

# Délégation des tâches médico-administratives: perspectives croisées entre médecins assistants et secrétaires

Dr JULIEN CASTIONI<sup>a,b</sup>, ANGÉLIQUE HAGENBUCH<sup>a</sup>, JOHANN TÂCHE<sup>c</sup>, MILVA CAPPAL<sup>a</sup>, MILICA JOVANOVIĆ<sup>a</sup> et Dr CLAUDIO SARTORI<sup>a</sup>

Rev Med Suisse 2017; 13: 2048-51

L'activité hospitalière des médecins en formation se compose principalement de contacts directs avec les patients, de tâches indirectement liées au patient, essentiellement administratives, et de formations pratique et théorique. A l'heure de la numérisation, une importante activité administrative sans valeur médicale ajoutée remplit encore leur quotidien. Parallèlement, l'activité des secrétaires médicales se cloisonne, avec des bureaux éloignés des médecins et des tâches se limitant souvent à la finalisation de lettres de sortie. Ajoutés au cumul d'heures supplémentaires, ces éléments diminuent la satisfaction des médecins et des secrétaires dans leur travail. Cet article décrit le contexte et la mise en œuvre d'une délégation de tâches médico-administratives à des secrétaires de médecins dans notre service de médecine interne hospitalière.

## Delegation of medico-administrative tasks: what do medical interns and secretaries think?

*The hospital activity of physicians in training mainly consists in direct contacts with patients, tasks indirectly linked to patients such as administration, as well as clinical and theoretical training. In our era of digitalization, an important administrative work load without any added medical value fills their daily chores. In parallel activities of medical secretaries are getting more partitioned, with their desks situated far from physicians' and tasks often limited to finalizing discharge letters. Added to multiple overtime, this reduces physicians' and secretaries' work satisfaction. This article describes the context and development of delegating medico-administrative tasks to secretaries in our department of internal medicine.*

## INTRODUCTION

La plupart d'entre nous avons choisi le métier de médecin avant tout pour soigner et accompagner les patients dans leur parcours de vie, au moyen des compétences médicales acquises pendant notre cursus pré et postgradué.<sup>1</sup> Notre métier se compose également d'une charge administrative conséquente. Cette dernière est souvent perçue comme un mal nécessaire à la bonne prise en charge de nos patients.

Elle est d'autant plus présente que l'augmentation du flux de l'information médicale et de la multimorbidité rend de plus en plus compliqués la saisie de données, leur traitement et leur interprétation. En 2011, l'informatisation du dossier patient a été un changement majeur dans notre institution, tant pour notre pratique médicale que pour celle des soins et des secrétaires médicales. Toutefois, cette numérisation n'a que partiellement soulagé l'importante activité administrative en lien avec la prise en charge des patients.<sup>2</sup> La pression est grande pour que ces systèmes informatiques évoluent et facilitent encore plus notre travail.<sup>3</sup> Parallèlement, l'activité des secrétaires médicales se cloisonne, avec des bureaux éloignés des médecins et des tâches se limitant souvent à la finalisation de lettres de sortie. Cela amène les médecins à assumer des tâches sans valeur médicale ajoutée, de façon autonome, et contribue à allonger leurs journées de travail. Au final, l'insatisfaction au travail et le risque de burnout sont augmentés, tant chez les médecins que chez les secrétaires.<sup>4</sup>

La quantité d'activité administrative effectuée par les médecins assistants (MA) a été mesurée en 2015 dans notre service, en temps réel.<sup>5,6</sup> Cette étude observationnelle démontre: 1) un temps administratif facilement identifié (prise de rendez-vous, demande d'examen, ajout de laboratoire) de 32 minutes par jour (5%) et une partie plus difficilement identifiée (recherche d'informations, tâches administratives non liées au patient, etc.) de 46 minutes par jour (7%); 2) un changement d'activité *task-switching* intervenant toutes les 4 minutes et agissant comme frein à l'efficacité d'accomplir une tâche<sup>7</sup> et 3) une heure et 35 minutes de travail supplémentaire sur une journée contractuelle de 10 heures.

Stimulé par les résultats de cette étude, notre service a décidé de redéfinir et optimiser l'activité médicale et administrative. La collaboration et la communication entre ces deux corps de métiers a été favorisée en créant des postes de secrétaire de médecin au sein même des bureaux des médecins.

## TÂCHES

Avec l'aide de la direction des ressources humaines, nous avons demandé aux MA et aux secrétaires de classer les tâches effectuées selon leur valeur médicale ajoutée (à ne pas déléguer) ou non ajoutée (à déléguer) (**tableau 1**). Ce processus a permis de mettre en évidence également des tâches devenues obsolètes et/ou inutiles (à supprimer), car simplifiées par exemple par un nouveau processus.

<sup>a</sup>Service de médecine interne, Département de médecine, CHUV, 1011 Lausanne,

<sup>b</sup>Unité développement et carrière, Direction des ressources humaines, CHUV, 1011 Lausanne, <sup>c</sup>Unité organisation et amélioration continue, Direction des ressources humaines, CHUV, 1011 Lausanne

julien.castioni@chuv.ch | angelique.hagenbuch@chuv.ch

johann.tache@chuv.ch | milva.cappai@chuv.ch | milica.jovanovic@chuv.ch

claudio.sartori@chuv.ch

TABLEAU 1	Tâches identifiées et triées selon leur valeur médicale ajoutée et leur obsolescence
<b>Tâches à valeur médicale ajoutée (à ne pas déléguer)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prise en charge clinique et gestion des urgences</li> <li>• Interpréter les examens et définir le projet thérapeutique et de sortie</li> <li>• Communication avec le patient et/ou son référent (conjoint, enfant...)</li> <li>• Lecture/organisation du dossier patient informatisé et recherche littérature</li> <li>• Discussion des situations médicales avec nos superviseurs</li> <li>• Discussions pluridisciplinaires et interprofessionnelles</li> <li>• Contact avec médecins traitants et rédaction des lettres de sortie</li> <li>• Se former (colloques) et former (étudiants)</li> </ul>	
<b>Tâches à valeur médicale non ajoutée (à déléguer)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recevoir les téléphones pendant la visite médicale</li> <li>• Vérifier les nom et lieu de pratique du médecin traitant</li> <li>• Mettre en lien téléphonique le médecin traitant</li> <li>• Recueillir les documents médicaux auprès des cabinets médicaux</li> <li>• Recueillir les listes de médicaments auprès des pharmacies</li> <li>• Rechercher des rapports d'examens</li> <li>• Organiser des examens pendant l'hospitalisation (radiographie, endoscopie...)</li> <li>• Organiser des rendez-vous ambulatoires après l'hospitalisation</li> <li>• Documenter les projets décidés (thérapeutiques et de sortie d'hôpital)</li> <li>• Générer et finaliser les lettres de sortie</li> <li>• Générer les ordonnances (médicales, physio, centre médico-social) et les certificats (d'hospitalisation, etc.)</li> <li>• Transmettre des documents, fax, examens radiologiques (CD)</li> </ul>	
<b>Tâches obsolètes (remplacées par le dossier patient informatisé)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Téléphoner pour ajouts/résultats provisoires/heures et annulations d'examens</li> <li>• Obtenir des rapports et lettres de transferts d'autres services</li> <li>• Classer les documents patients (dossier papier)</li> <li>• Copier le dossier papier lors des transferts externes</li> <li>• Répertoire des examens automatiquement dans la lettre de sortie</li> </ul>	

Notre réflexion n'a pas abordé la question des tâches déléguées à d'autres corps de métiers ((assistantes de médecin (physician assistant), infirmières cliniciennes (clinical nurse) ou d'infirmières praticiennes (nurse practitioner)). Cette délégation-ci, bien établie dans d'autres pays, suscite de l'intérêt également en Suisse.<sup>8,9</sup>

## MODÈLE D'ORGANISATION DE SECRÉTAIRE DE MÉDECIN

Ce modèle a pour but d'assurer une utilisation optimale des ressources humaines en respectant au mieux le champ des compétences correspondant à chacun des métiers. Ainsi, il vise une amélioration de l'efficacité, une diminution des tâches administratives par les médecins, une diversification des tâches des secrétaires et une augmentation de la satisfaction des équipes. Deux modèles d'organisation (A et B) ont été testés dans une phase préliminaire (tableau 2). Le modèle A demande aux secrétaires d'assurer la délégation des tâches dans une unité de soins type avec par exemple, 24 lits, 3 MA, 1 CDC (chef de clinique) et 2 étudiants, tout en gardant les activités de suivi et de finalisation des lettres de sortie. Le modèle B demande qu'une secrétaire soit affiliée simultanément à deux unités, soit 48 lits, 6 MA, 3 étudiants, 2 CDC, et qu'elle se consacre uniquement aux activités de délégation, excluant le suivi et la finalisation des lettres de sortie.

Le modèle A est très rapidement plébiscité. Les MA ressentent effectivement une charge administrative moindre et ont

TABLEAU 2	Modèle A et B d'organisation des secrétaires de médecins
-----------	--

Le modèle B ne comporte pas d'activité de gestion des lettres. L'activité de délégation correspond aux tâches déléguées du tableau 1.

Avant les secrétaires de médecin	
Une secrétaire médicale dans un bureau séparé des médecins	
<b>Activité de gestion des lettres</b> 48 patients (deux unités)	
Activité de délégation Pas d'activité	
Avec les secrétaires de médecin	
Modèle A	Modèle B
Une secrétaire de médecin dans un bureau de médecins	Une secrétaire de médecin dans deux bureaux de médecins
<b>Activité de gestion des lettres</b> 24 patients (une unité)	Activité de gestion des lettres Pas d'activité
<b>Activité de délégation</b> 3 médecins-assistants (une unité)	<b>Activité de délégation</b> 6 médecins-assistants (2 unités)

TABLEAU 3	Journée type d'une secrétaire médicale à 100% en unité
-----------	--

\* Colloque interprofessionnel de 30 minutes comprenant la gestion proactive des séjours des patients, la remise de nuit et l'organisation quotidienne de l'unité.

Horaire	Tâche principale effectuée
07h30-08h00	Création de la liste des sorties du jour précédent et des avis de sortie
08h00-08h30	Participation au point de 8h00*
08h30-10h00	Tâches déléguées
10h00-11h30 (visite médicale)	Réception des déviations des téléphones Rédaction des lettres
11h30-11h45	Coordination avec les médecins
12h45-13h30	Organisation des examens
13h30-16h30	Rédaction et finalisation des lettres

l'impression d'être plus présents auprès des patients. De son côté, la secrétaire des médecins trouve très facilitant d'être dans une seule unité à la fois. En s'organisant par exemple comme décrit dans le tableau 3, elle participe ainsi à tous les moments interprofessionnels de partage d'informations, y compris le nouveau point de 8 heures. Ce colloque de 30 minutes rassemble les acteurs principaux d'une unité de soins (MA, CDC, médecin cadre, infirmier responsable d'unité, infirmière de liaison) autour de la gestion proactive des séjours des patients (validation du projet thérapeutique, orientation des patients, anticipation des lettres/fax à créer) de la remise de la nuit et de l'organisation quotidienne de l'unité. La création d'un poste de travail au sein même du bureau des MA a permis une collaboration étroite appréciée de tous.

Le modèle B est jugé par contre moins satisfaisant, car il ne permet qu'une faible collaboration interprofessionnelle, avec l'impossibilité de participer simultanément aux points de 8 heures des deux unités. En plus, l'absence de gestion des

TABLEAU 4

**Identification des contraintes selon les domaines, les besoins et les solutions envisagées à terme**

EPT: équivalent plein temps.

Domaines	Besoins	Solutions envisagées à terme
<b>Logistique de l'espace disponible</b>	Proximité des secrétaires de médecin avec les médecins de l'unité, dans un local commun	Création de nouveaux postes de travail
<b>Culture de la délégation</b>	Formation des médecins à déléguer les tâches  Formation des secrétaires à une plus grande mobilité dans la diversification des tâches	Mise en place d'une formation institutionnelle à la délégation des tâches et leur suivi
<b>Ressources budgétaires</b>	L'effectif administratif est limité. Aucun remplacement pour les absences inférieures à 7 jours	Transformation provisoire de 1,5 EPT de médecin en 2 EPT de secrétaire pendant la durée du projet
<b>Recrutement</b>	Profil recherché: dépasse le métier seul de secrétaire médical(e)  Garder les effectifs plus longtemps	Recruter des secrétaires avec un sens accru de l'interprofessionnalité, proactifs(ves) et avec de l'autonomie  Imaginer des évolutions de poste

lettres de l'unité est moins congruente et présente un risque de perte d'intérêt, même si la délégation des tâches peut être assumée. Ce modèle est donc réservé aux périodes de sous-effectif en personnel administratif.

Les contraintes et leurs solutions potentielles, en termes de recrutement, de formation, de budget et d'espace disponible sont décrites dans le **tableau 4**. Par exemple, au niveau du budget, 1,5 équivalent plein temps (EPT) de médecin ont été transformés en 2 EPT de secrétaires de médecin pour s'adapter au modèle A. Ainsi, dans notre service, ce sont dorénavant 41,5 EPT MA et 12,6 EPT personnel administratif qui sont comptabilisés pour les 200 patients répartis dans 8 unités de soins.

## ÉVALUATION ET DÉFIS

### Selon les médecins

La délégation des tâches nous permet de gagner environ 60 minutes par jour par MA (45' de tâches et 15' de perte de temps liée à l'interruption de tâches). Même si la journée de travail ne semble pas raccourcie, nous apprécions la qualité de cette journée, qui permet de mieux se centrer sur les patients et d'avoir plus de temps à la réflexion de leur problématique. Par ailleurs, la proximité des secrétaires et notamment au point de 8 heures permet d'anticiper et prioriser la création et le suivi des lettres de sortie. La déviation des téléphones auprès des secrétaires de médecin pendant la visite nous permet de ne pas être interrompus et de garder notre attention et celle des soignants sur nos patients. Certaines informations pour la gestion du séjour du patient peuvent être également directement demandées par des tiers à notre secrétaire sans nous déranger.

Les défis seront de nous accompagner dans l'apprentissage de délégation des tâches, car nous avons souvent appris à fonctionner en autonomie. Le risque de sous-employer la délégation est réel et déjà observé, par exemple, dans la difficulté pour certains d'entre nous de dévier leurs téléphones pendant la visite médicale. Une raison en est peut être le manque de confiance dans le binôme, consécutif au changement d'unité chaque trimestre. Un effort tout particulier doit ainsi encadrer les rotations de service.

### Selon les secrétaires des médecins

L'expérience est quasiment unanimement appréciée de notre côté avec une valorisation et une diversification importante de nos activités. En plus de la rédaction et l'envoi des lettres, nous jouons un rôle pour la bonne gestion administrative durant le séjour du patient et de répondant auprès des médecins. Nous suivons l'évolution des patients depuis leur entrée jusqu'à l'archivage du dossier bien après sa sortie, avec dorénavant une vue d'ensemble bien plus utile qu'un fonctionnement segmenté, «à la chaîne», où nous étions toute la journée devant un ordinateur à rédiger des lettres. Le travail conjoint avec les médecins est très gratifiant et leur permet d'être soulagés de certaines tâches comme l'obtention de documents dans les cabinets des médecins installés. Faire bureau commun est primordial, car la communication se fait nettement mieux et rapidement.

Plusieurs défis nous attendent. L'absence d'une collègue pendant une période inférieure à 7 jours prévoit un retour au modèle d'organisation B (sans gestion des lettres). Cela risque de nous rendre moins efficient(e)s et d'augmenter notre insatisfaction. Ceci est d'autant plus vrai qu'un remplacement pour la gestion des lettres n'est pas toujours possible, avec un risque important de retard. D'autre part, les rotations des MA chaque trimestre nécessitent un temps d'adaptation du binôme. Cette période de transition est toutefois un joli challenge, car nous devenons des coaches actifs pour les nouveaux MA, en collaboration étroite avec les CDC.

### Selon la direction des ressources humaines

La mise en place de secrétaires de médecins dans le service de médecine interne est le fruit d'une démarche participative visant à permettre à chaque groupe professionnel de pouvoir se recentrer sur le cœur de son métier. Cette solution traduit ainsi concrètement la vision de l'Unité organisation et amélioration continue, rattachée directement à la Direction des ressources humaines.

Même si ce concept organisationnel tend à se répandre au CHUV, nous refusons de parler de généralisation d'une unité à l'autre. En effet, l'approche collaborative au travers d'un groupe de travail pluridisciplinaire ainsi que l'utilisation d'outil méthodologique tel que le «A3»<sup>10</sup> sont les ingrédients indispensables d'un résultat adapté aux réalités du terrain et des équipes. La chasse aux activités inutiles (héritage des organisations antérieures) puis la réattribution de celles dont la valeur ajoutée incombe au mauvais groupe professionnel sont les objectifs prioritaires proposés au groupe afin que toutes et tous puissent bénéficier d'une amélioration substantielle de leurs conditions de travail.

Le défi majeur se situe dans le recrutement d'un profil de secrétaire alliant de bonnes connaissances médicales avec de précieuses compétences sociales telles que la capacité à s'intégrer et collaborer avec une équipe, une personnalité ouverte et résolument orientée client/patient. Pour autant que les critères énoncés ici soient respectés, ce nouveau métier peut offrir des perspectives stimulantes de reconversion pour certains professionnels de la santé, sans pour autant sous-estimer le métier de secrétaire. A terme, les secrétaires de médecins se positionneront certainement comme gardien(ne) des bonnes pratiques de l'unité et assureront ainsi le passage de témoin au gré des rotations des médecins. Et, qui sait, les plus aptes d'entre eux (elles) seront peut-être appelé(e)s à évoluer pour servir les missions liées au suivi des itinéraires cliniques et à l'amélioration du flux patient dans notre institution!

## CONCLUSION

La pérennisation d'une collaboration étroite médico-administrative par la formation de binôme médecin-secrétaire de médecin est l'enjeu actuel pour la bonne marche du projet. Cette collaboration se base fortement sur une confiance mutuelle, qui doit se gagner à chaque changement dans le binôme. Cette activité de délégation n'est pas innée pour les médecins. Sa réalisation nécessite un accompagnement autant dans les aspects de formation (apprendre à déléguer) que d'évaluation (savoir déléguer). Le recrutement des secré-

taires est particulièrement sensible et doit aborder d'autres dimensions que le seul métier de secrétaire médicale. A terme et après évaluation régulière, cette activité de délégation doit permettre une augmentation de la satisfaction au travail de deux corps de métiers. Son efficacité doit être encore mesurée pour soutenir ce changement de pratique.

**Remerciements:** Nous tenons à remercier les secrétaires de médecins Mmes M. Gningou, F. Mento, A. Babey et B. Niclosse pour leur contribution à ce projet ainsi que la Dr V. Kraege, cheffe de clinique du House Staff impliquée dans l'organisation du service.

**Conflit d'intérêts:** Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

## IMPLICATIONS PRATIQUES

- Une organisation hospitalière avec des secrétaires de médecins est notre nouvelle réalité
- L'expérience est quasiment unanimement appréciée par les médecins et les secrétaires
- Les médecins ont l'impression d'avoir plus de temps à dédier aux soins du patient
- Le défi majeur est le recrutement de secrétaires avec un profil spécifique adéquat
- L'efficacité de ce fonctionnement doit être encore mesurée pour soutenir ce changement de pratique

1 [www.fmh.ch/files/pdf8/allg\\_lz\\_f.pdf](http://www.fmh.ch/files/pdf8/allg_lz_f.pdf) accédé le 19 septembre 2017  
2 Bastardot F, Wasserfallen JB, Regamey PF, Bart PA. Dossier patient informatisé – belle opportunité de repenser l'information médicale et son utilisation. Rev Med Suisse 2017;13:2027-30.  
3 \* Zulman DM, Shah NH, Verghese A. Evolutionary pressures on the electronic health record: caring for complexity.

JAMA 2016;316:923-4.  
4 Meyer B, Rohner B, Golder L, Longchamp C. Hausse continue des tâches administratives. Bull Med Suisse 2016;97:6-8.  
5 \*\* Wenger N, Méan M, Castioni J, et al. Allocation of Internal Medicine Resident Time in a Swiss Hospital: A Time and Motion Study of Day and Evening Shifts. Ann Intern Med 2017;166:579-86.

6 Wenger N, Marques-Vidal P. Allocation du temps en médecine interne. Rev Med Suisse 2017;13:2040-4.  
7 Méan M, Garnier A, Wenger N, et al. Computer usage and task-switching during resident's working day: disruptive or not? PLoS One 2017;24;12:e0172878.  
8 <https://weiterbildung.zhaw.ch/de/gesundheitsprogramm/cas-klinische-fachspezialistin-klinischer-fachspezialist>.

html accédé le 19 septembre 2017.  
9 [www.wbchirurgie.ch/paschweiz/](http://www.wbchirurgie.ch/paschweiz/) accédé le 19 septembre 2017  
10 Jimmerson C. A3 Problem Solving for Healthcare: A Practical Method for Eliminating Waste. New-York: Productivity Press, 2007.

\* à lire  
\*\* à lire absolument