

RAPPORT d'ÉVALUATION Sur la Professionnalisation du DISPOSITIF EXPERIMENTAL ATIM

(Assistant Technique en Informations Médicales)

Dans le cadre du développement du DMP en région Rhône Alpes



SOMMAIRE

Préambule	p. 4
Contexte	p. 5
Problématique L'originalité d'un projet d'évolution des organisations et des compétences	p. 6
1 - Le Portage du projet	p. 7
○ Situation Initiale	
○ Fonctionnement et limites	
○ Pistes d'amélioration	
2 - Le Cahier des charges du Projet	p. 9
○ Missions de l'AFIRME	
○ Missions de la société ID-SYS	
○ Pistes d'amélioration	
3 - Le recrutement des ATIM	p. 13
○ Conditions de mise en œuvre	
○ Profils recherchés	
○ Profils retenus	
○ Contrats	
○ Analyse et pistes d'amélioration	
4 - Le dispositif de Professionnalisation	p. 16
○ La journée d'accueil	
○ La formation à la prise de fonction : les messages passés	
○ Articulation des 3 axes de la professionnalisation	p. 19
○ L'accompagnement en situation de travail	p. 20
○ Le temps des prises de fonctions	
○ Le temps de l'expérience	
○ Les temps de regroupement	
○ Les étapes d'évaluations et de bilans	
○ Analyse et pistes d'amélioration	
5 A - La gestion des partenariats avec les médecins libéraux	p. 23
○ Le recrutement des médecins	
○ Information et communication	
○ Les conventions de partenariat	
○ Le suivi, les liens avec les médecins, l'évaluation	
○ Analyse et pistes d'amélioration	

6 – Impacts de la professionnalisation	p. 27
○ 6 A – Sur les Organisations	p. 27
○ 6 B – Sur l’Emploi ATIM	p. 29
○ Comment élaborer une nouvelle certification professionnelle ?	p. 34
○ 6 C – Sur les salariés	p. 36
○ Quel dispositif de formation professionnelle pour les ATIM ?	p. 39
7 - La production des ATIM	p. 41
8 - Les Conclusions, à l’issue de l’expérimentation	p. 42
○ 8 A – Les conclusions des Commanditaires	
○ 8 B – Les conclusions de l’AFIRME	

Préambule

Ce rapport d'évaluation du dispositif expérimental ATIM résulte de la synthèse et l'analyse des réponses obtenues suite à différents modes de questionnement en cours d'expérimentation (mis en annexe) :

- Les comptes rendus des ATIM eux même au cours de leur activité
- Les échanges avec les médecins partenaires de l'expérimentation
- Les réunions organisées dans le cadre des travaux du groupe « SOCLE » ou dans celui de l'animation des bassins de Lyon et d'Annecy
- L'analyse de pratique mise en œuvre dans le cadre de la démarche de professionnalisation des ATIM
- Les Entretiens de bilan en fin de partenariats

Contexte

En Rhône Alpes, L'Association pour le Développement du Système d'Information de la Médecine Libérale (ADSIML) et l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) se préoccupent de **la mise en œuvre du Dossier Médical du Patient (DMP), prévu dans la loi de 2002.**

Le DMP est un support informatisé regroupant l'ensemble des informations médicales d'un patient, actualisées et accessibles tant par les Professionnels de Santé que par le patient lui-même.

Mais **la mise en place de ce support et son fonctionnement pérenne supposent une structuration, une coordination et une démarche de mutualisation des informations médicales, complexes à organiser et à systématiser.**

Depuis 2002, la Région Rhône Alpes s'est dotée d'un réseau informatique à destination des Professionnels de Santé, une sorte d' « Internet professionnel » qui permet, grâce à l'utilisation d'un identifiant commun, l'accès à des informations échangeables. Il s'agit du **SISRA**. (Système d'Information Santé Rhône Alpes)

L'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM), l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH), la Région Rhône Alpes (RRA) et, l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML), conduisent un travail de développement d'un Dossier Médical Informatisé dans le cadre d'expérimentations financées par l'Etat et l'Assurance Maladie : il s'agit du **DPPR : Dossier Patient Partagé Réparti.**

(Cf. Annexes 13) Le groupement Système Information Santé Rhône Alpes en assure la maîtrise d'œuvre déléguée.

L'accès à la plateforme SISRA est pour le moment limité aux seuls Professionnels de Santé habilités par le patient.

Début 2006, il y a eu une première expérimentation régionale du DMP/DPPR qui a concerné 100 médecins des bassins d'Annecy et de Lyon et leur a permis de créer 6 000 DMP/DPPR.

En 2007, On s'engage sur une seconde expérimentation pour le développement du DMP/DPPR auprès des médecins libéraux. L'Association pour le Développement des Systèmes d'Information de la Médecine Libérale a été choisie pour en diriger la mise en œuvre.

Problématique

L'originalité d'un projet d'évolution des organisations et des compétences

La réussite de la mise en œuvre du DMP nécessite l'adhésion et l'engagement de l'ensemble des acteurs Professionnels de Santé, dont les médecins libéraux.

Il s'agit de prendre en compte la réalité des conditions de travail des médecins libéraux et d'évaluer leur charge administrative actuelle et, celle impliquée par la mise en œuvre du DMP.

D'ores et déjà, l'ADSIML et l'URML identifient **la nouvelle charge de travail administratif** impliquée par le DMP/DPPR **incompatible immédiatement avec les disponibilités** des médecins libéraux.

C'est pourquoi, le projet conduit en 2007 – 2008 pour le développement du DMP/DPPR auprès des Médecins Libéraux expérimentera l'introduction d'un « nouvel emploi » : Assistant Technique en Information Médicale : ATIM, dans les organisations de travail de la Médecine Libérale.

Les enjeux d'un tel projet, pour l'URML, sont multiples :

- **Rendre visibles les situations et les organisations de travail des médecins libéraux**
- **Mesurer l'impact du DMP sur les situations et organisations de travail (Moyens, Temps, Coût, Compétences...)**
- **Entraîner ces professionnels dans de nouvelles organisations, propices à la généralisation du DMP.**

L'objectif est d'associer quelques **200 médecins** à ce projet entre **début septembre 2007 et fin mai 2008.**

L'objectif sera atteint, outre en terme purement quantitatif, si la preuve est faite de l'utilité de l'évolution des organisations de travail des médecins libéraux, particulièrement en pérennisant un dispositif ATIM, pour réussir la généralisation de la mise en œuvre du DMP/DPPR.

L'introduction de ce « nouvel emploi » d'ATIM au sein des structures des médecins libéraux permettra d'en définir le cadre d'exercice, les conditions de réussite, la valeur ajoutée et l'impact sur les organisations.

1 - Le Portage du projet

Situation Initiale

Sous l'égide du groupement SISRA, l'ADSIML prend la Maîtrise d'Œuvre et l'URML, la Maîtrise d'Ouvrage du projet ATIM dont le pilotage est confié à un prestataire : l'AFIRME qui nomme un Chef de Projet.

L'AFIRME (Association pour la Formation, l'Insertion, le Recrutement, le Management au service des Entreprises) a une expérience de fonctionnement au service de la permanence de soins dans le Rhône dans le recrutement, la formation, l'encadrement et, le suivi des personnels d'accueil des MMG (Maisons Médicales de Garde).

Fonctionnement et limites

• Un « Homme Orchestre »

C'est le Docteur Pascal DUREAU, Vice Président de l'URML qui assure la direction du projet au quotidien pendant son déroulement. Il est le principal interlocuteur et décideur devant les prestataires et les partenaires. Il intervient aussi devant les ATIM.

- Il assure l'Interface entre les acteurs politiques, stratégiques, financiers, institutionnels et opérationnels
- Il oriente et valide la fiche de poste « ATIM »
- Il supervise l'organisation de la formation à la prise de fonction des ATIM
- Il participe à la définition et à la validation de la Convention de partenariat entre l'AFIRME et les Médecins Libéraux partenaires
- Il contacte et mobilise les médecins libéraux pour qu'ils entrent dans le dispositif expérimental et accueillent un ATIM
- Il statue sur les questions posées par les prestataires, les partenaires et les ATIM au fur et à mesure du déroulement du projet
- Il rappelle et contrôle l'atteinte des objectifs

• Un Comité de Pilotage « Dispositif ATIM »

Un Comité de Pilotage du dispositif ATIM est constitué dans les premières semaines du projet ATIM.

Il regroupe :

Le Vice Président de l'URML	Dr. Pascal DUREAU
Le Président de l'ADSIML	Dr Jacques CATON
Le Conseiller auprès de l'URML	Dr Marc BREMOND
Le Directeur du CGS SISRA	M. Thierry DURAND
Président COM 74	Dr René Pierre LABARRIERE
ARH	M. Patrick VANDENBERGH
ARH	M. Pierre LEROUX
Le secrétaire général de l'ADSIML	Dr Gilles PERRIN
La Présidente du CISS - RA	Mme De VICTOR
Le Directeur de l'AFIRME	M. Patrick GUEDJ
La Chef de Projet AFIRME / ATIM	Mme Emmanuelle CHAUVET
Le Directeur de la Société ID – SYS	M. Jean Claude POLETTI

Ce Comité de Pilotage se réunit pour la première fois le 11 décembre 2007 avec l'ensemble des participants présents. Il permet de traiter l'ensemble des questions posées par la prise de fonctions des ATIM. Un Compte Rendu de la réunion est proposé par l'AFIRME, sans qu'il soit validé et diffusé.

(Cf. Annexe 1)

Une seconde réunion est organisée le 8 avril 2008.

- **Des « Réunions de Bassins »**

Parallèlement, dans le cadre du développement du DMP, des « réunions de bassins » sur Lyon, Annecy et Grenoble sont régulièrement organisées. Elles sont animées par un Consultant : M. Michel PISANESCHI (OVALE Consulting) qui en assure les Comptes Rendus. Elles réunissent des Médecins libéraux, la société ID – SYS, des représentants institutionnels concernés par le DMP. Le dispositif ATIM est évoqué au cours de ces réunions dès fin 2007 alors que l'AFIRME est invitée à rejoindre les participants seulement à partir du mois d'avril 2008.

- **Le « Groupe SOCLE »**

Par ailleurs, le Dr Marc BREMOND, Chargé de Mission à l'URML, coordonne les travaux d'un groupe quant à l'élaboration d'un support et d'une démarche de structuration de l'information médicale : la SOCLE (Synthèse de l'Observation Clinique). *(Cf. Annexe 2)*

Parce que les ATIM se trouvent en situation d'adopter cette démarche et ce support et, de les promouvoir auprès des médecins libéraux partenaires du dispositif expérimental, Marc BREMOND invite la Chef de projet ATIM à participer à quelques réunions du groupe SOCLE pour échanger sur les conditions de mise en œuvre de cette démarche par les ATIM. Quatre réunions se sont déroulées en janvier, février et avril associant les membres du groupe SOCLE et ceux du dispositif ATIM.

(Cf. annexes 3)

Pistes d'amélioration

Le portage et le pilotage d'un projet tel que le dispositif ATIM nécessite d'avancer dans **la structuration** des instances décisionnelles, politique et opérationnelle, d'en **préciser les niveaux et champs d'intervention et d'en définir les procédures et moyens de saisine et échanges d'informations.**

On distinguerait

- **Un Comité de Pilotage, niveau politique**, pour définir la stratégie et les orientations, pour impulser les actions et allouer les moyens. Il fixe les Cahiers des Charges du projet. Il contrôle et évalue l'atteinte des objectifs fixés. Il arbitre les questions relatives à la conduite du projet. Il définit et supervise la politique de communication. Il gère l'interface avec les instances régionales et nationales. Il se saisit des questions liées à l'émergence et la structuration d'un « nouvel emploi » tel qu'ATIM.
- **Un Comité Technique, niveau fonctionnel**, en charge d'orchestrer la mise en œuvre des actions utiles à la réalisation des objectifs du projet dans le respect des cahiers des charges. Il applique la politique de communication. Il se saisit des questions logistiques en garantissant les conditions de travail favorables. Il rend compte au comité de Pilotage.
- **Les Chefs de Projet, niveau opérationnel** : dans le respect de leur Cahier des charges, ils mettent en œuvre les actions utiles au déroulement du projet. Ils rendent compte au Comité Technique et, sur sollicitation, au Comité de Pilotage.

2 - Le Cahier des charges du Projet ATIM

Durée et calendrier du projet :

1 an à partir de septembre 2007

Partenaires :

- **ADSIML** : Maitrise d'Œuvre

- **URML** : Maitrise d'Ouvrage
 - **Directeur de Projet** à l'URML : Pascal DUREAU
 - **Conseiller auprès de l'URML** : Marc BREMOND (Volet médical)
 - **Groupe projet** chargé de créer le Cahier des Charges **SOCLE** et d'en suivre le développement

- **AFIRME** (Villeurbanne) **Prestataire Pilote du Projet ATIM**
 - **Directeur** : Patrick GUEDJ
 - **Chef de Projet Professionnalisation ATIM** : Emmanuelle CHAUVET

- **ID. SYS** (Annecy) **Prestataire Organisme de Formation et SSII Expert sur le secteur médical**
 - Accompagnement des Médecins Libéraux dans la mise à jour de leurs postes de travail
 - **Directeur** : Jean Claude POLETTI

- **Animateur de bassin, accompagnateur du comité médical** : Michel PISANESCHI (OVALE CONSULTING / Consultant indépendant)

- **100 médecins libéraux à Lyon et 100 médecins libéraux à Annecy**

- **Directeurs GCS SISRA** : Thierry DURAND et Jean Philippe DESCOMBES

- **Maisons Médicales de Garde FEDERAMAG** : J. J DUVAL

Objectifs :

Quantitatifs : création de **1000 DMP/DPPR** en lien avec **200 médecins libéraux** (100 à Lyon et 100 à Annecy)

Qualitatifs :

- Evaluation des moyens
- Définition des **conditions de réussite à réunir** au regard des résultats attendus
 - à court terme (Cf. objectifs quantitatifs ci-dessus) : satisfaction des médecins partenaires
 - à long terme : **adhésion des médecins libéraux et généralisation d'une organisation adaptée à la mise en œuvre du DMP/ DPPR.**

(Pour info : créer 6 millions de DMP en Rhône Alpes correspond à 1000 ans de travail pour 1 personne)

Moyens :

8 Assistants Techniques en Informations Médicales

1 Chef de Projet « professionnalisation du dispositif ATIM »

Descriptif sommaire de l'emploi ATIM :

L'ATIM travaille au sein des cabinets médicaux où il est affecté, en lien avec le(s) médecin(s), leur(s) assistante(s) et leurs patients.

Il utilise le matériel bureautique et l'espace de travail du cabinet. Il utilise aussi les différents applicatifs utiles à sa mission.

Il dispose d'un fichier « patients » et d'un nombre de patients à contacter.

L'ATIM est chargé :

- d'informer les patients sur le SISRA et le DMP/DPPR
- d'obtenir leur accord pour la création de leur DMP/DPPR ainsi que les noms des médecins qu'ils souhaitent habilitier à consulter leur dossier
- de créer le DMP/DPPR en suivant la procédure de transfert sur le site dévolu au DMP/DPPR.
- de gérer les Habilitations données par le patient
- de préparer les éléments constitutifs d'une synthèse type SOCLE du dossier du patient
- de la soumettre pour validation au médecin sous l'autorité duquel il travaille
- de transférer les pièces validées par le médecin sur le DMP/DPPR créé

Méthode :

Projet partenarial

Expérimentation d'un dispositif de Professionnalisation ATIM

Recherche – Action

Ingénierie de Professionnalisation

Missions liées au Projet ATIM dévolues à l'AFIRME :

Management du Projet : Patrick GUEDJ et Emmanuelle CHAUVET

- Elaboration et respect du Cahier des charges, définition du plan de travail global, convention partenariales avec ID- SYS
- Pilotage des actions, coordination des acteurs, interface entre les partenaires et les acteurs
- Communication, appui à la promotion du projet
- Supervision et évaluation
- Synthèse au commanditaire

Recrutement et Embauche des ATIM : Emmanuelle CHAUVET

- Mise en œuvre : 15 septembre / 15 octobre 2007
- Nombre de postes à pourvoir : 8
- Type de contrat : CDD 8 mois (15 Octobre 2007 – 15 juin 2008)
- Profils recherchés : Expérience du milieu médical (niveau III)
Expérience du milieu administratif (niveau III)

Gestion du personnel ATIM : Patrick GUEDJ

Contrats de Travail, Paies, Encadrement...

Management des ATIM : Emmanuelle CHAUVET

Accueil, intégration, organisation du travail, suivi, accompagnement, évaluation

Ingénierie Emploi – Formation – Certification ATIM : Emmanuelle CHAUVET

- Elaboration du Référentiel Emploi Activités Compétences des ATIM
- Elaboration, à partir de l'expérimentation conduite, du dispositif de professionnalisation et d'un squelette de Référentiel de Formation
- Production d'une étude sur l'élaboration d'une nouvelle Certification Professionnelle correspondant au nouvel emploi ATIM

Formation – Professionnalisation des ATIM : Emmanuelle CHAUVET

- Coordination et Dimensions organisationnelles, relationnelles et sociales
- **Dimensions médicales :** Marc BREMOND
- **Dimensions techniques (logiciels, applicatifs) :** ID - SYS
- Alternance Emploi – Formation (en Cabinet médical, au sein des Maisons médicales)
- Guidance en situation de Travail

Calendrier prévu :

- 15 Octobre – 15 Novembre 2007 : 1 mois : formation initiale à la prise de fonction
- 15 novembre 2007 – 15 janvier 2008 : 2 mois : alternance emploi – formation (2J / 3J)
- 15 janvier 2008 – 15 juin 2008 : 5 mois : période de production en situation professionnelle

Evaluation et Synthèse du projet : Patrick GUEDJ, Emmanuelle CHAUVET

- 15 Juin 2008 – 15 juillet 2008

Analyse prospective et contribution aux développements de projets futurs :

Patrick GUEDJ, Emmanuelle CHAUVET

- 1^{er} août – 1^{er} octobre 2008

Missions liées au Projet ATIM dévolues à la société ID - SYS :

ID – SYS est une société qui dispose d'une connaissance approfondie du milieu médical, en partie due à son expertise et ses compétences en matière d'**informatique médicale**.

L'AFIRME coordonne le dispositif de professionnalisation des ATIM et leur formation globale au cours de laquelle ID – SYS intervient.

ID – SYS et l'AFIRME signent une convention de prestations de services, dans le cadre du dispositif ATIM.

Son objet recouvre un **appui à la formation et l'accompagnement** des ATIM **sur les dimensions techniques, dans le cadre de leur professionnalisation globale.**

- 6 jours de formation dans le cadre de leur formation à la prise de fonction
 - La production d'une information médicale structurée
 - La gestion des habilitations
 - L'organisation du DMP/DPPR
 - La présentation sommaire des principaux logiciels médicaux

- Contribution à l'intégration, l'accompagnement et le suivi des ATIM – pour la partie technique
 - Un accompagnement physique et téléphonique sur deux mois en étroite relation avec l'évolution de l'expérimentation et le cadre d'évaluation de l'AFIRME
 - Un accueil et une assistance technique, administrative et générale dans les bureaux d'ID – SYS à Annecy durant toute la durée de l'expérimentation
 - Le retour d'expérience sur le terrain dans le cadre d'évaluation de l'AFIRME

- Evaluation, rapports d'objectifs finaux, bilan de l'expérimentation sur chaque site, synthèses, en lien avec le cadre d'évaluation de l'AFIRME

Pistes d'Amélioration

La définition des Cahiers des Charges pourrait être soumise pour **validation au Comité de Pilotage**.

Le contenu des Cahiers des charges devrait aussi traiter des **moyens** liés à la réalisation des actions, des **modalités de mise en œuvre des partenariats** et, des **responsabilités et obligations** de chacun des acteurs.

Les termes des Cahiers des Charges constituent les références pour l'organisation des actions, des partenariats et des moyens et pour l'évaluation.

3 - Le recrutement des ATIM

Conditions de mise en œuvre

Le recrutement des ATIM, confié à l'AFIRME s'est déroulé **en moins d'un mois** (15 septembre – 15 octobre 2007).

Dans ce laps de temps, il convenait d'établir une fiche de poste et un profil recherché, définir les conditions contractuelles d'embauche, prendre contact avec les services de l'ANPE pour diffuser une offre, recevoir et traiter les candidatures, contacter et convoquer les candidats retenus, les recevoir en entretien, discuter des appréciations et conclusions de ces entretiens pour sélectionner les candidats, communiquer aux candidats les réponses négatives et positives et préparer leur embauche.

L'objectif était de recruter **quatre ATIM sur l'agglomération lyonnaise et quatre ATIM sur l'agglomération d'Annecy.**

Profils initialement recherchés

A l'origine, au regard des missions et activités du poste ATIM, **les profils recherchés devaient correspondre à un Niveau III de formation (Bac + 2) renforcé par une Expérience du milieu médical et / ou du milieu administratif. (Cf. Annexes 4)**

Les qualités requises recouvraient des compétences comportementales, relationnelles et situationnelles telles que :

- Capacités d'adaptation, d'organisation, d'initiative et d'autonomie
- Bonne présentation, courtoisie
- Aptitudes relationnelles : goût de la communication écrite et orale et des relations humaines
- Aptitudes au travail en équipe
- Bon esprit de synthèse et d'analyse
- Discrétion

Les Compétences attendues correspondaient aux activités liées à l'exercice de l'emploi :

- Utiliser les outils bureautiques
- Utiliser les applicatifs ad hoc (secteur médical), en maîtriser les évolutions.
- Respecter la législation et les règles de recueil des données médico administratives, traduire leur impact sur le traitement des informations médicales.
- Appliquer avec exactitude les codes de structuration et de classification des diagnostics et actes médicaux et les codes d'indexation des bases de connaissance. (Cf. 5 ouvrages)
- Concevoir et réaliser des documents de synthèse
- Réaliser des analyses statistiques
- Organiser son travail dans le cadre de ses missions en respect des consignes données, en autonomie et/ou en équipe
- Etablir une relation professionnelle de confiance avec un médecin, un collaborateur et/ou avec un patient
- Conduire un entretien avec un patient
- S'inscrire dans des réseaux et travailler en partenariat avec les acteurs concernés par la mission

Dans les délais impartis, le nombre de candidatures **se limita à une vingtaine** pour l'agglomération lyonnaise et **seulement quatre** pour l'agglomération d'Annecy. **Ces candidatures ne présentaient pas les profils tels que définis, particulièrement quant au niveau de formation et à l'expérience en milieu médical.**

Tous les candidats ont été reçus.

Profils retenus

On a constitué une équipe de 8 personnes : 6 femmes et 2 hommes. (Cf. annexe 5)

Quatre d'entre eux étaient titulaires du Bac ou plus, soient :

- DESS Droit de la santé, BTS Tourisme, niveau BTS Secrétariat de Direction, BAC Secrétariat Médical

Les autres présentaient un niveau BAC Secrétariat.

La première sélection a été opérée en vérifiant leurs **compétences en bureautique**.

Les critères de sélection ont évolué vers la distinction des compétences comportementales. On chercha des profils d'« aventuriers », de « pionniers » ; **Des personnalités complémentaires, susceptibles de fonctionner en équipe, fortes de capacités d'adaptation et d'organisation, capables et motivées pour apprendre, dotées du sens de l'humour- capacité de prise de recul et de dédramatiser, de gérer des frustrations - et pas revendicatrices. La présentation, la qualité d'expression, la courtoisie et la discrétion furent aussi des critères de choix déterminants.**

Dans ce cadre, on ne put retenir raisonnablement qu'un candidat parmi les quatre sur l'agglomération d'Annecy. Ce qui amena à définir un nouveau critère de sélection pour les candidatures lyonnaises : **la mobilité géographique sur Annecy.**

Deux candidats lyonnais l'acceptèrent et furent embauchés sur cette base.

Ils ont finalement chacun été retenu pour leur aisance relationnelle au cours de l'entretien, pour leur vivacité, pour leur juste compréhension de ce qu'allait recouvrir leur mission, pour la pertinence des arguments qu'ils ont exprimés quant à leur motivation et leur capacité à convaincre de leur volonté, de leur curiosité voire de leur ingéniosité.

Il convient de noter qu'un des ATIM embauché sur Lyon le fut nonobstant un avis défavorable. On dut mettre fin à son contrat de travail au cours du mois de période d'essai.

Cela déclencha un nouveau recrutement, sur l'agglomération d'Annecy. Réalisé sur la période de décembre, il permit l'étude d'une dizaine de candidatures, toutes très compatibles avec le profil initialement défini.

Une fois encore le choix se porta sur une candidature qui présentait une personnalité et des compétences comportementales adaptées à la fonction d'ATIM et à son contexte de travail.

L'équipe des ATIM fut finalement constituée de 7 femmes et 1 homme.

Contrats

Les Contrats de Travail ont été établis par l'AFIRME dans le cadre d'une **Convention avec l'ANPE** pour des **Contrats d'Accompagnement à l'Emploi en CDD à temps plein (35H/Hebdomadaire), 8 mois** (du 15 octobre 2007 au 15 juin 2008).

Ce type de contrats, aidés par l'Etat, permettent la mise en œuvre d'un dispositif de professionnalisation, tel que prévu par le cahier des charges du projet ATIM.

La Rémunération est fixée à 9, 50 Euros / Heure.

Les déplacements inter départementaux des ATIM occasionnés par leur activité professionnelle sont pris en charge sur la base des tarifs SNCF et sur présentation des justificatifs. L'utilisation du véhicule personnel est soumise à autorisation de l'AFIRME.

Analyse et pistes d'amélioration

L'expérience démontre que **les compétences comportementales** constituent le socle déterminant de l'adéquation au poste ATIM. Il reste à les affiner. Il conviendra de **peser les compétences et situer le niveau de responsabilité de l'ATIM** : exécutant ou responsable ? Quelles initiatives ? Quel degré d'autonomie ?

Les compétences en bureautique sont, elles, **indispensables**.

Les compétences quant à **la compréhension de la terminologie médicale** constituent une réelle plus value et doivent être privilégiées si elles s'ajoutent aux précédentes. Sinon, les capacités d'apprentissage, la curiosité, les capacités d'analyse peuvent se substituer avec succès à ces pré – requis **sous réserve de l'apport d'une formation**.

La mobilité géographique peut se révéler, outre couteuse, un frein pour la satisfaction des missions. La proximité devrait être privilégiée pour réduire les temps de déplacements.

Un nouveau dispositif devra prendre en compte les **délais nécessaires à un recrutement plus conforme**.

4 - Le dispositif de Professionnalisation des ATIM (Cf. Annexe 6)

La journée d'accueil des nouveaux embauchés

La première journée des nouveaux embauchés fut bien sur l'occasion de régler l'ensemble des démarches administratives relatives à leur prise de fonction.

Outre cette dimension formelle importante, la première journée a été organisée de façon à créer les conditions de sérénité, de solidarité, de compréhension, d'engagement dans le travail...et des conditions de plaisir aussi !

Les ATIM ont été accueillis dans les locaux de l'URML, en présence du Docteur Pascal DUREAU, Vice Président, du Docteur Marc BREMOND, Chargé de Mission, du Directeur de l'AFIRME et de la Chef de Projet.

C'est Patrick GUEDJ, Directeur de l'AFIRME, leur employeur, qui a ouvert la séance du matin.

Il a re fixé le cadre des contrats de travail et formulé des paroles de bienvenue et d'encouragement mais aussi d'exigence.

Ensuite, **le Docteur Pascal DUREAU a présenté le projet** et leur a tenu un discours « exaltant » la teneur expérimentale du projet, ses enjeux et, l'extrême importance de leur contribution pour la réussite du projet de l'URML.

Fut engagé ensuite un **tour de table de présentations individuelles** initié par la Chef de Projet qui notifie les différents points à évoquer par chacun :

- Identité, âge, situation familiale, parcours professionnel, motivation pour le poste ATIM et le dispositif expérimental, centres d'intérêt, attentes, questions, projet éventuel.

Chacun se livra à cet exercice.

La visite des locaux de l'URML et, la présentation des membres de l'équipe administrative ont clos la matinée.

L'après midi, La Chef de Projet assura la conduite de la réunion, seule avec les ATIM.

Elle leur a présenté **le dispositif de professionnalisation** qui serait déroulé tout au long de leur contrat. Elle leur a expliqué **l'esprit de celui – ci** : servir les structures – employeur et, au dessus, l'URML et le DMP ; servir l'emploi ATIM, le conforter, le consolider ; servir leur propre évolution professionnelle : développer leurs compétences et leur projet individuel.

Elle a présenté **son rôle, ses responsabilités** et les leurs, son esprit de travail, **ses engagements et les leurs.**

Elle leur a communiqué **leur Livret de Professionnalisation.**

Elle leur a donné le **déroulement de leur formation initiale** à leur prise de fonction ainsi que les modalités prévues pour celle-ci.

La journée passa dans une ambiance à la fois concentrée, sérieuse et propice aux échanges et à la bonne humeur partagée. **L'évaluation opérée en fin de journée confirma la motivation et la satisfaction des nouveaux salariés.**

La formation initiale à la prise de fonction :

La formation initiale à la prise de fonction des ATIM a été assurée en grande partie par des **professionnels représentant différentes fonctions du secteur médical.** (Cf. Annexe 7)

L'attention des ATIM a particulièrement été attirée sur le **caractère expérimental de leur fonction** et la **responsabilité** qui était la leur de la **co construire** avec les autres acteurs.

Le fait que le cadre de leur formation leur permette de rencontrer les différents acteurs du secteur : Médecins, responsables du Système d'Information, Statisticien, Chercheur, Présidente de l'Association des Usagers de la Santé..., **à ouvert leur représentation, outre des acteurs mais aussi, de leur(s) posture(s) et de leur(s) jeu(x) quant au développement du DMP et,...de leur « emploi ».**

Ils ont été confrontés à des positions dubitatives voire franchement hostile quant au « système » et à leur fonction, de la part de leurs interlocuteurs.

Le rôle de la Chef de Projet, dans leur professionnalisation consistait à « cadrer » les éclairages qui leurs étaient apportés, en leur donnant du sens – collectif – en dédramatisant le cas échéant, en répondant à leurs nouvelles interrogations et en les accompagnant pour exprimer leur « peur » et pour la dépasser ou l'utiliser comme exigence de vigilance.

Bien avant leur prise de fonction « opérationnelle », on a pu faire **un travail de représentation et de définition de l'emploi ATIM**, avec ses zones claires, grises ou sombres, ses limites...

La dimension expérimentale de la fonction devait à la fois offrir des possibilités de s'essayer à l'action, jouer l'essai – erreur et, à la fois apporter une **extrême vigilance quant au respect des droits des patients et des responsabilités légitimes des Professionnels de Santé.**

Ainsi, **deux principes fondamentaux** ont été posés pour remplir leur fonction :

- **L'obtention** – sine qua non – **de l'accord du patient** pour créer un DMP/DPPR
- **La présentation** de la pièce ou – à fortiori – de la synthèse type **SOCLE** préparée par l'ATIM, **pour validation au médecin** qui a seul autorité pour décider de la transmettre dans le DMP/DPPR. Cela se traduit par l'utilisation de la CPS du médecin lors de cette opération.
En aucun cas l'ATIM ne doit pratiquer un questionnement médical. Il se borne à collecter des informations existantes concernant un patient, à les rassembler et les structurer le cas échéant en adoptant le format du SOCLE, sous la responsabilité du médecin.

Pour adapter le contenu de la formation au fait que très peu des ATIM avait une expérience du secteur médical, on a ajouté quelques jours de formation à **la terminologie médicale** afin de leur donner des clefs de lecture des dossiers patients qu'ils seraient amenés à consulter.

La Chef de Projet a animé leur formation initiale aux compétences relationnelles et sociales.

Elle a adopté une méthode active, utilisant d'abord presque chaque jour la « matière » de l'intervenant pour leur demander de **produire une synthèse écrite** sur ce qu'ils en avaient retenu et compris.

Elle a conduit des actions de familiarisation à **l'analyse de pratique** afin de les initier à cette démarche, à la prise de recul et, provoquer aussi **leur expression orale**. Ces exercices les ont amenés à travailler l'écoute – active – le respect, la reformulation, le questionnement, le feed - back...Bref, à conscientiser aussi bien des « techniques » sur la forme, que des critères de qualité, sur le fond, quant à leur expression, leur comportement.

On a aussi utilisé **la méthode de « mise en situation simulée »** pour dégager les éléments situationnels, relationnels et personnels par exemple, de l'entretien avec le patient ou des contacts avec le médecin.

Mais, de la même façon, l'ensemble des situations professionnelles qu'ils allaient rencontrer ont été l'objet d'investigations, de re – constitution. A cela, deux objectifs : d'abord découvrir collectivement La nature des activités de l'emploi ATIM ; Ensuite, dégager un consensus sur « comment s'y prendre ».

En ces occasions, la Chef de Projet leur communiquait **les outils, moyens et différents supports** avec lesquels ils allaient travailler...et, le cas échéant, ils créaient les outils utiles. Ce temps d'appropriation des outils, méthodes et moyens pour faire a, sans nul doute, contribué à leur prise de poste ultérieure.

Parallèlement, la Chef de Projet les a engagés à réaliser **leur bilan personnel et professionnel** avec la volonté de les valoriser et les étayer dans la construction de leur projet d'évolution individuel.

Articulation du Processus de professionnalisation

La dynamique de professionnalisation s'articule autour de 3 axes :

- **La Structure – employeur et son Organisation** : ici, les cabinets médicaux et établissements de soins
- **L'Emploi** : ATIM : définition des activités
- **L'Employé** : ses compétences, ses performances, son insertion dans l'emploi

Dans le cadre du dispositif expérimental ATIM, on a adopté la **démarche d'analyse de pratiques pour en professionnaliser les trois axes**. Chaque ATIM en était le pivot.

Pour ce faire, les ATIM disposaient d'un **livret de professionnalisation** à renseigner chaque semaine en décrivant leur pratique. Ils possédaient chacun leur Livret sous forme papier, mais aussi sous forme de fichier informatique. Ainsi, l'une ou l'autre des formules pouvait être successivement adoptée pour capitaliser leurs observations.

Ce travail, couteux en temps, était complètement **intégré dans leur temps de travail hebdomadaire**. Concrètement, l'ATIM était présent au sein du cabinet médical 20 à 30 heures par semaine. Le reste du temps était donc prévu et, consacré, à la formalisation sur le Livret de Professionnalisation ou, à des temps collectifs ou individuel dévolus aussi à la professionnalisation, c'est-à-dire à **dégager les apprentissages issus de l'expérience**.

La Chef de Projet a programmé **des RDV auprès de chaque ATIM sur leur lieu de travail**.

Par ailleurs, **les regroupements hebdomadaires** à l'URML, au cours des deux premiers mois de travail en cabinet médical, permettaient **l'échange des pratiques**, du vécu, à partir des situations rencontrées et, **la résolution de problèmes**.

A ceci se sont ajoutés **des entretiens individuels à intervalles réguliers**, dont les objectifs recouvraient à la fois leur situation professionnelle, leur emploi, leur projet.

Les médecins partenaires ont contribué à cette démarche en participant **aux entretiens d'évaluation et aux réunions** au cours desquelles ils ont pu s'exprimer sur leur vécu de l'expérience et leurs observations. *(Cf. Annexes 8)*

Enfin, les rendus comptes réguliers de la Chef de Projet auprès du Directeur de l'AFIRME, du Docteur Pascal DUREAU et/ou du Directeur du SISRA permettaient re - médiation et prise de décision rapide quant aux situations évoquées.

L'accompagnement en situation de travail :

Cet accompagnement se « matérialisait » par **la présence de la Chef de Projet sur une demi journée aux côtés de l'ATIM, au sein de son environnement de travail**. Elle le rejoignait le jour convenu, à son initiative ou à la sienne. Son rôle consistait à **l'écouter, l'observer dans l'accomplissement de ses tâches et, le questionner sur celles-ci**. Ils devaient, ensemble, **identifier et préciser les contours de l'emploi, les conditions de réussite de l'exercice de l'emploi, les activités et compétences à développer mais aussi, le « vécu »**. **C'est un travail d'explicitation**.

Les points d'observation portaient :

- Sur l'aménagement des locaux, le poste de travail, les moyens
- Sur le climat, les relations avec les collaborateurs du médecin, les patients, le médecin...
- Sur la « production » de l'ATIM

Les conclusions de ces temps d'accompagnement individuel pouvaient devenir les **points à l'ordre du jour des regroupements collectifs**, ou faire l'objet d'un **entretien individuel** hors lieu de travail.

Le temps des prises de fonctions et de l'alternance

Les prises de fonctions des ATIM couvrent environ **deux mois en alternance** sur les premiers partenariats noués avec les médecins.

Il s'est agi d'abord **d'accompagner l'ATIM devant le médecin partenaire** de l'expérimentation lors de son premier jour de travail. Ce fut l'occasion de présenter l'ATIM mais surtout, de présenter sa fonction et de **découvrir ses conditions de travail qu'il fallait faire évoluer vers des conditions de réussite**. Enfin, l'échange portait sur **le mode de fonctionnement** qui serait adopté pour permettre les contacts avec les patients, les collaborations avec les assistantes et, avec le médecin lui-même.

Ce fut le temps **des découvertes réciproques et de l'identification de nombre de situations d'empêchement liées le plus souvent aux manques de moyens logistiques, techniques, informatiques et, quelquefois liées au manque de compréhension et/ou d'adhésion du médecin sur la fonction ATIM**.

On observe en effet, au cours de cette première période, plutôt une position de retrait de la part des médecins partenaires.

Le temps de l'expérience professionnelle ATIM

De janvier à juin 2008, les situations de travail ont évolué vers des situations de réussite quant à l'exercice de l'ensemble des activités de l'ATIM.

On a pu se délivrer des questions relatives aux seuls moyens, pour investiguer celles relatives au « comment faire pour bien faire » et aborder enfin les questions liées à l'évolution des organisations et des compétences en dégageant de premiers critères qualitatifs.

Les ATIM entrant en **phase de « production »**, particulièrement en proposant des synthèses d'informations médicales (SOCLE) aux médecins partenaires (*Cf. annexe 2*), le débat et l'analyse se sont déplacés sur **la légitimité des actes des ATIM, leur cadre et, sur leur valeur ajoutée et l'impact sur le fonctionnement du cabinet ou du médecin**.

On observe au cours de cette période une position plutôt d'implication de la part des médecins partenaires.

Les Temps de regroupement avec les ATIM

Les ATIM et la Chef de Projet se réunissaient une journée entière à l'RML. L'Objet de ces regroupements était d'abord de **maintenir la cohésion du groupe** et de **faciliter les échanges de pratique, de vécu**.

Chacun d'entre eux était affecté à un ou plusieurs cabinets médicaux et se trouvait seul, placé dans une situation de travail singulière. **Au cours des deux premiers mois de « mise en place » de l'expérimentation, ces regroupements étaient hebdomadaires**. C'était le temps de « la greffe » des ATIM dans des organisations qui s'étaient toujours passées d'eux et ignoraient leur fonction. La plupart d'entre eux – très motivés – se trouvait confronté à des situations d'« empêchement » de travailler car les conditions logistiques et techniques minimum pour remplir leur fonction n'étaient pas présentes. Il importait de laisser **s'exprimer déconvenue, ressentiments et sentiments** dans cet **exutoire** que représentait notre groupe. A cette condition, il était possible alors de dépasser ce niveau pour **mettre en débat les organisations de travail**, en dégager les problématiques à résoudre, les poser aux commanditaires et autres acteurs de leur environnement afin de les solutionner. Les ATIM intégraient le principe selon lequel **le dysfonctionnement, la difficulté sont sources d'apprentissages, sont constructifs**. Reconnus par les différents acteurs, les obstacles et contraintes deviennent des moyens d'améliorer les services à rendre.

Naturellement, c'est aussi l'occasion d'expliquer ce qui a « bien marché » et d'en tirer les « **bonnes pratiques** » à **modéliser peut être**. Ces allers retours « essais – erreur / essais – réussite » s'effectuaient **en perspective des objectifs de « production » et de qualité à atteindre**. Mais l'évolution, le changement voire l'abandon de ces objectifs restaient toujours possible : **ils n'étaient pas figés mais redéfinis à partir des réalités expérientielles**.

Par la suite, les RDV du groupe sont devenus bi – mensuels.

Les temps de regroupement ont constitué parfois **des temps de formation occasionnels** lorsqu'il était utile d'apporter un complément de connaissances aux ATIM pour leur pratique. Ce fut le cas quant à la Terminologie médicale ou quant aux procédures de création des DMP/DPPR et leur transfert sur le SISRA. Ces formations, toujours inter – active, mobilisaient des professionnels, praticiens et s'articulaient autour de la **résolution du problème rencontré**.

Les étapes d'évaluations et bilans (Cf. Annexes 12 ; 11 ; 10)

Au cours de la formation initiale à leur prise de fonction, les ATIM disposaient d'une demi-heure en fin de journée pour renseigner une feuille **d'évaluation de la formation**. A partir de leurs « remontées », on mettait en place avec les intervenants, les moyens de compléter leur compréhension et leurs acquis.

Tout au long de l'expérimentation, ont été déroulé **des temps collectifs et des temps individuels d'évaluations et de bilans**, avec les ATIM, avec les médecins partenaires, avec les autres acteurs concernés. Chacun faisait l'objet d'un compte rendu, d'une synthèse ou d'un relevé de conclusions.

Au cours du dernier mois de l'expérimentation, chaque ATIM a rédigé **un bilan d'activité** correspondant à chacune de ses expériences professionnelles d'ATIM.

Enfin, appuyés sur **le Livret de Professionnalisation**, les ATIM ont réalisé leur **bilan personnel et professionnel** et fonder leur projet d'évolution professionnel appuyé sur la **reconnaissance de leurs acquis de l'expérience**.

Analyse et pistes d'amélioration

C'est la structuration de l'ensemble de l'accompagnement qui mérite d'être redéfinie.

Que ce soit en direction des ATIM ou en direction des médecins partenaires, il s'agit de construire un accompagnement avec des objectifs plus clairs, des supports plus adaptés aux différents questionnements, capitalisations et évaluations.

Il conviendrait aussi d'adopter un planning de RDV plus réguliers et de fixer des objectifs et leurs échéances à respecter.

Il pourrait se révéler efficace d'adopter une démarche de contractualisation définissant les objectifs, moyens et obligations auxquels s'engage chaque partie.

5 A- La gestion des partenariats avec les médecins libéraux

Le recrutement des médecins (Cf. Annexe 14)

Au cours de ce dispositif, les premiers recrutements de médecins ont été réalisés exclusivement à l'initiative du Docteur Pascal DUREAU et du Docteur René LABARRIERE qui ont mobilisé par un simple appel téléphonique quelques membres de leurs réseaux de confrères amis.

En l'occurrence deux cabinets de médecins à Annecy et quatre cabinets à Lyon – dont celui du Docteur DUREAU et celui du Docteur LABARRIERE – ont accepté d'accueillir des ATIM et de fait, d'entrer dans le dispositif expérimental.

Au mois de décembre, l'URML a envoyé un courrier auprès des 100 médecins ayant participé à la précédente expérimentation pour les solliciter sur ce nouveau dispositif.

Le succès fut mince puisque douze médecins seulement se sont déclarés favorables à priori, dont la plupart sans donner suite.

Ainsi, les ATIM ont pour la plupart « changer de partenaires » une seule fois au cours de cette expérimentation.

A partir d'avril 2008, on a pu néanmoins associer des médecins spécialistes, ainsi que deux EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) à Annecy et, deux Cliniques, à Lyon, soient un service de radiologie et un service d'anesthésie.

En tout, ce sont 15 partenariats qui ont été conclus.

Il faut noter la posture adoptée par la société ID – SYS quant au recrutement des médecins partenaires.

Ni le Cahier des Charges d'AFIRME, ni celui d'ID – SYS ne prévoyait initialement cette mission. Néanmoins, à maintes reprises, le Directeur commercial d'ID – SYS est intervenu auprès des médecins du bassin d'Annecy où la société est implantée, pour les inciter à participer à l'expérimentation. Ce qui avait pour effet d'abord de « connecter » les médecins au SISRA et rendre leur installation informatique compatible avec le DPPR, ensuite d'obliger à organiser la présence d'un ATIM au sein des cabinets médicaux nouvellement équipés. En se posant en interface entre le médecin et l'AFIRME, ID – SYS a opéré un mélange des rôles, plaçant de fait l'AFIRME en situation de lui rendre compte quelques fois y compris sur l'organisation du travail de l'ATIM.

Information et communication (Cf. Annexes 13)

Ce sont des photocopies en noir et blanc des plaquettes sur le DPPR en direction des Professionnels de Santé et, en direction des Patients, qui ont servi de supports d'information aux ATIM.

De la même façon, les ATIM ont disposé de la Fiche « Habilitation » utilisée au cours de la précédente expérimentation DMP / DPPR pour formaliser le lien avec les patients.

Les ATIM se sont vus remettre par le Docteur Marc BREMOND, le document « SOCLE » (Synthèse de l'Observation CLiniquE), pour cadre de référence quant au traitement des informations contenues dans le dossier du patient qu'ils devaient soumettre au médecin.

L'ensemble des autres supports ont été élaborés au fur et à mesure par la Chef de Projet.

Les médecins se sont plaints à maintes reprises du manque de qualité de la communication

Les conventions de partenariat : conformité juridique (Cf. Annexes 14 ; 15)

L'élaboration des Conventions de partenariat avec les médecins pour l'accueil d'un ATIM s'est effectuée peu de temps avant la première prise de fonction des ATIM.

La rédaction de la Convention a été amendée et **validée par le Comité de Pilotage** du dispositif réuni en décembre 2007.

Le Conseil de l'Ordre des Médecins de Haute Savoie a fait part de ses questions, réserves et amendements sur la Convention, fin février 2008. Un avenant a été produit courant mars 2008.

La rédaction de ces conventions a mis en exergue des problématiques de responsabilité, mais surtout de légitimité des ATIM, en dénonçant particulièrement leur accès aux informations médicales et, à fortiori, le « traitement » qu'ils pouvaient en faire. Outre le respect du secret médical, la « manipulation » par un non professionnel de santé des informations médicales, même sous l'autorité du médecin, soulève des questions de droit

Le suivi, les liens avec les médecins

Le suivi des ATIM s'est effectué en maintenant **un lien ténu avec les médecins**.

Les premiers partenariats se sont noués sans qu'ils prennent réellement en compte la teneur de leur « engagement ». On constatait une « bonne volonté » mais sans conscience de ce qu'elle devrait concrètement recouvrir. **Le médecin est occupé** ; il n'est pas disponible pour « autre chose » que ses consultations avec ses patients. **Il investit peu – voire pas – sa fonction « employeur »**.

Ainsi, la Chef de Projet n'a pu rencontrer chacun des médecins partenaires, que brièvement et, **sans réussir à instituer un cadre d'évaluation formel de leur part**, sur l'expérimentation de l'« emploi » ATIM.

Dans un premier temps, c'est seulement à partir de leurs rapides échanges informels qu'ont été nous repérées les difficultés – ou non – des différentes situations de travail des ATIM.

Ce sont davantage les ATIM eux même, inscrits chacun dans un processus d'analyse de leur pratique, qui ont rapporté l'ensemble des éléments relatifs à l'appréciation de leur fonction et ses conditions d'exercice. (Cf. Annexes 11)

Sur la première période de prise de fonction, on a constaté et, du résoudre essentiellement des « **situations d'empêchement** » c'est-à-dire des situations où il n'est pas possible de travailler, pour des raisons très « techniques » : pas d'installation informatique ad hoc, pas d'accès à Internet voire à un ordinateur..., pas de poste de travail...

Le suivi des ATIM, outre l'organisation de l'aménagement de leur poste de travail consistait à leur offrir aussi **des plages d'expression quant à leur frustration** et, à lutter avec eux contre le découragement. On a donné du sens aux expériences vécues quelles qu'elles soient. La « production » était certes un objectif, mais plus encore **l'identification des conditions de réussite** – y compris par leur absence, qui, finalement, les rendaient d'autant plus visibles -.

L'accompagnement des ATIM leur a permis de parfaitement intégrer cette logique. **Ils ont été capables de se confronter aux situations les plus difficiles, de les dépasser pour en tirer les enseignements.**

Ces conclusions ont conduit l'URML et l'AFIRME à proposer aux médecins partenaires **deux réunions, sur chacun des bassins expérimentaux, en présence des ATIM et des membres du groupe auteur du document « SOCLE »** (Synthèse de l'Observation CLiniquE). Ces réunions, programmées en février 2008 ont rassemblé l'ensemble des partenaires et ont permis l'expression de chacun sur son vécu de cette expérimentation. **(Cf. Annexes 16 et 17)**

Les observations et critiques des participants se sont révélées très hétérogènes et très riches aussi. Sur leurs bases, on a pu décider de **premières évolutions quant à la contractualisation et la mise en œuvre des partenariats suivants pour rendre plus efficaces la fonction ATIM.**

L'AFIRME a renforcé la formalisation des partenariats :

- courrier préalable au médecin « volontaire » avec clarification des responsabilités de chaque partie : le médecin, l'AFIRME, l'URML, l'ATIM.
- RDV préalable pour assurer l'installation d'un poste de travail adapté aux missions de l'ATIM et compléter l'information des médecins partenaires
- Accord sur un planning de travail de l'ATIM
- Accord sur un objectif de production pour l'ATIM
- Convention signée en trois exemplaires.
- Planning de RDV de suivi de l'ATIM au sein du cabinet
- Entretien d'évaluation final avec le médecin.

L'URML a aussi commencé à cerner les problématiques que l'expérimentation soulevait : besoin d'accompagner les professionnels de santé face à l'évolution des systèmes d'information et des organisations, champs de contraintes quant à l'émergence d'un « nouvel emploi » et son introduction au sein des cabinets médicaux, impulsion de la formation continue des personnels administratifs...etc....

Analyse et pistes d'amélioration

C'est sur cet axe que se situent la majorité des améliorations à apporter pour le déploiement d'un dispositif de plus grande envergure.

- Conformité juridique, légitimité professionnelle
- Information et communication
- Recrutement des médecins, contractualisation
- Animation, suivi, accompagnement, évaluation des partenariats

6 - L'Impact de la professionnalisation du dispositif ATIM

Engagés comme des « aventuriers », cités comme « un corps expéditionnaire », les ATIM ont réellement rempli leur rôle d'éclaireurs et de révélateurs.

6 A - L'Impact sur les Organisations :

Placés brutalement eux-mêmes au sein d'organisations (Cabinets médicaux, services de Cliniques, EHPAD) « qui ne les attendaient pas » **les ATIM ont d'abord révélé**, au cours des deux premiers mois de leur prise de fonction, **les situations spatio – logistiques extrêmement hétérogènes et souvent inappropriées au simple accueil d'un collaborateur supplémentaire dans l'espace professionnel du médecin libéral :**

- Pas d'espace, pas de lieu propice aux entretiens confidentiels avec les patients
- Pas de bureau, pas de poste informatique dévolu
- Pas d'accès à Internet

Dans un deuxième temps, **les ATIM, en « se mettant au travail »** ont alors provoqué des **interrogations** voire remises en cause **quant aux situations relationnelles et fonctionnelles au sein des cabinets médicaux :**

- **La « position » de l'ATIM dans le circuit entre le médecin, ses collaborateurs et les patients :** Niveau de compréhension et d'adhésion du médecin à la mission de l'ATIM, au développement du DMP, ...
- **Leur système d'information du cabinet :** Utilisation ou non d'un Logiciel de Gestion du Cabinet, multiplicité de ces LGC, ...
- **Le « fonctionnement » du médecin et, de ses collaborateurs, quant au traitement de l'information médicale :** Classement « papier » et ou « informatique, adoption ou non d'une démarche systémique de structuration de l'information médicale,...
- **Le mode d'échange d'information adopté par le médecin :** niveau de connaissance et d'intérêt pour un système d'échange de données tel la Plate Forme SISRA et le DPPR, connexion au SISRA, connaissance, adoption et appropriation de la démarche SOCLE...
- **L'impact sur le Système d'Information lui-même :** l'activité des ATIM a permis de relever des aspects fonctionnels de la plate forme SISRA qui étaient défailants. (debuggage !)

On a pu mettre en exergue les risques et la valeur ajoutée que présentaient les ATIM vis-à-vis des médecins libéraux :

- Visibilité des manques et/ ou des informations pertinentes dans les dossiers patients
- Dépossession ou délégation d'une « partie » de la relation - patient
- Coordinations possibles dans les organisations internes et externes (secrétaires médicales, autres professionnels de santé)
- Délégation de tâches, Gain de temps et d'efficacité
- Structuration des informations médicales
- Accélération du processus d'adhésion à un système d'échange de données
- Développement du réseau

Sur le développement du réseau, il faut mieux expliquer l'impact de l'action des ATIM :

Chaque fois que l'ATIM crée un DMP/DPPR, il gère en conséquence **les habilitations** données par le patient à tous les autres médecins qu'il autorise à consulter son dossier. **Ainsi, un DMP/DPPR met en réseau systématiquement au moins cinq professionnels de santé entre eux. Chacun d'entre eux est censé pouvoir se connecter au SISRA et accéder au dossier créé et, bien sur, le renseigner à son tour...**

Au terme du projet expérimental, ce sont ainsi plus de 500 Professionnels de Santé qui ont été habilités grâce à l'action des ATIM.

Ces médecins ont été informés de la création du DMP/DPPR d'un de leur patient leur permettant d'utiliser le SISRA voire la démarche SOCLE...Il n'y a pas eu de retour des médecins. Un médecin hospitalier a signalé qu'il se trouvait, lui, dans l'impossibilité de se connecter au SISRA.

Il importe enfin de **remarquer le caractère essentiel** que revêt **la compréhension, par les médecins, de la fonction ATIM et leur adhésion préalable à l'intégrer dans leur organisation**, pour la réussite du projet. En effet, Un ATIM, aussi bien « équipé » et « installé » soit – t – il, restera parfaitement inutile et improductif si ses différentes activités ne s'inscrivent pas concrètement dans le circuit entre le patient et le médecin.

Si l'hypothèse de départ était que le médecin avait besoin de l'ATIM pour le développement du DMP/DPPR, la conclusion, à l'arrivée s'impose :

L'ATIM a encore plus besoin du médecin pour « fonctionner ».

Un des principes actifs de la fonction n'est il pas la VALIDATION du Professionnel de Santé – condition sine qua non – à la « production » de l'ATIM ?

Le caractère systémique de la mise en œuvre d'une telle fonction est donc démontré : on est sur des compétences collectives qui concernent un ensemble de professionnels intervenant sur des registres différents qui se croisent : l'exercice de la médecine, le traitement de l'information médicale, l'échange de données, la relation patient / Professionnels de Santé.

Grace aux éléments rapportés par les ATIM dans l'analyse de leurs situations de travail, l'URML a pu commencer à cerner les champs de contraintes et les problématiques que l'introduction de l'emploi ATIM au sein des cabinets des médecins libéraux soulevait :

- Besoin de **définir les préalables technico logistiques** à réunir pour réussir le développement de ces missions liées au DMP/DPPR
 - Surface du cabinet, local dédié pour le respect de la confidentialité des échanges entre le patient et l'ATIM...
 - Equipement du cabinet : LGC compatible et connecté au SISRA, accès Internet...
- Besoin **d'accompagner les Professionnels de Santé face à l'évolution des systèmes d'information et des organisations.** (Installation de LGC compatibles, connexion au SISRA, regroupements de professionnels de santé, délégation de tâches, développement des secrétariats médicaux...)
 - Audit du Système d'Information
 - Audit d'organisation
- Besoin **d'accompagner les Professionnels de Santé dans l'appropriation de la démarche SOCLE** et adaptation de celle-ci aux spécialistes.
- Besoin **d'accompagner les Professionnels de Santé dans leur fonction « employeur »**
 - **Définitions de postes**
 - **Recrutement**
 - **Evaluation des compétences, Entretien annuel des salariés**
 - **Mise en œuvre de la Formation Professionnelle Continue**
 - **GPEC...**

6 B - L'Impact sur l'Emploi ATIM

Rappel de la définition initiale de l'emploi ATIM :

Dans le cadre de la création des DMP/DPPR, l'ATIM collecte et traite des informations médicales concernant les patients en vue d'assurer la structuration et la transmission d'une synthèse (SOCLE) accessible sur la plateforme SISRA et, de favoriser ainsi la lecture aux professionnels de santé et aux patients de ces données sous une forme résumée.

L'ATIM travaille au sein des cabinets médicaux où il est affecté, en lien avec le(s) médecin(s), leur(s) assistante(s) et leurs patients.

Il utilise le matériel bureautique et l'espace de travail du cabinet. Il utilise aussi les différents applicatifs utiles à sa mission.

Il dispose d'un fichier « patients » et d'un nombre de patients à contacter.

L'ATIM est chargé :

- **d'informer les patients sur le SISRA et le DMP/DPPR**
- **d'obtenir leur accord pour la création de leur DMP/DPPR ainsi que les noms des médecins qu'ils souhaitent habilitier à consulter leur dossier**
- **de créer le DMP/DPPR en suivant la procédure de transfert sur le site dévolu au DMP/DPPR.**
- **de gérer les Habilitations données par le patient**
- **de préparer les éléments constitutifs d'une synthèse type SOCLE du dossier du patient**
- **de la soumettre pour validation au médecin sous l'autorité duquel il travaille**
- **de transférer les pièces validées par le médecin sur le DMP/DPPR créé**

Apports de la professionnalisation de l'emploi ATIM :

- **Le premier apport concerne la définition des conditions de réussite technico - logistique pour l'exercice de l'emploi :**
 - L'ATIM a besoin **d'un lieu dévolu aux entretiens** avec les patients qui permette **le respect de la confidentialité des informations échangées.**
 - L'ATIM doit disposer d'une **Carte Professionnelle Autorisée.**
 - L'ATIM a besoin d'un poste de travail doté **d'un PC relié à Internet et à un lecteur de Carte Professionnelle**
 - L'ATIM doit pouvoir utiliser **les applicatifs utiles** à la création du DMP/DPPR et **en lien avec la plate forme SISRA**

- ➔ *Ces premières conclusions, face aux réalités des surfaces et équipements des cabinets des médecins libéraux ont amené l'URML à envisager **un caractère de « nomadisme »** à l'emploi ATIM. L'idée serait de **doter l'ATIM d'un équipement professionnel mobile** et qu'il puisse intervenir ponctuellement soit au sein des cabinets médicaux, soit **à partir d'une plate forme externe**, au moins sur la partie « création » des DMP/DPPR.*

- Le second apport concerne la **définition des activités constitutives de l'emploi**

On distinguera deux grands types d'activités constitutives de l'emploi ATIM tel qu'expérimenté :

- Une activité 1 à composantes **RELATIONNELLES**
- Une activité 2 à composantes **TECHNIQUES**

Et, au sein de celles-ci, il est possible d'identifier **deux niveaux d'exercice et de responsabilités**.

ACTIVITE 1 à composantes RELATIONNELLES :

« Etablir une relation de confiance avec les Patients et les Professionnels de Santé pour développer le DMP/DPPR »

- **Niveau 1 de réalisation :**
 - Contribuer à l'information des patients sur le SISRA et le DMP/DPPR
 - Renseigner, avec leur accord, les rubriques utiles à la création de leur DMP/DPPR en actualisant les données déjà portées sur leur dossier médical du cabinet
 - Indiquer la création du DMP/DPPR du patient à tous les Professionnels de Santé concernés

Ce niveau implique que l'ATIM exécute, en lien avec le(s) médecin(s), une partie de l'information du patient. Mais c'est le médecin qui questionne le patient pour recueillir son accord et les noms des médecins qu'il souhaite habiliter à consulter son DMP/DPPR.

- **Niveau 2 de réalisation :**
 - (Le cas échéant) :
 - Informer les Professionnels de Santé sur le SISRA, le DMP/DPPR
 - Promouvoir leurs « services » ATIM auprès des Professionnels de Santé
 - Intégrer les « services » ATIM dans l'organisation du cabinet
 - Informer les patients sur le SISRA et le DMP/DPPR
 - Obtenir leur accord pour la création de leur DMP/DPPR ainsi que les noms des médecins qu'ils souhaitent habiliter à consulter leur dossier
 - Informer les Professionnels de santé concernés de la création du DMP/DPPR du patient et des éléments qu'ils peuvent y trouver
 - Soumettre au médecin, pour validation, les éléments préparés pour la SOCLE et, l'amender suivant ses indications.

Ce niveau implique que l'ATIM établisse un processus d'information des patients, en concertation avec le(s) médecin(s) pour lequel(s) il travaille. Il a en charge cette relation - patient à ce sujet là. Il est amené à conduire un entretien dans des conditions de respect de la confidentialité des échanges. Il est l'interface entre les Professionnels de santé concernés par le DMP/DPPR du patient. Il a délégation pour assister le médecin dans la recherche des informations les plus significatives constitutives de la SOCLE. Il établit donc une relation de confiance et de fiabilité avec le(s) médecin(s) pour lequel(s) il travaille dans l'élaboration d'une SOCLE validée par lui.

Dans l'hypothèse où l'ATIM promeut lui-même ses « services », l'emploi recouvre une dimension d'audit, de conseil et de développeur. Il s'agit de l' « accompagnement au changement ».

ACTIVITE 2 à composantes TECHNIQUES : Créer et Gérer le DMP/DPPR du patient sur le SISRA

- **Niveau 1 de réalisation :**
 - Créer le DMP/DPPR en suivant la procédure de transfert sur le SISRA
 - Gérer les Habilitations données par le patient
 - Numériser les pièces contenues dans le dossier médical du patient au cabinet
 - Transférer les pièces validées par le médecin sur le DMP/DPPR créé

Ce niveau implique que l'ATIM exécute ces tâches administratives en maîtrisant, outre la bureautique et le Logiciel de Gestion du Cabinet, l'ensemble des procédures liées au SISRA et au DMP/DPPR. Il est tenu au respect du secret professionnel.

- **Niveau 2 de réalisation :** (en plus de ci-dessus)
 - Préparer les éléments constitutifs d'une synthèse type SOCLE du dossier du patient
 - Y apporter les amendements demandés par le médecin
 - Transférer, sous l'autorité du médecin, la SOCLE dans le DMP/DPPR du patient sur le SISRA
 - Actualiser – en lien avec les Professionnels de Santé - les informations contenues dans le DMP/DPPR

Le cas échéant,

- classifier, coder les informations (diagnostics et actes médicaux)
 - Utiliser les ouvrages de structuration et de classification des diagnostics et actes médicaux et d'indexation des bases de connaissances.
- réaliser des statistiques sur les informations médicales traitées
- Traduire les informations en éléments comptables

Ce niveau implique que l'ATIM planifie et organise son travail de façon autonome mais aussi qu'il assure le « traitement » de l'information : analyse, extraction, regroupement,...Il a un devoir de respect du secret médical. Il maîtrise les évolutions liées aux outils informatiques, à la législation et aux règles du recueil des données médico – administrative et leur impact sur le traitement des informations médicales.

Au début de l'expérimentation, outre l'augmentation de la création de DMP/DPPR, l'URML formulait deux hypothèses quant à l'action des ATIM :

- L'une, que l'ATIM, renforcerait « simplement » l'informatisation des pièces et des informations détenues au sein du cabinet du médecin libéral : il « **pousserait de la pièce** » sur le DMP/DPPR qu'il aurait créé.
- l'autre, que l'ATIM, et son « **T** » comme « **Technique** », serait un collaborateur avec un « **T** » comme « **Traitement** » des informations médicales : il serait capable de **préparer les éléments constitutifs d'une synthèse des informations** contenues dans le dossier médical du patient, chez le médecin qu'il lui soumettrait pour validation avant de la transmettre dans le DMP/DPPR sur le SISRA.

Très vite, dès la présentation du projet ATIM au collectif régional représentant **les Usagers de la Santé** (CISSRA), ceux-ci ont souligné **l'extrême vigilance quant au respect du secret médical, à la confidentialité des informations d'ordre privé concernant le patient qui devait s'imposer aux ATIM. De fait, leur Contrat de Travail incluait une clause de soumission au secret professionnel.**

Introduire une fonction, un professionnel nouveau qui aurait **accès aux dossiers médicaux** des patients a aussi « fait sourciller » le **Conseil de l'Ordre des Médecins** qui s'en est formellement inquiété en apportant nombre **d'amendement aux Conventions de Partenariats** signées pour l'accueil des ATIM au sein des cabinets médicaux.

Au terme de l'expérimentation, le GIP – DMP national a émis lui aussi les plus vives réserves quant à la **légitimité professionnelle des ATIM**, non seulement pour **avoir accès aux informations d'ordre privé et médical concernant le patient**, mais – à fortiori – pour **être autorisé à traiter ces informations et en proposer une synthèse.**

Nous avons donc touché là une réelle limite à l'exercice de l'emploi ATIM et à la définition des activités qu'il recouvrirait.

Dans ces conditions, **deux pistes de construction de l'emploi** apparaissent :

- Une, **immédiate**, correspond à une **évolution de l'emploi de secrétaire médicale** par l'ajout d'une activité administrative sur un nouveau support informatique :
 - Cela correspond à **l'exercice au niveau 1** des deux activités repérées
- L'autre, **prospective**, correspond à la **création d'un nouvel emploi, classé au niveau supérieur à la secrétaire médicale**, dont le déterminant est le **Traitement des Informations Médicales** en lien avec les professionnels de santé, que ce soit pour les synthétiser en dégageant l'information médicale signifiante, les classer, les coder, les gérer, les traduire en éléments de comptabilité.
 - Cela correspond à **l'exercice au niveau 2** des deux activités repérées

Comment élaborer une nouvelle Certification Professionnelle ?

Au cours du dispositif expérimental ATIM, nous avons défini les prémices du possible **Référentiel Emploi Activités et Compétences de l'ATIM** qui permettrait de poser le cadre d'exercice d'une telle fonction. *Mais nous avons aussi ouvert deux alternatives...*

Sur cette base, il faut repérer en quoi le « nouvel emploi » recouvre des configurations d'emplois similaires ou « voisins » et évaluer le nombre d'emplois que ceux-ci pourraient représenter dans un proche ou moyen terme.

De telles conclusions devront être **portées par une délégation d'employeurs ou leurs représentants auprès des institutions légitimes pour statuer sur l'élaboration d'une nouvelle Certification Professionnelle** : ministère de la santé, ministère de l'emploi, ordre des médecins, branche professionnelle, OPCA...

La nouvelle Certification Professionnelle doit être **enregistrée au Répertoire National des Certifications Professionnelles et accessible aussi par la Validation des Acquis de l'Expérience.**

La Certification correspond à un « **domaine** » et à un « **niveau** ».

*Elle provoque la résolution des **problématiques liées aussi à la classification de l'emploi, à sa rémunération actée dans les conventions collectives.***

Une Certification Professionnelle ATIM ?

L'Hypothèse 1 privilégie l'évolution de l'emploi et de la qualification de « Secrétaire Médicale » par l'ajout d'une « tâche » supplémentaire que serait la création des DMP.

La stratégie à adopter en matière de développement des compétences consisterait à :

- **Rencontrer les groupes d'ingénierie des différents ministères porteurs des Certifications en Secrétariat Médical :**
 - Le Ministère de l'Education Nationale :
 - Baccalauréat Sciences et Technologies de la Santé et du Social (ST2S)
 - Le Ministère du Travail et de l'Emploi :
 - Titre Professionnel Secrétaire Assistante Médico Social (SAMS) Niveau IV
 - Titre Professionnel Technicien Administratif Sanitaire et Social (TASS) Niveau IV
- **Les convaincre d'ajouter à leur Référentiel de Certification, l'évaluation et la Validation des compétences spécifiques rattachées au DMP.**
 - C'est une démarche d'initiative nationale.
- **Prendre une initiative similaire auprès de la Branche Professionnelle, l'OPCA, les Organismes de Formation qui délivrent eux aussi des Certifications correspondant à l'emploi de secrétaire médicale.**

L'Hypothèse 2 privilégie l'émergence d'un emploi nouveau « autre », basé sur des responsabilités plus importantes que celles ordinairement dévolues aux Secrétaires Médicales, telles que le Traitement des Informations médicales.

- Il faut noter ici qu'au sein des établissements hospitaliers, depuis bientôt quinze ans, se développe un emploi « cousin » de l'ATIM : **le TIM ou Technicien de l'Information Médicale**. (Cf. *Annexe 20*). Cet emploi a « émergé » dans le cadre de la mise en œuvre, en 1985 du **PMSI** (Programme de **M**édicalisation des **S**ystèmes d'**I**nformation) puis en XXXX, de la **T2A** (Tarification **A** l'**A**ctivité) et la structuration d'un **DIM** (Département des Informations Médicales) dans chaque établissement hospitalier. Placés sous l'autorité d'un Médecin responsable du DIM, les TIM exercent bel et bien des activités constitutives d'un emploi nouveau mais qui ne dispose, à ce jour, d'aucun statut.

- La définition officielle de ce « métier » de la Fonction Publique, par la Direction des Hôpitaux est : « Collecter et traiter les informations médicales concernant les patients en vue de l'évaluation de l'activité médicale de l'établissement. » **Le statut le plus représentatif de ce métier serait celui de Technicien Supérieur Hospitalier accessible aux Titulaires d'un Diplôme de niveau III (Bac + 2)**

- **Les Diplômes ou certifications identifiées comme adaptés à l'obtention d'une qualification adéquate seraient :**
 - Le Diplôme Inter Universitaire « Système d'Information de Santé » (Lyon1 et St Etienne)
 - La Licence Professionnelle « Management en Ingénierie De l'Information Médicale » (Avignon)

A propos de « nos ATIM », il semblerait que leur emploi recouvre en majeure partie les activités et surtout, les compétences des TIM et, l'URML ne peut qu'être incitée avec les Syndicats patronaux et de salariés, à agir au sein de leur **CPNE (Commission Paritaire Nationale pour l'Emploi et la Formation Professionnelle)**, le cas échéant avec leur **OPCA (Organisme Paritaire Collecteur Agréé)**, et auprès du Ministère de la Santé et de celui du Travail pour **demande reconnaissance d'un nouvel emploi et d'une nouvelle certification Professionnelle de niveau III qui corresponde à l'évolution contemporaine du traitement de l'information sur le secteur de la Santé, qu'il soit Public ou Privé.**

- ***Si la « valorisation » de l'activité des TIM semble établie, en lien direct avec l'enregistrement et la facturation des actes de l'établissement hospitalier !, cela paraît moins vrai quant aux ATIM dont la « valeur ajoutée » suppose, avant d'être unanimement reconnue, d'avoir fait évoluer la Loi sur leur légitimité à avoir accès aux informations médicales et, d'avoir enclenché un réel déploiement du DMP national !!!...sans compter l'octroi par l'Assurance Maladie ?! ... d'une « rémunération » spécifiquement liée à l'« acte DMP » ou l'« acte SOCLE »...Cela pose aussi la question de la « valeur ajoutée » du DMP et de SOCLE.***
- ***On pourrait considérer que cet acte rentre dans les définitions de l'acte de télémedecine.***

6 C - L'Impact sur les Salariés ATIM :

Rappel sur la définition initiale des compétences et les qualités requises des ATIM :

Compétences

- Utiliser les outils bureautiques
- Utiliser les applicatifs ad hoc (secteur médical), en maîtriser les évolutions.
- Respecter la législation et les règles de recueil des données médico administratives, traduire leur impact sur le traitement des informations médicales.
- Appliquer avec exactitude les codes de structuration et de classification des diagnostics et actes médicaux et les codes d'indexation des bases de connaissance. (Cf. 5 ouvrages)
- Concevoir et réaliser des documents de synthèse
- Réaliser des analyses statistiques
- Organiser son travail dans le cadre de ses missions en respect des consignes données, en autonomie et/ou en équipe
- Etablir une relation professionnelle de confiance avec un médecin, un collaborateur et/ou avec un patient
- Conduire un entretien avec un patient
- S'inscrire dans des réseaux et travailler en partenariat avec les acteurs concernés par la mission.

Qualités

- Capacités d'adaptation, d'organisation, d'initiative et d'autonomie
- Bonne présentation, courtoisie
- Aptitudes relationnelles : goût de la communication écrite et orale et des relations humaines
- Aptitudes au travail en équipe
- Bon esprit de synthèse et d'analyse
- Discrétion

Rappel sur la posture des ATIM dans l'expérimentation :

« Les ATIM seront des explorateurs, des éclaireurs.

Non seulement, ils doivent être capables de *faire*, mais aussi de *se regarder faire* pour rapporter le plus d'éléments possibles quant aux conditions de réussite de la délégation de tâches pour le développement du DMP. »

Rappel sur les objectifs de la professionnalisation des ATIM :

- Développer et valider des compétences professionnelles
- Réaliser son bilan personnel et professionnel
- En dégager les atouts et les freins
- Construire un projet d'évolution professionnelle

Apports de la Professionnalisation des Salariés ATIM

La Professionnalisation des salariés ATIM a opéré sur **deux champs** :

- Celui du **développement de leur « professionnalité ATIM »**
- Celui de leur **développement personnel**, au service de la construction de leur projet d'évolution professionnelle.

→ Le développement de la **PROFESSIONNALITE ATIM** :

Au cours de l'expérimentation, l'ensemble des ATIM ont évolué vers une pratique de l'emploi à un niveau 2 (Cf. plus haut), à l'exception de la réalisation de la classification et de la codification des actes et diagnostics médicaux.

Ce qui signifie concrètement qu'ils ont chacun mis en œuvre les compétences :

- **Utiliser les outils bureautiques**
- **Utiliser les applicatifs ad hoc (secteur médical), en maîtriser les évolutions.**
- **Respecter la législation et les règles de recueil des données médico administratives, traduire leur impact sur le traitement des informations médicales.**
- **Concevoir et réaliser des documents de synthèse (SOCLE)**
- **Organiser son travail dans le cadre de ses missions en respect des consignes données, en autonomie et/ou en équipe**
- **Etablir une relation professionnelle de confiance avec un médecin, un collaborateur et/ou avec un patient**
- **Conduire un entretien avec un patient**
- **S'inscrire dans des réseaux et travailler en partenariat avec les acteurs concernés par la mission.**

On remarquera que certaines compétences (en bleue) relèvent des compétences des personnels administratif et d'accueil du secteur médical. Alors que d'autres compétences (en rouge) inaugurent une professionnalité nouvelle.

Mais ce **Référentiel de compétences** s'est enrichi dans l'analyse de la pratique des ATIM. Il convient de le **compléter** ainsi :

- **Se présenter, présenter et promouvoir sa mission et ses enjeux**
- **Respecter les légitimités professionnelles dans sa collaboration avec le médecin et son équipe**
- **Savoir trouver l'information, la ressource utile**
- **Elaborer et proposer un processus de traitement de l'information médicale au médecin et à ses collaborateurs**
- **Promouvoir la méthode de structuration du SOCLE auprès du médecin**
- **Proposer, convenir et tenir des objectifs de « production » en lien avec le médecin**
- **Adapter son organisation de travail selon les moyens alloués**
- **Distinguer la signification des informations médicales**
- **Rechercher l'exactitude et l'exhaustivité des informations médicales nécessaire à la préparation de la SOCLE, en lien avec le médecin et le patient**
- **Garantir le respect du secret médical**
- **Adapter son comportement, son expression à son interlocuteur**

Il en ressort que si **les compétences « techniques » restent fondamentales, les compétences comportementales sont essentielles.**

Les compétences en matière de « **connaissances de la terminologie médicale** » si elles facilitent l'exercice de l'emploi, peuvent aisément **être acquises** – y compris par l'expérience professionnelle – et ne sont pas à priori déterminantes.

Ces compétences ont été reconnues par à la fois par le commanditaire et leur employeur.

Le Président de l'URML et le Directeur de l'AFIRME ont signé un courrier, remis à chaque ATIM, en fin de contrat, **attestant leur expérience et leur contribution sur la « fonction ATIM » et les compétences mises en œuvre.**

→ **Le DEVELOPPEMENT PERSONNEL des ATIM au service de la construction de leur PROJET d'EVOLUTION PROFESSIONNELLE**

Ce n'est pas original de relever **l'importance des compétences comportementales dans la « combinaison » nécessaire à la mise en œuvre d'une relation de SERVICE.** Et la fonction ATIM entre dans le secteur des activités de services.

Mais le processus de professionnalisation des ATIM, en les plaçant au centre de la démarche, en les initiant à l'analyse de pratique, a développé chez eux, au-delà des composantes de leur professionnalité, leurs **aptitudes à la résolution de problème, à gérer le changement et, a renforcé leur estime d'eux même par la conscientisation de leurs atouts et leurs potentiels.** Et, ce qui n'est pas négligeable non plus, **ils ont appris à apprendre.**

Tout au long de l'expérimentation, l'« **événement** » (la panne, le dysfonctionnement, la réussite particulière, la découverte d'une nouvelle façon de faire,...) a constitué **un levier fondamental** pour partager, développer et optimiser les compétences. **L'analyse des résultats atteints** (l'identification des éventuels écarts, la recherche des causes de ces écarts, la mise au point de stratégies pour éviter leur répétition...) joue un rôle identique. **Apprendre s'inscrit au cœur de la réalité professionnelle.** Les ATIM, comme les autres « acteurs » au sein de leur environnement, sont partie prenante de l'évaluation de leur « performance ».

Leur responsabilité et leur « pouvoir d'agir » sur leur travail s'accroissent.

Leur « vouloir agir » aussi.

Cette formation expérientielle a impliqué les ATIM dans leur globalité. La transmission de l'expérience en compétence concerne aussi **la dimension existentielle.**

La démarche de **reconnaissance des acquis** découle logiquement de la formation expérientielle et de l'analyse de la pratique.

La reconnaissance des acquis consiste à formaliser et à évaluer les compétences, les potentialités, les capacités, savoirs...accumulés par une personne au terme de différentes expériences sociales et professionnelles, de différentes formations **en vue d'un accès à un emploi, à une formation ou d'obtenir à terme, une validation.** Elle a pour objectif d'aider la personne à **intégrer et à valoriser** ses potentialités et ses capacités acquises et mises en œuvre dans son histoire passée et ses diverses expériences.

On a accompagné cette démarche de reconnaissance des acquis auprès de chacun des ATIM, en utilisant le Livret de Professionnalisation comme support. (Cf. Annexe 10)

Ils ont réalisé **leur bilan personnel et professionnel**. Ils ont d'abord travaillé seul. Puis, en entretien individuel ont été questionnés par la Chef de Projet afin qu'ils explicitent chacune de leurs expériences. Ils ont progressés par allers – retours entre l'analyse d'une expérience passée et l'analyse de leur situation professionnelle actuelle. Il a été recherché avec chacun d'entre eux les lignes directrices de leurs choix, ce qui en fait **la cohérence** – ou non - .

Naturellement, l'expérience de la professionnalisation ATIM a renforcé les apports de ce bilan.

Ont ensuite été identifiés les atouts et les freins personnels ou contextuels avec lesquels ils pouvaient élaborer un projet réaliste d'évolution professionnelle.

Lorsque celui-ci fut défini, on leur a demandé de concevoir un plan d'action pour le réaliser. Il s'agissait de les amener à **anticiper**, à programmer **des objectifs à atteindre** et les étapes et moyens pour ce faire. **Dans le cadre de leur contrat de travail, des temps ont été dévolus à leurs recherches et démarches personnelles** afin qu'ils aboutissent dans la concrétisation de leur projet d'évolution professionnelle.

Au bout de la démarche, chacun d'entre eux a été capable de se présenter devant le groupe, de présenter son parcours en cohérence avec son projet d'évolution professionnelle, tout en dégageant les arguments et les actions qui soutiendraient sa réalisation.

A la fin de l'expérimentation, chacun des ATIM était en cours de réalisation de son projet professionnel. (Cf. Annexe 18)

Quel dispositif de **FORMATION** pour développer les compétences d'ATIM ?

Comme traité plus haut, deux options – qui ne s'ignorent pas l'une – l'autre – s'ouvrent à l'avenir :

→ **Le déploiement d'un dispositif de Formation Continue pour les personnels administratifs déjà en poste au sein des cabinets médicaux.**

Cette option recouvre la nécessité, à **partir du Référentiel de Compétences de la FONCTION ATIM** :

- **D'Elaborer les Référentiels de Formations Professionnelles Continues, articulés en modules courts**
- **De concevoir des outils d'évaluation des compétences, sur la base desquels les salariés en poste seront positionnés afin d'adapter, individualiser leur parcours de formation continue.**

Les Cahiers des Charges des Formations Continues pourront être soumis aux financeurs, particulièrement les **OPCA**, afin de convenir avec eux de leur soutien au **déploiement d'une politique de professionnalisation des salariés des médecins libéraux**. Cela passe par **les décisions de la CPNE** quant aux orientations retenues.

Ils seront ensuite diffusés auprès des Organismes de Formation.

Cette politique sera alors **promue auprès des médecins libéraux et leurs salariés**. Il sera utile de leur rappeler l'ensemble des mesures pour la formation puisque de telles actions sont éligibles au **Plan de Formation** mais aussi au titre du **DIF et des Périodes de Professionnalisation**

→ L'élaboration d'un Référentiel de Formation correspondant à une nouvelle Certification de niveau III pour un nouvel emploi (TIM/ATIM)

(Cf. annexe 20)

Cette option induit le fait qu'une Certification correspondant à la qualification sur un nouveau métier ait été **enregistrée au RNCP, soit sous l'égide d'un ministère** – et, de plein droit - **soit sous l'égide de la Branche Professionnelle**, après avis favorable d'une commission.

- Le Référentiel de Formation recouvrira le déroulement d'une **Formation Professionnelle INITIALE, d'une durée plus longue**, préparant à l'obtention de la Certification.
- Il s'articulera autour du développement de **l'ensemble des compétences** relatives à l'exercice de **toutes les activités** constitutives de **l'emploi TIM/ATIM**.
- La Formation pourra faire l'objet d'un **Contrat de Professionnalisation**, d'un **Congé Individuel de Formation** ou être retenu dans les dispositifs de Formation Professionnelle financés par les Conseils Régionaux ou l'Etat.
- **La Validation des Acquis de l'Expérience pourra constituer ultérieurement** un levier fort pour couronner des compétences déployées en situation de travail.

7 - La production des ATIM

Au cours de l'expérimentation, Les ATIM ont :

- **habilité 504 médecins libéraux**
- **créé 1 139 DMP / DPPR**
- **préparé 272 SOCLE**
dont 68 ont été validées par le médecin et « poussées » sur le DMP/DPPR du patient

8 – Les CONCLUSIONS

8 A - Les conclusions des Commanditaires

Le GIP – DMP a insisté sur le caractère non « légal » – en l'état actuel de la Loi – de la délégation par les médecins des « tâches » : *(Cf. annexe 11)*

- accès au dossier médical du patient
- traitement des informations médicales

...à des « Non - Professionnels de Santé » tels que les ATIM mais aussi, les Secrétaires Médicales...

- ➔ *Cela élève la problématique au niveau national, avec l'élaboration d'une proposition de Loi qui change le cadre juridique en matière d'accès aux informations personnelles et particulièrement aux informations de santé.*
- ➔ *Politiquement et socialement, c'est un sujet « brûlant » !*
- ➔ *Cela augmente considérablement les délais de « création » d'un emploi tel qu'ATIM*
- ➔ *Cela compromet le déploiement d'un dispositif ATIM et l'évolution des organisations des médecins en intégrant de nouveaux collaborateurs et le principe de « délégation ».*
- ➔ *Il serait intéressant d'envisager cette question dans le cadre des protocoles de la Haute Autorité de Santé concernant les coordinations entre les Professionnels de Santé et les glissements de tâches.*

Le SISRA, l'ADSIML et l'URML constatent, à l'issue de l'expérimentation ATIM pour le développement du DMP/DPPR:

- **La « production » des ATIM :**
 - 200 médecins associés à l'expérimentation
 - Plus de 1 500 patients informés sur le DMP/DPPR
 - 1 100 DMP/DPPR créés
 - 500 Médecins habilités
 - 300 Synthèses préparées en appliquant la démarche SOCLE
- **Les « révélations » apportées par les ATIM :**
 - **Extrêmes difficultés** à trouver au sein des cabinets médicaux **des espaces de travail aménagés et équipés** de façon adaptée à l'accueil d'un collaborateur supplémentaire
 - **Extrême hétérogénéité des Systèmes d'Information en cabinets de Ville**
 - Organisation du dossier patient au cabinet
 - Exhaustivité et structuration des informations médicales
 - Transmission de pièces sur le DMP/DPPR ou
 - Préparation des éléments constitutifs d'une synthèse type SOCLE
 - **Dans les Partenariats**
 - Importance de **définir une stratégie de développement du lien** avec les médecins libéraux
 - Porter et partager des messages clairs, optimiser les prises de contacts, susciter l'adhésion, **contractualiser de façon synallagmatique.**
 - Importance du cadrage de la légitimité des ATIM

- **L'évolution de la mission des ATIM au cours de l'expérimentation :**
 - D'Explorer, révéler l'ensemble des difficultés liées à la production « en routine » d'un dossier patient et professionnel partageable...
 - ...**A un corps expéditionnaire qui outre le DMP/ DPPR, promeut le SOCLE, c'est-à-dire réussit à donner à penser et à voir un objet signifiant quant à la contribution de la médecine de Ville dans un système d'information de santé**

Le SISRA, l'ADSIML et l'URML retiennent les options suivantes :

- **Quant à l'appréciation des Compétences utiles aux ATIM :**
 - Les compétences techniques (maîtrise des outils bureautiques) sont fondamentales
 - Les compétences comportementales sont essentielles
 - Les connaissances en terminologie médicale ne sont pas déterminantes mais facilitantes
- **Quant « au nouvel emploi » ATIM : c'est une FONCTION, pas un METIER, dans l'immédiat**
 - Évolution des Compétences des secrétaires médicales
 - Penser la Formation Initiale et Continue des secrétaires médicales
- **Quant aux dispositifs de Professionnalisation à promouvoir**
 - Une formation initiale niveau IV, en complément d'une certification de secrétariat
 - Des modules de formation continue pour des secrétaires médicales
 - Valider l'hypothèse d'une nouvelle certification de niveau III adaptée aux compétences « TIM » et « ATIM »
- **Quant à l'évolution des organisations** au sein des cabinets médicaux pour produire une information de synthèse sur un parcours de soins
 - En Rhône Alpes, élaboration d'un **modèle** de structuration des informations médicales pour élaborer une Synthèse de l'Observation Clinique : La **SOCLE : à diffuser**
- **Garantir la production d'une information signifiante** sous la forme d'une synthèse, dans le DMP/DPPR, passe par la construction d'un **modèle économique** d'accompagnement des cabinets médicaux qui permette de supporter les tâches administratives de suivi du système d'information et de transmissions des données pertinentes.
(Service externalisé, nouveau collaborateur, évolution des fonctions de secrétariat)
 - **Allouer une rémunération adaptée à la production d'un SOCLE annuel**
- **Penser ATIM Version 2 :**
 - Repositionner la fonction ATIM sur un niveau « **Accompagnement du Changement** » en renforçant les **dimensions exploratoire** (Pratique de l'Audit des Organisations) **et pédagogique** (mise en œuvre d'une démarche qualité, développement des compétences des personnels administratifs en poste)

L'originalité du projet de l'URML, basé sur l'évolution des organisations, des emplois et des compétences est unique en France quant aux différentes expérimentations régionales pour le développement du DMP.

Il n'y a pas de déploiement d'un Système d'information sans une période d'adaptation qui rebuterait les professionnels et doit être confiée à un personnel dédié.

8 B - Les Conclusions de l'AFIRME

A l'issue de l'expérimentation ATIM, le **Directeur de l'AFIRME estime avoir atteint ses objectifs** :

- Assurer sa fonction employeur dans un contexte inédit et complexe
- Satisfait les missions confiées par les commanditaires
 - **La Professionnalisation du dispositif ATIM a permis de révéler si et, comment, c'était possible de développer le DMP/DPPR en région Rhône Alpes.**

Le processus de professionnalisation a agi :

- **Sur les organisations :**
 - identification des conditions de réussite de la fonction et des nouveaux « services » liés au développement du DMP et à l'adhésion à un système d'échange d'informations.
 - Mise en exergue de nouvelles problématiques :
 - Accompagnement du changement
 - Investissement de la fonction RH par les médecins employeurs
 - Validation de la recherche de la compétence collective et de la délégation de tâche
- **Sur l'emploi :**
 - Eclairage sur les contours de l'emploi : sa surface, ses limites
 - Définition de la « qualité », la « nature » des activités constitutives de l'emploi
 - Formulation de deux hypothèses d'emplois
- **Sur les salariés :**
 - Révélation et confortation des potentiels
 - Reconnaissance des Acquis de l'Expérience
 - Renforcement des capacités d'adaptation, d'initiative et d'autonomie
 - Mobilité professionnelle

***Patrick GUEDJ considère avoir fait la preuve que l'emploi ATIM :
C'est POSSIBLE, c'est UTILE, c'est APPRECIÉ***

par les « bénéficiaires » des nouveaux services rendus que sont les médecins libéraux mais aussi leurs patients.

Il prend note du champ de contraintes – particulièrement juridiques – freinant le déploiement d'un dispositif ATIM élargi. Néanmoins, il a élaboré un projet de « Plate Forme de Services » à proposer à ses commanditaires dans le cadre d'une nouvelle expérimentation régionale co financée par le GIP – DMP national.

De quoi s'agirait-il ?

La Plate Forme de Services serait une structure et une organisation qui proposerait des services adaptés aux différentes problématiques des médecins libéraux et leurs cabinets médicaux.

Les Services développés :

- Elaborer, actualiser, gérer des répertoires et des bases de données
- Prise de RDV
- Planning
- Secrétariat
- **Information sur le DMP / DPPR** **Auprès des Professionnels de Santé**
Auprès des Patients
Auprès des partenaires
- Classement
- Numérisation de documents papiers
- **Gestion des Habilitations**
- **Création du DPPR / DMP**
- **Elaboration de Synthèses : SOCLE**
- **Codification des actes et diagnostics médicaux**
- **Etudes, Ingénierie et conseil en : organisation, accompagnement au changement...**
- **Formation Continue**
- ...

L'AFIRME s'appuierait sur son expérience en matière de gestion des Ressources Humaines pour mettre à disposition des professionnels de santé, des personnels compétents.

Ce projet est à l'étude.

Les ATIM capables de rejoindre la nouvelle équipe – projet sont déjà identifiés.