de sortie / Résultats :
Exploitation des questionnaires adressés aux secrétaires Profil de poste secrétaires	Diagnostic de l'organisation, du fonctionnement et de l'ensemble de la fonction accueil et relations avec les patients

Description des travaux à réaliser	Livrable	Echéance	Responsable	Ressources Humaines associées
Questionnaire : à construire, diffuser, réceptionner, analyser, diagnostiquer	Semaine 44 / 2001 Retour et analyse questionnaires	Semaine 48 / 2001 Diagnostic	Directeur Clientèle Qualité et Accréditation (Validation groupe de projet)	Secrétaires

Estimation heures à effectuer en interne : 80 heures	**Dépenses externes :**

Type de ressources humaines	Charge de travail prévue (hommes/jours)	Type de dépenses	Coût
- Direction clientèle - Secrétariats	40 heures 40 heures		

Ressources matérielles à prévoir :

FICHE DE TACHE CH Landerneau	PROJET : Amélioration de la fonction Accueil / Secrétariat	Version du : 05/12/01
N° de la Tâche : GP-2	**Intitulé de la Tâche :** Analyse processus Accueil Consultants externes / Hospitalisés	**Début / antécédent :** Semaine 49 / 2001 **Fin :** Semaine 52 / 2001

Données d'entrée :	Données de sortie / Résultats :
Processus Accueil patients décrit dans Manuel Assurance Qualité (M.A.Q.)	Analyse circuit patient sous l'angle de la gestion administrative du dossier du patient.

Description des travaux à réaliser	Livrable	Echéance	Responsable	Ressources Humaines associées
Inventaire des tâches réalisées par chaque agent de l'entrée du patient jusqu'à sa sortie	Semaine 50/ 2001 Listing des tâches	Semaine 52 / 2001 Analyse de la PEC patient (organisation, fonctionnement…)	Directeur Clientèle Qualité et Accréditation	Participation des membres du groupe projet.

Estimation heures à effectuer en interne : 40 heures		Dépenses externes :	
Type de ressources humaines	**Charge de travail prévue (hommes/jours)**	**Type de dépenses**	**Coût**
- Agents de la Direction de la clientèle - Secrétariats	20 heures 20 heures		

Ressources matérielles à prévoir :

FICHE DE TACHE CH Landerneau	PROJET : Amélioration de la fonction Accueil / Secrétariat	Version du : 05/12/01
N° de la Tâche : GP-3	Intitulé de la Tâche : Rédaction nouveau processus circuit patient externes / hospitalisés	Début / antécédent : Semaine 01 / 2002 Fin : Semaine 04 / 2002

Données d'entrée :	Données de sortie / Résultats :
Analyse de la PEC patients (organisation, fonctionnement)	Modification Processus circuit patient.

Description des travaux à réaliser	Livrable	Echéance	Responsable	Ressources Humaines associées
- Nouveau processus circuit patient - Tâches associées au processus	Semaine 02 / 2002 (Processus)	Semaine 04 / 2002 Présentation groupe projet)	Directeur Clientèle Qualité et Accréditation (Validation Directeur Etablissement)	- Participation des membres du groupe de projet

Estimation heures à effectuer en interne : 35 heures	Dépenses externes :

Type de ressources humaines	Charge de travail prévue (hommes/jours)	Type de dépenses	Coût
- Agents de la Direction de la clientèle - Secrétariats	17.5 heures 17.5 heures		

Ressources matérielles à prévoir :

FICHE DE TACHE CH Landerneau	PROJET : Amélioration de la fonction Accueil / Secrétariat	Version du : 05/12/01
N° de la Tâche : GP-4	**Intitulé de la Tâche :** Rédaction profils de poste et procédures découlant du processus circuit patient	**Début / antécédent :** Semaine 5 / 2002 **Fin :** Semaine 8 / 2002

Données d'entrée :	Données de sortie / Résultats :
- Nouveau processus circuit patient - Profils de poste - listing des tâches et des procédures actuelles	- Nouvelles procédures de PEC du patient - Nouveau profil de poste 'Secrétariat"

Description des travaux à réaliser	Livrable	Echéance	Responsable	Ressources Humaines associées
- Elaborer nouveau profil de poste - Elaborer nouvelles procédures	Semaine 06 / 2002 (Nouvelle organisation des secrétariats)	Semaine 08 / 2001 (Validation instances et DRH)	Directeur Clientèle Qualité et Accréditation	- Référente Secrétaires Médicales - Référente Bureau Central des Admissions - Cadres des services cliniques et médico techniques

Estimation heures à effectuer en interne : 105 heures		Dépenses externes :	
Type de ressources humaines	**Charge de travail prévue (hommes/jours)**	**Type de dépenses**	**Coût**
- Direction de la clientèle (référente, secrétaire, assistante qualité) - Référente secrétaire médicale	70 heures 35 heures		

Ressources matérielles à prévoir :

FICHE DE TACHE CH Landerneau	PROJET : Amélioration de la fonction Accueil / Secrétariat	Version du : 05/12/01
N° de la Tâche : GP-5	**Intitulé de la Tâche :** Information, Communication de la nouvelle organisation	**Début / antécédent :** Semaine 10 / 2002 **Fin :** Semaine 13 / 2002

Données d'entrée :	Données de sortie / Résultats :
- Profil de poste - Procédures de PEC du patient	Note de service Information dans le journal interne (Flash infos) et présentation physique de la nouvelle organisation dans les services.

Description des travaux à réaliser	Livrable	Echéance	Responsable	Ressources Humaines associées
- Note de service - Article Flash Infos	Semaine 11 / 2002 (Information, communication)	Semaine 13 / 2002 (application de la nouvelle organisation)	Directeur de la Clientèle Qualité et Accréditation	Directeur et Directeur des Ressources humaines

Estimation heures à effectuer en interne : 35 heures	Dépenses externes :

Type de ressources humaines	Charge de travail prévue (hommes/jours)	Type de dépenses	Coût
- Directeurs - Secrétariat	35 heures		

Ressources matérielles à prévoir :

FICHE DE TACHE CH Landerneau	PROJET : Amélioration de la fonction Accueil / Secrétariat	Version du : 05/12/01
N° de la Tâche : GP-6	**Intitulé de la Tâche :** Evaluation de la nouvelle organisation	**Début / antécédent :** Semaine 14 / 2002 **Fin :** Semaine 17 / 2002

Données d'entrée :	**Données de sortie / Résultats :**
Processus et procédures de profils de poste de la nouvelle organisation	Rapport d'évaluation de la nouvelle organisation

Description des travaux à réaliser	**Livrable**	**Echéance**	**Responsable**	**Ressources Humaines associées**
Elaborer un questionnaire d'évaluation	semaine 15 / 2002 (questionnaire)	Semaine 17 / 2002 Retour des questionnaires	Directeur Clientèle Qualité et Accréditation	- Référente secrétaire médicale - Référente Bureau Central des Admissions - Chef de services concernés

Estimation heures à effectuer en interne : 40 heures	**Dépenses externes :**

Type de ressources humaines	**Charge de travail prévue (hommes/jours)**	**Type de dépenses**	**Coût**
- Direction de la Clientèle (référente, secrétaire, assistante qualité)	20 heures		
- Référente secrétaire médicale	20 heures		

Ressources matérielles à prévoir :

FICHE DE TACHE CH Landerneau	PROJET : Amélioration de la fonction Accueil / Secrétariat	Version du : 05/12/01
N° de la Tâche : GP-7	Intitulé de la Tâche : Mise en œuvre des actions correctives	Début / antécédent : Semaine 18 / 2002 Fin : Semaine 22 / 2002

Données d'entrée :	Données de sortie / Résultats :
Rapport sur nouvelle organisation de la fonction accueil / secrétariat	Modification des procédures de PEC patient

Description des travaux à réaliser	Livrable	Echéance	Responsable	Ressources Humaines associées
Audit fonctionnement Accueil / Secrétariat	Semaine 16 / 2002	Semaine 18 / 2002	Directeur Clientèle Qualité et Accréditation	- Référente secrétaire médicale - Référente Bureau Central des Admissions

Estimation heures à effectuer en interne : 70 heures	Dépenses externes :

Type de ressources humaines	Charge de travail prévue (hommes/jours)	Type de dépenses	Coût
- Auditeur interne (Assistante qualité) - Les 2 référentes	70 heures		

Ressources matérielles à prévoir :

FICHE DE TACHE CH Landerneau	PROJET : Amélioration de la fonction Accueil / Secrétariat	Version du : 05/12/01
N° de la Tâche : SGPI 1-10	**Intitulé de la Tâche :** Rédaction Cahier des Charges (CCTG - CCTP)	**Début / antécédent :** Semaine 45 / 2001 **Fin :** Semaine 9 / 2002

Données d'entrée :	Données de sortie / Résultats :
- Cahier des charges "Dossier de santé" du CHU de Bordeaux (département 33) - participation GMSIH : Cartographie des flux d'information, annuaire, sécurité	cahier des charges fonctionnel "dossier de santé" (dossier médical, gestion administrative des patients) du CH de Landerneau

Description des travaux à réaliser	Livrable	Echéance	Responsable	Ressources Humaines associées
Rédaction de deux cahiers des charges : - CCTG - CCTP	Semaine 5 / 2002	Semaine 9 / 2002	Informaticien de l'établissement	Sous groupe de projet Informatique (SGPI)

Estimation heures à effectuer en interne : 300 heures	Dépenses externes :

Type de ressources humaines	Charge de travail prévue (hommes/jours)	Type de dépenses	Coût
- 4 médecins - 1 directeur - 1 Informaticien - 1 Cadre Infirmier - 2 Adjoints Administratifs	4 journées / Hommes = 32 heures Groupe de 9 personnes : 288 heures		

Ressources matérielles à prévoir :

FICHE DE TACHE CH Landerneau	PROJET : Amélioration de la fonction Accueil / Secrétariat	Version du : 05/12/01
N° de la Tâche : SGPI 1-11	**Intitulé de la Tâche :** Rédaction Cahier des Charges (CCAG - CCAP - RPAO)	**Début / antécédent :** Semaine 6 / 2002 **Fin :** Semaine 9 / 2002

Données d'entrée :	Données de sortie / Résultats :
Nouveau code des Marchés Publics	Cahier des Charges (CCAG - CCAP - RPAO)

Description des travaux à réaliser	Livrable	Echéance	Responsable	Ressources Humaines associées
Rédaction Cahier des Charges : - CCAG - CCAP - RPAO	Semaine 07 / 2002	Semaine 09 / 2002	Directeur des Services Economiques	- Chef de bureau des services économiques - Informaticien

Estimation heures à effectuer en interne : 70 heures		Dépenses externes :	
Type de ressources humaines	**Charge de travail prévue (hommes/jours)**	**Type de dépenses**	**Coût**
- 1 Directeur - 1 Informaticien - 1 Chef de Bureau	3 journées / hommes = 24 heures Groupe = 72 heures		

Ressources matérielles à prévoir :

FICHE DE TACHE CH Landerneau	PROJET : Amélioration de la fonction Accueil / Secrétariat	Version du : 05/12/01
N° de la Tâche : SGPI 2	**Intitulé de la Tâche :** Appel d'offres	**Début / antécédent :** Semaine 11 / 2002 **Fin :** Semaine 25 / 2002

Données d'entrée :	Données de sortie / Résultats :
Le dossier Cahier des Charges (CCTG - CCTP - CCAG - CCAP - RPAO)	Dossier de consultation remis aux candidats

Description des travaux à réaliser	Livrable	Echéance	Responsable	Ressources Humaines associées
- Insertion presse - Remise du dossier aux candidats - Réception des offres - Ouverture des plis - Analyse des offres - Présentation des solutions - Choix des applicatifs	Semaine 11 / 2002 (Insertion presse)	Semaine 25 / 2002 (Candidat retenu)	Directeur Services Economiques et Commission Appel d'Offres (CAO)	- SGPI (présentation des solutions informatiques) - Informaticien

Estimation heures à effectuer en interne : 140 heures		Dépenses externes :	
Type de ressources humaines	**Charge de travail prévue (hommes/jours)**	**Type de dépenses**	**Coût**
- Directeur - Directeurs des Services Economiques - SGPI - Membres CAO	1 Homme / jour sur 4 semaines 35 heures x 4 = 140 heures	Publicité presse (journaux locaux, régionaux, J.O., BOAMP…)	5 000 Euros

Ressources matérielles à prévoir :

FICHE DE TACHE CH Landerneau	PROJET : Amélioration de la fonction Accueil / Secrétariat	Version du : 05/12/01
N° de la Tâche : SGPI 3	**Intitulé de la Tâche :** Installation Noyau Central	**Début / antécédent :** Semaine 34 / 2002 **Fin :** Semaine 39 / 2002

Données d'entrée :	Données de sortie / Résultats :
Logiciel "Dossier de Santé" - Noyau Central	Noyau Central installé en salle des machines

Description des travaux à réaliser	Livrable	Echéance	Responsable	Ressources Humaines associées
- Installer Noyau - Formation personnels - Paramétrage Installation - Saisie Base de données	Semaine 35 / 2002	Semaine 39 / 2002	Société informatique retenue	DIM Finances BCA Informaticien

Estimation heures à effectuer en interne : 170 heures		Dépenses externes :	
Type de ressources humaines	**Charge de travail prévue (hommes/jours)**	**Type de dépenses**	**Coût**
- Médecin DIM - Chef du Bureau Finances - Informaticien - Référente Bureau Central des Admissions	Formation : 24 heures Paramétrage saisie : 70 heures x 2 = 140 heures	Noyau Central Formation	33 000 Euros 2 800 Euros

Ressources matérielles à prévoir :

FICHE DE TACHE CH Landerneau	PROJET : Amélioration de la fonction Accueil / Secrétariat	Version du : 05/12/01
N° de la Tâche : SGPI 4	**Intitulé de la Tâche :** Installation Logiciel Dossier Médical	**Début / antécédent :** Semaine 38 / 2002 **Fin :** Semaine 44 / 2002

Données d'entrée :	Données de sortie / Résultats :
Logiciel "Dossier de Santé" : Logiciel Dossier Médical	Logiciel Dossier Médical installé dans les services cliniques et médico-techniques

Description des travaux à réaliser	Livrable	Echéance	Responsable	Ressources Humaines associées
- Installer logiciel - Formation personnels - Paramétrage Installation - Saisie base de données	Semaine 39 / 2002	Semaine 44 / 2002	Société informatique retenue	- Médecins des unités - Secrétariats médicaux - Informaticien

Estimation heures à effectuer en interne : 250 heures		Dépenses externes :	
Type de ressources humaines	**Charge de travail prévue (hommes/jours)**	**Type de dépenses**	**Coût**
- Corps médical - Secrétariats médicaux - Informaticien	formation 24 heures Paramétrage saisie = 105 x 2 = 210 heures	Formation Logiciel dossier médical	2 800 Euros 75 000 Euros

Ressources matérielles à prévoir :

FICHE DE TACHE CH Landerneau	PROJET : Amélioration de la fonction Accueil / Secrétariat	Version du : 05/12/01
N° de la Tâche : SGPI 5	**Intitulé de la Tâche :** Installation Logiciel Gestion Administrative des Patients	**Début / antécédent :** Semaine 45 / 2002 **Fin :** Semaine 52 / 2002

Données d'entrée :	Données de sortie / Résultats :
Logiciel "Dossier de Santé" : Gestion Administrative des patients (GAP)	logiciel GAP installé dans tous les services utilisateurs de cet applicatif

Description des travaux à réaliser	Livrable	Echéance	Responsable	Ressources Humaines associées
- Installer logiciel - Formation personnels - Paramétrage Installation - Saisie base de données	Semaine 46 / 2002	Semaine 52 / 2002	Société informatique retenue	- Utilisateurs GAP - Bureau Central des Admissions - Informaticien

Estimation heures à effectuer en interne : 300 heures	Dépenses externes :

Type de ressources humaines	Charge de travail prévue (hommes/jours)	Type de dépenses	Coût
- Bureau Central des Admissions - Secrétariats Médicaux - Informaticien	Formation : 24 heures Paramétrage / Saisie = 140 heures x 2 = 280 heures	Formation Logiciel GAP	2 800 Euros 75 000 Euros

Ressources matérielles à prévoir :

ANNEXE N° 3

Profil de poste

centre hospitalier "ferdinand - grall"
B.P. 719 - 29207 LANDERNEAU CEDEX

Secrétaire Médicale "Consultations centralisées"

PROFIL DE POSTE

Emetteur : Direction de la clientèle, de la qualité et de l'accréditation
Réf. du service : Profil poste Secrétaire médicale consultations centralisées..doc
Version : 1
Date : 09/04/02
Pages : 4 + Annexe 1
Mise à jour :

Service : Direction de la clientèle, de la qualité et de l'accréditation

I - ORGANIGRAMME

➨ Voir en annexe n°1

II - ENVIRONNEMENT

Fonctions hiérarchiques	*Liaisons fonctionnelles*
▪ Affectation au pôle Consultations centralisées.	▪ Relations avec les médecins, les consultants externes, le bureau central des admissions, les services d'hospitalisation, les établissements de santé.

III – SECTEUR D'ACTIVITE

➢ **PRESENTATION DU SERVICE, DE LA STRUCTURE D'AFFECTATION** :

- Consultations centralisées (Bureaux 4 et 5) rez-de-chaussée
- La secrétaire médicale travaille en collaboration avec les médecins consultants, les services de soins et en particulier les secrétaires médicales des services d'hospitalisation et des consultations externes.

III – SECTEUR D'ACTIVITE -suite-

➢ **LES HORAIRES DU POSTE ET LES CONGES ANNUELS** :

- Les horaires sont établis en fonction des plages de consultations externes et un cycle de travail mensuel est établi en relation avec la secrétaire recrutée.

IV – PROFIL DE POSTE

➢ **INTITULE DU POSTE**

Secrétaire Médicale

➢ **FONCTIONS**

- Elle gère les dossiers des consultations externes. Elle assure le secrétariat et le travail de dactylographie du service médical. Elle accueille les familles des patients et les patients eux-mêmes.

➢ **LES ACTIONS PARTICULIERES A MENER DANS LE SERVICE**

- Elle est un lien entre les patients et l'équipe médicale
- Elle est en relation constante avec l'équipe soignante de l'unité et les différents services administratifs, médico-techniques et médicaux concernés.
- Elle gère les agendas des médecins pour les consultations externes en relation étroite avec les secrétaires des services d'hospitalisation.

➢ **LES ACTIONS PARTICULIERES A MENER**

- Elle s'assure de la diffusion des questionnaires de satisfaction de la clientèle et des brochures de prévention et d'éducation de la santé.

IV – PROFIL DE POSTE SUITE

➢ **GRADE**

Secrétaire Médicale

➢ **DIPLÔMES SOUHAITES**

Baccalauréat S.M.S.
Formation complémentaire de secrétaire médicale

ACTIVITES PRINCIPALES

➢ **MISSIONS PERMANENTES**

- Prise de rendez-vous
- Accueil des patients
- Frappe de certificats, ordonnances, courriers
- Prise de rendez-vous de consultation, d'hospitalisation dans l'établissement et vers d'autres structures
- Gestion du dossier médical
- Participation au classement des archives médicales.

➢ **MISSIONS SPECIFIQUES**

- Statistiques d'activité
- Aide à la frappe dans les services de soins suivant les disponibilités.

➢ **MISSIONS PONCTUELLES**

-

➢ **QUALITES PROFESSIONNELLES REQUISES**

- Bonne présentation
- Sens de l'accueil
- Sens de l'organisation
- Bonne maîtrise de la dactylographie, de la micro informatique, de la terminologie médicale (dans plusieurs disciplines), de l'orthographe
- Rigueur dans la gestion du dossier médical et le suivi du patient
- Bon sens de la planification.

➢ **PARTICULARITES DE LA FONCTION**

☑ JOUR ❒ NUIT ☑ SAMEDI

V - DELEGATION

-

VI - SIGNATURES

Mise à jour le : 09/04/02

Monsieur LE FORESTIER Directeur des Ressources Humaines	Le Responsable de service

DIRECTION DE LA CLIENTELE, DE LA QUALITE ET DE L'ACCREDITATION

Mme Lynda CORRE
ACCUEIL ADMISSIONS HOSPITALISATIONS CONSULTATIONS EXTERNES

- Mme Odile LE GALL
  Mme Yvette MIOSSEC
  STANDARD
- Mme Patricia HERRY 1
  Mme Claudie LE GALL 1
  Mme Anne Marie LE HIR 3
  Mme Rose SALAUN 3
  ADMISSIONNISTE
  M.C.O., S.S.R., Psychiatrie
- Mlle SIMON Maryline
  ADMISSIONNISTE "Hospitalisations Externes" Urgences
- Mme Michèle STEPHAN 1
  Mme Madeleine PENNEC 2
  Mme Anne Marie LE HIR 3
  CONSULTATIONS EXTERNES
- Mme Lynda CORRE 1
  Mme Michèle STEPHAN 2
  REGIE DE RECETTES

Mme Yvonne LE BOURDONNEC
ACCUEIL ADMISSIONS SECTEUR PERSONNES AGEES

- Mme Marie Noëlle HERROU
  ACCUEIL, HEBERGEMENT
- Mme Marie Noëlle HERROU
  Mme Anne Marie LE HIR
  REGIE

Mme Janine MOSER
SECRETARIATS MEDICAUX

- **ARCHIVES MEDICALES**

Mme Catherine PIERET
Mme Danièle JEZEQUEL
Mme Gwenaëlle BELSE
EQUIPE SOCIALE

Mr Jacques LOUARN
ORGANISATION, INFORMATION, RESEAUX

Mr Jacques LOUARN
POLITIQUE CLIENTELE, QUALITE, ACCREDITATION

- Mlle Anne Hélène ROSEC
  Mlle Valérie FORICHER
  EMPLOIS JEUNES
  *** Agent de prévention et d'ambiance**
  *** Technicien qualité en organisation**
- Mlle Myriam POT
  AGENT ADMINISTRATIF

ANNEXE N° 4

Procédure

❶	**OBJET**	Cette procédure décrit la préparation et le déroulement des consultations de chirurgie.
❷	**DOMAINE D'APPLICATION**	- Consultants de chirurgie
❸	**DOCUMENTS DE REFERENCE ET D'APPLICATIONS**	NPP : Numéro personnel Permanent AT : Arrêt de Travail
❹	**DEFINITION**	
❺	**RESPONSABILITES**	- Secrétaire médicale
❻	**CONTENU**	I – Préparation des consultations de chirurgie II – Déroulement des consultations de chirurgie

Validation par le rédacteu	Revue par le responsable	Approbation par le RAQ
- Mme M.C. BESCOND - Secrétaire consultations 4 et 5 - / / 2002	- J. MOSER - Secrétaire médicale coordinatrice - / / 2002	- J. LOUARN - R.A.Q. - / / 2002
Référence du (ou des) document(s) d'enregistrement – imprimé(s)		Diffusion interne -

Diffusion externe US : secrétariat consultations externes

A.Q.	X	B.I.E.		DIET.		A.D.M.		LAB.		G.S.I.	
D.I.R.		RAD.		H.Y.G.		D.R.H.		PHA.		A.S.	
C.H.F.G.		KIN.		D.I.M.		D.S.E.		ERG.		U.S.	X
D.S.F.		URG.		PSY.		S.T.		BLOC.		GER.	
U.C.P.		STE.		I.G.		S.I.		ANES.		M.P.	

I – PREPARATION DE LA CONSULTATION (par la secrétaire des consultations 4 et 5)

A partir du classeur de rendez-vous :
- Recherche des **dossiers de consultations existants** dans les bacs situés aux urgences
- Recherche des **dossiers radios** concernant les patients vus récemment aux urgences et classés dans un bac aux urgences
- Recherche des **dossiers d'hospitalisation récente** dans le service de chirurgie
- Etablissement de la **liste des consultants** indiquant, les nom, prénom, NPP, K opératoire, date d'accident de travail, qui sera **remise au bureau des entrées pour établissement des liasses de consultation**
- Etablissement d'une **liste pour l'archiviste** pour la recherche des dossiers radios et parfois médicaux

Lorsque tous ces dossiers et liasses sont prêts :
- les **dossiers de consultations** et **radios** sont mis par **ordre alphabétique** (placés sur une petite table derrière le bureau de la secrétaire)
- les **liasses** sont également classées par **ordre alphabétique** (placées sur le bureau de la secrétaire)
- **Saisie des identités** sur SUSIE

II – DEROULEMENT DE LA CONSULTATION

Lorsque le patient arrive, l'infirmière ou la secrétaire lui demande son nom
- **s'il n'est pas connu du service**, il lui est demandé de **passer au bureau des entrées** pour faire une **liasse**
- **si l'infirmière juge** que l'état du patient nécessite une **radio de contrôle**, **la secrétaire établit une demande de radio**, la lui remet ainsi que la liasse de consultation et le dirige vers la radiologie
- **dans le cas contraire**, l'infirmière ou la secrétaire demande au **patient de s'installer dans la salle d'attente**

Le **dossier du patient** est placé **à droite du bureau**, dans l'**ordre d'arrivée**.
Si le **patient** est **descendu à la radio**, son **dossier est mis de côté**

L'infirmière fait rentrer le patient dans la salle de consultation
A la sortie du bureau de consultation, le chirurgien **indique sur la fiche de consultation les prescriptions** à remettre au patient ; les documents peuvent être nombreux :

- Arrêt de travail maladie ou accident du travail
- Prolongation d'arrêt de travail maladie ou AT
- Bons de transport
- Prescriptions médicales : traitement médical, séances de kinésithérapie, scanners, IRM
- Etablissement de certificats médicaux : certificats de constatation de blessures, certificats de prolongation d'incapacité, dispense de sport, dispense d'école, présence parents
- Carton de rendez-vous pour la prochaine consultation

Le chirurgien peut également demander de prendre un **rendez-vous** dans une autre structure pour divers examens ou consultations spécialisées au CHU, à l'HIA, etc…(IRM, scanners)

Il arrive également que le chirurgien dicte un **courrier**, à remettre immédiatement au patient, à l'issue de la consultation (prise en sténo).

Lorsque les malades reviennent de la radio, leurs dossiers sont placés en priorité sur le bureau.

A la **fin de la consultation**, les **dossiers radios** sont laissés **dans le secrétariat** et seront **reclassés par l'archiviste**, les **dossiers de consultation sont redescendus aux urgences** et seront rangés par la secrétaire des urgences, dans le secrétariat des urgences.
Les dossiers de consultation faisant suite à une hospitalisation porteront la mention « DM » (Dossier Médical) afin d'être intégrés dans le dossier médical commun.