

# Des secrétaires et des documents.

## Une enquête sur le rôle des assistantes médico-administratives dans le fonctionnement des infrastructures de l'information hospitalière

Ce document est une synthèse produite à partir de la thèse de doctorat de Fanny Maurel, dans le cadre d'une enquête menée au CHU de Montpellier.



*Les  
Bienvenues...*

| Dossiers en cours   | Mes Rendez-Vous   | Recherche de dossiers Patients   | Suivi de correspondance |
|---|---|--|-------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>A Compléter - AMA</li> <li>A Compléter - MED</li> <li>A Dicter - MED</li> <li>A Envoyer - AMA</li> <li>A Signer - SENIOR</li> <li>A Transcrire - AMA</li> <li>Envoyé-Verrouillé</li> </ul> | <p> <input checked="" type="radio"/> Date de valeur    <input type="radio"/> Echéance<br/>           Du <input type="text" value="09/12/2024"/> au <input type="text" value="06/06/2025"/><br/>           ou sur le(s) <input type="text" value="180"/> dernier(s) jour(s)<br/> <input type="checkbox"/> Courriers avec échéance<br/> <input type="checkbox"/> Echeq. lors de l'envoi par message sécurisée.         </p> | <p>           GERONTOLOGIE BAL<br/> <input type="checkbox"/> Tous les services<br/> <input type="checkbox"/> Mes docs<br/> <input type="checkbox"/> Dictée urgente<br/> <input type="checkbox"/> Rattachés au patient<br/> <input type="checkbox"/> Courriers supprimés<br/> <input checked="" type="checkbox"/> Ignorer les courriers de         </p> |                         |
| <p>Stat: <input type="text" value="U"/> <input type="text" value="U"/></p>  |   |  |                         |

# Sommaire

**Etudier le travail médico-administratif et les infrastructures de l'information à l'hôpital (p. 3)**

**Une enquête dans les secrétariats du CHU de Montpellier (p. 8)**

**Le travail médico-administratif des secrétaires médicales (p. 9)**

**Les secrétariats à la lisière de l'hôpital (p. 14)**

**Qu'est-ce que le travail médico-administratif ?**

Faire propre (p. 22) – Copier (p. 28) – Articuler (p. 34) – Programmer (p. 40) – Collaborer (p. 46) – Enquêter et garder le secret (p. 56) – Être interrompue (p. 60) – Prendre soin (p. 66)

**Conclusion : vers un travail automatisé ? (p. 72)**

**Ressources (p. 74)**

# Étudier le travail médico-administratif et les infrastructures de l'information à l'hôpital

Dans un hôpital, il suffit de quelques minutes pour constater que les secrétariats sont des lieux de passage permanent. Les professionnel·les de santé entrent et sortent, déposent une information, récupèrent un document, posent une question. Les patient·es s'y arrêtent, parfois brièvement, parfois longuement. Le téléphone sonne sans interruption. Sur les écrans, les logiciels sont ouverts en permanence. Sur les bureaux, les piles de dossiers montent et descendent au fil de la journée.

Et pourtant, malgré la centralité spatiale apparente du secrétariat dans le fonctionnement des services hospitaliers, le travail qui s'y déroule reste difficile à saisir pour celles et ceux qui n'y passent que rapidement.

Lorsque l'on interroge les secrétaires médicales sur leur activité, une réponse revient souvent : « On ne s'ennuie pas ici ». Derrière cette formule, il y a bien sûr l'intensité du travail que l'on observe facilement dans certains services, mais aussi une forme de retenue. Comme si entrer dans le détail de ce qui est fait au quotidien n'allait pas de soi – ou n'était pas jugé nécessaire. Cette difficulté à dire le travail se retrouve aussi chez leurs collègues. Médecins et infirmier·ères dépendent étroitement du secrétariat, mais connaissent souvent mal ses contraintes concrètes, les outils utilisés, ou la complexité des opérations réalisées.

C'est donc à partir de l'absence de discours et de récits sur le travail des secrétaires médicales que s'est construite cette enquête : absent des rapports et études des observatoires et des agences nationales. Absent des discours sur la « dématérialisation » des hôpitaux. Absent des reportages sur la « crise de l'hôpital ». Absent des plaquettes commerciales pour de nouveaux logiciels et outils d'intelligence artificielle. Absent des projets internes des établissements de santé. Absent de la littérature scientifique – ou du moins anecdotique en comparaison des travaux menés sur d'autres métiers dans le secteur de la santé. Une absence, enfin, dans les statistiques, où les secrétaires médicales apparaissent difficilement, noyées dans des classifications trop larges.

À l'hôpital, les secrétaires médicales relèvent du corps des assistantes médico-administratives (AMA), mais toutes ne sont pas titulaires de ce grade. Certaines exercent ces fonctions sans en avoir le statut. À l'échelle nationale, les données existent, mais elles restent fragmentaires. On peut dire que les secrétaires médicales sont majoritairement des femmes, souvent expérimentées, mais il est difficile de dire précisément combien elles sont. Parmi les employé·es, qui sont au nombre de 7,3 millions en 2019 en France, les employé·es administratif·ves en représentent 19 %. La même année, les  $\frac{3}{4}$  d'entre elles et eux sont des femmes (une proportion stable depuis 1982<sup>1</sup>). Le métier de secrétaire est particulièrement représentatif de cette féminisation du travail : 97 % des secrétaires en poste en 2019 sont des femmes<sup>2</sup>. Les chiffres issus de la cartographie des métiers de l'Anfh indiquent qu'en 2023, 4 % des 868 541 agent·es de la fonction publique hospitalière occupent un poste de secrétaire médicale<sup>3</sup>. Elles représentent 33,6 % des personnels administratifs de management et de direction (catégorie que représente elle-même 12 % du total des agents de la FPH). Les personnels administratifs de management et de direction sont à 89 % des femmes. Ils et elles ont en moyenne 47 ans. 38 %

<sup>1</sup>Insee (5 mai 2020). Les employés : des professions largement féminisées (Insee Focus, n° 190).

<sup>2</sup>Idem.

<sup>3</sup>Enquête réalisée sur 8/10 des effectifs totaux de la FPH.

du personnel administratif, de management et de direction sont classés en catégorie B (dont fait partie le grade d'assistante médico-administrative).

Cette difficulté à dénombrer n'est pas un simple problème statistique. Elle dit quelque chose de plus profond : une faible stabilisation de l'identité professionnelle, et plus largement une difficulté à qualifier une véritable « activité secrétariale », au-delà des secteurs sanitaire et médico-social. Cette invisibilité a des effets très concrets. Elle rend difficile la compréhension des transformations en cours, notamment celles liées à la numérisation des pratiques médico-administratives à l'hôpital. Elle contribue aussi à maintenir une vision réductrice du travail médico-administratif, souvent associé à des tâches simples, répétitives et, de ce fait, automatisables.

Depuis plusieurs décennies, un ensemble d'acteurs publics et privés – administrations, agences publiques, établissements de santé, industriels du numérique, cabinets de conseil – promeuvent une transformation de l'hôpital fondée sur la simplification de la circulation de l'information, et s'incarnant dans les promesses de dématérialisation ou d'interopérabilité des systèmes d'information. Ces promesses sont à l'origine de programmes successifs qui remettent continuellement en question la place des secrétaires médicales, comme le programme Hôpital Numérique (2012) qui a permis de généraliser l'usage du Dossier Patient Informatisé, succédé par HOP'EN (2019) et HOP'EN 2 (2023) qui encouragent aujourd'hui l'adoption d'outils d'IA générative.

Ce type d'outils fait peser sur le métier de secrétaire médicale les mêmes tensions que pour l'ensemble des métiers du secrétariat, notamment en matière de réduction des effectifs : on dénombrait 841 000 emplois de secrétaires en 1992 contre 516 000 en 2019. Cette diminution est souvent justifiée par l'informatisation des systèmes d'information des entreprises et des administrations, comme s'accordent à le dire, à 40 ans d'écart, le rapport Nora-Minc (1979), qui annonçait « un nouveau type de secrétariat dont les tâches seront davantage de surveillance que d'exécution », et le rapport sur l'évolution des métiers de la DARES, qui prédit un repli de 55 000 postes de secrétaires d'ici à 2030.

Mais ces discours reposent sur une représentation très particulière de l'information : une information pensée comme fluide, stable, directement exploitable. Dans cette perspective, le travail nécessaire pour produire, vérifier, corriger et faire circuler cette information tend à disparaître des imaginaires.

Pourtant, ce travail est très concret et, contrairement à l'idée largement répandue d'une information devenue immatérielle, il repose sur une variété d'objets et de supports : fichiers informatiques, certes, mais aussi feuilles imprimées, post-it, classeurs, annotations manuscrites. Le papier n'a pas disparu ; il coexiste avec le numérique, et reste souvent un support central pour l'organisation du travail.

L'enquête montre ainsi que ce travail ne disparaît pas : il se transforme, se déplace, et parfois s'intensifie. La numérisation ne supprime pas ce que l'on nomme communément « la paperasse », elle en reconfigure la répartition et les formes. Elle peut fragmenter certaines activités, en déplacer d'autres vers de nouveaux acteurs, ou encore en invisibiliser certaines dimensions.

L'enquête dont cette synthèse rend compte a ainsi pour objectif de montrer en quoi consiste l'activité secrétariale à l'hôpital, en particulier son rôle dans la circulation de l'information. Cette circulation n'a rien d'évident. Elle repose sur une multitude d'opérations, qui seront décrites dans les pages suivantes : rendre l'information lisible et mobilisable, reproduire cette information sous

différentes formes, articuler les supports imprimés et numériques, programmer l'activité de soin, collaborer à la production d'une variété de documents, protéger le secret médical, accueillir et les patient·es et prendre soin de leurs dossiers médicaux. Ces opérations sont rarement visibles en tant que telles, car elles sont fragmentées, imbriquées les unes dans les autres.

Le travail de description présenté dans ce document s'appuie sur un certain nombre d'images, des schémas et des dessins, qui s'inscrivent dans un ensemble de représentations des secrétaires (médicales) et de leur travail qu'il est important de considérer pour comprendre les évolutions de ce métier. Si « l'activité secrétariale », c'est-à-dire ce qui crée du sens dans un ensemble de tâches (en l'occurrence la reconnaissance d'une expertise en matière de gestion de l'information), est peu décrite, les secrétaires font l'objet de nombreuses représentations populaires dans les films et les séries, les photographies institutionnelles, les banques d'images de stock, la publicité, les contenus pédagogiques, etc. Ces représentations mettent en scène un certain nombre de clichés, mais plus rarement le contenu du travail, ce qui contribue au manque de reconnaissance d'un métier que l'on pense connaître, mais seulement de façon superficielle. Ainsi, le travail des secrétaires médicales est à la fois visible et invisible : visible dans ses formes les plus stéréotypées, invisible dans sa réalité quotidienne.

Étudier le travail médico-administratif réalisé par les secrétaires médicales revient alors à explorer ces tensions. Entre ce qui est montré et ce qui est fait. Entre ce qui est mesuré et ce qui échappe aux indicateurs. Entre ce qui est promis par les technologies et ce qui se joue réellement dans les situations de travail.





The Secretary's Day (1947)

# Une enquête dans les secrétariats du CHU de Montpellier

Ce travail de recherche s'est appuyé sur une enquête de terrain menée au CHU de Montpellier entre septembre 2023 et juin 2024, dans douze secrétariats médicaux de spécialités médicales différentes (Gérontologie, Urologie, Imagerie Médicale, IURC, UMCA, Dermatologie, Psychiatrie, UMIPPP, Vigilans, Urgences, Toxicologie, Médecine légale). Un total de 31 jours d'observation de l'activité ont été accompagnés d'entretiens informels avec 36 personnes occupant un poste d'assistante médico-administrative (AMA) et 5 encadrantes et de l'étude d'un corpus de documents collectés sur place afin d'analyser l'environnement matériel des secrétariats.

La production de représentations graphiques de cette enquête, notamment à travers le dessin, est une composante importante de ce travail, permettant ainsi de rendre visible de manière très concrète des situations et environnements de travail. Les différentes parties de cette synthèse alternent des textes de présentations des résultats de l'enquête et des « vignettes » illustrées décrivant des situations de travail observées.

# Lexique : AMA, secrétaires médicales et travail médico-administratif

J'emploie dans ce manuscrit les termes de « secrétaire médicale » ou d' « assistante médico-administrative » uniquement au féminin car ce métier est essentiellement occupé par des femmes. Cela est vrai dans les statistiques mais aussi à l'échelle de mon enquête, durant laquelle je n'ai pu rencontrer aucun homme exerçant ce métier, bien que l'on m'ait précisé qu'il y en avait quelques uns.

Ensuite, j'emploie les termes de « secrétaire médicale » et de « secrétaire » pour trois raisons : pour alléger la lecture, mais aussi parce que le terme d'assistante médico-administrative n'est pas beaucoup utilisé dans les contextes professionnels que j'ai pu observer à l'hôpital. Les secrétaires se désignent parfois entre elles (ou avec leurs supérieures hiérarchiques) comme des « AMA » mais lorsqu'elles échangent avec des patient·es ou des collègues, c'est le terme de « secrétaire » qui revient le plus souvent. Enfin, ce choix émane aussi d'un certain flou qui existe d'un point de vue administratif entre les postes d'AMA et les personnes qui ont obtenu le grade d'AMA : concrètement, de nombreux postes d'AMA sont occupés par des adjointes administratives qui « font fonction de ». Pour représenter l'ensemble des personnes que j'ai observé occuper de tels postes, j'utilise le terme plus générique (bien qu'il soit moins qualifiant) de secrétaire médicale.

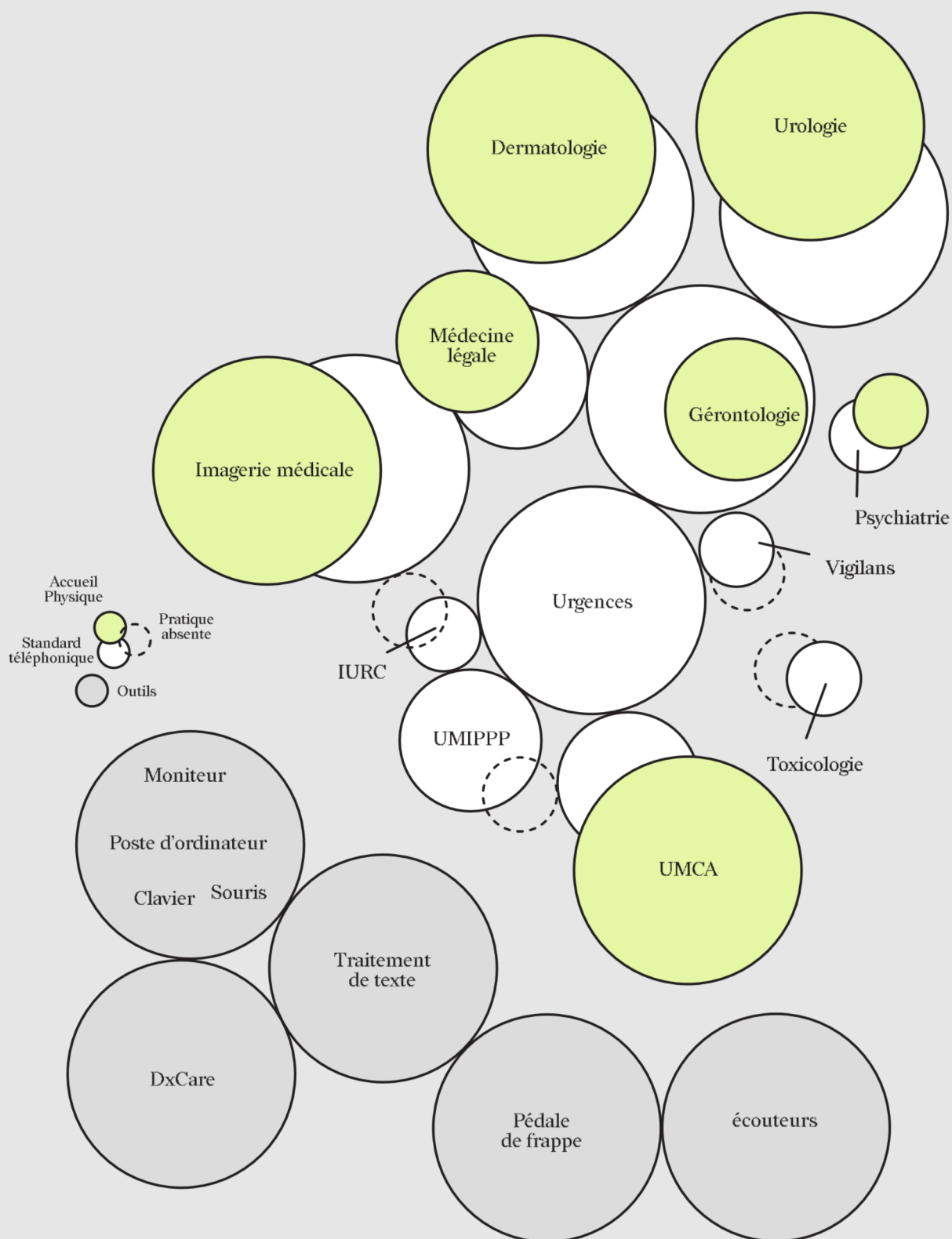
Enfin, le terme « médico-administratif » sera ici employé pour distinguer, au sein d'un hôpital, le travail uniquement administratif qui comprend le traitement d'informations à caractère non-médical (lié à l'identité des patient·es et la facturation) de celui qui demande le traitement de données à caractère médical et la manipulation des dossiers médicaux des patient·es. Cette distinction renvoient à des qualifications différentes : le poste d'adjointe administrative (catégorie C) et celui d'assistante médico-administrative (catégorie B).

## Le travail médico-administratif des secrétaires médicales

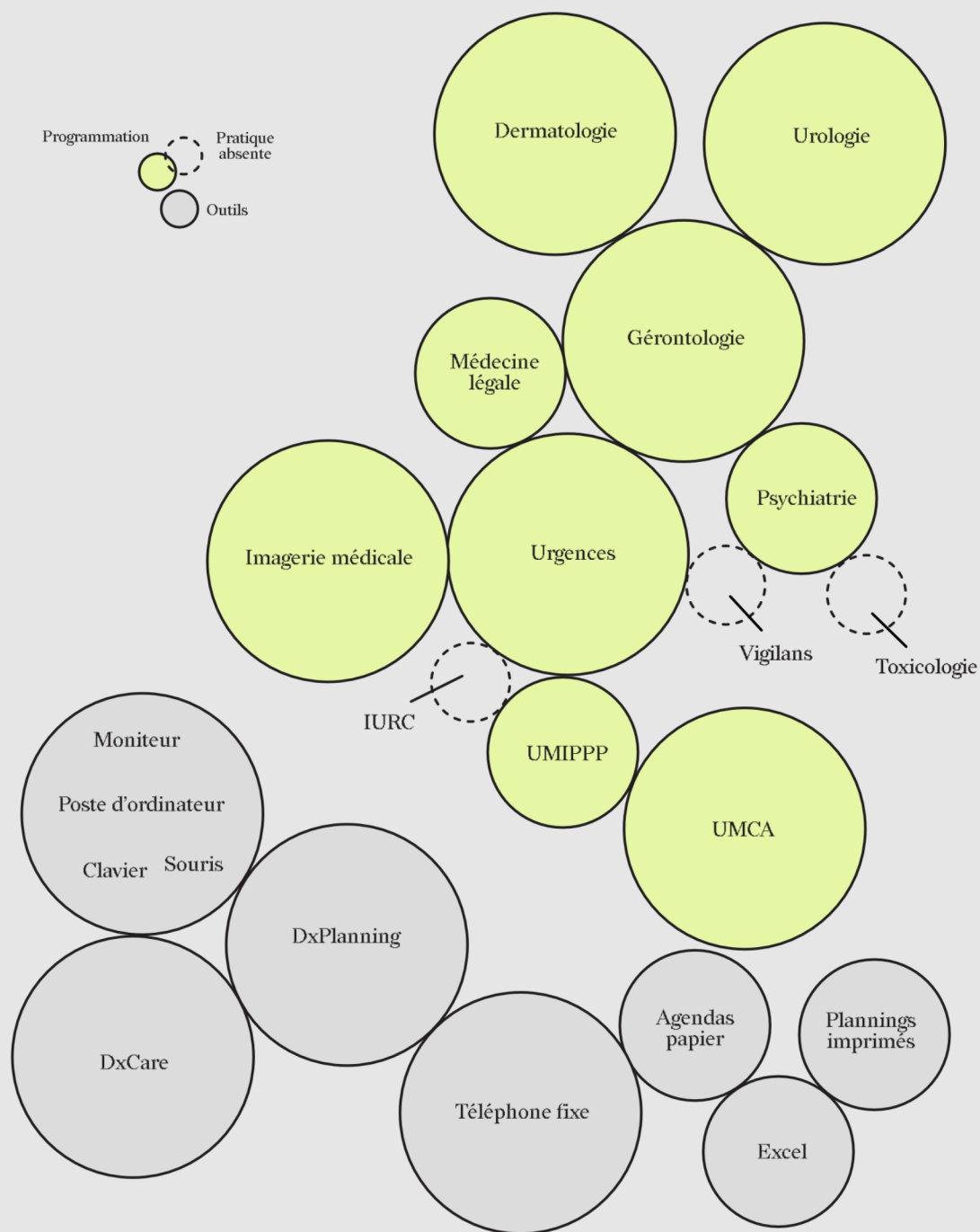
L'enquête a permis dans un premier temps de faire une analyse comparée des activités des différents secrétariats observés. Les schémas suivants mettent en lumière trois activités principalement relevées, mais qui occupent une place très différentes dans chaque secrétariat.

Sur les pages suivantes, la charge consacrée à chaque activité est représentée selon trois tailles de cercle pour chaque service : principale, régulière, marginale.

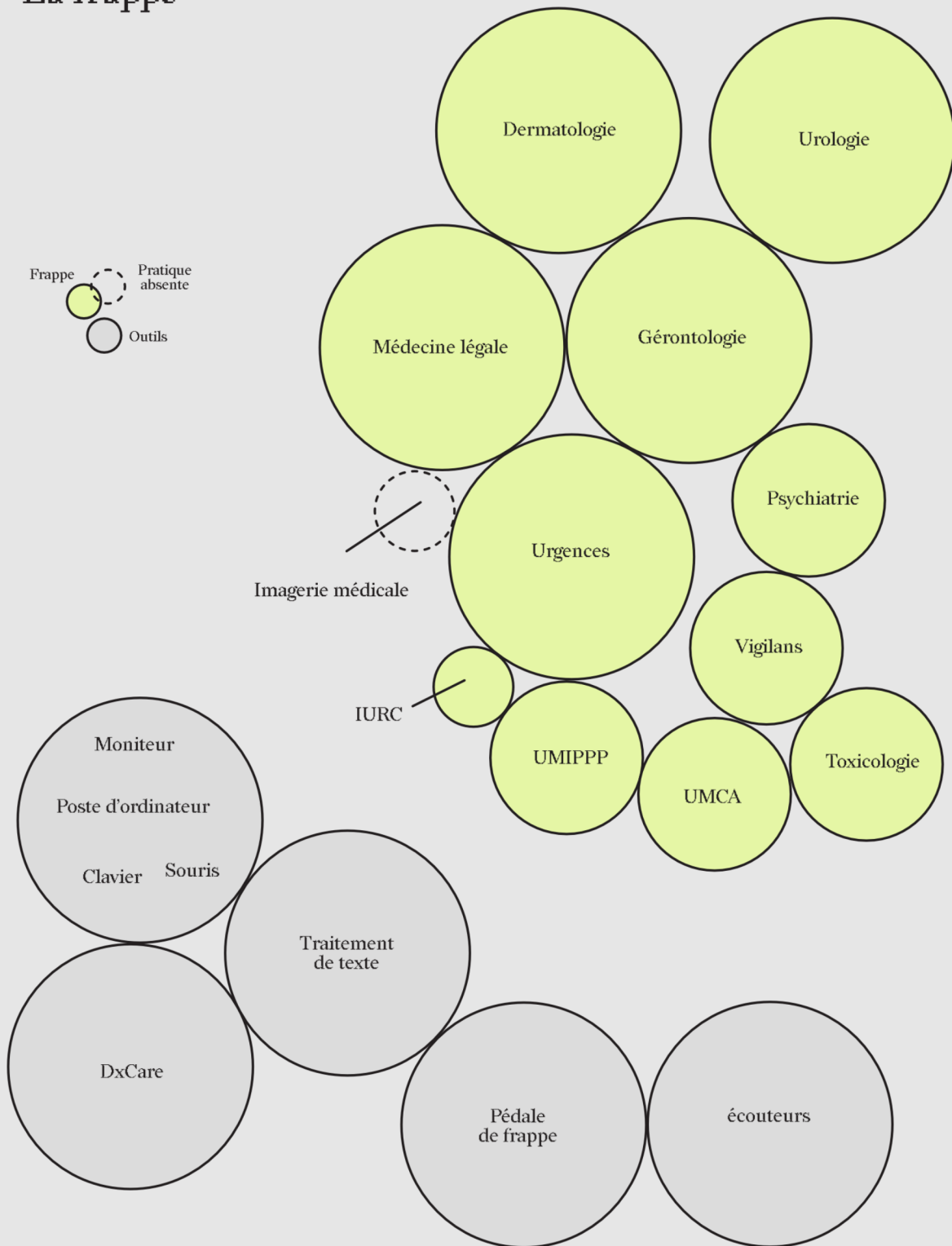
# L'accueil et le standard téléphonique



# La programmation



# La frappe





# Le secrétariat, à la lisière des infrastructures de l'information hospitalière

Une deuxième chose que l'on observe lorsque l'on passe du temps dans un secrétariat médical, ce sont les innombrables fragments de ce que l'on nomme communément à l'hôpital les «dossiers patients» qui s'empilent, s'entremêlent ou se croisent sur les bureaux, dans les bannettes et les tiroirs, ou dans les fenêtres qui s'alignent sur les postes d'ordinateur. Ces fragments prennent la forme de comptes-rendus de consultation en cours de rédaction dans un logiciel de traitement de texte, de formulaires de programmation d'examen imprimés et prêts à être signés, de pièces jointes au format .pdf dans des boîtes mail qui débordent, de cases colorées sur les plannings d'un logiciel de prise de rendez-vous ou encore de documents froissés, déchirés ou raturés et jetés dans une corbeille à papier.

Dans les secrétariats, ces fragments d'information ne cessent de se transformer. Ils sont triés, déplacés, complétés, supprimés. Ils passent d'un support à un autre, du papier à l'écran, de l'écran au téléphone, du téléphone à la mémoire d'un-e collègue. Derrière ces gestes discrets se déploie un travail qui consiste à rendre l'information lisible, utilisable, et surtout partageable.

Pour comprendre pourquoi cet espace est si chargé en informations, il faut élargir le regard au-delà du secrétariat. L'hôpital n'est pas une organisation homogène, mais un enchevêtrement d'infrastructures de natures différentes : médicales, administratives, financières, juridiques. Chacune produit ses propres informations, avec ses propres règles, ses formats, ses temporalités. Depuis plusieurs décennies, les politiques publiques en matières de santé, et en particulier de numérique en santé, cherchent à faire tenir cet ensemble hétérogène à travers un objectif central : l'interopérabilité, dont la dématérialisation serait une condition de réussite. Cette ambition repose sur une idée simple : si tous les systèmes parlent le même langage, l'information pourra circuler de manière fluide entre les acteurs. Mais cette vision tend à réduire la complexité du travail médico-administratif à un problème de compatibilité technique. Car en pratique, ces infrastructures ne s'emboîtent pas parfaitement : elles reposent sur des logiques différentes, parfois contradictoires, et sur des pratiques professionnelles qui ne sont pas nécessairement alignées.

Les infrastructures de l'information continuent aujourd'hui de se multiplier, et c'est précisément à leur point de rencontre – là où leurs logiques se croisent sans toujours s'ajuster – que se situent les secrétariats.

On pourrait dire que le secrétariat est une frontière entre ces différents mondes. Mais cette image est trompeuse. Une frontière sépare; or, ici, tout circule. Il est plus juste de parler de lisière.

Dans le vocabulaire écologique, une lisière est une zone de contact entre deux milieux – par exemple, entre une forêt et une prairie. C'est un espace particulièrement riche, où coexistent des éléments venus de différents environnements. Transposé à l'hôpital, le secrétariat fonctionne de la même manière. C'est un espace dense, peuplé d'objets, de documents et de personnes différents. Les médecins, les secrétaires, les patient-es, les logiciels, les dossiers papier s'y croisent en permanence. L'information n'y circule pas de manière fluide et automatique : elle doit être traduite, adaptée, reformulée selon les situations.

Par exemple, une donnée médicale produite par un·e médecin lors d'une consultation doit être transformée pour devenir un rendez-vous, un courrier, une donnée exploitable pour la facturation.

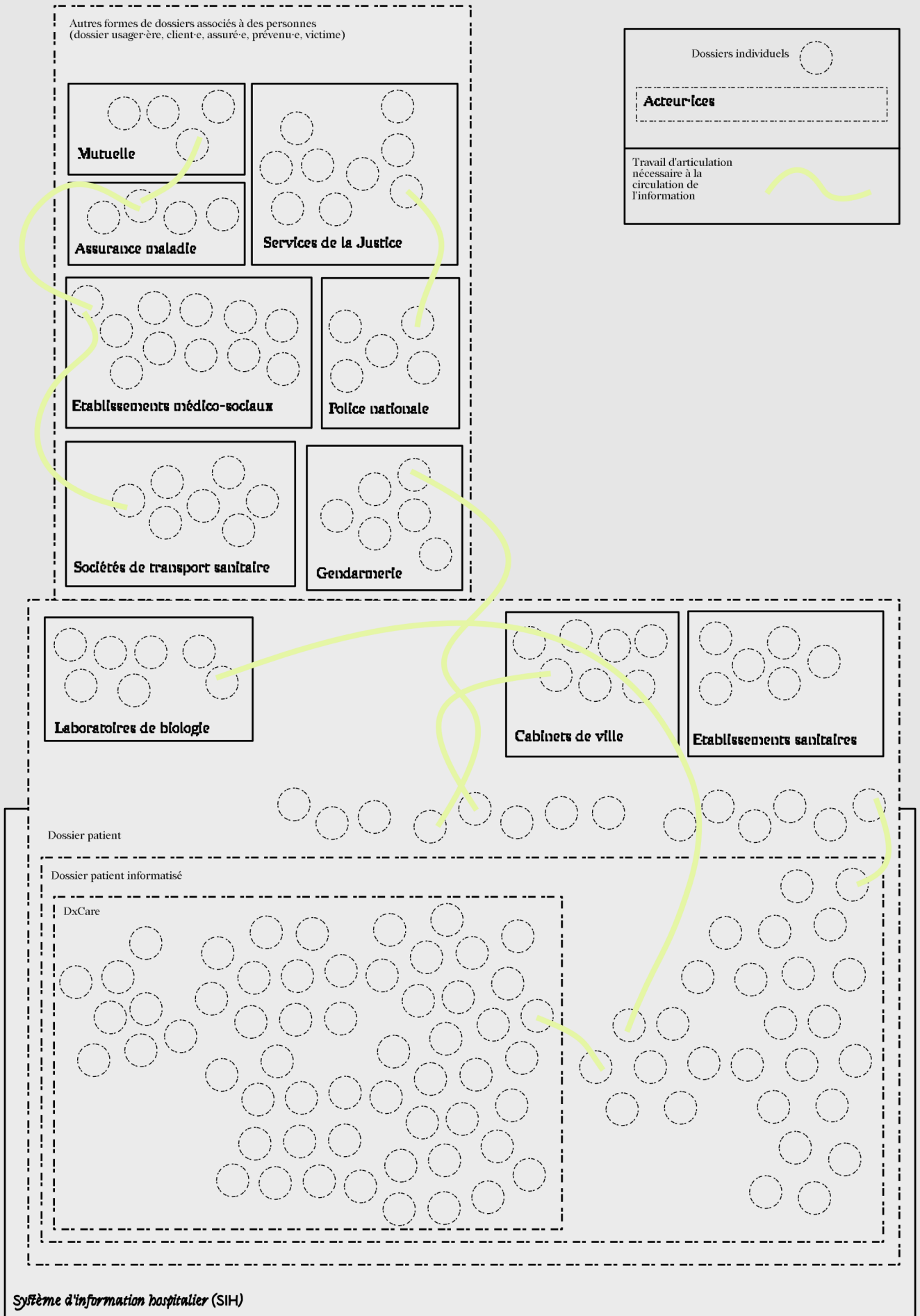
Ce travail de traduction est au cœur de l'activité secrétariale. Il est pourtant rarement visible, car il est fragmenté et souvent considéré comme allant de soi. La notion de lisière permet précisément de le rendre perceptible.

La lisière invite à regarder le secrétariat non pas comme un simple lieu de passage, mais comme un espace actif où se fabriquent les conditions de circulation de l'information. Elle permet aussi de comprendre pourquoi les promesses d'un système parfaitement interopérable ne correspondent pas à la réalité du travail.

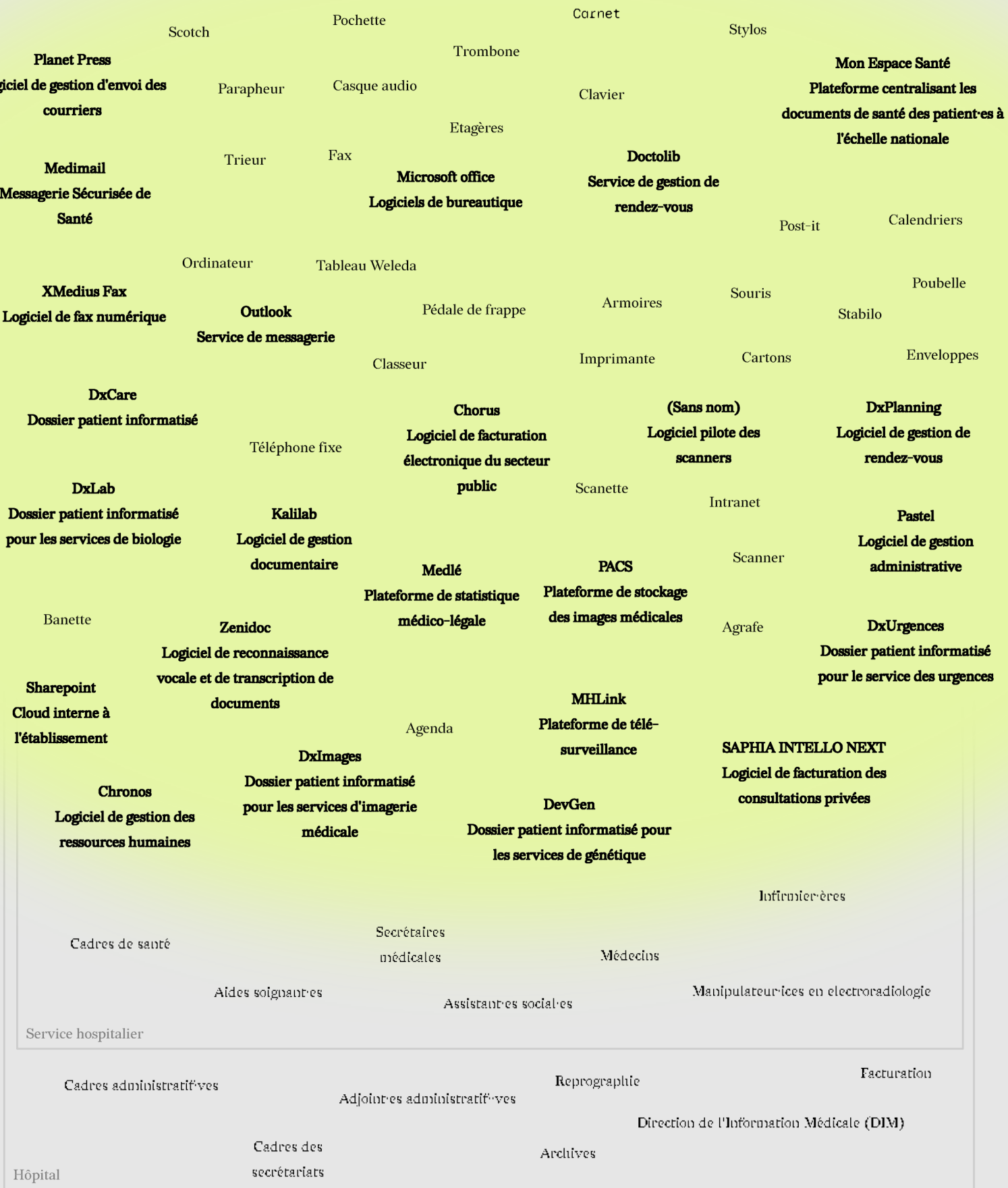
Car à la lisière, les choses ne s'ajustent pas d'elles-mêmes. Elles doivent être ajustées. Les dossiers ne sont pas toujours complets. Les informations ne sont pas toujours au bon format. Les logiciels ne communiquent pas toujours entre eux. Dans cet espace de friction, les secrétaires jouent un rôle central : elles assurent la continuité du travail en comblant les écarts entre les différents systèmes.

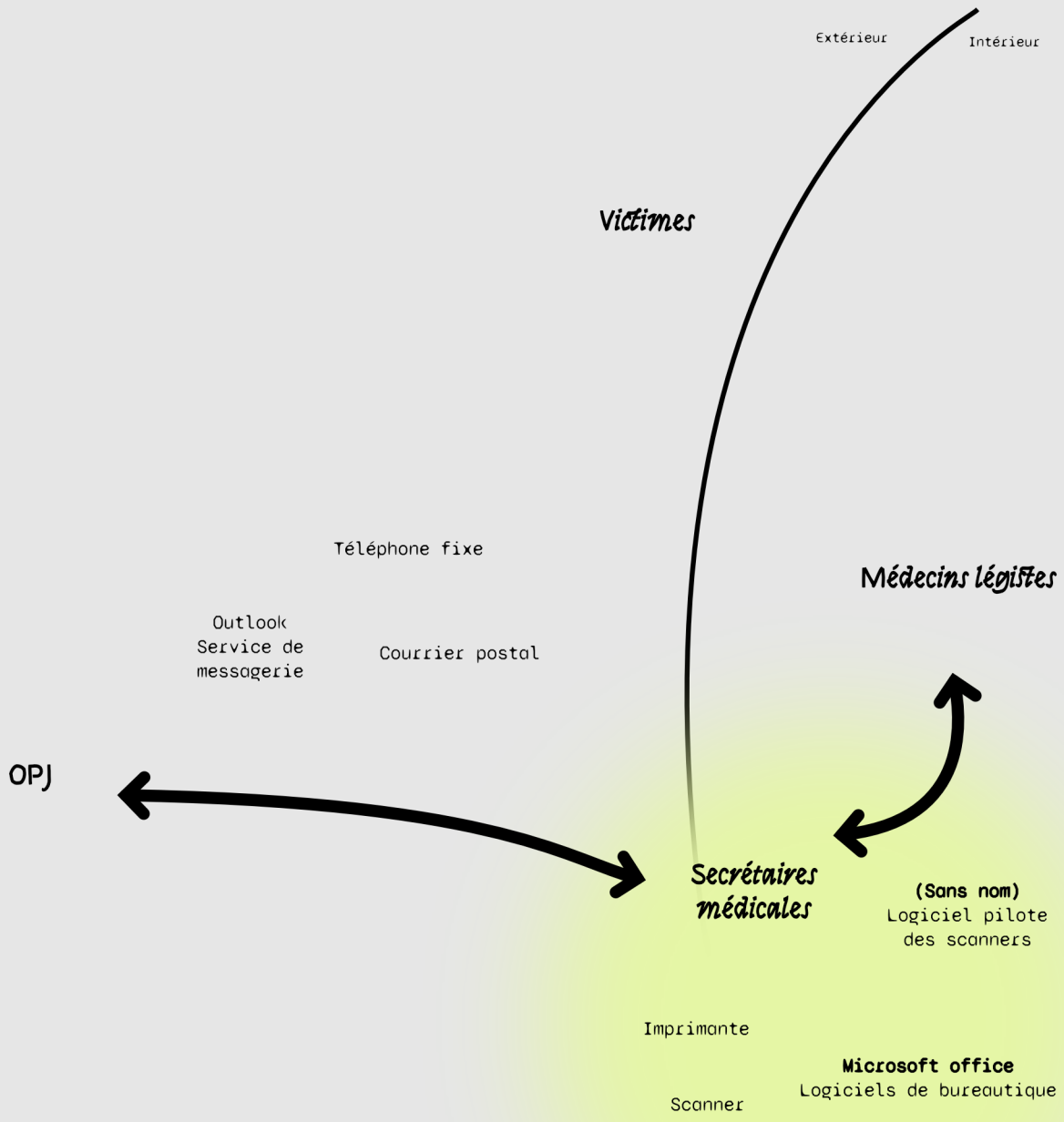
Regarder les secrétariats comme des lisières, c'est donc changer de perspective. Ce n'est plus voir un espace périphérique, mais un point stratégique de l'hôpital. Un lieu où se rencontrent et s'articulent des infrastructures de l'information multiples. C'est aussi reconnaître que ce qui s'y joue est une condition essentielle de l'organisation des soins.


Le dossier patient est une infrastructure à part entière qui se déploie sous différentes formes. Pour fonctionner, ces différentes formes font l'objet d'un travail d'articulation mené notamment par les secrétaires médicales.

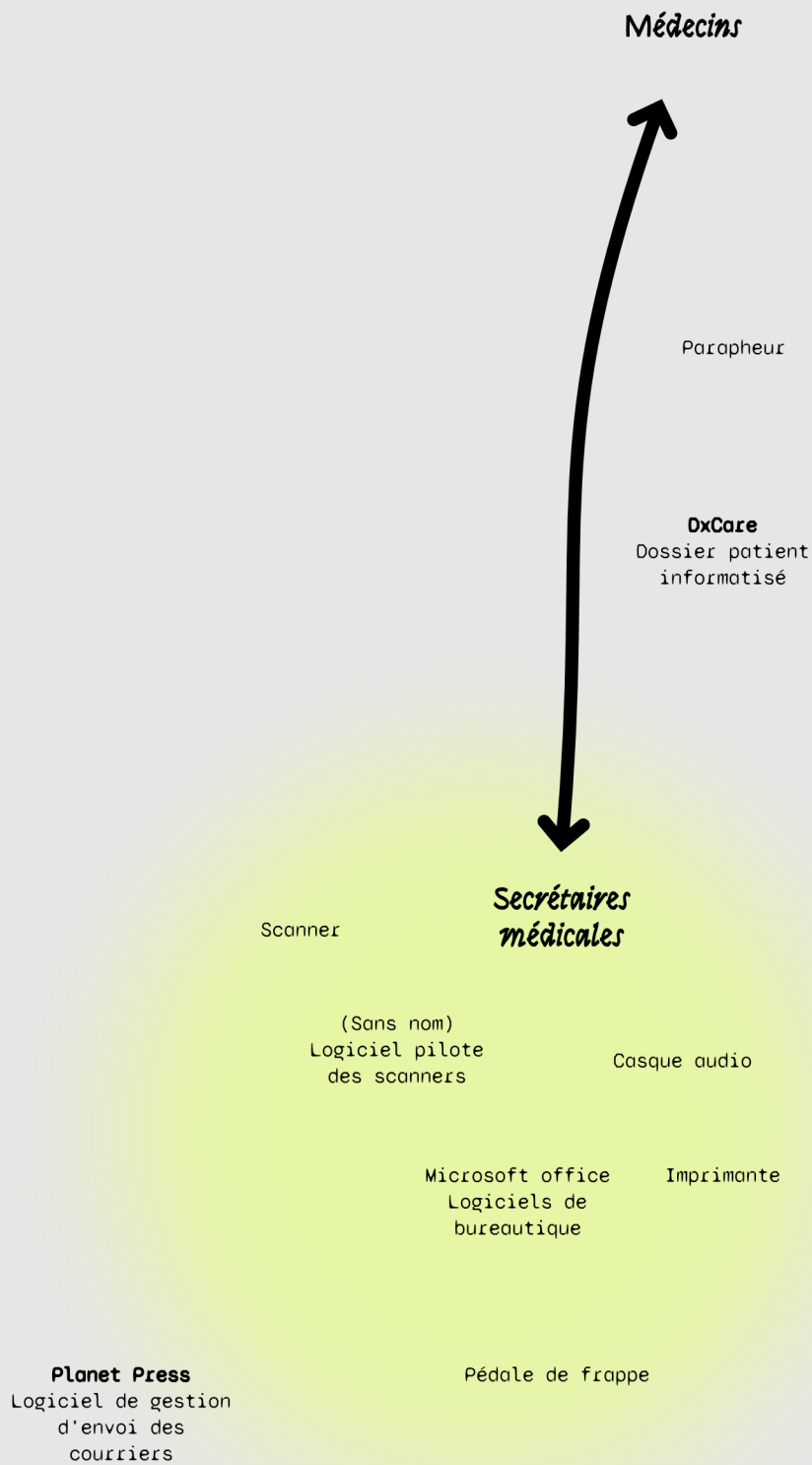


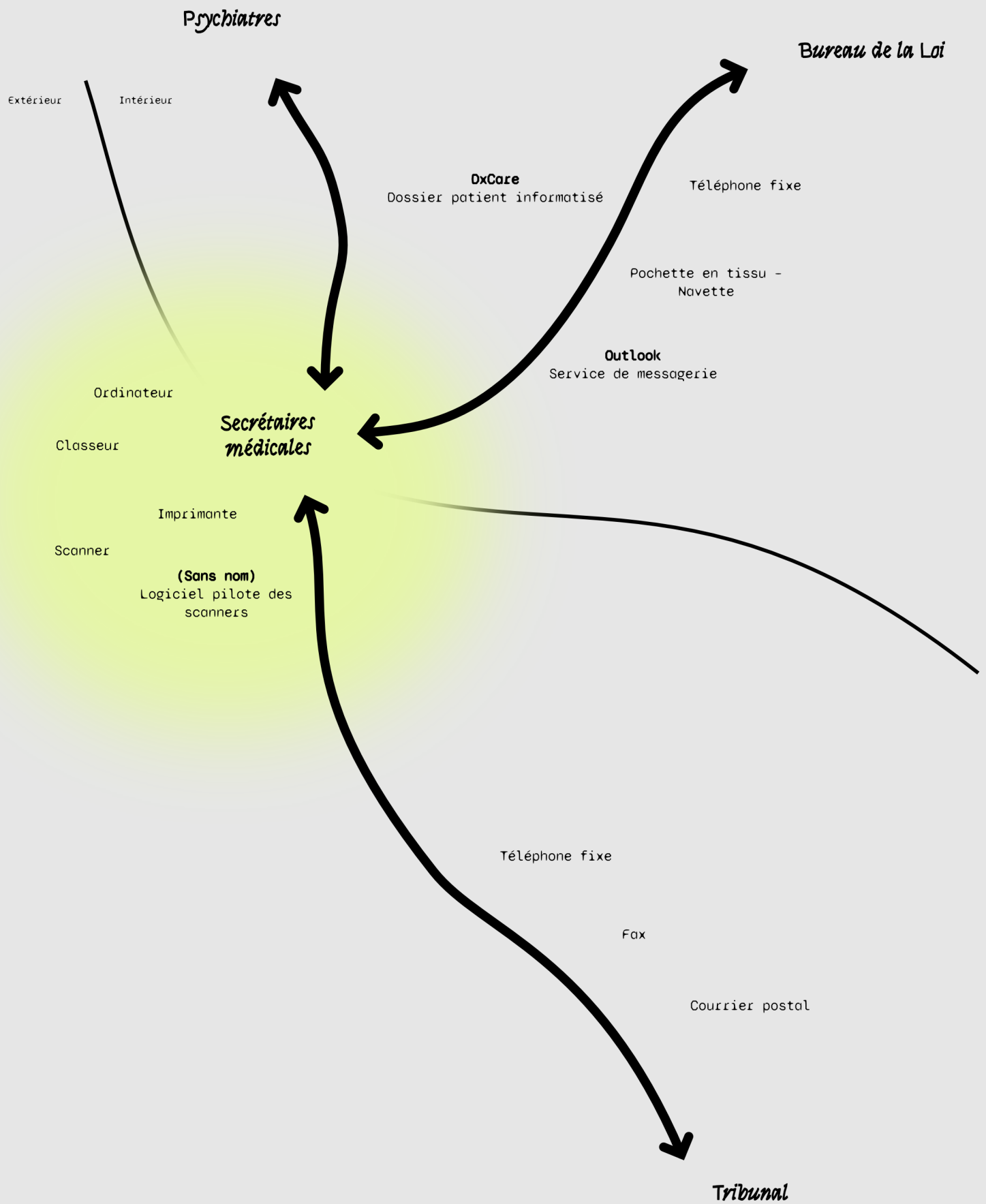
La lisière de l'hôpital est peuplée de personnes et d'objets très divers.

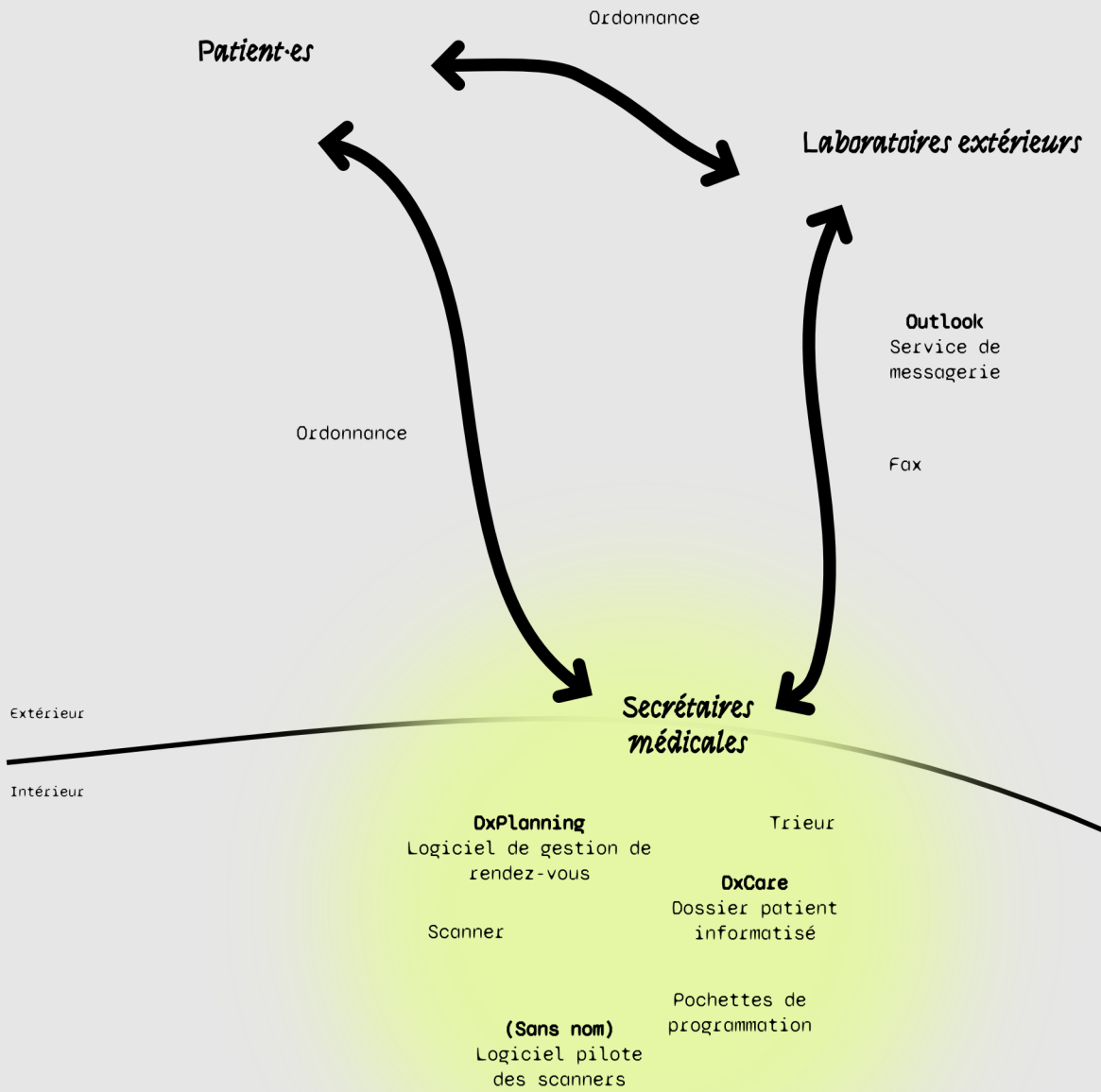




|   |  |
|---|--|
| <br>Interactions | Acteurs non-humains (objets et interfaces) |
| <i>Acteur-ices humain-es</i>  | Secrétariats                               |







## « Faire propre ». Arranger l'information médico-administrative

Durant mon enquête, j'ai entendu différentes variations d'une expression mobilisant le champ lexical de la propreté : « faire propre », « mettre au propre », « ranger », « nettoyer ». La propreté est une notion indispensable pour comprendre ce que font les secrétaires à l'hôpital et en particulier pour comprendre comment elles parviennent à produire un effet « panoramique » du travail en cours et du travail à faire.

« Faire propre », c'est un ensemble d'opérations de mise en forme de l'information. Trier, classer, afficher, étiqueter, scanner, agraffer, archiver : ces gestes ordinaires participent d'un travail continu d'ordonnancement qui vise à rendre l'information lisible et actionnable dans un environnement saturé d'information.

Ce travail repose sur le développement d'une véritable « vision professionnelle », c'est-à-dire une capacité à percevoir, distinguer et hiérarchiser les éléments pertinents au sein d'un ensemble de documents et d'interfaces. Plannings affichés ou superposés à l'écran, boîtes mail collectives organisées par codes couleur, dossiers de consultation mises en évidence dans des bannettes : autant de dispositifs qui rendent visible, en un coup d'œil, l'état de l'activité.

« Faire propre » apparaît ainsi comme une opération toujours à refaire, d'autant plus qu'elle comporte une dimension relationnelle importante. Elle se construit dans un rapport aux autres professionnel·les, notamment aux médecins, qui ne sont pas toujours connu·es pour produire les écrits les plus accessibles. Ces écrits répondent à des logiques situées de communication (de médecin à médecin). Mais leur mise en forme en vue d'usages élargis (administratifs, juridiques, statistiques) repose en partie sur le travail des secrétaires. Celles-ci opèrent une traduction visuelle et documentaire qui consiste à « nettoyer » l'information, à la rendre conforme aux attentes institutionnelles.

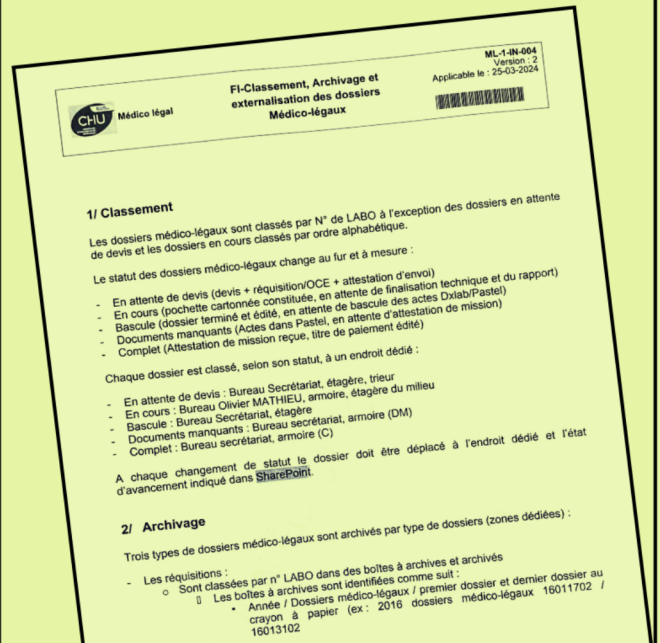
Ce travail s'inscrit dans une hiérarchisation du travail documentaire. Comme le souligne la sociologue Béatrice Fraenkel, « le recopiage par l'infirmière ou la secrétaire correspond à un gain de lisibilité. Le “mal écrit” semble être réservé à un certain niveau hiérarchique ». « Faire propre » apparaît alors comme une forme de « sale boulot » pour certaines : un travail indispensable mais peu valorisé.

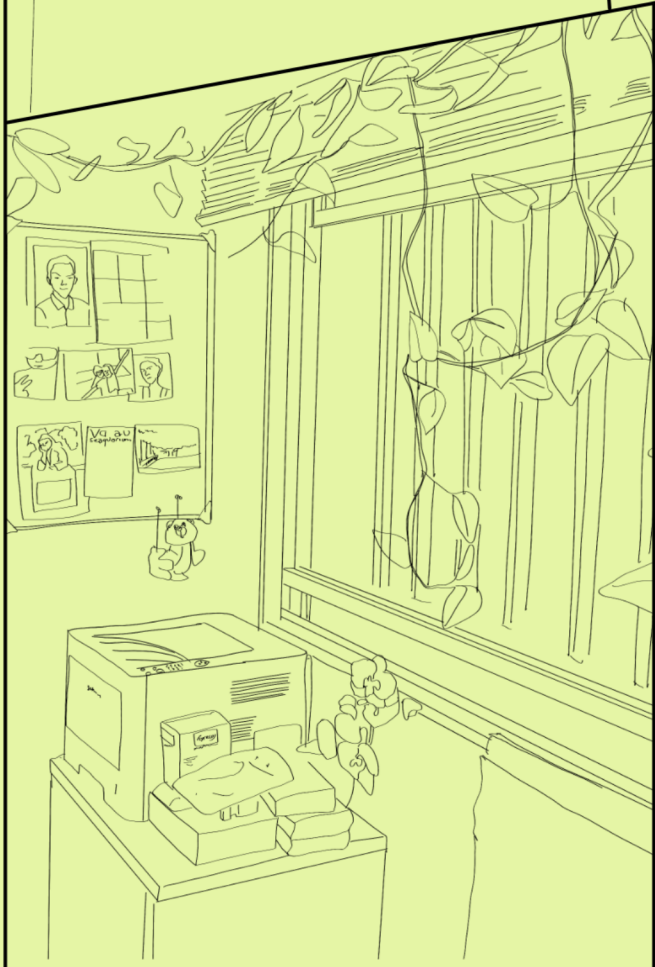
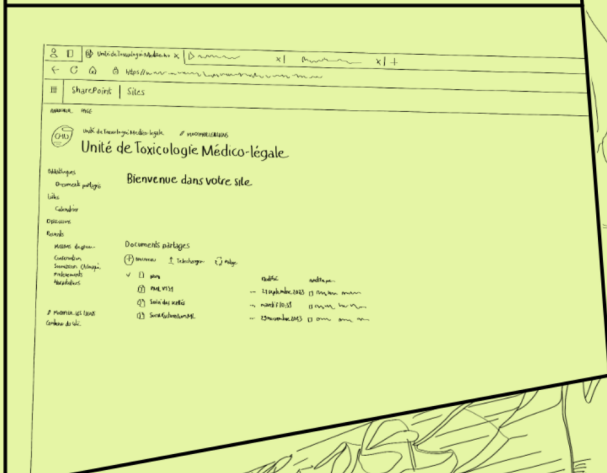
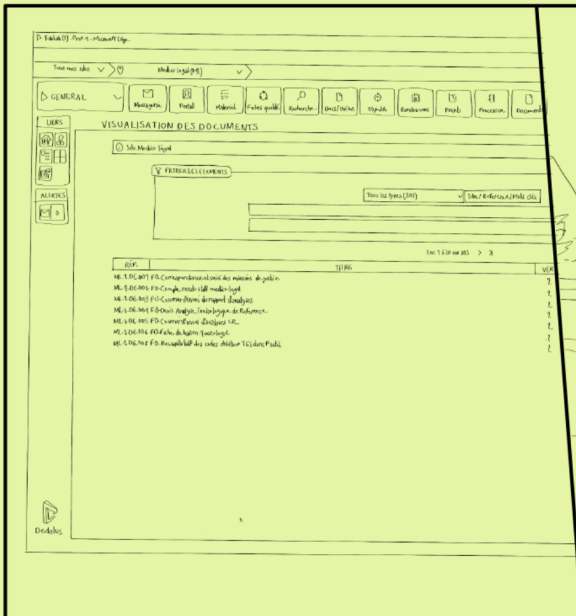


## « Je suis madame formulaire »

Lorsque je rencontre Manon, elle est déjà installée à son bureau, dans une pièce étroite qu'elle partage avec une autre secrétaire du service de toxicologie. Située au 2<sup>e</sup> sous-sol du bâtiment, je suis étonnée de trouver tout de même une petite fenêtre donnant sur l'extérieur : un puits de lumière entouré des branches d'une plante grimpante éclaire subtilement l'arrangement de 3 bureaux imbriqués autour d'un axe central. L'un d'eux n'est pas occupé de manière permanente et octroie une respiration dans cet espace confiné ou chaque centimètre fait l'objet de négociations : est-il préférable d'avoir l'imprimante à portée de main ou bien d'avoir un passage plus large pour aller et venir entre le bureau et la porte ?

Dans le dos de Manon, de grandes étagères montées sur crémaillère regroupent des boîtes d'archive transparentes proprement étiquetées, et contenant des pochettes colorées. À sa droite, une armoire est également remplie de boîtes transparentes, vides le jour de ma présence. L'impression d'un ordre savamment organisé m'est confirmé par Manon, qui m'explique volontiers le système de rangement qu'elle a mis en place.

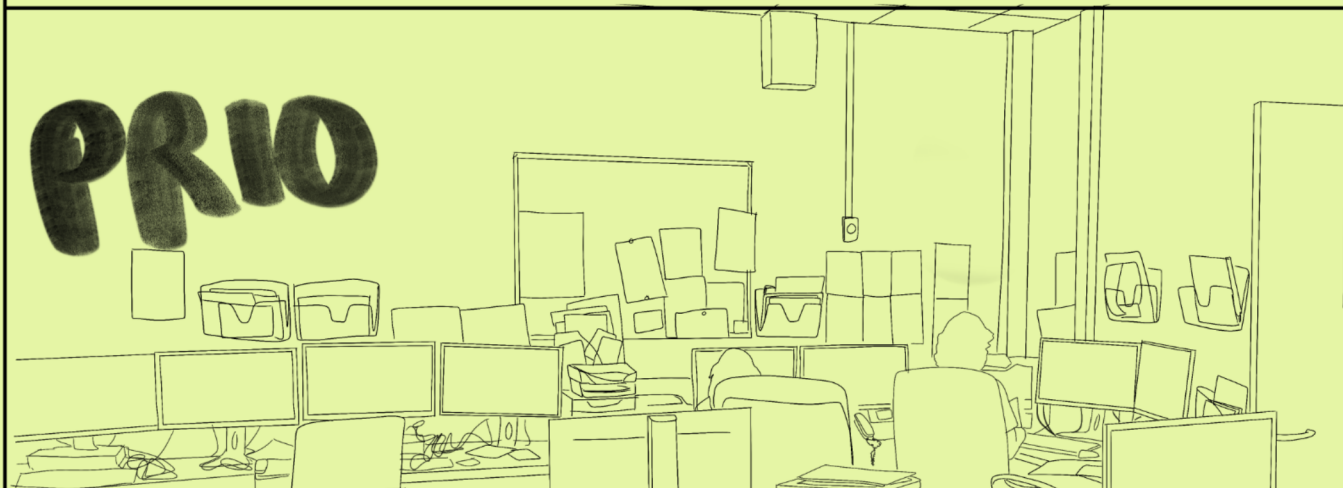




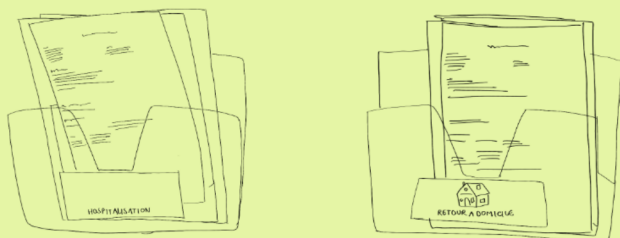
Il était important de maintenir un lien clair entre les dossiers numérisés sur le « sharepoint » (l'espace de travail en ligne utilisé par le service) et les dossiers papier stockés dans le secrétariat et les armoires de stockage dans le couloir. Sur les étagères de Manon, les pochettes colorées sont répartie selon un code déterminé : en bleu les personnes décédées, en violets les personnes vivantes, en jaune les cas de soumission chimique, en rouge les contrôles routiers et en rose les morts inattendues du nourrisson (MIN) et les autopsies scientifiques. Ces dossiers colorés sont rangés dans des boîtes transparentes étiquetées selon un code particulier lui aussi : chaque étiquette comporte les initiales d'un·e médecin biologiste du service ainsi que le statut du dossier : documents manquants, complets, en attente.

« Je suis Madame Formulaire », conclut Manon. Elle est particulièrement fière de ce système qu'elle a pu organiser elle-même, étant la seule secrétaire pour le secteur médico-légal du service. Elle a pris un réel plaisir à mettre en œuvre ce système alors que l'organisation des dossiers n'intéressait pas grand monde.

## De l'enveloppe kraft à la pochette officielle



Dans le service des urgences, les informations sur les patient·es circulent via de grandes enveloppes format A4 en kraft. Ces enveloppes contiennent les documents apportés par le ou la patient·e, une planche d'étiquettes permettant d'identifier ce·tte dernier·ère, la fiche remplie par les pompiers, un ECG, sa carte vitale et de mutuelle (que les secrétaires agrafent dans une plus petite enveloppe pour éviter les pertes). Sur l'enveloppe, le secrétariat des admissions colle une grande étiquette d'identification du patient ainsi qu'une fiche-type résumant les informations principales sur le ou la patient·e.



Ces enveloppes voyagent dans les méandres du service des urgences et se transforment au fil de la prise en charge : les étiquettes sont collées sur des prélèvements biologiques ou sur des bracelets, les résultats d'analyses et d'examens viennent épaissir l'enveloppe, l'extérieur de l'enveloppe est recouvert d'inscriptions au feutre : « PRIO », « DCD », « UHCD », « RAD », « ORTHO-3B », « ORTHOPED ». Lorsque les patient·es sortent du service, les enveloppes sont triées par les secrétaires : les documents utiles sont remis aux patient·es et scannés sur le dossier patient informatisé, et le reste du dossier est jeté à la poubelle (ou bien transféré si le patient est admis dans un autre service).





# Copier. Les exigences de la reproduction de l'information

Dans les secrétariats médicaux, « copier » est un verbe usuel, synonyme de gestes routiniers. Copier, c'est aussi taper, frapper, scanner, imprimer, faxer, copier-coller, renommer. Autant d'opérations dont la valeur est le plus souvent mesurée en termes de vitesse ou de conformité. Mais ces gestes ne sont pas toujours aussi « mécaniques » que l'on pense, et ils constituent une part essentielle du travail médico-administratif à l'hôpital.

La frappe et la relecture constituent un premier registre fondamental. Produire des documents médico-administratifs implique davantage qu'une simple mise en forme. Les secrétaires interviennent dans la structuration même de l'information : elles veillent à la cohérence interne des documents et assurent leur conformité aux attentes des médecins comme des destinataires extérieur-es. La relecture suppose une attention soutenue aux détails – noms, dates, identifiants – mais aussi, dans une certaine mesure, une compréhension du contexte clinique et administratif. Corriger une erreur ne relève pas seulement d'une norme linguistique : c'est garantir que le document pourra être mobilisé sans ambiguïté dans la prise en charge du patient. Cette activité s'appuie sur des outils (modèles de documents, logiciel de traitement de texte, insertions automatiques), mais aussi sur une mémoire professionnelle qui permet d'anticiper les besoins et de gagner en efficacité. La rapidité d'exécution repose ainsi sur une connaissance approfondie des situations récurrentes, des pratiques des autres membres d'une équipe de soin et sur une capacité à mobiliser des ressources rédactionnelles adaptées. Si la frappe tend à devenir de moins en moins importante dans les services observés, car de nouveaux outils permettent de donner une certaine autonomie aux médecins, la relecture s'avère encore indispensable (sans quoi les documents continuent d'être parsemés d'erreurs plus ou moins compromettantes).

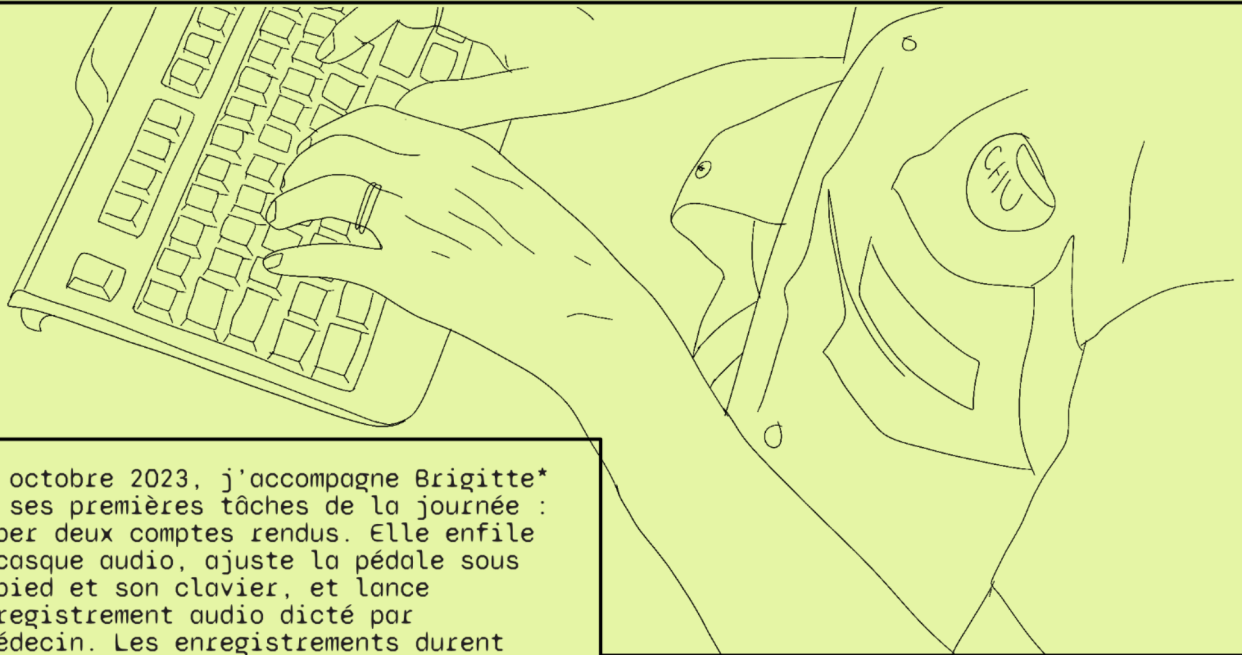
Le « scannage » et, dans une moindre mesure, le « faxage », occupent également une place importante dans l'organisation du travail. Malgré la généralisation des dossiers patients informatisés, les flux documentaires restent segmentés entre différents supports imprimés et numériques. Les secrétaires doivent composer avec des documents provenant de multiples sources : laboratoires, cabinets extérieurs, patient-es elles et eux-mêmes. Le scannage permet d'intégrer ces éléments dans les systèmes numériques, mais cette opération suppose un travail préalable : trier les documents, en vérifier la pertinence, les remettre en ordre, parfois les adapter matériellement (découpage, reproduction sur un format compatible). Loin d'être un geste automatique, cette activité implique des choix et des ajustements constants. Le fax, de son côté, offre un mode de transmission simple et partagé, notamment dans des situations où les outils numériques ne sont pas interopérables.

L'archivage constitue enfin une troisième pratique de copie essentielle. Archiver ne consiste pas simplement à stocker des documents : c'est organiser leur disponibilité future. Les secrétaires doivent décider ce qui doit être conservé, sous quelle forme, et dans quel espace. Cette activité s'inscrit dans un cadre réglementaire, mais elle repose également sur des appréciations locales, liées aux besoins du service et aux usages possibles des documents. Les dossiers patients, même après la fin d'une prise en charge, peuvent être réactivés, ce qui rend toute décision d'archivage provisoire. À côté des systèmes informatiques centralisés, des espaces de stockage locaux subsistent, permettant de garder à portée de main certains documents. Ces « archivettes »

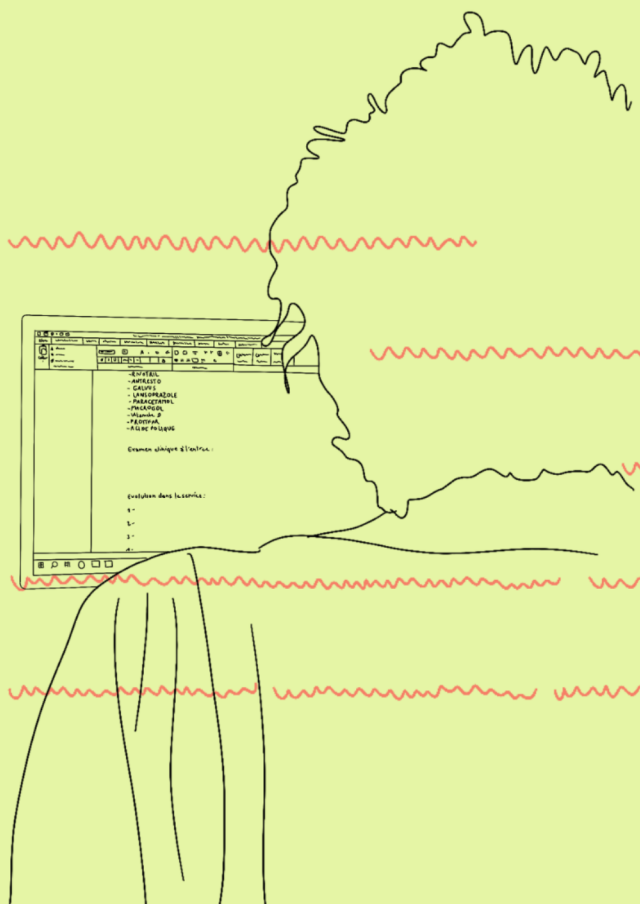
jouent un rôle d'interface entre l'activité quotidienne et la mémoire institutionnelle. Par ailleurs, le tri implique aussi des décisions d'élimination. Savoir quand et comment se défaire d'un document engage une responsabilité importante, dans la mesure où une suppression peut avoir des conséquences sur la traçabilité ou la continuité des soins. L'archivage apparaît ainsi comme un travail d'équilibre entre accumulation et sélection, entre conservation et effacement.

Ainsi, si le travail de copie est souvent qualifié de routinier, répétitif, à valeur ajoutée faible, l'étude fine de ce travail permet de comprendre que l'information ne circule pas, une et inaltérable, dans un hôpital, elle est copiée, et nécessairement modifiée à de multiples reprises. La transformation de l'information ne doit pas être entendue comme une altération nocive, mais au contraire comme un impératif de sa bonne circulation. Classer les tâches de copie dans le registre du « routinier » revient à masquer les compétences pratiques et l'intelligence relationnelle qu'elles exigent.

## L'art de la frappe

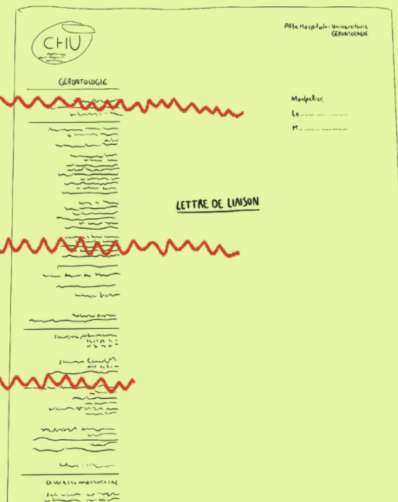
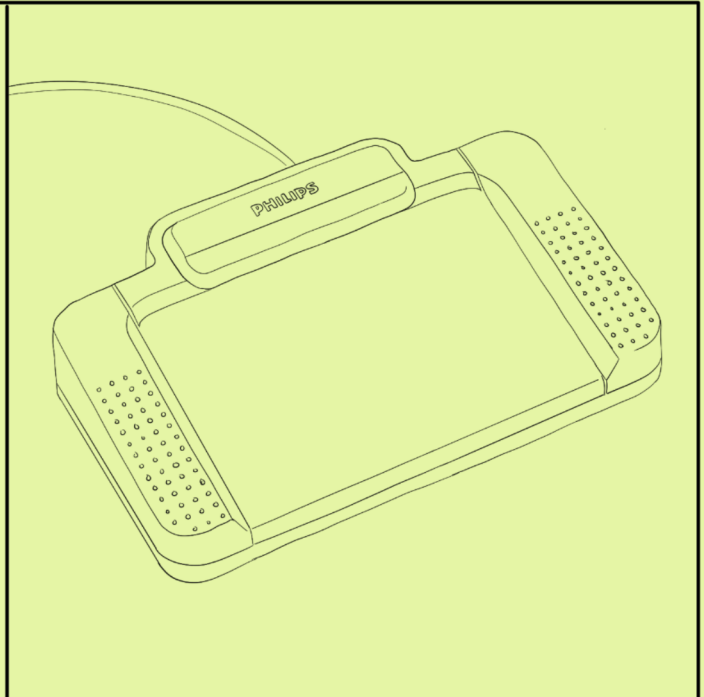


Le 9 octobre 2023, j'accompagne Brigitte\* dans ses premières tâches de la journée : frapper deux comptes rendus. Elle enfile son casque audio, ajuste la pédale sous son pied et son clavier, et lance l'enregistrement audio dicté par le médecin. Les enregistrements durent respectivement 9 et 13 minutes, ce qui est long pour des compte-rendus de consultation en gériatrie, qui durent souvent seulement 3 à 5 minutes. Brigitte\* n'apprécie pas particulièrement cette tâche, elle préfère le contact avec les patient·es.



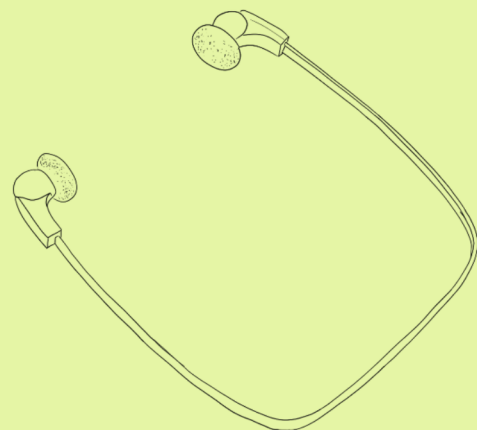
Si la retranscription de l'enregistrement audio est la première étape de la mise en forme d'une lettre de liaison, elle est suivie de nombreuses autres étapes, prises en charge pour partie par les secrétaires. À partir des informations dictées par le médecin, elles doivent trouver les bons destinataires du courrier, mais aussi prendre en compte les remarques du ou de la médecin à leur attention (programmer une consultation à 6 mois, mettre en copie un médecin, etc.). Ces remarques donnent lieu à des tâches annexes dont les secrétaires prennent note avant de finaliser leurs courriers. Vient ensuite la relecture : y a-t-il des problèmes de sens général ? Des incertitudes sur des termes médicaux ? Les normes ortho-typographiques sont-elles respectées ? Certaines de ces règles sont communes au bon usage du français, mais certaines sont propres au monde médical, voire même aux habitudes de certains médecins : par exemple, l'usage des majuscules pour mettre en avant un ou plusieurs mots importants, pour les acronymes ou les noms de traitements médicamenteux. Les termes médicaux sont pour la plupart reconnus par le logiciel de traitement de texte, dont le dictionnaire a été alimenté de listes de termes médicaux, mais certaines habitudes des médecins ne sont pas reconnues : par exemple, l'usage d'un tiret ou d'un espace entre un suffixe et un terme médical (« hetero-infection »).

L'apprentissage de la terminologie médicale est une des spécificités de la formation des secrétaires médicales, mais bien qu'elles aient eu des cours sur ce sujet, elles passent plusieurs mois à apprendre la terminologie propre à la spécialité médicale du service où elles sont recrutées. Cet apprentissage donne lieu à des interruptions durant la frappe des courriers pour vérifier des termes sur Google. Interruptions qui sont de moins en moins nombreuses avec l'expérience. Ces petites enquêtes, bien qu'elles ne représentent que quelques secondes ou minutes, sont omniprésentes durant le travail de mise en forme des courriers : vérifier un terme médical, chercher l'adresse d'un-e médecin ou d'un-e patient-e, une date de naissance, etc. Ces recherches sont autant d'interruptions qui affectent leur concentration sur la tâche principale de mise en forme du document.



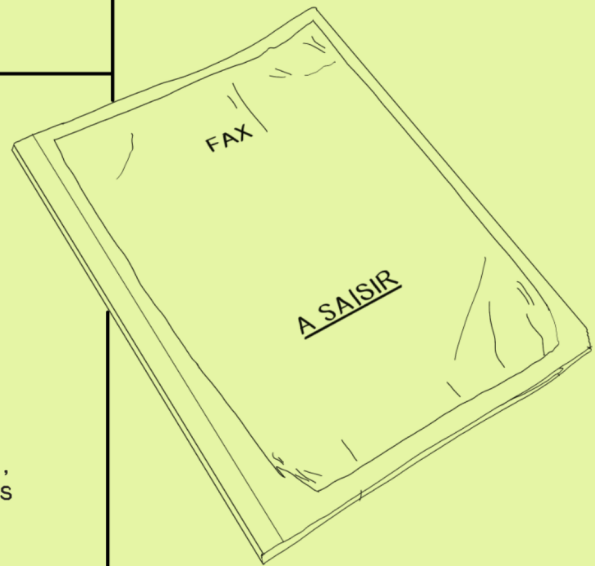
Le rôle des secrétaires n'est pas tant celui d'une experte du clavier, qui serait capable de frapper des mots au kilomètre, mais plutôt celui d'une experte dans l'assemblage d'information et leur formalisation.

Ce que l'on retient, c'est que la production de tels documents ne se fait jamais sans accros, sans imprévus, ni même selon une méthode unique.



## Scanner comme jamais

Chaque jour, les secrétaires de gériatrie font le tour des bureaux des internes et des infirmières pour récupérer dans des bannettes dédiées les « documents à scanner ». Ces documents, disposés en vrac, sont ensuite scannés un à un par les secrétaires sur les différents dossiers de patients concernés. Récemment, les secrétaires ont demandé aux médecins de faire du tri dans ces documents, afin d'éviter aux secrétaires de devoir identifier les documents déjà scannés sur le dossier patient. Ces documents peuvent être des lettres de médecins extérieurs au service, des documents apportés par les patients lors de leur admission, des ECG ou bien des résultats d'analyses biologiques envoyées par des laboratoires extérieurs à l'hôpital. Ces derniers utilisent encore souvent le fax pour envoyer ces résultats, que les secrétaires doivent réceptionner et scanner.



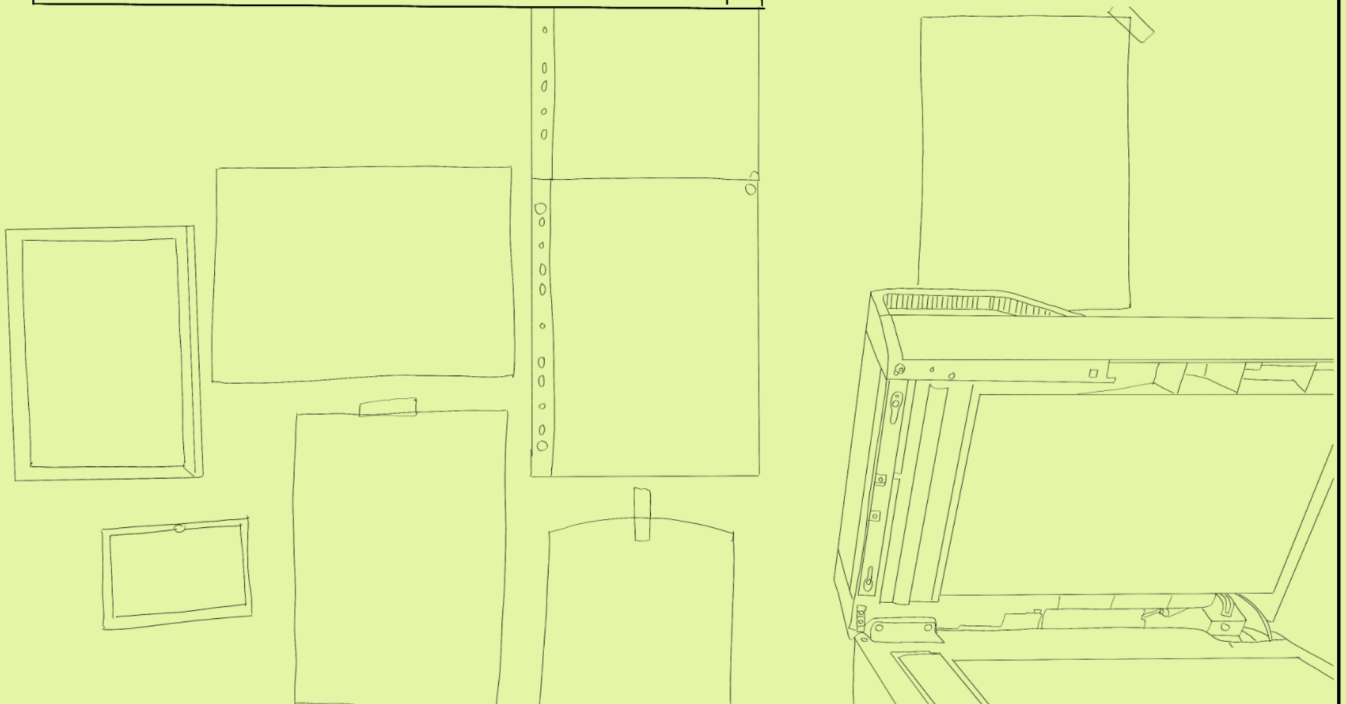
Cette tâche s'avère particulièrement ingrate lorsque les documents qui doivent être scannés ne sont pas au format A4, comme les électrocardiogrammes (ECG), qui sont découpés dans de grands rouleaux de papier millimétré. Lorsque ces documents arrivent au secrétariat, il faut souvent les redécouper (sans en perdre l'ordre) pour pouvoir les scanner. Parfois, les morceaux ne sont pas assez longs pour être acceptés par la machine, ce qui oblige les secrétaires à les photocopier d'abord pour obtenir un document A4.

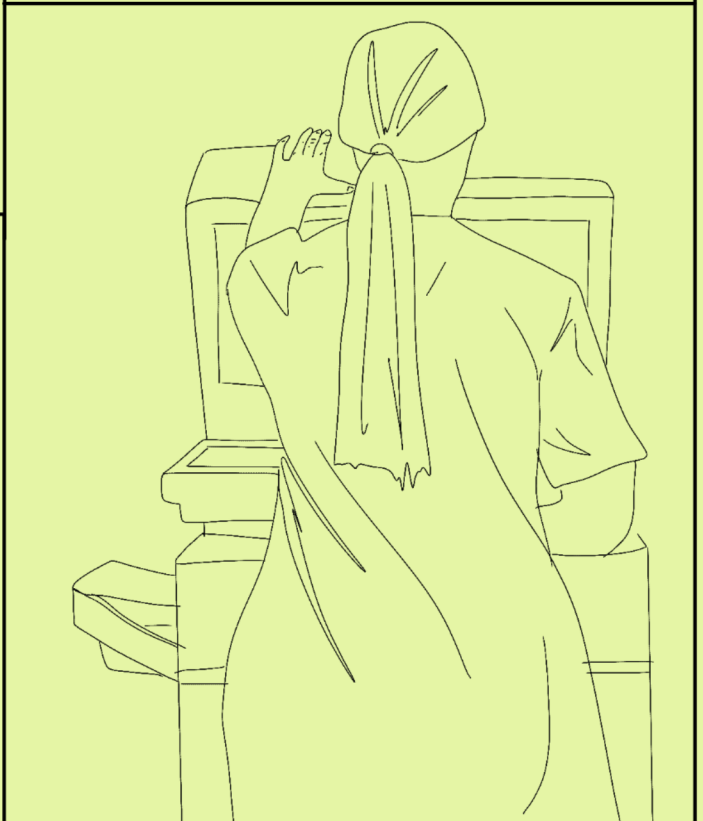
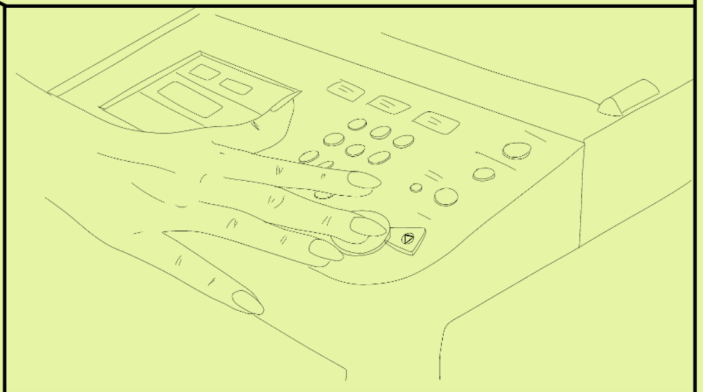
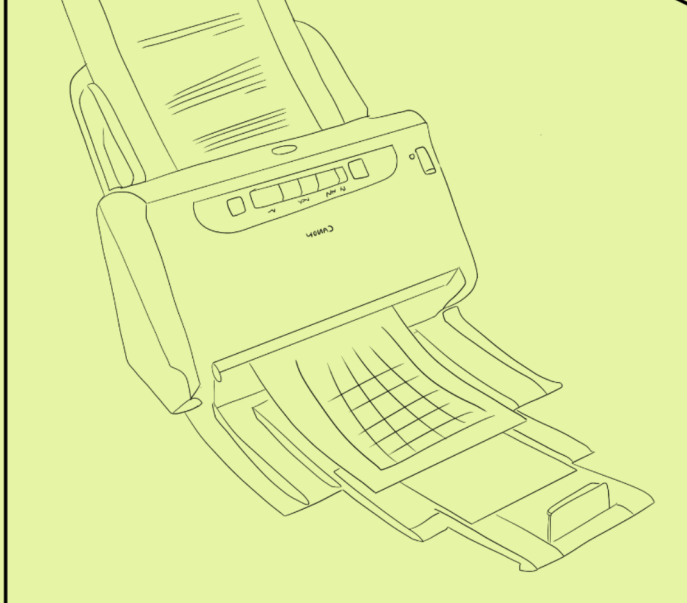
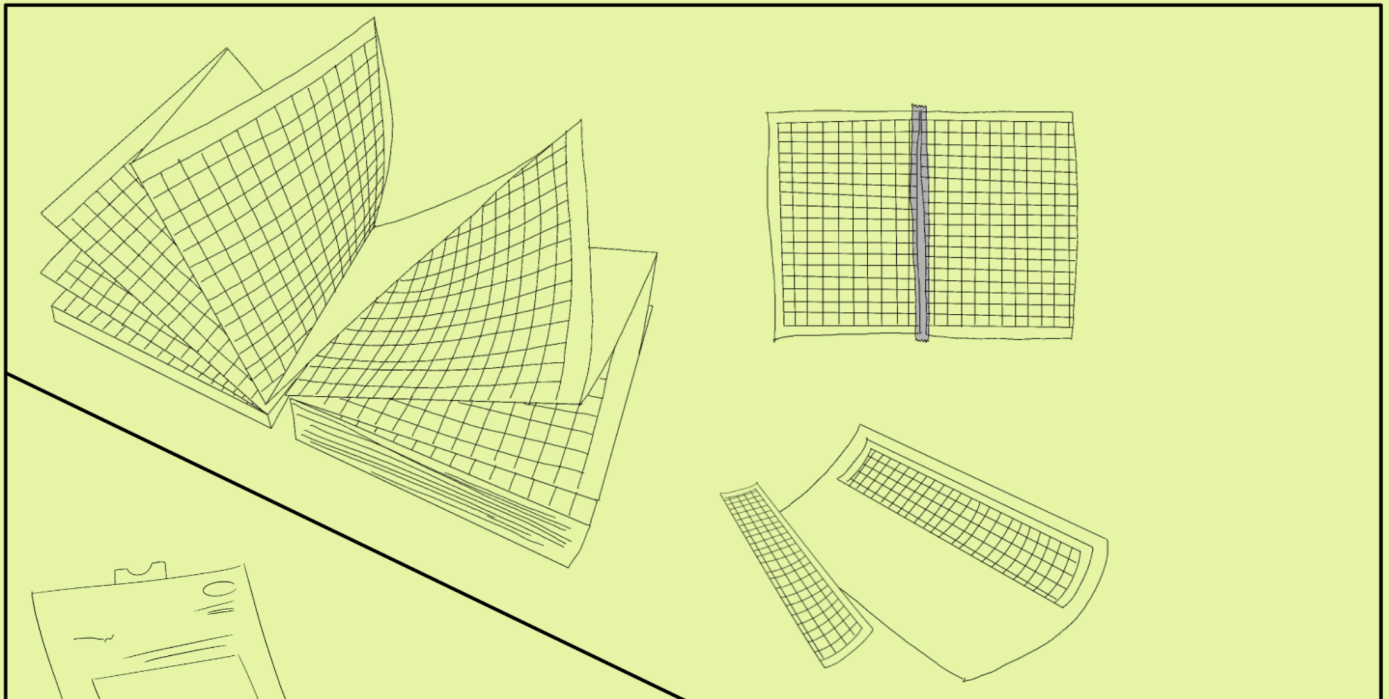
Historique des venues | Souhaits patient

Lu 13 novembre à 15:00  
LAP.ECHO MEMBRES INF OS  
HOPITAL LAPEYRONIE - IMAGERIE LAP  
Salle Echo L10B (L10B)  
parties molles jambes non scanné et rangé

Aujourd'hui à 15:00  
ACV-ECHOGRAPHIE ETO  
CARDIO VASCULAIRE  
Echo 3 (CN103)  
MED VASC 37030

Aujourd'hui à 08:00  
MED-NUC-GDC-TEP 1  
HOPITAL GUL DE CHAULIAC - MED NUCLEAIRE GDC  
TEPTOM 1





Le travail de scannage ne peut néanmoins pas être effectué à n'importe quel moment. Il faut s'assurer que les patient·es ont bien été admis dans le service pour pouvoir accéder à leur dossier. Si ce n'est pas le cas, toute information ajoutée à son dossier sera associée à son précédent séjour à l'hôpital (possiblement dans un autre service). Les documents transmis en amont d'une consultation doivent souvent attendre que le séjour soit ouvert par le bureau des admissions pour que les secrétaires puissent effectuer leur travail de scannage. Les bureaux de presque toutes les secrétaires que j'ai rencontrées sont équipés d'une bannette portant la mention « à scanner » : cette dernière se remplit et se vide à des cadences dont les secrétaires médicales ne sont pas toujours maîtresses.

# Un logiciel de papier pour articuler l'information

On imagine souvent que le dossier patient informatisé est un logiciel permettant de « dématérialiser » entièrement l'information : c'est faux. D'abord, parce qu'un logiciel n'est pas qu'un ensemble de lignes de code informatique, c'est aussi un ensemble d'objets (hardware) mais aussi d'usages et d'interactions entre ses usager·ères. Le dossier patient informatisé ne peut ainsi aujourd'hui pas se passer d'un travail d'articulation effectué notamment par les secrétaires médicales. Ce travail consiste à faire tenir ensemble tâches, acteurs et supports hétérogènes. Dans ce travail, le papier et le numérique ne s'opposent pas : ils s'entrelacent dans l'action. La notion de « logiciel de papier » désigne cette infrastructure hybride où la continuité du travail dépend de leur combinaison.

Cette hybridité apparaît particulièrement dans les moments de rupture dans l'activité hospitalière. On observe parfois des déchirures au cœur de ce logiciel de papier : une interruption dans la circulation de l'information (panne, rejet éditique, erreur de format). Par exemple, lorsque le système de courrier tombe en panne, les secrétaires doivent retrouver, imprimer, corriger et renvoyer les documents en attente. Ces situations rendent visible la fragilité du numérique et mobilisent un travail d'articulation en urgence.

Face à ces déchirures, les secrétaires développent des solutions qui se stabilisent dans le temps : c'est le passage de la déchirure au pli, c'est-à-dire un ajustement routinisé, par lequel un contournement du logiciel prescrit (en l'occurrence, le DPI) devient une pratique ordinaire. Ainsi, malgré l'existence de procédures numériques dédiées, de nombreuses demandes continuent de circuler sur papier, avant d'être réintégréées dans le système. Les pense-bêtes, post-it ou tableaux « sauvages » persistent, car ils offrent une souplesse indispensable à la coordination. Ils comblent les vides laissés par les logiciels.

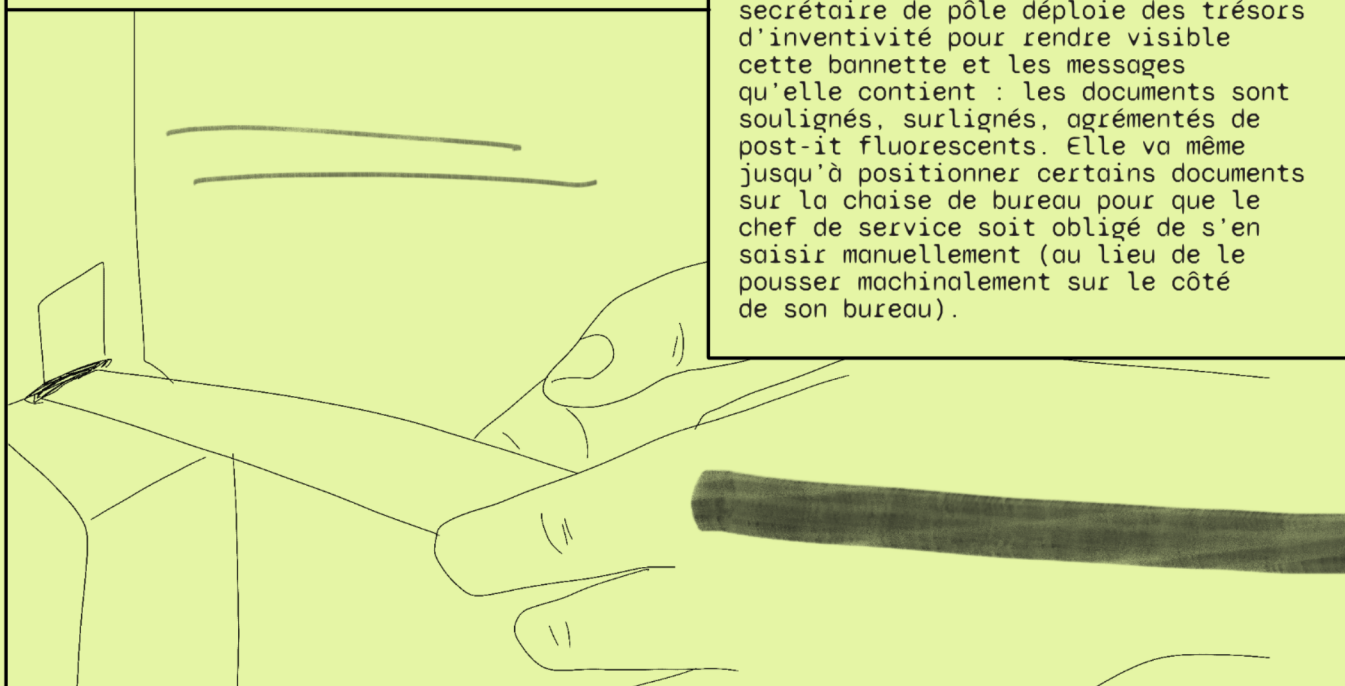
Dans certains services, le papier demeure même le support principal de l'action : « la version papier fait foi ». Le numérique y joue un rôle d'archive, tandis que le papier garantit la validité, la visibilité et la circulation des informations. Ces pratiques montrent que le papier n'est pas un résidu, mais un opérateur central de stabilité.



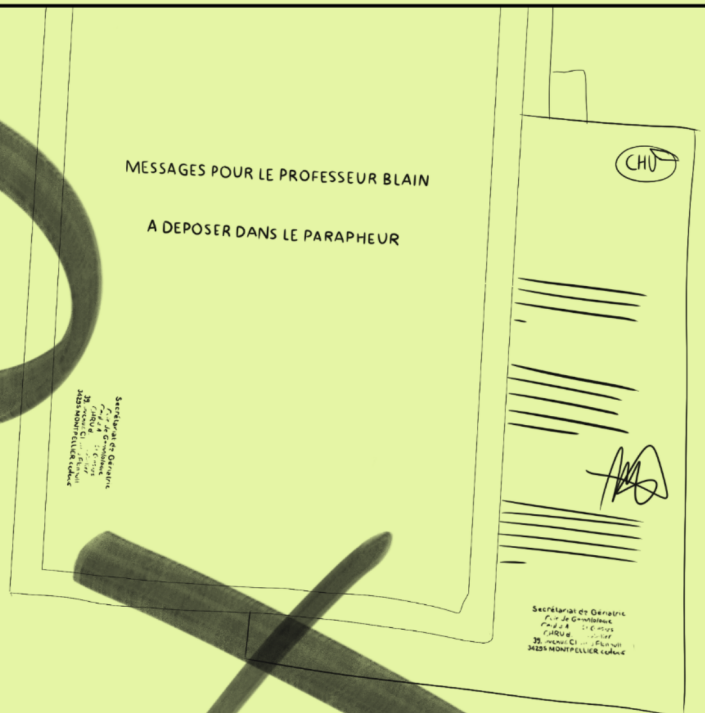
## Les médecins, le papier et la hiérarchie de l'information



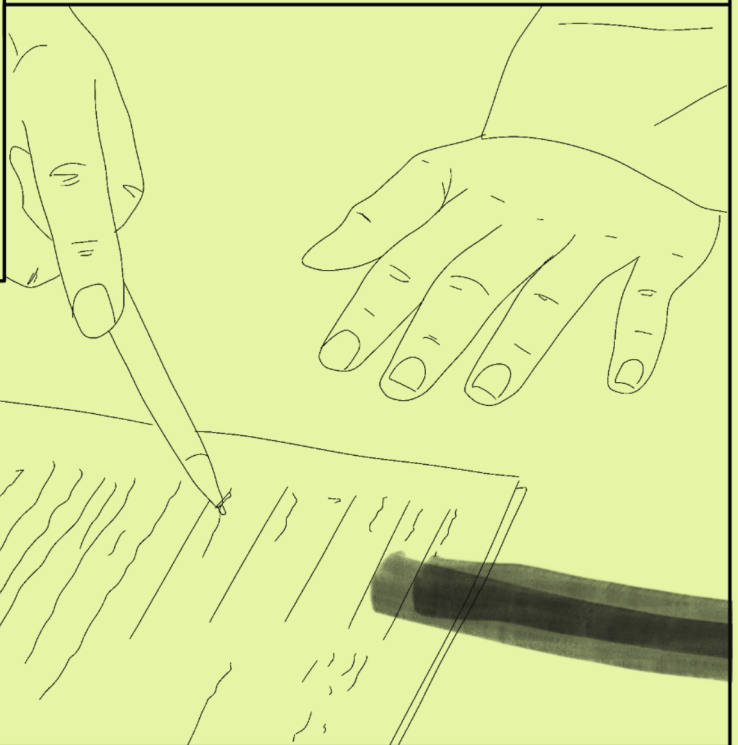
Le travail des secrétaires est en partie tourné vers la prise en charge des différentes sensibilités des médecins vis-à-vis de l'information dans le service. L'une des secrétaires que j'ai rencontré m'a livré les stratégies qu'elle et ses collègues mettent en place pour permettre à certaines informations d'atteindre l'attention du chef de pôle - un médecin extrêmement occupé par différentes activités. Son attention est constamment prise par des piles de mails, des discussions avec des collègues, des consultations, des demandes de la direction de l'hôpital, etc. Les demandes des secrétaires se placent alors en bas de la pile de ses priorités. Les demandes qu'elles transportent avec elles sont triviales et routinières, elles peinent à retenir l'attention (signer un document, parapher un autre, penser à mettre à jour un planning, etc). L'usage des mails est donc inutile car ces derniers se noient dans la boîte de réception qui voit passer des centaines de mails par jour. Les secrétaires médicales ont donc mis en place un circuit alternatif: elles écrivent sur Word des messages simples, qu'elles impriment et placent dans une bannette spéciale. Elles informent la secrétaire de pôle de venir récupérer cette bannette pour la transmettre au chef de pôle. Mais le travail n'est pas terminé car, une fois la bannette remontée dans le bureau, la secrétaire de pôle déploie des trésors d'inventivité pour rendre visible cette bannette et les messages qu'elle contient : les documents sont soulignés, surlignés, agrémentés de post-it fluorescents. Elle va même jusqu'à positionner certains documents sur la chaise de bureau pour que le chef de service soit obligé de s'en saisir manuellement (au lieu de le pousser machinalement sur le côté de son bureau).



« Je vais lui remettre son parapheur sur sa chaise, il va comprendre que j'insiste », m'explique Michèle\*, la secrétaire de pôle.

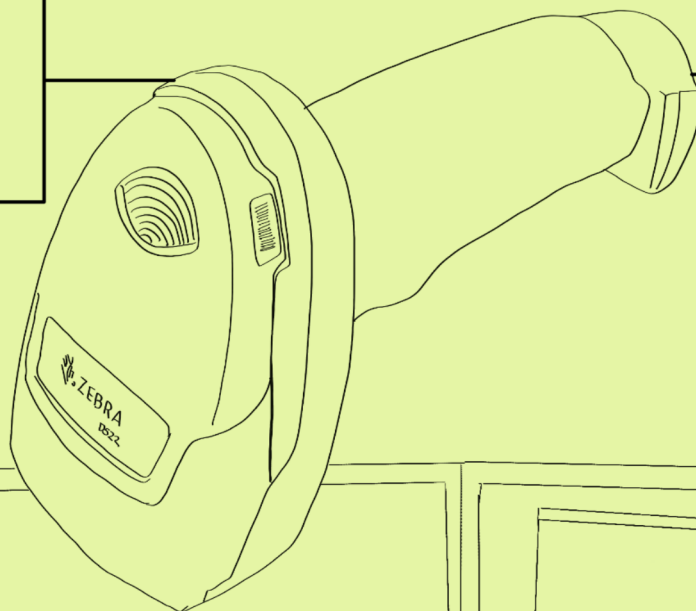
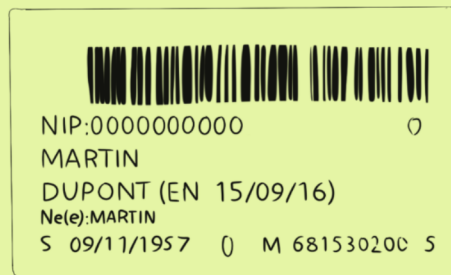


Mais même lorsqu'elles entourent, soulignent, surlignent, envoient un document par mail et le double d'une impression mise en évidence sur le bureau des médecins, ces dernières arrivent à NE PAS VOIR les informations transmises par les secrétaires. Certains répondent avec désinvolture lorsqu'ils ne trouvent pas un document dont ils ont besoin : « C'est le patient qui a mangé le document, c'est ça ? » Toutes ces stratégies développées par les secrétaires pour faire circuler des informations éparses ont été développées pour répondre aux exigences d'un lieu comme l'hôpital où tout le monde est pressé. La «rematérialisation» de l'information permet notamment de redonner du sens et de l'importance à certaines informations qui, lorsqu'elles sont informatisées, se fondent dans la masse des logiciels, des mails, des pop-ups, des onglets.



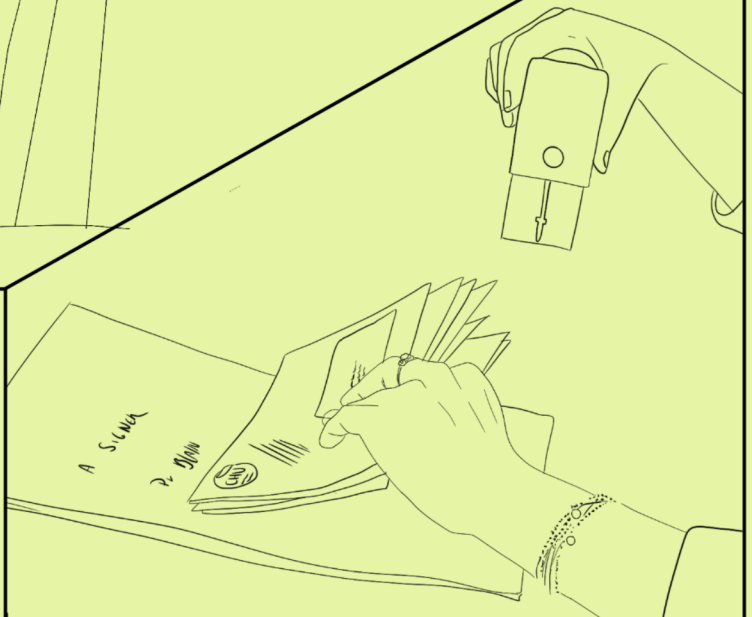
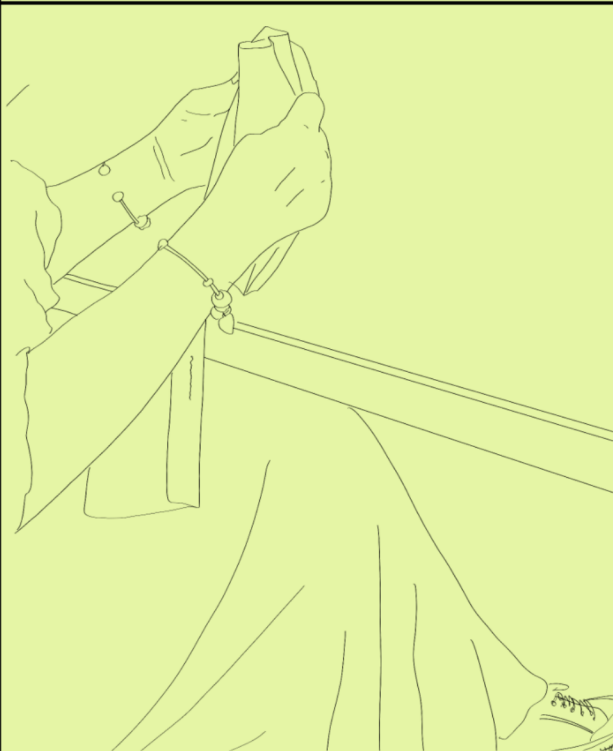
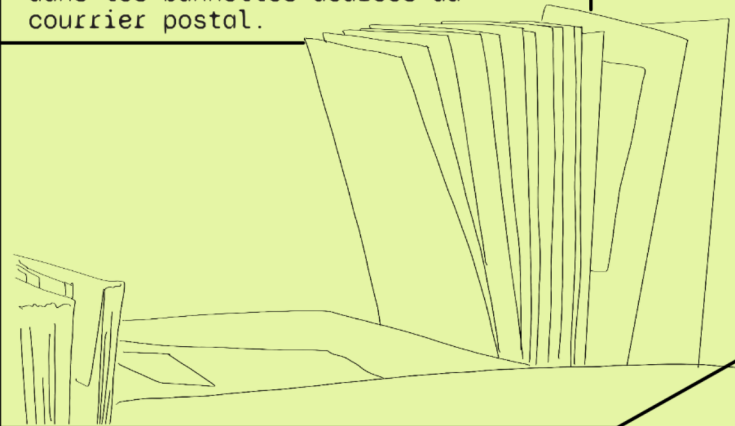
## La scanette : un outil de précision

Dans certains secrétariats qui accueillent beaucoup de patient·es, on retrouve un objet posé sur les comptoirs des guichets d'accueil : une « scanette ». Similaire à celles que l'on peut retrouver aux caisses libre service des supermarchés, les scanettes ne sont ici pas utilisées pour scanner les codes barre de produits de consommation mais pour scanner les étiquettes des patient·es. Cette opération peut être effectuée à la main en recherchant le nom des patient·es mais cela occasionne de plus nombreuses erreurs. Quand bien même elles parviennent à retrouver le nom d'un·e patient·e, les secrétaires peuvent se tromper sur le numéro de séjour, et ainsi enregistrer des informations au mauvais endroit. En période de forte affluence, ces risques sont plus élevés. La scanette est donc là pour enlever une certaine charge mentale aux secrétaires, et leur faire gagner du temps.



## La panne et le retour du courrier dans le secrétariat

Si les secrétaires médicales du service d'imagerie ne voient plus jamais passer de compte-rendus d'examens dans leurs bureaux, elles sont d'autant plus surprises lorsque le service central de gestion des courriers est hors-service pendant plusieurs jours à cause d'une mise à jour logicielle. Nathalie\* est informée en premier, en tant que référente des secrétaires de son service. La panne ayant commencé la veille, elle doit très rapidement monter un plan d'attaque pour que les courriers partent tout de même. Toutes les secrétaires sont donc mobilisées pour retrouver les courriers non envoyés, les imprimer, les mettre sous pli et les déposer dans les bannettes dédiées au courrier postal.



Le dossier patient informatisé n'étant pas conçu pour retracer les courriers qui ont été envoyés et ceux qui ne l'ont pas été, les secrétaires doivent chercher au compte goutte ces fameux courriers. Qui plus est, l'impression est très longue et bloque tout l'ordinateur. Nathalie\* recommande donc aux secrétaires de lancer une grosse impression pendant la pause déjeuner. Cette semaine-là, je vois donc les bannettes se remplir d'enveloppes, et des secrétaires, qui n'ont pas perdu la main, plier en accordéon les documents imprimés et les glisser à toute vitesse dans les enveloppes.

# Programmer, un travail de souplesse

Au cours de l'enquête, j'ai pu observer un médecin demander à une secrétaire d'ajouter une consultation sur la « journée la plus souple » de son planning. Cette expression m'a interpellé : qu'est-ce que la souplesse avait à voir avec un planning fait de lignes rigides ?

Cette secrétaire m'a expliqué que ce médecin avait l'habitude de faire du surbooking, c'est-à-dire de programmer plus de consultations que le planning ne peut théoriquement en contenir. Pour programmer cette consultation, elle doit « faire des comptes d'apothicaire », selon ses propres termes, pour comparer le nombre de consultations pour chacune des journées qui arrivent. Lorsque le nombre de consultations est égal sur deux jours, ce sont d'autres paramètres qu'elle mobilise, comme le type de consultations ou de patient-es. Elle choisit, par exemple une journée où il n'y a pas de patient-es âgé-es ou qui arrivent en brancard, car elle sait que ces consultations sont plus longues et soumises à plus d'imprévus.

La souplesse invoquée par le médecin est ainsi plus une incantation qu'une réalité des pratiques des secrétaires, qui doivent faire appel à de nombreuses ressources pour faire exister cette souplesse. Il y a d'abord un certain nombre de paramètres à prendre en compte pour sortir du cadre établi par le planning tel qu'il est donné par le logiciel de gestion des rendez-vous. En premier lieu, la durée standard des consultations : elle est établie à 15 minutes pour les consultations des médecins et à 5 minutes pour les consultations des infirmier-ères. Cette durée est pourtant loin de la réalité : les consultations infirmières peuvent prendre jusqu'à 30 min, ce qui rend le planning caduc. Les secrétaires connaissant ce problème, et ont pris l'habitude d'espacer ces consultations pour éviter les embouteillages. Les secrétaires doivent également apprendre à gérer des annulations massives : un seul médecin qui annule une demi-journée de consultations correspond à 15 à 20 patient-es qu'il faut contacter pour reprogrammer un rendez-vous. Elles doivent également s'habituer à des demandes qui ont pour objectif de simplifier la vie des patient-es et des médecins, mais pas celles des secrétaires : par exemple, le cumul dans la même journée de deux consultations pour un-e même patient-e avec des professionnel·les différent-es est un véritable casse-tête, car les plannings sont tous surchargés.

Le cœur de cette activité repose en particulier sur la manipulation d'un objet graphique : le planning. Couplé au dossier patient, il donne accès à une visualisation globale de l'activité du service : une mosaïque de créneaux colorés, saturés, où chaque modification peut avoir des effets en cascade. Programmer consiste alors à intervenir dans cette trame : créer un rendez-vous, sélectionner un-e praticien-ne, accepter ou non la suggestion automatique du logiciel, « forcer » un créneau en débordant des cadres prévus.

Cette intervention révèle une tension entre deux temporalités. D'un côté, l'agenda du médecin, marqué par une disponibilité statutaire permanente. De l'autre, le planning du service, qui organise collectivement des ressources – salles, machines, personnel – dans une grille temporelle rigide. Le travail de programmation consiste précisément à faire tenir ensemble ces différentes temporalités. Les secrétaires traduisent les fluctuations de l'agenda médical en ajustements concrets du planning. Cette traduction est d'autant plus complexe que les rendez-vous ne sont pas indépendants : les « chaînages » lient plusieurs examens entre eux, rendant toute modification coûteuse.

Le planning transforme l'activité en une grille de cases à remplir : toute case vide apparaît comme une perte, et chaque créneau devient une ressource à optimiser. Les secrétaires sont les garantes de cette optimisation, mais aussi de sa viabilité.

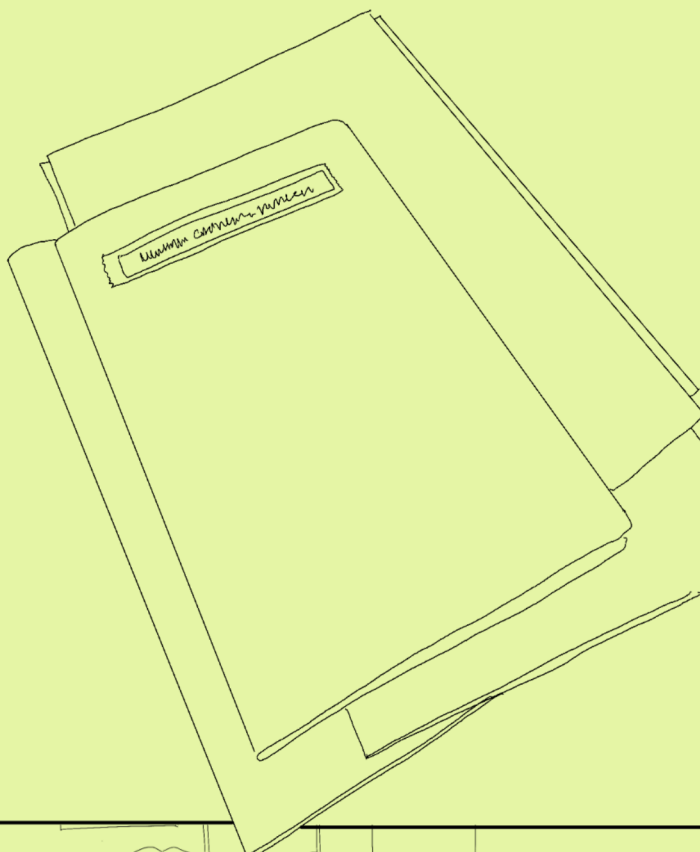
La programmation inclut également un travail spécifique aux situations d'urgence. Loin d'être une simple donnée médicale, l'urgence devient un objet organisationnel qui doit être rendu visible. Elle circule à travers des inscriptions : mentions manuscrites de l'urgence, codes couleur, bannettes dédiées, créneaux réservés. Les secrétaires interprètent ces signes, arbitrent entre différentes priorités, et ajustent le planning en conséquence. Elles permettent d'intégrer l'imprévu dans une structure temporelle rigide.

À cette dimension temporelle s'ajoute une dimension documentaire essentielle. Programmer un examen, c'est aussi préparer l'ensemble des éléments nécessaires à sa réalisation : demandes d'examens, ordonnances, bilans, convocations. Le rendez-vous n'est effectif que si le dossier est complet, accessible, et synchronisé avec le planning. Les secrétaires veillent à cet alignement fragile, en mobilisant leur expérience pour anticiper les décalages – par exemple, ne préparer certains dossiers que la veille pour éviter de recommencer en cas de changement.

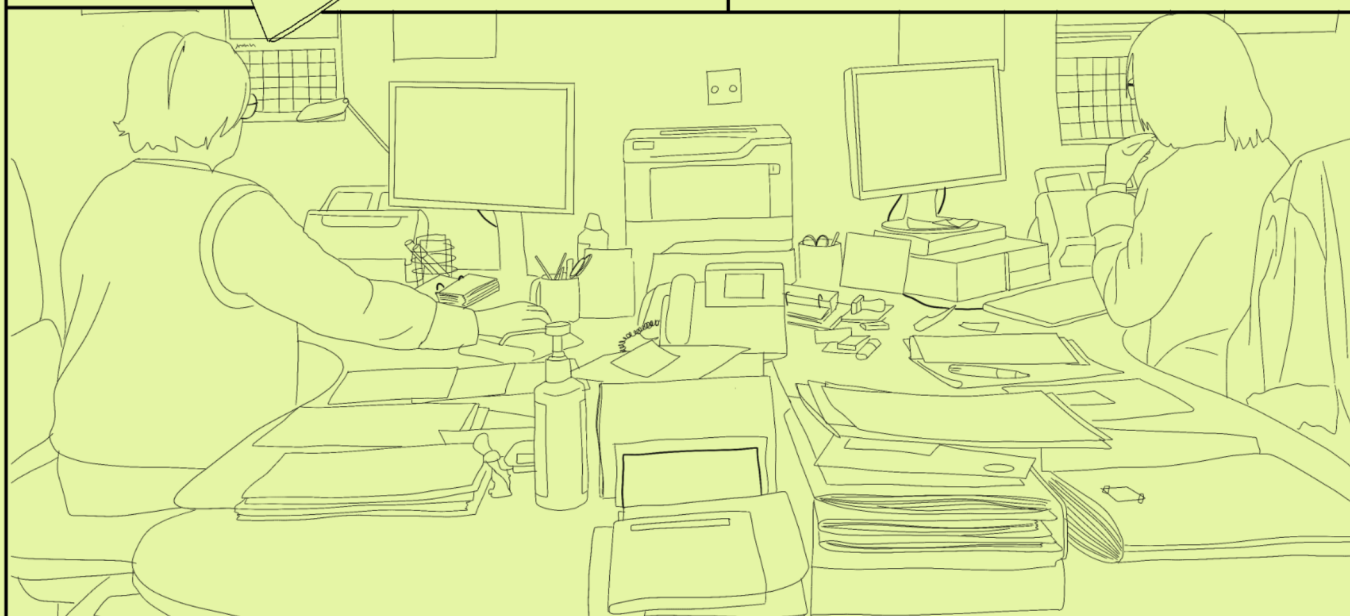
La programmation repose donc sur une souplesse qui n'est jamais donnée : elle est le résultat d'un travail constant de recalibrage et d'anticipation, rendu possible par la connaissance fine de l'organisation de l'activité médicale, des flux de patient·es, des habitudes des professionnel·les, des dysfonctionnements récurrents.

## L'agenda papier : un objet de négociation

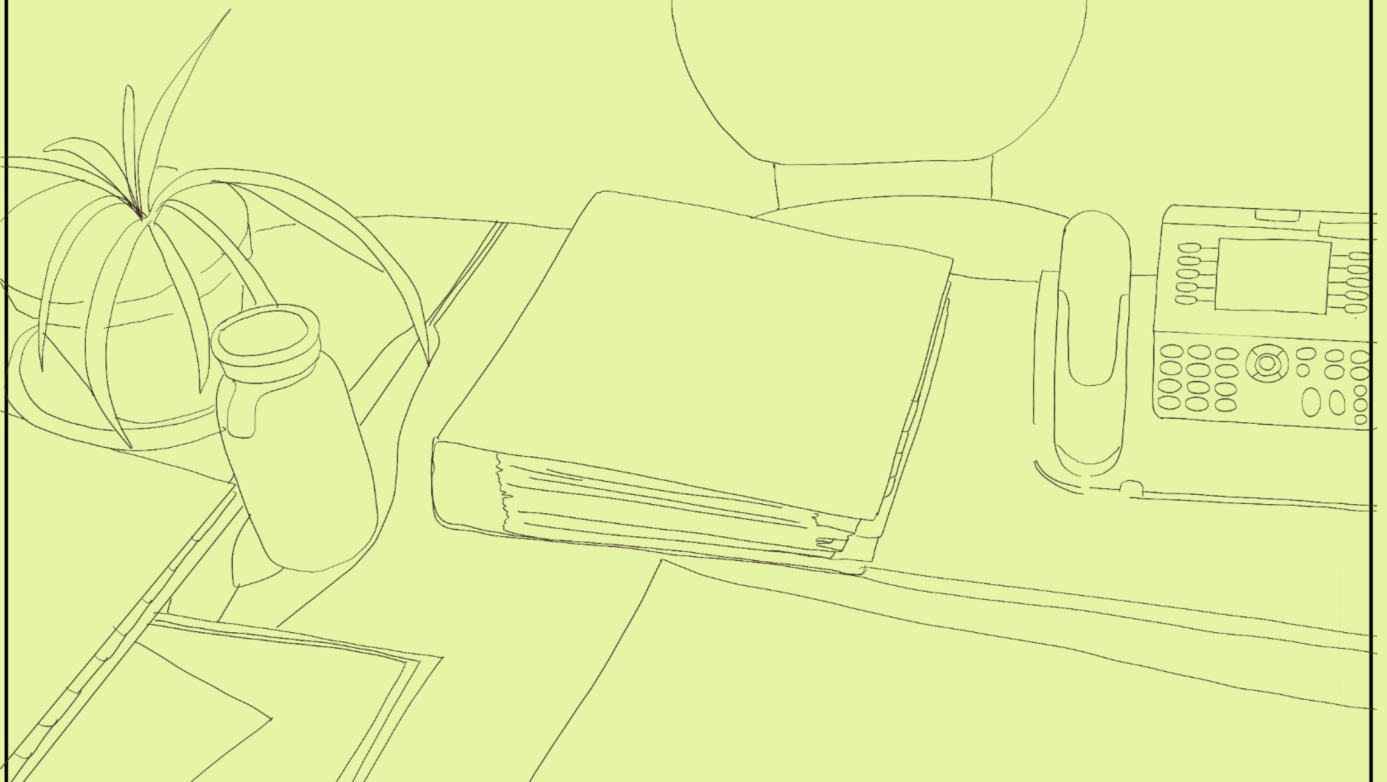
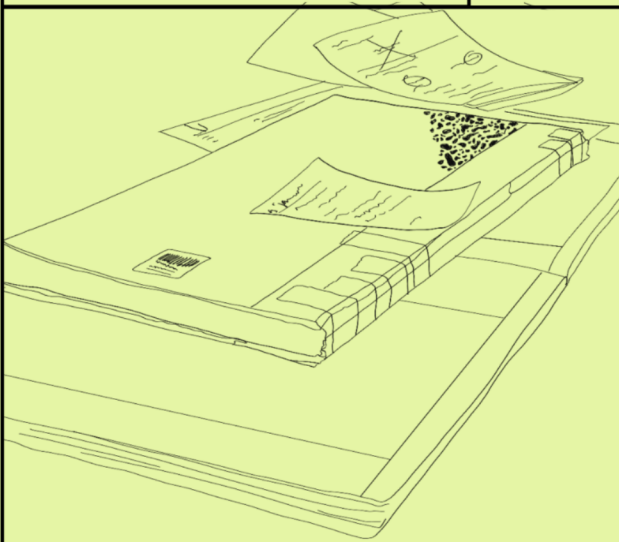
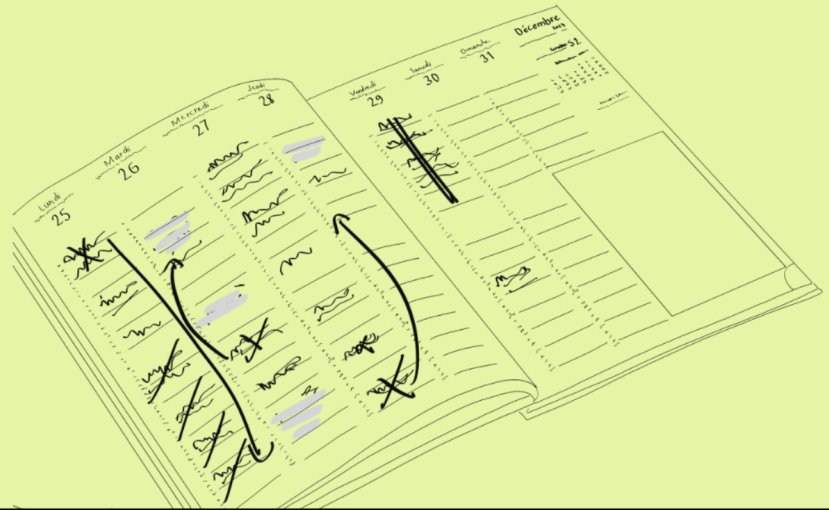
Sur le bureau d'Isabelle\*, on trouve un grand cahier moucheté noir et rouge, dont la reliure ne tient plus que grâce à des patches de ruban adhésif. L'usure de ce cahier indique son usage quotidien : on peut supposer qu'il est abîmé par de nombreuses manipulations et déplacements d'un bureau à l'autre, d'une pièce à l'autre.



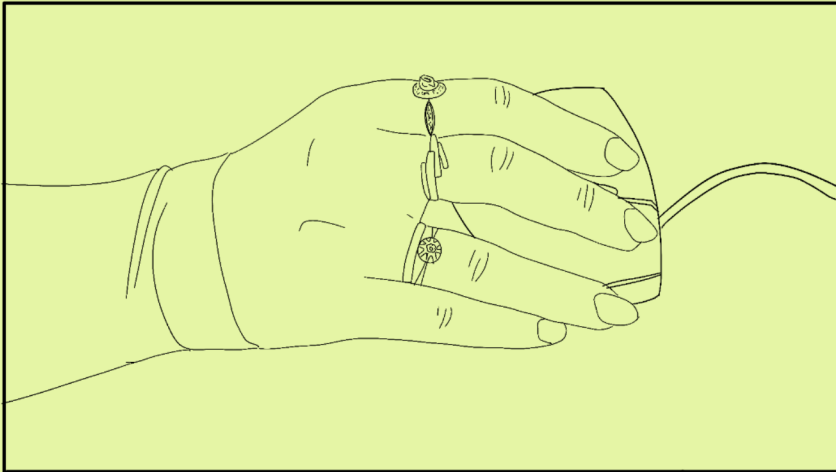
Mes interrogations trouveront rapidement des réponses ce jour-là par l'arrivée de la seule psychiatre de ce service, qui vient discuter avec Isabelle\* de son programme de la journée et des semaines à venir. Elle s'assoit en face d'elle et saisit le cahier, qu'elle feuillette avec conviction, tournant rapidement les pages pour trouver les jours qui l'intéressent. Sur les pages qui défilent, on aperçoit du bleu, du noir, du rouge, des flèches, des ratures, du blanco, des colonnes barrées, des lignes qui se chevauchent : ces annotations, qui semblent à première vue anarchiques, font sens pour la psychiatre, qui note à côté de certains rendez-vous des indications, tout en discutant avec Isabelle\*. Cette dernière parcourt pendant ce temps son cahier d'appels pour vérifier si elle doit lui communiquer de nouvelles demandes de consultations. Contrairement à de nombreux services qui utilisent un logiciel permettant aux secrétaires médicales de programmer directement des consultations, sur la base de créneaux choisis par les médecins, Isabelle\* doit consulter la psychiatre pour chaque demande. Ce choix, qui semble « préhistorique » pour beaucoup de secrétaires, est justifié par la psychiatre par une très grande spécificité des patient·es dont elle s'occupe, qui connaissent des situations de vie précaires et doivent faire l'objet d'une réflexion particulière quant à la programmation de leurs rendez-vous.



Une autre raison à cette organisation basée sur des supports en papier est liée à la création récente du poste d'Isabelle\*, il y a deux ans. Avant, il n'y avait pas de secrétaire, et la psychiatre gérait seule ce même agenda papier. La collaboration entre les deux femmes est encore en construction.

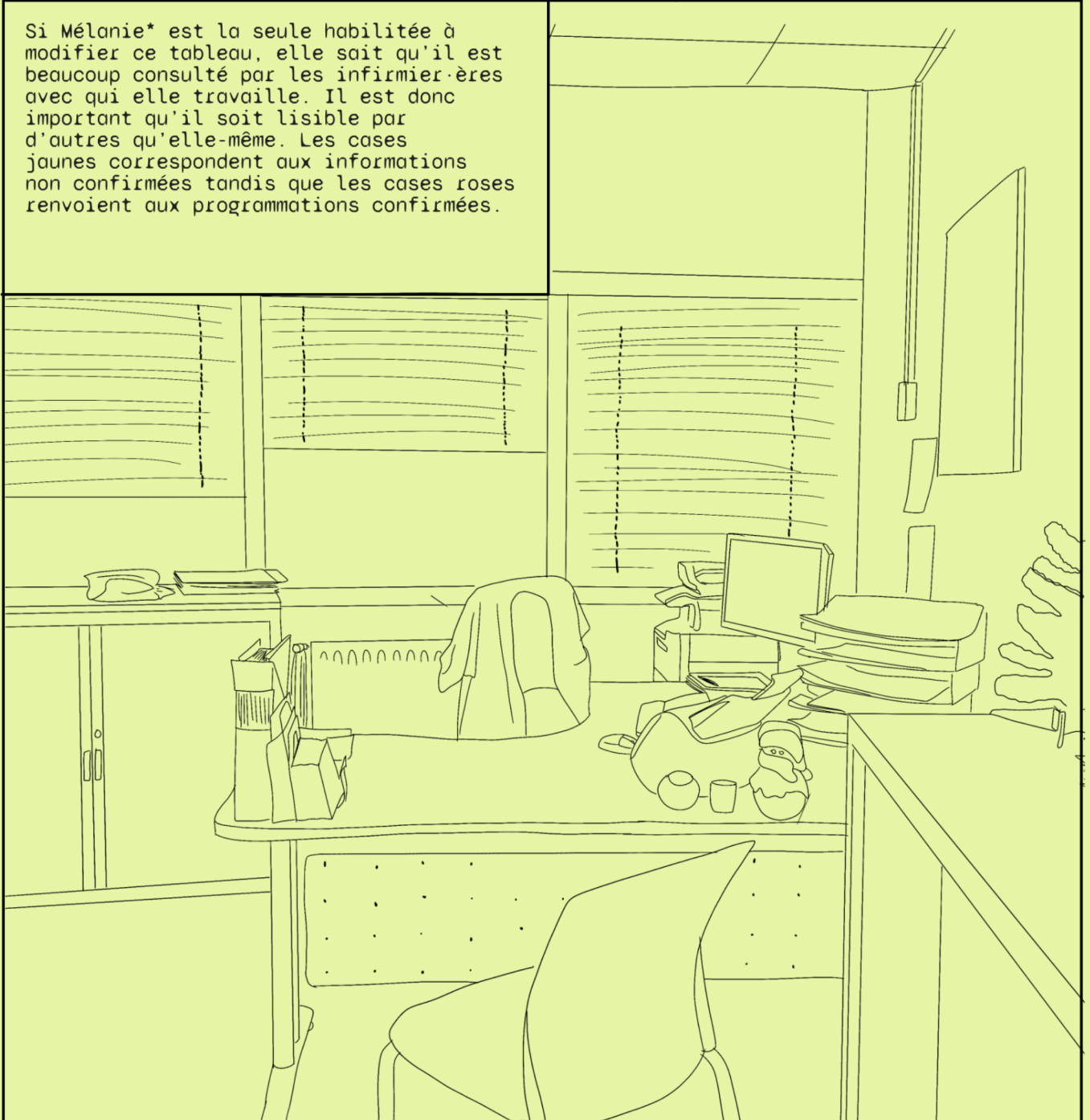






Sur l'écran de droite, Mélanie\* navigue avec habileté entre différents onglets : le logiciel de prise de rendez-vous, le dossier patient informatisé, ses boîtes mails, l'intranet de l'hôpital, etc. Son regard virevolte sur ses différents écrans et témoigne de la complexité des tâches qu'elle accomplit : plus la programmation dont elle s'occupe est épineuse, plus elle ouvre d'onglets.

Si Mélanie\* est la seule habilitée à modifier ce tableau, elle sait qu'il est beaucoup consulté par les infirmier·ères avec qui elle travaille. Il est donc important qu'il soit lisible par d'autres qu'elle-même. Les cases jaunes correspondent aux informations non confirmées tandis que les cases roses renvoient aux programmations confirmées.



# Collaborations. La fabrique des compte-rendus médicaux

Il existe une multitude de documents qui circulent dans un hôpital, dont une grande partie n'est que peu utilisée par les secrétaires médicales. Dans les secrétariats, un type de document est néanmoins omniprésent : les comptes-rendus médicaux. Ces documents font l'objet d'une grande diversité graphique, qui met au jour les différentes pratiques collaboratives entre médecins et secrétaires médicales, notamment dans la production de ces documents : des comptes-rendus plus ou moins longs et denses selon les spécialités ; des textes maillés ou non de fautes de frappe et d'orthographe ; des mises en gras ou en italique obéissant à des codes orthotypographiques changeants ; des encarts administratifs entourés de filets noirs ou laissés à nu ; des cadres de présentation du service hospitalier tantôt longs et positionnés en tête de page, tantôt réduits et relégués sur le côté ; une typographie changeante d'une version à l'autre ; l'usage variable de l'impression couleur ; des signatures manuscrites ou numériques ; des courriers pliés à la main ou à la machine, etc.

Si ces documents sont particulièrement présents dans les secrétariats, c'est parce qu'ils ont la particularité d'être tournés vers l'extérieur de l'hôpital : ils ne sont pas produits pour un usage interne à une équipe de travail, mais à destination de professionnel·les extérieur·es à l'établissement, mais aussi aux patient·es.

Tout commence souvent avec un·e médecin. À la sortie d'une consultation, d'une hospitalisation ou d'un acte technique, il lui revient de produire une première trace : dictée orale, notes rapides, texte structuré dans le dossier patient informatisé, ou encore remplissage de champs standardisés. Ce premier matériau n'est pas encore un document fini. Il est incomplet, parfois désordonné, souvent pris dans l'urgence du soin. Il contient des informations essentielles – diagnostic, observations, traitement – mais il reste en attente de mise en forme.

C'est à ce moment que les secrétaires médicales interviennent. Leur travail consiste à transformer ces fragments en un document finalisé. Cette transformation engage une série d'opérations : écouter, frapper et relire les dictées, corriger les fautes de frappe, harmoniser la terminologie, vérifier les noms propres, compléter les informations manquantes, insérer des éléments issus de modèles de documents, adapter la structure aux normes du service, et préparer l'envoi. Ce travail repose sur une connaissance très fine des médecins avec lesquels elles travaillent. Les secrétaires savent reconnaître une manière de dicter, anticiper les habitudes rédactionnelles, identifier les formulations récurrentes, parfois même deviner les erreurs avant qu'elles n'apparaissent.

Mais cette collaboration est loin d'être homogène. Elle dépend fortement des services, des spécialités et des individus. Certains médecins délèguent largement la rédaction finale et valident rapidement les documents produits par les secrétaires. D'autres, au contraire, reprennent systématiquement les textes, modifient les formulations, ou exigent un contrôle étroit sur la forme finale. De nombreuses configurations intermédiaires existent aussi.

Les outils numériques jouent un rôle structurant dans ce travail de collaboration. Les logiciels comme le dossier patient informatisé organisent la circulation des documents en plusieurs étapes : dicté, à compléter, à valider,

signé, envoyé. Ces catégories donnent une apparence de linéarité au processus, mais elles ne décrivent pas réellement la diversité des pratiques. Dans les faits, la collaboration nécessaire à la production de tels documents repose sur différents facteurs techniques et organisationnels.

Par exemple, l'utilisation de lettres types organise en amont l'écriture des comptes-rendus médicaux. Elles standardisent la mise en page, automatisent l'insertion de certaines données et permettent une production rapide des documents. Derrière cette uniformité graphique, les secrétaires médicales ajustent, corrigent et adaptent continuellement ces trames aux situations cliniques et aux usages propres à chaque service.

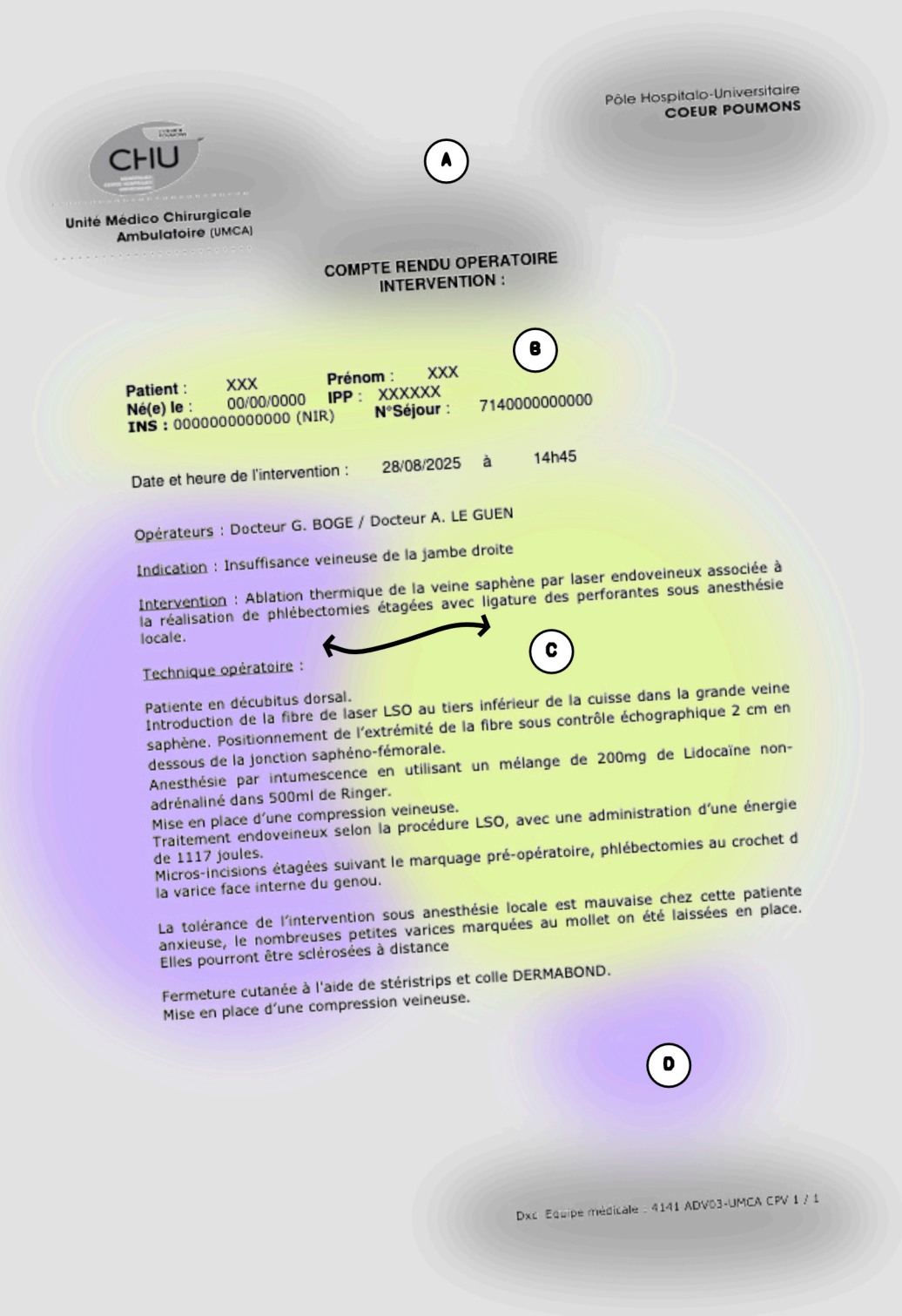
La connaissance des contraintes techniques de l'adressage des courriers (normes orthotypographiques, annuaires de médecins, logiciels d'impression et de publipostage, etc.) fait également partie des missions des secrétaires : elles corrigent les dysfonctionnements quotidiens liés aux rejets éditiques.

Enfin, la signature des comptes-rendus constitue une étape décisive de leur validation juridique et de leur circulation. Désormais largement électronique, elle repose sur une chaîne technique qui remplace progressivement le geste manuscrit. Derrière cette validation numérique, les secrétaires jouent un rôle de suivi, de relance et de coordination, tout en laissant parfois des traces discrètes de leur participation à travers l'annotation de leurs initiales.

Le compte-rendu médical est donc un produit fini qui n'existe pas sans une chaîne d'opérations où se mêlent écriture, correction, validation et envoi. Cette chaîne ne repose pas sur une division du travail strictement formalisée, mais sur un ensemble d'ajustements pratiques, souvent invisibles, qui assurent la continuité du système.

---

Les schémas présentés sur les pages suivantes analysent la fabrication de quatre comptes-rendus médicaux, en deux volets : à gauche, la décomposition graphique de chaque type de compte-rendu permet d'identifier les acteur-ices qui prennent part à leur production. À droite, cette décomposition est complétée par la description de la « chaîne de production » de ces documents, en identifiant différentes actions et les acteur-ices qui y prennent part.



Médecins

AMA

Automatisé

Autres  
professionnel·les




Collaborations

## Compte-rendu opératoire – UMCA

|    | <i>Acteurs</i>   | Actions   |
|----|--|---|
| 1  | DxCare – Microsoft Word  | Les lettres-type sont conçues à partir de la charte graphique de l'établissement et mises à jour par une AMA                                  |
| 2  | <i>Services informatiques</i>                                  | Mise à jour de la base de données SQL (annuaire de médecins)  |
| 3  | <i>Médecin</i><br>DxCare – Dictaphone                          | Le médecin dicte le compte-rendu de l'opération   |
| 4  | AMA<br>DxCare Microsoft Word                                   | L'AMA génère une lettre-type, puis elle utilise des raccourcis pour insérer des blocs de texte pré-rédigés.                                   |
| 5  | AMA<br>DxCare Microsoft Word                                   | L'AMA saisie et/ou vérification des informations administratives sur le document  |
| 6  | AMA<br>DxCare Microsoft Word – Pédale de frappe – Casque audio | L'AMA frappe le compte-rendu opératoire   |
| 7  | AMA<br>DxCare Microsoft Word                                   | L'AMA corrige et met en forme le compte-rendu opératoire  |
| 8  | AMA<br>DxCare Microsoft Word                                   | L'AMA saisit les médecins destinataires du courrier   |
| 9  | <i>Médecin</i><br>DxCare Microsoft Word                        | Le médecin signe le document par voie numérique   |
| 10 | AMA<br>DxCare Microsoft Word                                   | L'AMA verrouille et envoie le compte-rendu opératoire (fonction "envoyé-verrouillé"). Une fois verrouillé, le courrier n'est plus modifiable. |
| 11 | Planet Press – Enveloppes – Documents imprimés                 | Le courrier est imprimé « prêt à poster » via le logiciel Planet Press  |
| 12 | <i>Service du courrier</i><br>Enveloppes – Documents imprimés  | Le courrier est posté   |

# Lettre de sortie – Urgences

Préle Hospitalo-Universitaire  
**URGENCES**



**CHU**  
MONTPELLIER  
CENTRE HOSPITALIER  
UNIVERSITAIRE

« TITRE » « PRENOM » « NOM »  
« RUE1 »  
« RUE2 »  
« CODEPOST » « VILLE »

---

**Service de Médecine d'Urgence**

HÔPITAL LAPEYRONIE  
371, avenue du Doyen  
Gaston Graud  
34295 Montpellier Cedex 5

**Document en attente de validation**  
(merci de retirer cette ligne après la signature du médecin)

**LETTRE DE SORTIE**

**CHU**  
Chef de Service  
Professeur Xavier BOBBIA  
Secrétariat : 04 67 33 95 05  
04 67 33 79 74  
Télécopie : 04 67 33 02 32

Adjointe au Chef de Service  
Dr Cécile AUDRY

Responsable Urgences Adultes  
Lapeyronie  
Dr Bruno LEHODEY

Responsable Urgences Tête et cou  
Dr Jean-François VIGNEAU  
Secrétariat : 04 67 33 77 90

Responsable Unité d'Hospitalisation  
de Courte durée  
Dr Rosalbanne PEPIN

Responsable Samu Centre de  
Régulation des appels au 15  
Dr Céline GARNIER

Responsable SMUR Service Mobile  
d'Urgence et de Réanimation  
Dr Magali COTIN

Responsable SSE Situations  
Sanitaires Exceptionnelles  
Dr Damien PERIER

Responsable Centre d'Enseignement  
des Soins d'Urgence (CESU)  
Dr Blaise DESBEN  
Secrétariat : 04 67 33 89 01

**PRENOM :** YY  
**Né(e) le :** 00/00/0000

**N NAISSANCE :** XX  
**N USAGE :** XX

**Sexe :** X  
**NIR :** **B**

**IPP :** X  
**N° séjour :** X  
**Séjour CHU du :** 27/05/2024  
**Au :** 27/05/2024

**Mode d'entrée CHU :** Avec passage accueil urgences du site  
**Mode de sortie CHU :** Domicile  
**Etablissement :** HOPITAL LAPEYRONIE  
**Service :** URG ADULTE LAP  
Montpellier, le lundi 27 mai 2024

Cher confrère,  
M. XX YY, né(e) le 00/00/0000 âgé(e) de XX ans a été admis(e) aux URG ADULTE LAP le lundi 27 mai 2024.  
M. XX s'est présenté(e) pour

**ANTECEDENTS :**  
Les antécédents médicaux : **C**  
Les antécédents chirurgicaux :  
Les antécédents familiaux :  
Antécédents psychiatriques (ATCD) :  
Pas d'allergies médicamenteuses.

Dxc Equipe médicale : 1360 URG ADULTES ACCUEIL 1 / 3

|                          |                 |          |
|--------------------------|-----------------|----------|
| NOM : XX                 | PRENOM : YY     | Sexe : X |
| Né(e) le : 01/10/1980    | IPP : 000000000 |          |
| N° de séjour : 000000000 |                 |          |

Le patient n'a pas d'allergies non médicamenteuses.

Le traitement habituel du patient est :

**OBSERVATION MEDICALE :**

**EXAMEN CLINIQUE DU JOUR :**

Vous trouverez ci-joints les résultats des examens complémentaires pratiqués :

**RÉSULTATS BIOLOGIQUES :**

**RÉSULTATS D'IMAGERIE :**

**RÉSULTATS COMPLÉMENTAIRES :**

**CONCLUSION DE LA DEMANDE D'AVIS :**

**EVOLUTION DE LA PRISE EN CHARGE**

**CONCLUSION DE LA PRISE EN CHARGE :**

**DIAGNOSTIC PRINCIPAL RETENU :**

Fin de prise en charge médicale aux Urgences : 27/05/2024 23:00

Le patient a pu regagner son domicile avec un traitement adapté.

Nous lui conseillons également de vous revoir afin de contrôler son évolution.

Nos confrères ne manqueront pas de vous tenir informé de son évolution.

Nous vous prions de recevoir nos sentiments confraternelles les meilleurs.

Dr ZZ ZZZ **D**

**VOUS SOUHAITEZ JOINDRE LE MEDECIN D'ACCUEIL DES URGENCES OU POUR TOUTE AUTRE INFORMATION COMPOSEZ LE NUMERO DU SECRETARIAT LAPEYRONIE : 04 67 33 95 00 GUI DE CHAULIAC : 04 67 33 77 90**

Afin d'accéder à vos imageries, vous trouverez ci-dessous la démarche à suivre :  
Flashez ce QR code :

Dxc Equipe médicale : 1360 URG ADULTES ACCUEIL 2 / 3

Médecins

AMA

Automatisé


Autres  
professionnel·les

↔  
Collaborations

## Lettre de sortie – Urgences

|   | <i>Acteur-ices</i>   | Actions  |
|---|--|--|
| 1 | DxUrgences - Microsoft Word  | Les lettres-type sont conçues et mises à jour à partir de la charte graphique de l'établissement   |
| 2 | <b>Médecin</b><br>DxUrgences   | Le médecin remplit le Résumé de Passage aux Urgences (RPU) et le questionnaire de sortie   |
| 3 | <b>AMA</b><br>DxUrgences   | L'AMA complète le RPU et le questionnaire de sortie  |
| 4 | <b>Médecin</b><br>DxUrgences   | La lettre de sortie est générée par le médecin à partir du RPU sur une lettre-type   |
| 5 | <b>AMA</b><br><br>DxUrgences - Microsoft Word  | L'AMA relit et corrige la lettre de sortie en intervenant sur les éléments suivants : destinataire (patient, copie au médecin traitant), Genre du patient, Fautes de frappe, suppression de la section pour les initiales des médecins et AMA, modification des coordonnées du médecin signataire si besoin, justification du document |
| 6 | <b>AMA</b><br>DxUrgences - Microsoft Word - Imprimante - Documents imprimés - Pochettes cartonnées | Les courriers sont imprimés et rangés dans les pochettes à remettre aux patient·es   |
| 7 | <b>AMA – Médecin</b><br>Pochettes cartonnées - Documents imprimés                                  | La pochette contenant la lettre de sortie est remise en main propre aux patient·es   |

PÔLE BIOLOGIE-PATHOLOGIE



**SERVICE DE GÉNÉTIQUE MOLECULAIRE ET CYTOGENOMIQUE**  
**LABORATOIRE DE GÉNÉTIQUE MOLECULAIRE DE MALADIES RARES**  
 Dr M. COSSEE  
**Site unique de Biologie R+3**  
 371 Avenue du Doyen Gaston Giraud 34295 Montpellier cedex 5  
 ☎0467333363 📠0467333364 📧LBM-GENEMOL-SECRETAIRES@chu-montpellier.fr

**A**

**Né (e) :**  
 Date de Naissance :  
 IEP  
 Indication : Ataxies-ND

**B**

**Docteur Fanny DUVAL**  
 Service de Neurologie  
 CHU de Bordeaux - GH Pellegrin  
 Place Amélie Raba-Léon  
 33076 BORDEAUX Cedex

Sexe : Fem  
 IPP

Prélèvement du : 09/04/2024  
 Nature du prélèvement : Sang  
 Numéro du prélèvement : CSG2

Enregistrement du : 11/04/2024  
 Edition du : 29/08/2025 13:37  
 Numéro de Famille : ATX

**Diagnostic de CANVAS par biologie moléculaire**  
*Etude complémentaire : recherche de mutations ponctuelles sur le gène RFC1*

**Indication :** Diagnostic. Patiente porteuse d'une expansion de penta-nucléotide AAGGG à l'état mono allélique dans l'intron 2 du gène RFC1 (cr 05/07/2024).

**Méthodes :**

- Analyse par PCR avec "Repeat Primer" (RP-PCR) dans l'intron 2 du gène RFC1 (NM\_01363496) (Cortese et al., Nature Genetics 2019; 51:649-658.) et électrophorèse sur séquenceur ABI3500 et analyse des fragments à l'aide du logiciel Gene Mapper. L'analyse par RP-PCR est réalisée par trois PCR indépendantes utilisant des amorces distinctes correspondant à chacun des trois types de répétitions (AAAAG, AAAGG, AAGGG). Les expansions AAGGG homozygotes (400 à 2000 répétitions) ont été identifiées comme motif pathogène principal responsables du Syndrome d'Ataxie Cérébelleuse avec Neuropathie et Aréflexie Vestibulaire (CANVAS) (Cortese et al. 2019). Les motifs AAAAG, AAAGGG et AAGAG sont considérés comme non pathogènes à ce jour (Cortese et al. 2019; Dominik et al. 2023). Des données récemment publiées ont décrit 3 nouveaux motifs pathogènes : AGGGC (n=6); AAGGC (n=2) et AGAGG (n=1) associé à un à l'état homozygote ou hétérozygote avec le motif classique AAGGG dans le syndrome de CANVAS. Ces motifs ne sont pas recherchés en 1<sup>re</sup> intention. Le motif AAAGG pourrait être considéré comme pathogène associé à l'état hétérozygote composite AAAGG/AAGGG dès lors que le motif AAAGG est répété plus de 250 fois (en moyenne 600 fois) (Dominik et al. 2023).
- Amplification de la répétition du penta-nucléotide du gène RFC1 (NM\_01363496) par PCR longue (Phusion Flash High Fidelity PCR, ThermoFisher) et visualisation par BET des fragments d'ADN sur gel d'agarose. Les tailles de répétitions inférieures à 200 répétitions sont considérées comme normales) (Cortese et al. 2019)
- Séquençage Sanger des 25 exons et des jonctions Exon/intron du gène RFC1 (NM\_01363496) par PCR longue (Big Dye Terminator, Séquence Analysis, 4Peaks, Seqscape ABI3500) ; nomenclature selon les recommandations internationales / HGVS avec A du codon d'initiation = 1

**Résultats :**

**Présence d'une seule expansion de penta-nucléotide AAGGG dans l'intron 2 du gène RFC1.**  
**Présence de l'amplification d'un fragment d'environ 800pb en PCR longue correspondant à une expansion du motif (AAAAG).**  
 De nombreux polymorphismes ont été identifiés mais aucune mutation pathogénique évidente n'a été détectée dans les régions explorées.

**Conclusion :**

**Ces résultats ne confirment pas le diagnostic de CANVAS par expansion bi allélique de penta-nucléotides AAGGG ou hétérozygotie composite (expansion AAGGG / mutation ponctuelle) dans le gène RFC1 chez [patient], avec une probabilité de 99% à l'état actuel des connaissances.**

Nous restons à votre disposition pour discuter de ce dossier.

Pr Michel KOENIG

ATTENTION : Résultat strictement confidentiel ne pouvant être communiqué qu'au patient dans le cadre d'une consultation génétique. Toute analyse de génétique moléculaire comporte un risque d'erreur qui doit être expliqué au patient et accepté. La précision des résultats dépend de l'état des connaissances et des techniques utilisées.

ALET CHRISTINE 31/03/1945 - CSG242305

Médecins

AMA

Automatisé

Autres  
professionnel-les

↔

Collaborations

## Compte-rendu d'analyse biologique - IURC

|   | <i>Acteurs</i>  | Actions ?  |
|---|---|--|
| 1 | DevGen - Microsoft Word   | Les lettres-type sont conçues à partir de la charte graphique de l'établissement et mises à jour par une AMA                       |
| 2 | <b>Médecin - Technicien·nes de laboratoire</b><br>DevGen - Microsoft Word | Le compte-rendu d'analyse est rédigé par un·e technicien·ne ou un·e biologiste   |
| 3 | AMA<br>DevGen - Microsoft Word  | L'AMA relit et corrige le compte-rendu d'analyse   |
| 4 | <b>Médecin</b><br>DevGen - Microsoft Word                                 | Le médecin sénior et le médecin junior signent le document par voie numérique  |
| 5 | AMA<br>DevGen - Microsoft Word - Dossier papier - Documents imprimés      | L'AMA s'assure que le CR a été copié dans le dossier patient papier et numérique   |
| 6 | AMA<br>Enveloppes - Documents imprimés                                    | L'AMA envoie les comptes-rendus d'analyse par voie postale   |
| 7 | <b>Service du courrier</b><br>Enveloppes - Documents imprimés             | Les courriers sont postés  |
|   |   | Le délai maximum de traitement de la demande entre la réception de l'échantillon et la communication des résultats est de 8 jours. |

**CHU**

**Département de Dermatologie**

HOPITAL SAINT ELOI  
80, rue Augustin Fliche  
34295 Montpellier Cedex 5  
Coordonnateur de Département  
Professeur Olivier DEREURE

**Dermatologie générale**  
Pr Didier BESSIS  
Pr Olivier DEREURE  
Pr Laurent MEUNIER

Dr Florence AMELOT  
Dr Dorian BELAKEBI  
Dr Aurélie DU-THANH  
Dr Jacqueline FABRE  
Dr Marie FABRE  
Dr Céline GIRARD  
Dr Manon GIROD  
Dr Anouk LAMOUREUX  
Dr Candice LESAGE  
Dr Laura POUJADE  
Dr Maeva RODRIGUEZ  
Rendez-vous : 04-67-33-69-06  
Fax : 04-67-33-69-58

**Allergologie**  
Dr Jean-Luc BOURRAIN  
Dr Aurélie DU-THANH  
Dr Nadia RAISON-PEYRON  
Rendez-vous 04-67-33-69-06  
Accueil 04-67-33-75-80

**Centre de Référence des Maladies Rares de la Peau et des Muqueuses d'origine génétique - MAGEC**  
Pr Didier BESSIS  
Dr Laura POUJADE  
Rendez-vous : 04-67-33-69-06

**Photothérapie dynamique**  
Dr Andreea KOLONTE  
Rendez-vous : 04-67-33-69-04

**Photothérapie**  
Dr Eric PICOT  
Rendez-vous : 04-67-33-69-52

**Unité de Chirurgie Dermatologique**  
Dr D. BELAKEBI Dr V. BLATIERE  
Dr M. FABRE Dr C. GIRARD  
Dr M. GIROD Dr C. LESAGE  
Dr M. RODRIGUEZ Dr E. SCHWOB  
Rendez-vous : 04-67-33-69-49

**Lasers**  
Dr Diane LABAU DONNET  
Dr Sandrine MESTRE-GODIN  
Dr Laura POUJADE  
Dr Emilie SCHWOB  
Rendez-vous : 04-67-33-69-06

**Psychologues**  
Florence GREAUME- Amélie JEANMAIRE  
04-67-33-01-62

**Cadres de Santé**  
Caroline CAVALLER  
04-67-33-69-43  
Corinne JOLY  
04-67-33-69-46

**Secrétariats** 04-67-33-69-06  
**Consultations**  
dermato@chu-montpellier.fr  
**Hospitalisation de jour**  
sechj-dermato@chu-montpellier.fr  
**Hospitalisation complète**  
sechc-dermato@chu-montpellier.fr

Pôle Hospitalo-Universitaire  
**CLINIQUES MÉDICALES**

**B**

«TITRE» «PRENOM» «NOM»  
«RUE»  
«RUE1»  
«RUE2»  
«CODEPOST» «VILLE»

**Document en attente de validation**

(merci de retirer cette ligne après la signature du médecin)

**COMPTE-RENDU DE CONSULTATION**

**N NAISSANCE:** G **PRENOM :** C  
**N USAGE :** **Né(e) le :**  
**Sexe :** Féminin **NIR :** 275074700102260  
**IPP :**  
**Date de consultation :** 12/12/2023  
.../... Montpellier, le jeudi 25 janvier 2024

né(e) le

**Destinataire principal :**  
**Copie(s) :**

Le délai pour obtenir un rendez-vous en consultation est long. Pour les consultations de suivi régulier, nous vous conseillons de prendre le rendez-vous au plus tôt dès la réception de ce courrier ou à l'issue de la consultation. Sauf motif particulier ou urgent, aucun rajout de consultation ne pourra être fait. Aucun renouvellement d'ordonnance ne sera fait en dehors des consultations.

La prise en charge en ALD (100%) n'implique pas systématiquement un transport taxi ou VSL. Pour les consultations, des bons de transport pour taxi ou VSL seront délivrés **uniquement en cas d'ALD avec déficience ou incapacité ne permettant pas au patient de se déplacer seul.**

En cas de transport taxi ou VSL au-delà de 150 km, une entente préalable devra être remplie par votre médecin traitant à votre CPAM au moins 15 jours avant le rendez-vous.

Dxc Equipe médicale : 0677 DERMATO ALLERGO CS 1 / 1

Médecins

AMA

Automatisé

Autres  
professionnel-les

↔  
Collaborations

## Compte-rendu de consultation – Dermatologie

|    | <i>Acteur-ices</i>   | Actions |  |  |
|----|--|---------|--|--|
| 1  | DxCare - Microsoft Word  | A B     | Les lettres-type sont conçues et mises à jour à partir de la charte graphique de l'établissement et mises à jour par les AMA                         |  |
| 2  | <i>Services informatiques</i>                                    | B       | Mise à jour de la base de données SQL (annuaire de médecins)   |  |
| 3  | <i>Médecin</i><br>DxCare - Dictaphone                            | D       | Le médecin dicte le compte-rendu de consultation   |  |
| 4  | Zenidoc  | D       | Le compte-rendu de consultation est retranscrit par un outil de reconnaissance vocale  |  |
| 5  | AMA<br>DxCare - Microsoft Word                                   | D       | L'AMA crée un nouveau document via une lettre-type   | L'AMA crée un nouveau document via une lettre-type |
| 6  | AMA<br>DxCare - Microsoft Word - pédale de frappe - casque audio | D       |  | L'AMA frappe le compte-rendu de consultation       |
| 7  | AMA<br>DxCare - Microsoft Word - Zenidoc                         |         | L'AMA corrige et met en forme le compte-rendu de consultation  | L'AMA met en forme le compte-rendu de consultation |
| 8  | AMA<br>DxCare - Microsoft Word                                   | C       | L'AMA saisie et/ou vérification les informations administratives sur le compte-rendu de consultation   |  |
| 9  | AMA<br>DxCare - Microsoft Word                                   | C       | L'AMA saisie ses initiales sur le document   |  |
| 10 | AMA<br>DxCare - Microsoft Word - Google                          | C       | L'AMA saisit les médecins destinataires du courrier  |  |
| 11 | <i>Médecin</i><br>DxCare   |         | Le médecin signe le compte-rendu de consultation par voie numérique  |  |
| 12 | AMA<br>DxCare  | E       | L'AMA verrouille et envoie le compte-rendu de consultation (fonction « envoyé-verrouillé »). Une fois verrouillé, le courrier n'est plus modifiable. |  |
| 13 | Planet Press - Enveloppes - Documents imprimés                   |         | Le document est imprimé « prêt à poster » via le logiciel Planet Press   |  |
| 14 | <i>Service au courrier</i><br>Enveloppes - Documents imprimés    |         | Le courrier est posté  |  |

# Interruptions et continuités de la charge mentale

Dans les secrétariats médicaux, l'interruption n'est pas un accident : c'est une contrainte quotidienne du travail.

Une secrétaire commence à programmer un rendez-vous, le téléphone sonne. Elle décroche, prend des notes, raccroche, regarde à nouveau son écran. Un médecin entre et demande un document urgent. Une patiente attend au guichet. Un mail arrive. La tâche initiale disparaît momentanément, puis réapparaît quelques minutes plus tard. Le travail progresse par fragments.

Cette organisation produit une forme particulière de charge mentale. Il ne s'agit pas seulement de faire, mais de penser en permanence ce qu'il reste à faire : garder en tête plusieurs dossiers, anticiper les prochaines étapes, hiérarchiser les urgences. Ce travail prolonge des formes de charge mentale bien connues dans la sphère domestique. Ce lien s'est historiquement construit sur un glissement de qualités « féminines » jugées naturelles, depuis l'espace domestique vers le travail de bureau : patience, politesse, soin du détail. Cette assignation de genre s'est faite dans un contexte de segmentation du travail de bureau entre postes masculins d'encadrement et postes féminins d'exécution. Cette dynamique se prolonge aujourd'hui : la sociologue Christelle Avril explique que le secrétariat « participe d'une division sexuelle et sociale du travail où certaines catégories de femmes se voient assigner des tâches de service et de soutien, souvent invisibles, qui consistent à prendre soin du bon déroulement du travail des autres<sup>1</sup> ». Cette naturalisation, en rabattant les compétences professionnelles sur des dispositions « féminines » supposées, contribue à l'invisibilisation du savoir-faire spécifique de ces métiers.

À l'hôpital, les secrétaires absorbent ainsi les interruptions qui pourraient perturber d'autres professionnel·les : les retards, les petites erreurs, les imprévus, les demandes urgentes. Cette position n'est pas neutre : elle s'inscrit dans une organisation où tout le monde n'est pas interrompu de la même manière. Un médecin peut interrompre une secrétaire pour obtenir immédiatement une information ou un document ; l'inverse est beaucoup plus rare.

Les interruptions prennent des formes variées. Certaines sont relationnelles : un·e médecin qui parle sans attendre la fin d'un appel, un·e patient·e qui arrive au guichet. D'autres passent par des objets : téléphone ou mails. D'autres encore sont liées au flux continu des patient·es, qui impose un rythme soutenu sans véritable pause. À cela s'ajoutent des interruptions liées aux problèmes rencontrés dans les tâches elles-mêmes : une information manquante, un doute sur un dossier, une incohérence à vérifier.

Face à cette multiplicité, les secrétaires apprennent à maintenir plusieurs « lignes de travail » en parallèle, à suspendre une action sans la perdre, à revenir rapidement à une tâche interrompue. Cette compétence repose en grande partie sur une organisation matérielle du travail. La mémoire est inscrite dans les objets : un carnet où l'on note rapidement d'une information transmise au téléphone, un mail laissé non ouvert pour signaler une tâche en attente, une pile de documents qui matérialise ce qu'il reste à faire. Contrairement à d'autres métiers de bureau, il n'existe pas toujours de liste

<sup>1</sup> Avril, Christelle. 2019. « Secrétaires, des domestiques comme les autres ? » *Mélanges de l'École française de Rome - Italie et Méditerranée modernes et contemporaines*, n° 131-1: 131-1.

unique de tâches : la « to do list » est éclatée dans l'ensemble de ces supports.

Les post-its jouent ici un rôle particulier. Ils permettent de fixer une demande urgente, de transmettre une information, de déléguer une tâche. Ils sont à la fois des rappels et des relais entre collègues. Mais ils peuvent aussi s'accumuler, notamment en cas d'absence, transformant le bureau en espace saturé de demandes différées.

D'autres dispositifs sont collectifs. Un trieur peut servir à anticiper les rendez-vous à avancer en cas de désistement. Une liste imprimée permet de suivre les consultations de la journée. Des codes de couleur ou des annotations partagées facilitent la coordination entre secrétaires. Ces outils constituent une mémoire commune, indispensable pour assurer la continuité du travail malgré les interruptions.

Cette organisation matérielle s'accompagne d'un savoir-faire sensoriel. Les secrétaires apprennent à reconnaître une voix au téléphone, à détecter l'urgence dans une intonation, à repérer d'un coup d'œil un document important, à manipuler rapidement des piles de dossiers. Le travail engage le corps autant que l'esprit : écouter, voir, toucher, se déplacer, tout cela contribue à maintenir le fil de l'activité.

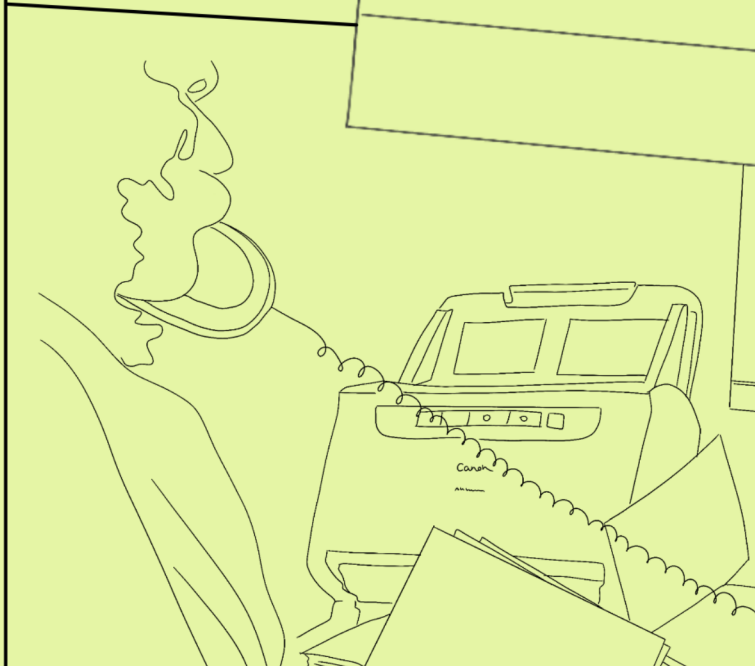
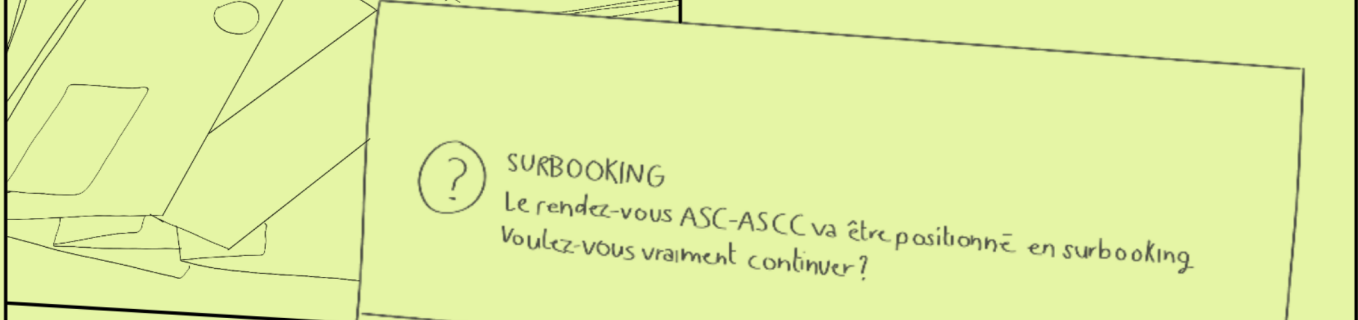
Mais cette compétence a un coût. L'environnement est souvent bruyant, saturé de sollicitations visuelles et sonores. Le téléphone devient le symbole de cette pression continue. Certaines secrétaires développent même des réflexes qui débordent du cadre professionnel, comme répondre « radiologie bonjour » sur leur téléphone personnel.

Lutter contre l'interruption ne consiste donc pas à la supprimer – elle est inévitable – mais à la rendre gérable. Cela passe par une organisation fine de l'espace, par des outils de mémoire adaptés, par une capacité à prioriser rapidement, et par une expérience qui permet d'anticiper les situations. Comprendre la culture de l'interruption, c'est ainsi reconnaître que le travail administratif ne se résume pas à une suite de tâches, mais à une capacité à maintenir un ordre dans un flux constamment perturbé.



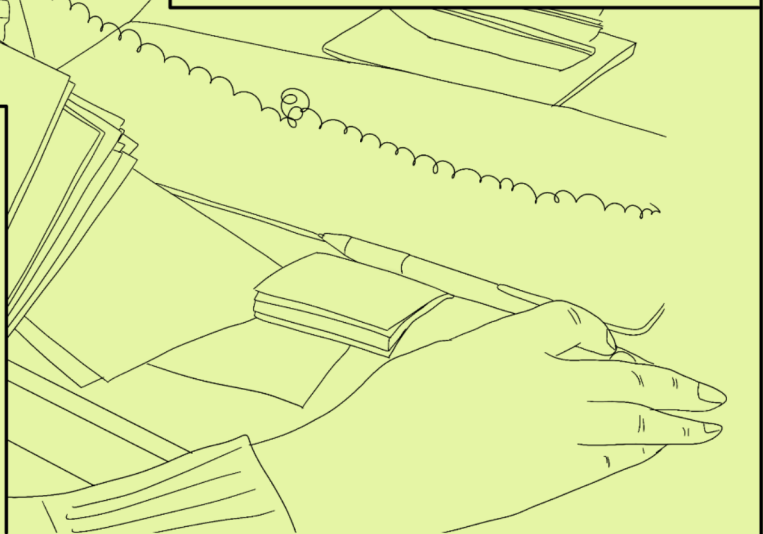


Le téléphone est en permanence décroché dans ce bureau : les secrétaires discutent entre elles et attendent que la personne décroche. Elles interrompent subitement la conversation pour reprendre la personne au bout du fil. Parfois, on ne sait plus qui parle à qui : est-ce qu'une secrétaire parle à un-e interlocuteur-ice au téléphone, à sa collègue ou bien parle-t-elle toute seule ? Pour tenter de gérer l'afflux d'appels, certaines ont trouvé une technique : elles décrochent les deux téléphones du bureau et mettent la personne qui appelle en attente, ce qui empêche le téléphone de sonner à nouveau jusqu'à ce qu'elles reprennent la personne en attente.



À 14h51 ce jour-là, tout déborde. Cinq patient-es se pressent devant le guichet, tandis qu'un médecin fait irruption pour savoir où est passé son patient. Le téléphone continue de sonner tandis que les secrétaires manient avec rapidité les différents onglets de leur écran d'ordinateur et les différents documents posés sur leur table ou bien sur leurs genoux.

Cette surcharge cognitive et sensorielle amène les secrétaires à adopter des réflexes dans leurs gestes qui les amènent à certaines déformations professionnelles. Sophie\* et Aya\* m'expliquent que parfois, elles répondent sur leur téléphone personnel comme au bureau - Radiologie bonjour ! -, ou bien répondent « Allo » à des patient-es en face d'elles. Une fois, Aya\* est allée chercher son fils à l'école avec son casque-micro encore posé sur la tête.



## Enquêtes et secrets. Comblent les blancs, discrètement.

Au quotidien, les secrétaires médicales sont confrontées à un paradoxe : elles sont à la fois chargées de rechercher l'information (une date de naissance, un identifiant, une adresse, etc.), mais aussi de protéger ces mêmes informations.

Les situations d'interaction avec les patient·es en donnent une première illustration. Lorsqu'elles répondent au téléphone à des personnes inquiètes ou impatientes d'obtenir leurs résultats, les secrétaires médicales doivent maintenir une ligne de conduite stricte : ne rien divulguer, tout en restant accessibles et rassurantes. Cette position paradoxale fait d'elles des « artisanes » du secret. Le secret se fabrique ainsi dans des gestes discrets : temporiser, reformuler, détourner, produire des réponses partielles.

Cette fabrication s'inscrit dans une position structurelle : celle d'un personnel situé à la lisière du secret. Les secrétaires sont à la fois proches des informations sensibles et exclues de leur pleine maîtrise. Là où les médecins disposent d'un droit de parole, elles sont tenues à un silence prescrit, qui suppose des compétences spécifiques : savoir ce qui peut être dit, à qui, dans quelles conditions. Ce silence n'est pas un vide, mais un savoir-faire.

Ce travail s'ancre dans une histoire longue du métier. L'étymologie même du terme « secrétaire », issue de *secretus* (« mettre à part »), souligne cette fonction de tri et de protection de l'information. Le secrétariat repose sur un paradoxe : il produit de l'écrit – potentiellement public – tout en garantissant sa confidentialité. Dans les organisations bureaucratiques, le secret structure les rôles et les appartenances ; il constitue aussi, pour les secrétaires, une forme de capital symbolique, au sens où il atteste de leur intégration à un collectif – celui de l'équipe de soin.

Cependant, ce rôle est fragilisé par leur statut de personnel « non soignant », qui invisibilise leur contribution à la gestion des données. Les dispositifs numériques contemporains, comme les plateformes de partage de données de santé, illustrent cette tension : les secrétaires en assurent concrètement le fonctionnement sans toujours disposer des droits d'accès nécessaires.

En pratique, le secret prend deux formes distinctes. Il existe d'abord un secret formel, encadré par des normes juridiques et techniques, notamment à travers l'identitovigilance. Celle-ci organise la fiabilité des identités à l'aide d'identifiants (NIP, INS) et de procédures strictes.

À partir de ce cadre formel se déploient des pratiques informelles de « distillation du secret ». Ces pratiques reposent sur une connaissance fine des situations et des relations : ne pas prononcer un nom au téléphone avant vérification, retourner des documents, prévenir l'arrivée d'un fax, adapter ses discours selon les interlocuteur·ices. Elles relèvent d'un apprentissage tacite et s'inscrivent dans une culture professionnelle historiquement associée à des qualités dites « féminines », comme la discrétion.

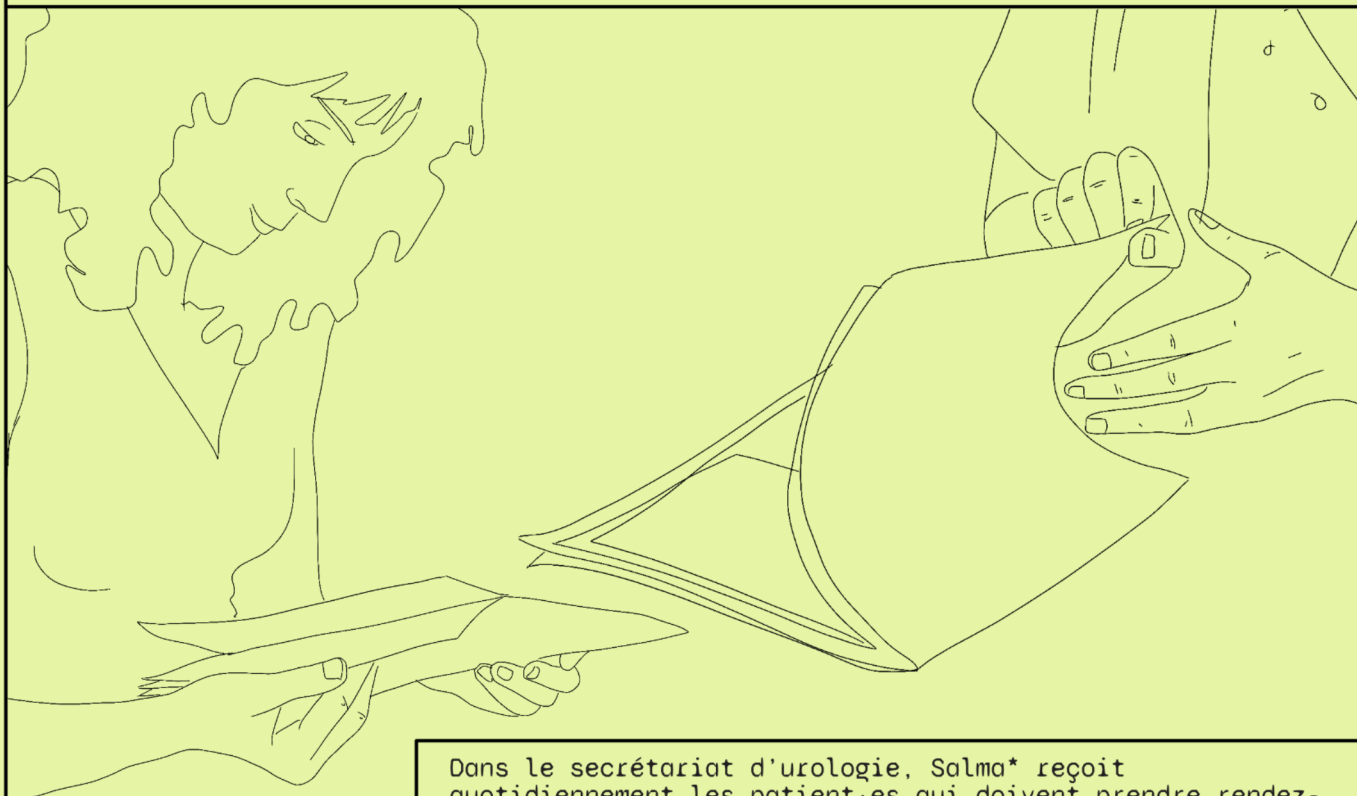
Le secret possède aussi une épaisseur matérielle. Il se loge dans les objets (bannettes, panneaux, enveloppes), les espaces (portes, guichets, bureaux), et les systèmes d'information (habilitations, logiciels). Il fragmente l'hôpital en zones plus ou moins accessibles et impose des arbitrages constants entre efficacité et confidentialité.

Le travail du secret est néanmoins souvent confronté à celui de l'enquête. En effet, une part importante de l'activité des secrétaires consiste à combler les « blancs » des dossiers : informations manquantes, incohérences, oublis. Ces situations déclenchent de véritables enquêtes, mobilisant différents supports (logiciels, archives, téléphone, collègues) pour reconstituer une information fiable. Ces enquêtes prennent des formes variées : vérifier la présence d'un-e patient-e pour la cotation, clôturer des dossiers aux urgences, retrouver l'origine d'un prélèvement anonyme, compléter des réquisitions judiciaires incomplètes.

Ce travail d'enquête est indissociable du secret. Chercher une information implique de savoir jusqu'où la faire circuler. Inversement, protéger une information suppose parfois de la reconstituer. Dans certaines situations, comme les saisies de dossiers en psychiatrie, cette articulation devient particulièrement visible : il faut extraire et transmettre des informations sensibles dans des délais contraints, en respectant des cadres juridiques complexes.

Finalement, le secret produit un paradoxe : il valorise celles et ceux qui le détiennent tout en rendant leur travail difficile à voir. Les secrétaires, essentielles à la circulation contrôlée des données, apparaissent ainsi comme des actrices essentielles, mais marginalisées de l'infrastructure hospitalière du secret.

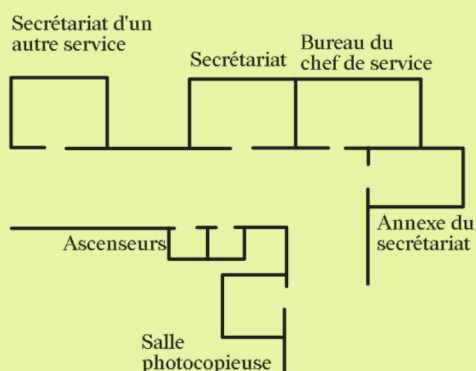
## Le patient et ses documents : une navigation tortueuse



Dans le secrétariat d'urologie, Salma\* reçoit quotidiennement les patient·es qui doivent prendre rendez-vous pour une nouvelle consultation. Dans de nombreux cas, les patient·es qui se présentent à elle savent à peine ce qu'ils font dans le service, le nom de leur médecin, leurs pathologies ou encore les interventions qu'ils ou elles ont subi. Pour comprendre pourquoi un·e patient·e se présente dans son bureau, Salma\* doit parfois procéder par une liste de questions bien rodée pour identifier au plus vite ce qu'elle doit faire : c'est qui votre médecin ? Vous venez pour quoi ? Le médecin vous a dit de prendre rendez-vous ? Lorsque les réponses sont trop floues, Salma\* se saisit des documents que les patient·es ont souvent en main pour récolter elle-même les informations dont elle a besoin.



## Le panneau mural



Plan d'un secrétariat de psychiatrie et ses alentours

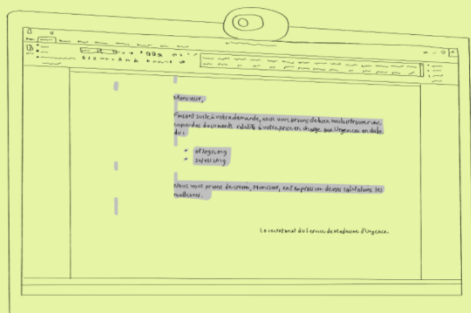


Derrière la porte du secrétariat, un panneau en métal est suspendu au mur, à l'abri des regards. Il permet de visualiser les mouvements des patient·es dans le service. Il y a 7 colonnes dans ce trieur : chacune correspond à un profil administratif de patient·es (Fugue, PSAD, ENTREE, DEM, PSDC, PSMU, PSUC, BSSH). Le panneau est garni de languettes cartonnées colorées : en jaune les SDT, en rouge les SDRE, en blanc les « libres ». Cet organisateur est une manière pour les professionnel·les du service de visualiser en un coup d'œil l'activité du service : qui entre, qui sort. Néanmoins, ce panneau, qui trouve un usage particulièrement pratique en étant positionné dans le secrétariat, un lieu de passage pour tous·tes les professionnel·les du service, est aussi un lieu de passage pour de nombreuses autres personnes - des patient·es, leurs proches, des personnes extérieures au service ou à l'établissement. Les secrétaires qui sont chargées de mettre à jour ce panneau, ont donc été confrontés à une difficulté majeure : comment rendre ce tableau à la fois accessible aux personnes qui ont le droit d'y accéder, sans pour autant l'afficher à la vue de tout le monde ? La solution qu'elles ont trouvée joue avec un objet particulièrement banal : la porte du secrétariat. Positionné juste derrière la porte, le panneau mural est donc à la fois tout près de l'entrée du secrétariat et à la fois dissimulé derrière une porte qui est la plupart du temps ouverte.

# Les « com de dossier » en psychiatrie

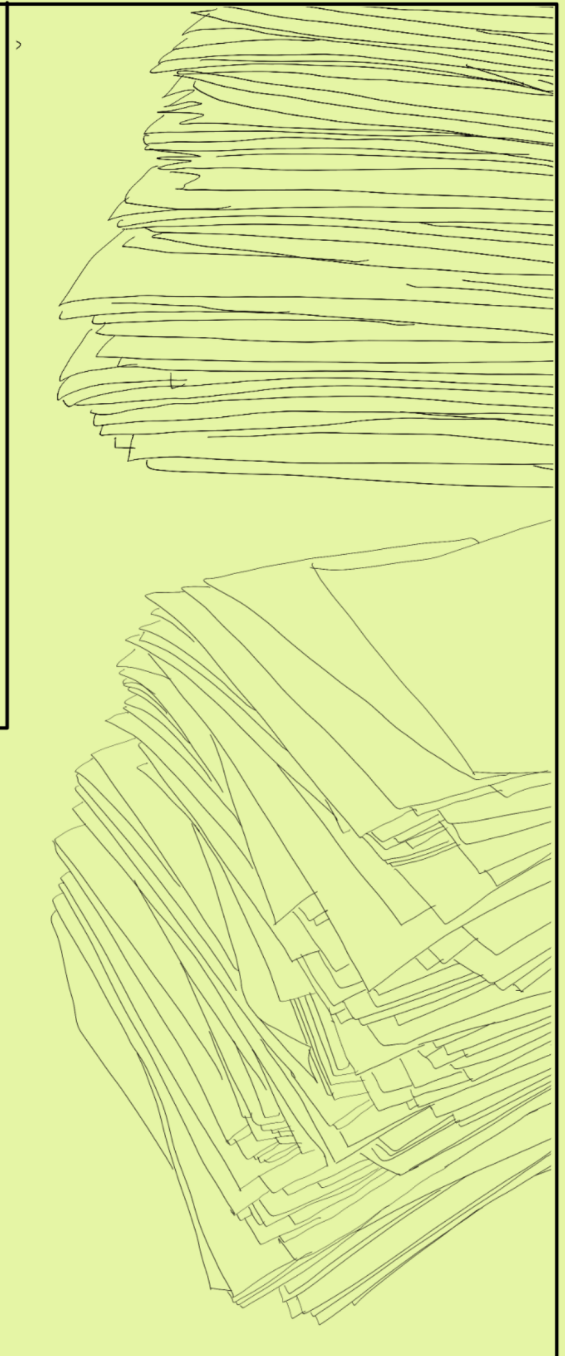
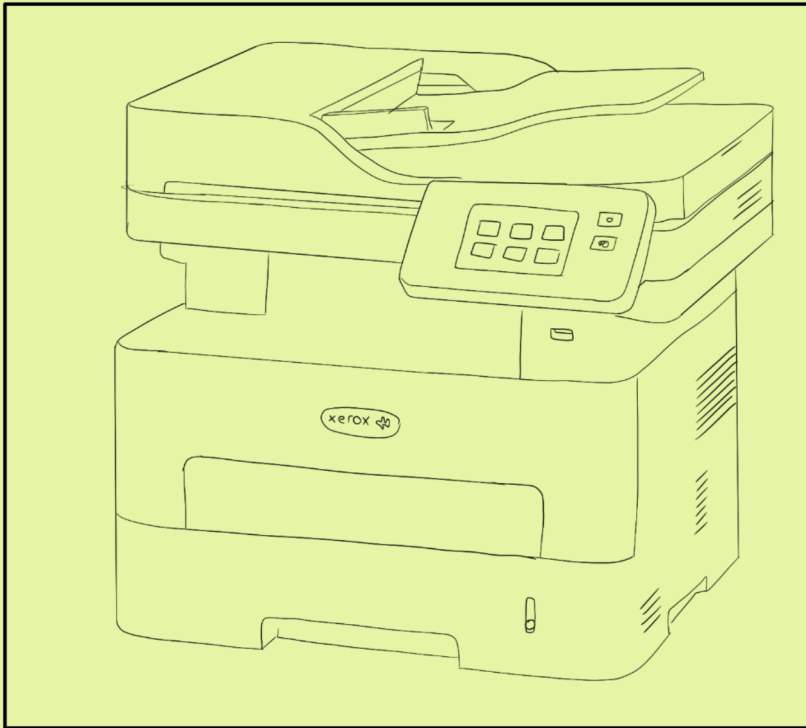
Assez régulièrement, Isabelle\* est amenée à faire des « communications de dossiers ».

Plus fréquentes en psychiatrie que dans les services de médecine somatique, ces demandes émanent soit des patient·es et de leur famille, soit d'une demande du tribunal (on parle de « saisie des dossiers »). Dans ce second cas, la demande est considérée comme urgente. Isabelle\* reçoit un mail du service des dossiers médicaux qui demande à chaque service concerné d'extraire les données nécessaires de leurs archives (numériques et papier).



En psychiatrie, les demandes de communication de dossiers sont plus longues à traiter car les patient·es ont des historiques de soin plus longs et complexes que la moyenne des patient·es de l'hôpital. Aussi, les archives sont encore pour partie éparpillées entre des dossiers papiers et des dossiers numériques. Le travail d'extraction des données est donc redouté par les secrétaires, qui savent que cela peut leur prendre des heures, et que dans le cas de demandes urgentes, cette tâche passe avant toutes les autres. Parfois, il y a plusieurs « pochettes » à scanner. Une « pochette » est une unité assez volumineuse utilisée aux archives : cette unité de mesure permet de figurer une grande quantité de travail. Isabelle\* garde en tête l'exemple d'un dossier de plus de 6000 pages qui, dans le cadre d'une saisie de justice, devait être envoyé « dans les meilleurs délais ».

« Dans ce cas-là, on lâche tout et on reste jusqu'à 20h30 », me dit-elle, mettant en avant un certain sens du devoir qui justifie les heures supplémentaires imprévues.



Lorsqu'elle se connecte au dossier patient informatisé, elle identifie d'abord les documents qui concernent son service. Une fois qu'elle a cliqué sur le secteur « psychiatrie précarité », elle doit déplier des dizaines de lignes pour vérifier si des documents ont été produits. Ce jour-là, ce sont seulement 5 items qu'Isabelle\* retiendra pour une communication de dossiers (un petit dossier donc). Pour extraire les données demandées, Isabelle\* doit « sortir » (comprendre : imprimer) des pans entiers du dossier, et faire le tri sur le dossier patient informatisé des documents que l'on peut imprimer directement, de ceux dont il faut faire des captures d'écrans car la page n'a pas été conçue pour être imprimée.



Pour faire une réponse officielle au service des dossiers médicaux, Isabelle\* a besoin de la validation du médecin responsable. Pour créer une preuve de cet accord, elle génère un courrier en usant d'une ribambelle de bricolages informatiques : d'abord, elle fusionne un modèle de courrier type pour les communications de dossiers avec un modèle de courrier type de son service. Elle imprime ce courrier, qu'elle fait signer manuellement à la psychiatre, puis qu'elle re-scane dans le dossier patient. Ce courrier est adressé à la fois au demandeur (une famille, un-e juge) et au service des dossiers médicaux. Isabelle\* conserve également une copie papier de courrier ... au cas où.

# Prendre soin. La présence des patient·es et l'attention aux dossiers

Si le « soin » est omniprésent à l'hôpital, il peut apparaître plus difficile de qualifier le travail des secrétaires médicales de « soin » en tant que tel. On pourrait dire que les secrétaires prennent principalement en charge les dossiers plutôt que les patient·es, mais l'enquête montre au contraire que cette distinction ne tient pas, car prendre soin des dossiers revient toujours, indirectement, à prendre soin des patient·es.

Cette perspective permet d'inscrire le travail des secrétaires dans le champ du « travail du care », c'est-à-dire un ensemble de pratiques visant à maintenir un monde habitable, bien au-delà de sa dimension seulement clinique et médicale. C'est un art de l'ajustement à des situations toujours particulières qui demeure par définition invisible, car il s'exerce dans espaces discrets, mais qui font toute la différence.

À l'hôpital, les secrétaires prennent donc soin à la fois de l'information médico-administratives et plus précisément des dossiers des patient·es, mais aussi des patient·es elles et eux mêmes. Elles produisent un « travail de confort », c'est-à-dire le travail d'information un travail d'information « dont l'objet est de rassurer les patients et leurs familles en leur apportant des informations, des explications sur le déroulement du séjour, sur les interventions et les traitements, sur le mode de fonctionnement de l'institution<sup>1</sup> ».

Ce travail se fait autour d'un espace particulier : le guichet. Devant et derrière le guichet, un certain nombre de documents sont manipulés : certains sont montrer pour rassurer, d'autres sont dissimulés pour éviter confusion ou frustration.

Ce travail repose aussi sur des compétences relationnelles : posture, voix, pédagogie, capacité à expliquer un parcours de soin. À travers des objets comme les convocations, les cartes de visite ou les fiches d'information, les secrétaires construisent de véritables récits médico-administratifs, traduisant l'organisation hospitalière en termes compréhensibles.

En coulisses, le travail au guichet est rendu possible par un soin particulier apporté aux dossiers des patient·es : compléter des informations d'identification, rassembler des documents, en trier d'autres, programmer et reprogrammer des rendez-vous, etc.

Ainsi, reconnaître une forme de « soin administratif » pris en charge par les secrétaires médicales ne revient pas à confondre administration et soin clinique, mais à reconnaître leur intrication. Le travail des secrétaires médicales se situe dans une tension entre les exigences d'une institution maillée de normes et de procédures complexes et l'attention portée aux patient·es.

<sup>1</sup>Acker, Françoise. 2009. « Le travail de confort ». Pratiques. Cahiers de la médecine utopique, n°45.

## Les étiquettes inutiles

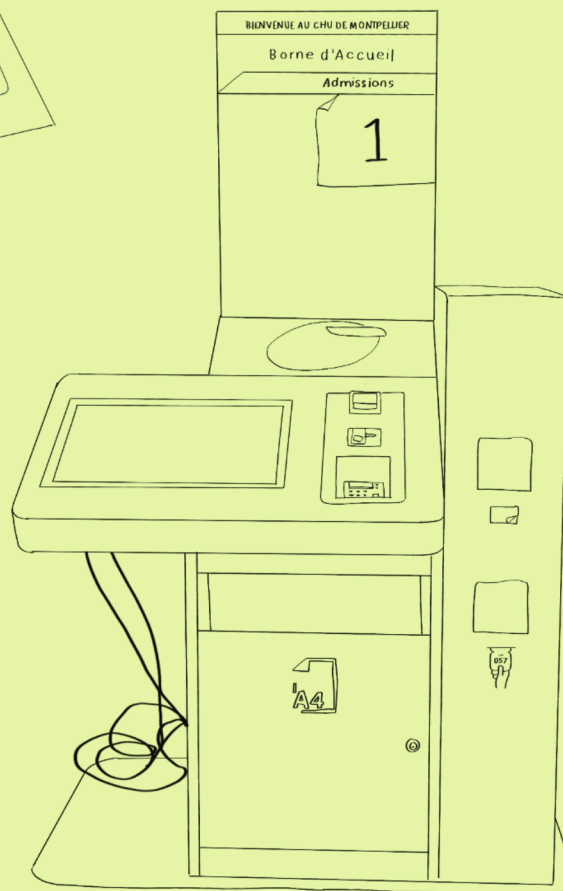


Les étiquettes sont des documents indispensables dans beaucoup de situations à l'hôpital : on en distribue une planche imprimée sur du papier adhésif à chaque patient·e lors de son admission. Dans certains cas, ils et elles ont droit à une page A4 entière, tandis que dans d'autres situations, il n'ont qu'une bandelette de quelques étiquettes. Dans la plupart des cas, et notamment pour les consultations et examens en externe (les patient·es se déplacent spécifiquement pour cela), les étiquettes ne sont que très peu utilisées : une, tout au plus, sera collée sur une fiche de suivi des consultations. Les secrétaires considèrent que c'est un énorme gâchis de papier. Les patient·es le remarquent aussi, et questionnent souvent les secrétaires sur la raison de ce grand nombre d'étiquettes.



Un jour, un patient se présente au guichet pour un scanner, et tend à la secrétaire la planche d'étiquette qui lui a été donnée à l'accueil. Ces étiquettes sont en principe collées sur différents documents pour identifier le patient, mais dans le cas présent, les étiquettes ne sont d'aucune utilité à la secrétaire. Sachant que cette planche d'étiquettes représente pour le patient l'aboutissement d'une procédure parfois laborieuse d'admission administrative, elle préfère prélever une étiquette de la planche et la coller sous son bureau pour faire croire au patient que cela lui sera utile et ne pas créer de frustration chez lui.

Ce geste incarne la capacité des secrétaires à prendre en charge le « confort administratif » des patient·es, au-delà d'une simple mise en œuvre de procédures médico-administratives.



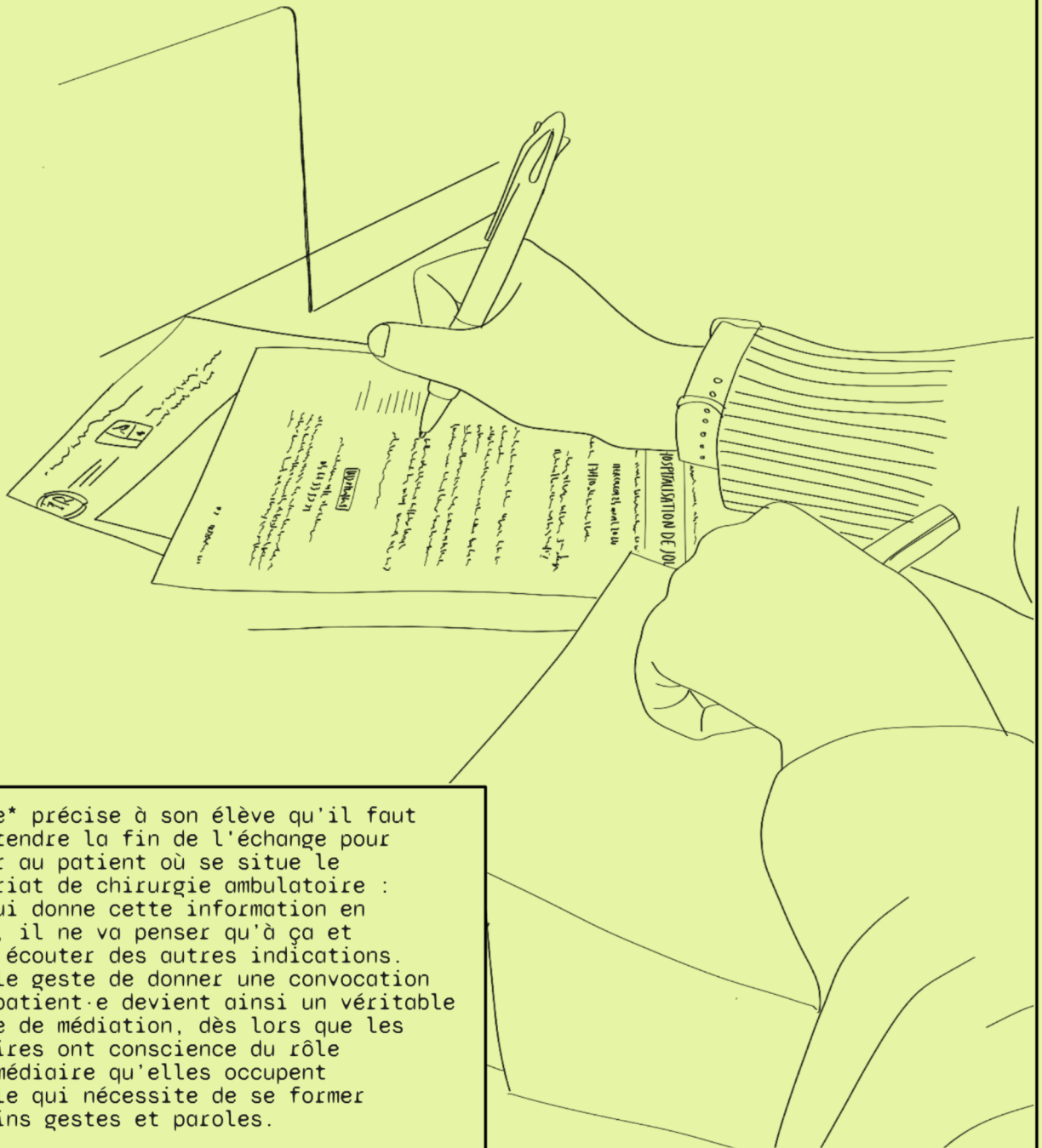
## Le récit administratif et la convocation

Nathalie\* reçoit régulièrement des appels des membres de sa famille, qui cherchent à prendre rendez-vous à l'hôpital mais n'y parviennent pas, par manque de connaissances du fonctionnement de l'hôpital. La secrétaire médicale est heureuse de pouvoir aider ses proches, en faisant jouer ses contacts et sa connaissance fine des systèmes de prise de rendez-vous. Cette connaissance organisationnelle, parfois mêlée d'une connaissance médicale et des techniques de certaines interventions et examens lui permettent de faire le lien entre les soignant·es ... et le commun des mortel·les. Les secrétaires deviennent alors des médiatrices entre le corps médical et les patient·es, capables de déployer de véritables récits médico-administratifs. Nathalie\* est par exemple capable d'expliquer à certain·es d'entre eux et elles le déroulé d'une intervention sans dépasser son rôle de secrétaire médicale : elle sait informer et rassurer en utilisant un vocabulaire adapté et souvent plus simple que celui des médecins.



Cette médiation passe par exemple par la mise en scène d'un document banal : une convocation pour une intervention chirurgicale. Plus complexe qu'une simple consultation, cette dernière demande aux patient·es de s'enquérir de plusieurs formalités préalables à l'intervention. Les secrétaires savent à quel point la compréhension à la fois médicale, organisationnelle et spatiale des parcours de soin peut être éprouvante : elles ont ainsi mis en place un scénario bien ficelé. Je m'en rends compte car j'accompagne une secrétaire expérimentée en train de former une secrétaire débutante lors d'une après-midi de consultations. Lorsque cette dernière se saisit d'une convocation pour en expliquer le contenu à un patient, je me rends compte que ces gestes ne vont pas d'eux-même, il faut les apprendre. Lorsque Nathalie\* prend le relais, tout devient fluide :

« Alors Monsieur, je vous explique la suite. (elle présente une pile de documents face au patient, avec un stabilo à la main). Vous avez ici votre convocation : vous devez vous présenter le 24 janvier au service de chirurgie ambulatoire à 7h30 (elle surligne en fluo). Vous avez aussi une ordonnance pour la bétadine : il faudra faire une douche complète la veille et le matin de l'intervention. L'ordonnance pour le bilan sanguin, à faire trois jours avant l'intervention. Ne vous inquiétez pas, on recevra le résultat au secrétariat. Et enfin, l'ordonnance pour le test PCR, à faire la veille de l'intervention. Il faudra aussi être à jeun (elle surligne en fluo). Juste après, vous allez passer voir ma collègue en chirurgie ambulatoire, qui vous demandera plusieurs informations et comme ça, vous saurez où c'est pour le jour J : pour y aller, vous retournez dans le hall principal, et à droite de la cafétéria, vous avez des ascenseurs : vous montez au 3e étage et ça sera la porte juste en face »

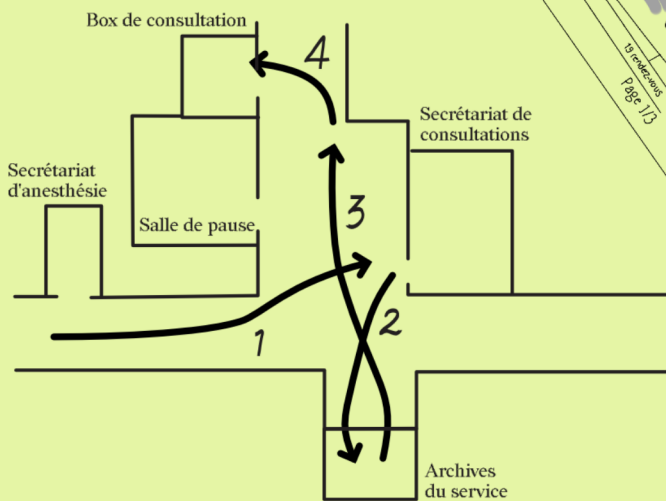
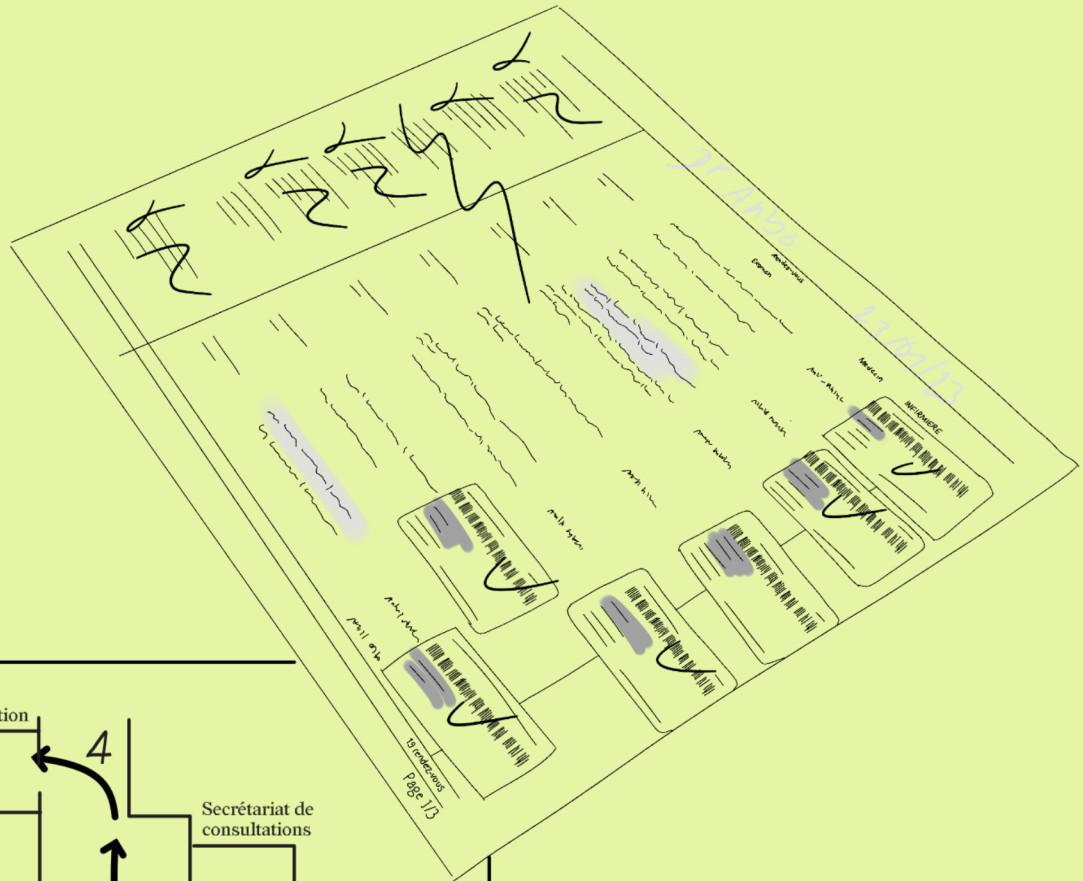


Nathalie\* précise à son élève qu'il faut bien attendre la fin de l'échange pour indiquer au patient où se situe le secrétariat de chirurgie ambulatoire : si on lui donne cette information en premier, il ne va penser qu'à ça et ne rien écouter des autres indications. Le simple geste de donner une convocation à un·e patient·e devient ainsi un véritable exercice de médiation, dès lors que les secrétaires ont conscience du rôle d'intermédiaire qu'elles occupent - un rôle qui nécessite de se former à certains gestes et paroles.



La fiche imprimée des consultations constitue, tout au long de la journée, un véritable fil d'ariane pour les secrétaires qui sont chargées d'accueillir les patient·es, de fluidifier l'occupation des deux salles d'attente, de « coder » les actes de consultations, et de procéder à la prise de nouveaux rendez-vous. Ce qui est au début de la journée une feuille imprimée vierge de toute inscription manuscrite, se retrouve en fin de journée ornée de nombreux signes graphiques correspondant à différentes étapes de la prise en charge d'un·e patient·e. La fiche imprimée évolue avec les déplacements des patient·es dans le service, faisant de ce document un objet d'articulation de l'information ancrée dans l'espace et dans le temps.

Lorsqu'un·e patient·e se présente à l'accueil pour annoncer son arrivée, Salma\* lui demande une étiquette, qu'elle colle sur la fiche imprimée, dessine une croix au stylo sur le nom du ou de la patient·e, puis lui indique une première salle d'attente. Si le ou la patient·e a bien été « accueilli » sur le dossier patient informatisé par les agent·es du bureau des admissions, elle appose un « V » sur l'étiquette. Lorsqu'elle appelle le ou la même patient·e à avancer dans la seconde salle d'attente, elle dessine une vague au stylo à côté de la première croix. Lorsque le ou la patient·e ressort de sa consultation, il ou elle repasse par le secrétariat pour (éventuellement) reprendre un rendez-vous. Une fois reparti·e, Salma\* « cote » l'activité (soit une consultation première fois, soit une consultation de suivi) et « fluote » l'étiquette en rose lorsque c'est fait.



Cette fiche s'avère utile pour les secrétaires mais également pour toute l'équipe soignant·e du service. Lorsqu'une infirmière interpelle Salma\* : « Monsieur (nom du patient), il est passé où, il est parti, il est où ? », Salma\* sait lui dire s'il est en salle d'attente, s'il ne s'est pas présenté ou bien s'il est reparti.

## Vers un travail automatisé ?

Les débats actuels autour de l'intelligence artificielle à l'hôpital se concentrent principalement sur des technologies présentées comme nouvelles, alors même qu'elles prolongent des processus d'automatisation déjà anciens. La synthèse vocale, aujourd'hui promue comme solution pour produire automatiquement des comptes-rendus médicaux, s'inscrit ainsi dans la continuité de la reconnaissance vocale utilisée depuis les années 2000. Malgré vingt-cinq ans d'expérimentations, ces outils ne parviennent toujours pas à remplacer entièrement le travail interprétatif nécessaire à la transcription : erreurs, confusions, formats inadaptés ou nécessité de relire les textes demeurent fréquents. Le travail ne disparaît donc pas ; il se déplace.

Sur le terrain, les secrétaires médicales récupèrent déjà des textes issus de la reconnaissance vocale qu'elles doivent remettre en forme. La frappe et la relecture sont reconfigurées, partiellement transférées aux dispositifs techniques et aux médecins, mais sans suppression du travail humain. Pourtant, l'arrivée de nouveaux outils de synthèse vocale reposant sur de grands modèles de langage – comme Dragon Medical One, PraxySanté, Nabla, Tandem, etc. – réactive le récit d'une révolution technique imminente. Les discours institutionnels et industriels promettent des technologies « intégrées au workflow », capables d'améliorer l'efficacité et les conditions de travail.

Ces promesses participent d'un discours technosolutionniste qui oublie les échecs et les limites des innovations précédentes. Les discours sur la technique privilégient toujours les technologies émergentes et effacent les usages plus anciens qui persistent pourtant dans le temps.

Le secrétariat médical constitue un observatoire privilégié de cette « histoire sans mémoire » des techniques. L'automatisation y est déjà ancienne : machine à écrire, logiciels de traitement de texte, dictaphones ou dossiers patients informatisés ont progressivement déplacé dans les dispositifs techniques des compétences autrefois reconnues aux travailleuses. L'historienne Delphine Gardey décrit ce processus comme une mécanisation lente de la production administrative, fondée sur un transfert de confiance des humain·es vers les artefacts techniques.

Face à ces transformations, le métier est sommé de se redéfinir. On invite les secrétaires à devenir assistantes ou coordinatrices, tout en laissant intactes les fragilités qui traversent ce métier : absence de diplôme d'État, formations raccourcies, faibles perspectives de carrière. Dans ce contexte, les secrétaires médicales cherchent à défendre la reconnaissance de leur métier. L'Association des Secrétaires Médicales et référentes (ASMR) revendique notamment la création d'un diplôme d'État et la reconnaissance du métier comme profession de santé. Mais les pouvoirs publics refusent pour l'instant toute harmonisation ou professionnalisation supplémentaire. Cette absence de reconnaissance renforce un sentiment de fragilité, alimenté par les promesses de l'IA et par la perspective d'une réduction des postes.

Les études prospectives récentes, comme celle publiée par l'Anfh en 2025, redéfinissent déjà le métier : la secrétaire médicale y devient « coordinatrice de l'information » ou médiatrice auprès des patient·es, tandis que les tâches jugées « purement administratives » seraient progressivement automatisées. Ces transformations s'accompagnent pourtant d'une dégradation des formations initiales, souvent raccourcies et moins spécialisées. La baisse des

exigences en frappe ou en rédaction traduit alors peut-être une anticipation implicite : pourquoi former longuement à des compétences que la reconnaissance vocale est supposée remplacer ?

J'ai ainsi postulé dans le cadre de cette enquête que, si l'on annonce régulièrement la disparition des secrétaires médicales, c'est d'abord parce que le contenu réel de leur travail reste largement méconnu. Ce constat au présent se conjugue avec une histoire longue d'un travail associé à des stéréotypes persistants – ceux d'activités répétitives, routinières, supposément simples, naturellement féminines et donc faiblement qualifiées. Cette histoire s'entremêle avec les récits de la mécanisation, puis de l'automatisation des administrations modernes, où chaque nouveauté technique a été accompagnée de la promesse de remplacer une activité humaine jugée coûteuse. Les discours industriels et politiques actuels sur les infrastructures de l'information, rassemblés sous la bannière du « numérique en santé », se font le relais de cette histoire conjointe entre féminisation et mécanisation du travail administratif.

Aujourd'hui comme hier, les technologies sont présentées comme inévitables ; les conditions du travail, elles, restent largement hors discussion. Le numérique s'impose comme un décor, rarement comme un objet de débat. Sur le terrain, pourtant, les secrétaires médicales ne sont ni naïves ni réfractaires. Elles connaissent les limites des outils, anticipent leurs évolutions, imaginent des réorganisations possibles du travail. Ce dont elles sont certaines, c'est que la coordination des équipes, l'accueil des patient·es, la mise en ordre de l'information constituent le cœur d'un travail souvent disqualifié comme de la « paperasse ». La question n'est donc peut-être pas de savoir si ce métier va disparaître. Elle est plutôt de savoir qui décide de ce qui doit être automatisé, et pourquoi. Ce que l'on choisit de déléguer aux machines dit beaucoup de ce que l'on accepte de reconnaître – ou non – comme du travail. Défendre le secrétariat médical ne revient pas à s'opposer au changement, mais à revendiquer une transformation choisie, négociée, attentive aux conditions de travail et à la qualité des soins.

## Ressources

Acker, Françoise. 2009. « Le travail de confort ». Pratiques. Cahiers de la médecine utopique, N°45 Édition.

Alonzo, Philippe, et Olivier Liaroutzos. 1998. *Secrétaires, des carrières à la traîne*. La Découverte.

Assailly, Laurène. 2024. « La santé des données: enquête sur un travail hospitalier de production, de contrôle et de mise en accès de données de santé face aux stratégies d'action publique pour les valoriser ». These de doctorat, Strasbourg.

Avril, Christelle. 2019. « Secrétaires, des domestiques comme les autres? » Mélanges de l'École française de Rome - Italie et Méditerranée modernes et contemporaines, n<sup>os</sup> 131-1: 131-1.

Avril, Christelle, et Irene Ramos Vacca. 2020. « Se salir les mains pour les autres. Métiers de femme et division morale du travail ». Travail, genre et sociétés 43 (1): 85-102.

Belorgey, Nicolas. 2010. *L'hôpital sous pression. Enquête sur le " nouveau management public "*. La Découverte.

Benet, Mary Kathleen. 1972. *Secretary: An Enquiry into the Female Ghetto*. EA. edition. Sidgwick & Jackson Ltd.

Bossen, Claus, Lotte Groth Jensen, et Flemming Witt. 2012. « Medical secretaries' care of records: the cooperative work of a non-clinical group ». Proceedings of the ACM 2012 conference on Computer Supported Cooperative Work (New York, NY, USA), CSCW '12, 921-30.

Cicourel, Aaron C. 2002. « La gestion des rendez-vous dans un service médical spécialisé. Organisation et communication en régime de « surcharge cognitive » ». Actes de la recherche en sciences sociales 3 (143): 3-17.

Cobble, Dorothy Sue. 1999. « "A Spontaneous Loss of Enthusiasm": Workplace Feminism and the Transformation of Women's Service Jobs in the 1970s ». International Labor and Working-Class History, n<sup>o</sup> 56: 23-44.

Denis, Jérôme. 2018. *Le travail invisible des données: Éléments pour une sociologie des infrastructures scripturales*. Presses des Mines.

Dubois, Vincent. 1999. *La vie au guichet*. Economica.

Fournier, Christine, et Olivier Liaroutzos. 1997. « Le secrétariat: une profession qui sait s'adapter ». Céreq Bref, n<sup>o</sup> n<sup>o</sup> 129: 4 p.

Fournier, Christine, Olivier Liaroutzos, OCDE Organisation de coopération et de développement économiques, et Centre d'études et de recherches sur les qualifications. 1996. *Le secrétariat en France aujourd'hui. Constats et interrogations*. Céreq.

France Stratégie & Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES) (2022). *Les métiers en 2030. Rapport du groupe Prospective des métiers et des qualifications, sous la présidence de Jean-Christophe Sciberras*. Paris : France Stratégie / Ministère du Travail, de l'Emploi et de l'Insertion.

- Gardey, Delphine. 1999. « Mécaniser l'écriture et photographier la parole. Des utopies au monde du bureau, histoires de genre et de techniques ». *Annales* 54 (3): 587-614.
- Gardey, Delphine. 2008. *Écrire, calculer, classer. Comment une révolution de papier a transformé les sociétés contemporaines (1800-1940)*. La Découverte.
- Gardey, Delphine, et Louis Bergeron. 2001. *La dactylographe et l'expéditionnaire: Histoire des employés de bureau 1890-1930*. BELIN.
- Grosjean, Michèle, et Michèle Lacoste. 1998. « L'oral et l'écrit dans les communications de travail ou les illusions du tout écrit ». *Sociologie du travail* 40 (4): 439-64.
- Harper, R. H., K. P. O'Hara, A. J. Sellen, et D. J. Duthie. 1997. « Toward the Paperless Hospital? » *British Journal of Anaesthesia* 78 (6): 762-67.
- Howe, Louise Kapp. 1977. *Pink Collar Workers: Inside the World of Women's Work*. Avec Internet Archive. New York: Putnam's Sons.
- IPM. 2025. *Etude prospective sur les secrétaire médical(e)*. Commandée par l'Anfh.
- Mayère, Anne, Isabelle Bazet, et Angélique Roux. 2012. « «Zéro papier» et «pense-bêtes» à l'aune de l'informatisation du dossier de soins ». *Revue d'anthropologie des connaissances* 6 (1).
- Observatoire prospectif des métiers et des qualifications dans les professions libérales (OMPL) (2014). *Cabinets médicaux : portrait statistique*. Paris : OMPL.
- Pinto, Josiane. 1987. « Le secrétariat, un métier très féminin ». *Le Mouvement social*, n° 140: 121-33.
- Pinto, Josiane. 2000. « Les secrétaires et la nouvelle économie des bureaux ». *Actes de la Recherche en Sciences Sociales* 134 (1): 62-65.
- Robertson, Craig. 2021. *The Filing Cabinet. A Vertical History of Information*. University of Minnesota Press.
- Seiller, Pauline, et Rachel Silvera. 2020. « Sales boulots ». *Travail, genre et sociétés (Paris)* 43 (1): 25-30.
- Weller, Jean-Marc. 1999. *L'Etat au guichet. Sociologie cognitive du travail et modernisation administrative des services publics*. Éditions Desclée de Brouwer.

© Fanny Maurel, 2025

Textes, illustrations, conception graphique : Fanny Maurel.

Polices de caractère : The Redaction, Syne Mono, Syne Tactile.

### *Financement*

Ce travail de recherche a bénéficié d'un financement de l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact) sous forme d'une Convention industrielle de formation par la recherche (Cifre), entre 2022 et 2025.

Il a également bénéficié d'une convention d'accueil au sein du CHU de Montpellier entre septembre 2023 et juin 2024.

