



HAL
open science

Le triage par les secrétaires médicales des demandes de soins urgents ou non programmes en médecine générale de ville

Mathilde Thiberville

► **To cite this version:**

Mathilde Thiberville. Le triage par les secrétaires médicales des demandes de soins urgents ou non programmes en médecine générale de ville. Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-00768391

HAL Id: dumas-00768391

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00768391>

Submitted on 21 Dec 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2012-2013

N°

THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

THIBERVILLE Mathilde

NEE LE 26 décembre 1981 A MONT SAINT AIGNAN (76)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 29 NOVEMBRE 2012

LE TRIAGE PAR LES SECRETAIRES MEDICALES DES
DEMANDES DE SOINS URGENTS OU NON
PROGRAMMES EN MEDECINE GENERALE DE VILLE

Président du jury : Monsieur le Professeur Jean-Loup HERMIL

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Vincent LEMARIE

Membres du jury : Monsieur le Professeur Benoit VEBER

Monsieur le Professeur Alain MERCIER

Monsieur le Docteur Christophe GUILLERME

ANNEE UNIVERSITAIRE 2011 – 2012

U.F.R DE MEDECINE – PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoît VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Bernard PROUST

DOYENS HONORAIRES : **Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET- H. PIGUET – C.THUILLEZ**

PROFESSEURS HONORAIRES : **MM. M-P AUGUSTIN - J.ANDRIEU-GUITRANCOURT -M.BENOZIO -**
J.BORDE - Ph. BRASSEUR - R.COLIN - E.COMOY - J.DALLION -
P.DESHAYES - C.FESSARD – J.P FILLASTRE - P. FRIGOT -J.GARNIER -
J.HEMET -B.HILLEMAND - G.HUMBERT -J.M.JOUANY - R. LAUMONIER
- Ph. LAURET - M.LE FUR - J.P.LEMERCIER J.P.LEMOINE - Mlle
MAGARD – MM.B. MAITROT -M.MAISONNET - F.MATRAY -
P.MITROFANOFF - Mme A.M.ORECCHIONI - P.PASQUIS - H.PIGUET -
M.SAMSON- Mme SAMSON-DOLLFUS - J.C.SHRUB - R.SOYER -
B.TARDIF- J.TESTARD – J.M THOMINE - C.THUILLEZ - P.TRON -
C.WINCKLER - L.M. WOLF

I - MEDECINE

PROFESSEURS :

M. Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
M. Bruno BACHY	HCN	Chirurgie pédiatrique
M. Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Jacques BENICHOU	HCN	Biostatistiques et informatique médicale
M. Eric BERCOFF	HB	Médecine interne (gériatrie)
M. Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Guy BONMARCHAND	HCN	Réanimation Médicale
M. Olivier BOYER	UFR	Immunologie
M. Jean-François CAILLARD	HCN	Médecine et santé au travail
M. François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Philippe CHASSAGNE	HB	Médecine interne (gériatrie)
M. Alain CRIBIER	HCN	Cardiologie
M. Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
M. Pierre CZERNICHOW	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean - Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et Imagerie Médicale
M. Stéphan DARMONI	HCN	Informatique médicale/techniques de communication
M. Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN	HCN	Oto - Rhino - Laryngologie
M. Philippe DENIS (surnombre)	HCN	Physiologie
M. Jean DOUCET	HB	Thérapeutique/Médecine Interne Gériatrie
M. Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
M. Philippe DUCROTTE	HCN	Hépto - Gastro - Entérologie
M. Franck DUJARDIN	HCN	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mlle Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
M. Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
M. Pierre FREGER	HCN	Anatomie Neurochirurgie
M. Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
M. Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie Médicale

Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Michel GODIN	HB	Néphrologie
M. Philippe GRISE	HCN	Urologie
M. Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
M. Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
M. Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
M. Pascal JOLY	HCN	Dermato - vénéréologie
M. Jean-Marc KUHN	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie cytologie pathologiques
M. Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
M. Alain LAVOINNE	UFR	Biochimie et biologie moléculaire
M. Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
M. Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
M. Xavier LE LOET	HB	Rhumatologie
M. Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mlle. Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
M. Hervé LEVESQUE	HB	Médecine Interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
M. Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. Eric MALLET (Surnombre)	HCN	Pédiatrie
M. Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
M. Jean-Paul MARIE	HCN	ORL
M. Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - obstétrique
M. Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
M. Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Francis MICHOT	HCN	Chirurgie digestive
M. Bruno MIHOUT	HCN	Neurologie
M. Pierre-Yves MILLIEZ	HCN	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
M. Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
M. Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
M. Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie Vénéréologie
M. Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
M. Jean-Marc PERON	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
M. Christian PFISTER	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Bernard PROUST	HCN	Médecine Légale
M. François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie et méd. du dévelop. et de la reprod.

M. Jean-Christophe RICHARD (<i>Mise en dispo</i>)	HCN	Réanimation médicale, Médecine d'urgence
M. Horace ROMAN	HCN	Gynécologie Obstétrique
M. Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - pathologie
M. Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastro
M. Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mlle Florence THIBAUT	HCN	Psychiatrie d'adultes
M. Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
M. Christian THUILLIEZ	HB	Pharmacologie
M. Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. François TRON (<i>Surnombre</i>)	UFR	Immunologie
M. Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
M. Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie Réanimation chirurgicale
M. Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
M. Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
M. Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
M. Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES :

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie Virologie
M. Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
M. Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYESSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
M. Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
M. Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mme Catherine HAAS-HUBSCHER	HCN	Anesthésie Réanimation chirurgicale
M. Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
M. Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Baptiste LATOUCHE	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Lucie MARECHAL-GUYANT	HCN	Neurologie
M. Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et Biologie moléculaire

M. Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
M. Francis ROUSSEL	HCN	Histologie, Embryologie, cytogénétique
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
M. Eric VERIN	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES A MI-TEMPS :

M. Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
M. Fabien DOQUET	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE :

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mme Michèle GUIGOT	UFR	Sciences humaines – Techniques d’expression

II- PHARMACIE

PROFESSEURS :

M. Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
M. Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
M. Jean COSTENTIN (PU-PH)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
M. Jean-Pierre GOULLE	Toxicologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme. Isabelle LEROUX	Physiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Marc VASSE (PU-PH)	Hématologie
M. Jean-Marie VAUGEOIS (Délégation CNRS)	Pharmacologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES :

Mle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
M. Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mme Martine PESTEL-CARON (MCU-PH)	Microbiologie
M. Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
M. Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mle Cécile CORBIERE	Biochimie
M. Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mle Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Roseline DUCLOS	Pharmacologie
M. Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
M. François ESTOUR	Chimie organique
M. Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie

Mme Najila GHARBI	Chimie analytique
Mle Marie-Laure GROULT	Botanique
M. Hervé HUE	Biophysique et Mathématiques
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
M. Paul MULDER	Sciences du médicament
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
M. Rémi VARIN (MCU-PH)	Pharmacie Hospitalière
M. Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEUR ASSOCIE

Mme Sandrine PANCHOU	Pharmacie Officinale
-----------------------------	----------------------

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Anne-Marie ANZELLOTTI	Anglais
----------------------------------	---------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Bérénice COQUEREL	Chimie Analytique
M. Johann PELTIER	Microbiologie

III - MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS

M. Jean-Loup **HERMIL** UFR Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS :

M. Pierre **FAINCILBER** UFR Médecine générale

M. Alain **MERCIER** UFR Médecine Générale

M. Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES A MI-TEMPS :

M. Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN – Hôpital Charles Nicolle

HB – Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB – Centre HENRI BECQUEREL

CHS – Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR – Centre Régional de Médecine Physique et de réadaptation

LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE

Melle Cécile BARBOT	Chimie générale et minérale
M. Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
M. Roland CAPRON	Biophysique
M. Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation, Economie de la Santé
Mlle Elisabeth CHOSSON	Botanique
M. Jean COSTENTIN	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie Organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
M. Jean-Louis PONS	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
M. Marc VASSE	Hématologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

MAITRES DE CONFERENCES

M. Sahil **ADRIOUCH** Biochimie et Biologie Moléculaire
(Unité INSERM 905)

Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE** Biochimie et Biologie Moléculaire
(Unité INSERM 614)

M. Antoine **OUVRARD-PASCAUD** Physiologie (Unité INSERM 644)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. Mario **TOSI** Biochimie et Biologie Moléculaire
(Unité INSERM 614)

M. Serguei **FETISSOV** Physiologie (Groupe ADEN)

Mme Su **RUAN**

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Monsieur le Professeur Jean-Loup HERMIL

Merci de me faire l'honneur d'être le président de mon jury de thèse.
Merci aussi de la qualité des enseignements que vous nous avez transmis
tout au long de notre cursus d'interne en Médecine Générale à Rouen.

A Monsieur le Docteur Vincent LEMARIE

Merci de t'être proposé pour être mon directeur de thèse.
Merci aussi des conseils éclairés de l'urgentiste ambulatoire que tu es.
Merci enfin d'avoir consacré du temps pour les multiples relectures de ce travail
à toute heure de la journée voire de la nuit entre deux actes de régulation médicale.

A Monsieur le Professeur Benoit VEBER

Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse.
Merci aussi de l'attention que vous avez bien voulu
m'accorder pour vous en expliquer les principes.

A Monsieur le Professeur Alain MERCIER

Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse.
Merci aussi d'avoir été toujours présent pour répondre à mes nombreuses
interrogations depuis que vous êtes devenu mon tuteur pendant mon internat.
Merci encore des précieux conseils que vous nous avez apportés sur la méthodologie
qualitative : élaboration du guide d'entretien, méthode d'analyse thématique,
élaboration des questionnaires et j'en passe...
Merci enfin pour les coordonnées précieuses ayant permis
de répondre à tous mes critères de diversité...

A Monsieur le Docteur Christophe GUILLERME

Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse
et d'être le directeur de mon co-thésard.
Merci aussi pour ces petites réunions entre thésards et directeurs de thèse
avec Vincent et Yohann dans une ambiance sympathique.

A David

Mon cher et tendre,

Mon « chéri » comme je t'appelle souvent,

Merci d'avoir été toujours présent à mes côtés depuis que

l'on s'est rencontré au début de nos études de médecine.

Merci de me supporter malgré mes sautes d'humeur impressionnantes.

Merci d'avoir pris le relais avec notre fille pour me permettre de finir ce travail.

Merci surtout de ton soutien et de ces soirées passées

à relire les multiples versions de ma thèse.

Merci pour cette merveilleuse demande en mariage à laquelle

bien entendu je n'ai pas hésité à répondre oui.

Merci de ton amour constant.

Bref, merci...

A Chloé,

Mon petit ange à qui je n'ai pas assez accordé d'attention

ce dernier mois, occupée comme je l'étais par ce travail.

Merci de ta bonne humeur perpétuelle et de tes câlins nombreux.

Merci d'être la petite fille dont j'avais toujours rêvée.

Je vous aime mes deux amours.

A mon père

Qui a finalement retenu le sujet de ma thèse après m'avoir répété presque tous les mois pendant deux ans « au fait c'est sur quoi ta thèse déjà ? Ah oui c'est vrai, c'est sur les secrétaires... » mais qui s'est investi personnellement ces dernières semaines en lisant tous les entretiens (du premier paragraphe du premier entretien à la dernière ligne du quinzième entretien) et en corrigeant régulièrement mes fautes de grammaire et d'orthographe.

A ma mère

Qui m'a permis d'éclaircir mes idées à l'occasion des explications que je lui donnais régulièrement le midi sur ma thèse et qui a bien voulu nous héberger ma petite famille et moi pour que je puisse avancer sur la rédaction de ce travail.

A mes frères et sœurs et leurs moitiés

Clémence et son mari Quentin

Pour leur calme malgré la tempête que j'étais ces derniers mois.

Gabriel et Avelig

Pour m'avoir écouté parler de ma thèse de manière passionnée alors qu'ils étaient en pleine révision pour l'ENC.

Et Madeleine

Pour les interludes littéraires extraordinaires dont elle est capable et qui m'inspirent toujours une grande admiration.

A Ludivine et à Lucille

Dont les travaux de thèses qualitatives m'ont beaucoup inspirés.

Pour leurs conseils éclairés devant mes nombreuses questions.

Pour avoir été présentes comme les amies qu'elles sont et m'avoir écouté me plaindre que jamais je n'y arriverais sans jamais rien dire.

A Mathieu SCHUERS

Pour nous avoir guidé Yohann et moi depuis la conception de ce projet chez Christophe il y a deux ans jusqu'à l'analyse statistique de la thèse de Yohann il y a quelques mois.

A Jacques FRICHET et à la Maison Médicale de NEUFCHATEL EN BRAY

Dans laquelle ce projet a vu le jour à l'occasion de mon stage en autonomie.

A toutes les secrétaires médicales de cette enquête

Qui ont accepté de nous consacrer, sans l'ombre d'une hésitation,
un peu de leur temps pour ce travail.

A Isabelle DODART et Sophie SERE FOURNIER

Pour leurs encouragements et leur soutien constants.
Et pour vous être organisées pour me remplacer au cabinet
afin que je puisse terminer sereinement ce travail.

A mes beaux-parents

Pour leur compréhension et leur disponibilité sans faille
pour s'occuper de notre petite louloute.

A mes copains carabins

Seb et Antoine et leurs chères et tendres Charlotte et Audrey, Loïc et Jocelyne, Cécile et Mathieu, Diala qui me manque trop depuis qu'elle a changé de département, Rodolphe, Mathieu et Marie qui ont réussi à me devancer avec leur petite Zoé, Maud qui est un réel atout pour les patients du CHSR, et à tous les autres que je n'ai pas cité.

A mes cousines Fécampoises, Cécile et Sarah

Qui ont choisi la médecine générale comme moi perpétuant
ainsi la tradition de notre famille depuis maintenant trois générations.

Et surtout à Yohann, mon co-thésard

Je suis ravie d'avoir pu mieux te connaître grâce à ces deux dernières années passées ensemble à réaliser ce travail. Sans toi il n'aurait probablement pas été aussi abouti, et ce grâce à nos visions souvent différentes mais complémentaires de ce projet.
Merci de m'avoir sans cesse poussé à aller de l'avant, sans me mettre non plus trop la pression, et de m'avoir supporté sans broncher lorsque je râlais,
c'est à dire quasiment tout le temps...

Table des matières

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES.....	20
ABREVIATIONS	21
INTRODUCTION.....	22
CONTEXTE, ETAT DES LIEUX.....	23
1. LES DEMANDES DE SOINS « URGENTS OU NON PROGRAMMES »	23
1.1. Plusieurs notions d'urgence	23
1.2. Définition d'une demande de soins « urgents ou non programmés ».....	23
2. LES REPONSES EN MATIERE D'OFFRES DE SOINS POUR LES DUNP.....	24
2.1 La réponse du secteur hospitalier : l'aide médicale urgente	25
2.2 Le secteur ambulatoire : un ensemble de réponses assurant la continuité des soins .	25
3. EPIDEMIOLOGIE DES DUNP	26
4. LE TRIAGE DES DUNP.....	27
4.1 Le triage en médecine	27
4.1.1 Définition et objectif.....	27
4.1.2 Situations de mise en place d'un triage.....	27
4.1.3 Fonctionnement et étapes du triage	27
4.2 Le triage des DUNP dans le secteur hospitalier	27
4.2.1 Problématique ayant conduit à la mise en place d'un triage des DUNP dans l'AMU	27
4.2.2 Fonctionnement et acteurs du triage des DUNP dans l'AMU	28
A. Le triage des DUNP au SAMU-Centre 15.....	28
B. Le triage des DUNP dans les structures d'urgences	30
4.3 Le triage des DUNP au sein du secteur ambulatoire	30
4.3.1 Le triage des DUNP dans le cadre de la PDSA	30
4.3.2 Le triage des DUNP par les urgentistes ambulatoires : l'exemple de SOS Médecin.....	31
4.3.3 Le triage des DUNP en médecine générale pendant les heures d'ouverture du cabinet.....	31
A. « To triage or not to triage » : une conjoncture en faveur d'un triage des DUNP en MG	31
a. Adéquation offre de soin/DUNP : situation actuelle	31
b. Adéquation offre de soins/DUNP : situation prévisible dans les prochaines années	33
c. Solutions face à l'inadéquation entre offre de soins et DUNP	34
B. Fonctionnement et acteurs du triage des DUNP en médecine générale.....	36
a. Le triage des DUNP par le médecin généraliste est il réalisable ?.....	36
b. Le triage des DUNP par la secrétaire médicale	36
PROBLEMATIQUES ET OBJECTIFS.....	38
1. PROBLEMATIQUES DU TRIAGE DES DUNP EN MG PAR LA SECRETAIRE	38
2. OBJECTIFS DE NOTRE TRAVAIL.....	38

METHODOLOGIE	40
1. METHODES CHOISIES POUR L'ENQUETE.....	40
2. REALISATION DE L'ENQUETE.....	41
2.1 Sélection de l'échantillon.....	41
2.1.1 Conception des critères de sélection	41
A. Critères de repérage de la population ciblée.....	42
B. Critères indicateurs de diversité.....	42
2.1.2. Procédure de sélection.....	44
2.2 Recueil des données par entretien	45
2.2.1 Conception du guide entretien	45
2.2.2 Procédure d'entretien	46
2.3 Analyse des données	48
2.3.1 Elaboration d'une première grille d'analyse à partir du premier entretien.....	48
2.3.2 Analyse des entretiens suivants.....	49
RESULTATS	50
1. POPULATION SELECTIONNEE	50
1.1 Caractéristiques des cabinets médicaux.....	51
1.2 Caractéristiques des secrétaires.....	53
2. CARACTERISTIQUES DES ENTRETIENS.....	54
3. RESULTATS DE L'ANALYSE DES ENTRETIENS	55
3.1 Le triage par les secrétaires : conditions et réalisation.....	55
3.1.1 Mode de fonctionnement commun à toutes les secrétaires	55
3.1.2 Particularités selon les cabinets lorsque le planning est plein.....	59
3.2 Facteurs influençant le triage	60
3.2.1 Les facteurs liés aux connaissances médicales des secrétaires	60
A. La reconnaissance de symptômes clés par les secrétaires	60
B. Les sources de connaissances médicales des secrétaires	64
a. L'intuition des secrétaires devant une situation clinique.....	65
b. La connaissance des antécédents du patient	66
c. La connaissance des habitudes du patient en terme de recours en urgence	67
d. La formation initiale de secrétaire médicale.....	68
e. Les connaissances médicales acquises auprès des secrétaires plus expérimentées	68
f. Les connaissances médicales acquises auprès du médecin.....	69
g. Les procédures standardisées d'interrogatoire du patient.....	70
h. L'expérience professionnelle des secrétaires	71
i. L'expérience personnelle des secrétaires	71
C. Les limites de leurs connaissances.....	71
3.2.2 Les facteurs liés au patient.....	74

A.	Lors du recueil des informations médicales auprès du patient	74
B.	Lors de l'évaluation du degré d'urgence.....	77
C.	Lors de l'attribution d'un délai de prise en charge adapté	81
D.	Tout au long du triage : l'agressivité du patient.....	83
3.2.3	Les facteurs liés à l'organisation du cabinet face aux demandes urgentes	85
A.	Les conditions de travail des secrétaires lors triage	85
B.	L'organisation interne au cabinet et la disponibilité du médecin lors du triage	87
C.	La disponibilité des médecins lorsque les secrétaires rencontraient un obstacle.....	91
3.2.4	Les facteurs liés au « plateau technique » du secteur sanitaire	94
3.3	Les conséquences du triage ressenties par les secrétaires.....	97
3.3.1	La notion de responsabilité ressentie par les secrétaires	98
A.	Devant la crainte de méconnaître une urgence médicale.....	99
B.	Devant la crainte de ne pas trouver de réponse	100
C.	Devant la crainte d'engager leur responsabilité médico-légale	101
3.3.2	Les conséquences en terme de stress vécu par la secrétaire	102
	DISCUSSION.....	104
1.	SYNTHESE DES RESULTATS	104
2.	COMPARAISON AVEC LA LITTERATURE.....	106
2.1	Les modalités du triage des DUNP par les secrétaires en MG	106
2.2	Les facteurs influençant le triage des DUNP par les secrétaires en MG.....	108
2.2.1	La formation des secrétaires médicales	108
2.2.2	Les outils d'aide au triage	111
2.2.3	L'organisation du cabinet médical.....	112
A.	Les conditions de travail et l'impact des autres missions des secrétaires.	112
B.	La disponibilité du médecin lors du triage	113
2.3	Les conséquences du triage ressenties par les secrétaires.....	114
2.3.1	Les conséquences en terme de stress.....	114
2.3.2	Les conséquences en terme de responsabilité	114
2.4	Les pistes d'améliorations pour le triage des DUNP par les secrétaires.....	115
3.	LIMITES DE NOTRE ETUDE	116
4.	PERSPECTIVES	118
	BIBLIOGRAPHIE	119
	ANNEXE : VERSION FINALE DU GUIDE D'ENTRETIEN	121

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition des secrétaires dans les différents cabinets médicaux.....	50
Tableau 2 : Localisation géographique des cabinets médicaux	51
Tableau 3 : Caractéristiques d'exercice des médecins généralistes.....	52
Tableau 4 : Types de secrétariats gérant la prise des rendez-vous.....	52
Tableau 5 : Caractéristiques des secrétaires sélectionnées.....	53
Tableau 6 : Les symptômes urgents.....	62
Tableau 7 : Les terrains prioritaires.....	63
Tableau 8 : Les symptômes bénins rendus prioritaires sur des terrains fragiles.....	63
Tableau 9 : Les motifs non urgents.....	63
Tableau 10 : Les prises en charge externes au cabinet médical.....	95
Tableau 11 : Les autres sources de stress de la secrétaire médicale.....	103

FIGURES

Figure 1 : Durée des entretiens.....	54
Figure 2 : Les sources de connaissances médicales des secrétaires.....	64
Figure 3 : Les obstacles liés au patient à chaque étape du triage.....	74
Figure 4 : Les sources de stress ressenti par les secrétaires.....	97

ABREVIATIONS

AMU : Aide Médicale Urgente

AMARM : Assistant Médico-Administratif de Régulation Médicale

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CIMU : Classification Infirmière des Malades aux Urgences

CRRA : Centre de Réception et de Régulation des Appels

DESC : Diplôme d'Etude Spécialisé Complémentaire

DREES : Direction de le Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DUNP : demande de soins « urgents ou non programmés »

ECG : Electrocardiogramme

GCS Groupement de Coopération Sanitaire

HAS : Haute Autorité de Santé

IOA : Infirmière Organisatrice de l'Accueil

MG : médecine générale

PARM : Permanencier Auxiliaire de Régulation Médicale

PDSA : Permanence De Soins Ambulatoires

POSU : POle Spécialisé des Urgences

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAU : Services d'Accueil des Urgences

SFMU : Société Francophone de Médecine d'Urgence

SMUR : Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation

UPATU : Unité de Proximité d'Accueil et de Traitement des Urgences

VSAV : Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes

INTRODUCTION

De nombreux appels téléphoniques au cabinet des médecins généralistes concernent des demandes de rendez-vous pour le jour même. Ces demandes de soins dits « urgents ou non programmés » viennent s'intégrer dans une activité de médecine générale qui est aujourd'hui essentiellement réalisée sur rendez-vous. Dans le contexte actuel de pénurie médicale de notre région, la Haute Normandie, ces demandes peuvent être difficiles à satisfaire. Elles se heurtent en effet au planning des médecins déjà saturés par les demandes de soins prévues à l'avance dits « programmés ».

Lorsqu'une secrétaire médicale est présente au cabinet du médecin généraliste, c'est elle qui est responsable de l'adéquation entre plages de rendez-vous et demandes de soins programmés ou non. Ainsi, lorsque les demandes approchent la limite des capacités d'accueil du médecin, elle doit hiérarchiser les demandes afin de déterminer celles qui devront être prises en charge le jour même et celles qui devront être reportées. Ce phénomène est appelé un triage.

Le but de ce travail est d'étudier le fonctionnement du triage des demandes de soins « urgents ou non programmés » en médecine générale lorsqu'il est effectué par les secrétaires médicales, ainsi que les facteurs influençant celui-ci et ses conséquences ressenties par les secrétaires.

CONTEXTE, ETAT DES LIEUX

1. LES DEMANDES DE SOINS « URGENTS OU NON PROGRAMMES »

1.1. *Plusieurs notions d'urgence*

En médecine, une urgence peut revêtir une signification différente selon que l'on adopte le point de vue du médecin ou celui du patient. Même si elle est toujours synonyme d'intervention rapide du médecin, on différencie deux notions distinctes que sont l'urgence ressentie par le patient et l'urgence médicale repérée par le médecin (Lesigne, 2008).

Ainsi pour le médecin, il s'agit avant tout d'une urgence vitale ou susceptible de le devenir mais aussi de façon plus large toute situation clinique nécessitant un diagnostic et/ou une prise en charge thérapeutique rapide ou immédiate. Pour le patient en revanche, la gravité de son état de santé peut ne pas être au premier plan, le simple fait d'être pris en charge rapidement pouvant être la préoccupation première.

En effet, bien qu'une part des urgences ressenties par le patient corresponde effectivement à des urgences médicales, certaines relèvent parfois d'un simple renouvellement d'ordonnance ou de la délivrance d'un certificat administratif. A l'inverse, une urgence médicale ou vitale n'est pas toujours ressentie comme telle par le patient (Collet et Gouyon, 2008).

1.2. *Définition d'une demande de soins « urgents ou non programmés »*

Aux notions d'urgence médicale vraie ou ressentie par le patient, vient s'ajouter la problématique de la prise en charge des urgences par le médecin généraliste dont l'activité se fait aujourd'hui principalement sur rendez-vous. Ainsi, pour l'omnipraticien, l'urgence peut désigner de manière plus large tout ce qui ne relève pas de son activité médicale « programmée ». Il apparaît par conséquent que parler de demande de soins « urgente » en médecine générale pourrait exclure toute une partie des demandes de soins non programmés, notamment celles ne relevant pas d'une urgence médicale mais pour lesquelles les patients estiment avoir besoin de voir un médecin le jour même. Il lui

est donc actuellement préféré le terme de demande de soins « urgents ou non programmés » ou DUNP (Gouyon et Labarthe, 2006).

En médecine générale, les DUNP regroupent des situations différentes selon que le médecin sollicité pour y répondre exerce dans un cabinet de médecine générale ou au sein d'une association d'urgentistes ambulatoires (SOS Médecin).

Pour le médecin urgentiste de ville, ces demandes concernent par définition la totalité de son activité de soin. Pour le médecin généraliste exerçant en cabinet, elles concernent des situations variables selon qu'elles surviennent pendant les heures d'ouverture du cabinet ou en dehors de celles-ci (Gouyon et Labarthe, 2006).

Pendant les heures d'ouverture du cabinet il peut s'agir :

- Soit d'une urgence ressentie par le patient, c'est à dire une demande de soin pour laquelle le patient estime avoir besoin d'être vu dans la journée indépendamment du motif, médical ou non médical, et quelle que soit l'urgence médicale estimée par le médecin
- Soit d'une urgence médicale repérée comme telle par le médecin généraliste

En dehors des horaires d'ouverture du cabinet il peut s'agir :

- soit d'une demande de soins dans le cadre de son activité de permanence des soins ambulatoires (PDSA)
- soit d'une demande de soins directe auprès du médecin généraliste lorsque celui-ci est accessible, même en dehors des périodes d'ouverture du cabinet

2. LES REPONSES EN MATIERE D'OFFRES DE SOINS POUR LES DUNP

Face à ces DUNP, il existe dans le système de soins français deux types de réponses. Celles du secteur hospitalier regroupées sous le terme d'« aide médicale urgente » ou AMU et celles du secteur ambulatoire dont fait partie le médecin généraliste exerçant en cabinet de ville.

2.1 La réponse du secteur hospitalier : l'aide médicale urgente

Le but de l'aide médicale urgente est d'organiser et d'apporter au patient les soins d'urgence appropriés à son état 24h/24.

Elle est constituée de deux systèmes coordonnés :

- un système d'aide médicale urgente pré-hospitalière sous la forme d'une écoute médicale permanente. Il comprend un Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRA) autrement appelé « Service d'Aide Médicale Urgente » ou SAMU-Centre 15 et un effecteur, la « Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation » ou SMUR.
- un système d'aide médicale urgente hospitalière sous la forme d'un accueil et traitement des urgences 24h/24. Il comprenait historiquement plusieurs services : Services d'Accueil des Urgences (SAU), Pôle Spécialisé des Urgences (POSU) ou Unité de Proximité d'Accueil et de Traitement des Urgences (UPATU) regroupés depuis 2006 sous le nom de « structures des urgences ».

2.2 Le secteur ambulatoire : un ensemble de réponses assurant la continuité des soins

Une des missions du secteur ambulatoire est d'assurer une continuité des soins en médecine générale ambulatoire c'est à dire un accès permanent aux soins de premier recours pendant et en dehors des périodes d'ouverture des cabinets libéraux.

Cette mission est assurée par trois types de réponses possibles aux DUNP :

- Le recours à la médecine générale ambulatoire pendant l'ouverture des cabinets dont l'accès est théoriquement non soumis à une régulation
- la permanence de soins ambulatoire (PDSA) en dehors des heures d'ouverture des cabinets dont l'accès est régulé par le CRRA du SAMU-Centre 15

- le recours aux urgentistes ambulatoires disponibles 24h/24 disposant de leur propre centre de régulation interconnecté avec le SAMU-Centre 15.

3. EPIDEMIOLOGIE DES DUNP

L'ensemble des DUNP en médecine générale a généré près de 35 millions de consultations ou visites au cours de l'année 2004 en France (Gouyon et Labarthe, 2006). Par comparaison, la même année, les structures d'urgences hospitalières enregistraient près de 14 millions de passages (Carrasco, 2006). Par ailleurs, en 1997, près de 4 millions d'appels reçus par le SAMU-Centre 15 concernaient ce type de demandes (Chanteloup et Gadel, 2000).

Sur l'ensemble des DUNP en médecine générale, seules 5% étaient liées à l'activité des médecins urgentistes de ville (Gouyon, 2006). D'autre part, dans 8 cas sur 10 les recours au médecin généraliste exerçant en cabinet avaient lieu pendant les horaires d'ouverture du cabinet (Gouyon et Labarthe, 2006).

Ainsi une grande majorité des DUNP semble être prise en charge par le médecin généraliste exerçant en cabinet en même temps qu'a lieu son activité programmée. Même si elles ne représentaient en 2006 que 11 % de son activité totale, l'impact sur l'activité du médecin généraliste était substantiel puisque dans près de 3 cas sur 10 ils avaient poussé le médecin à modifier l'organisation de sa journée voire à interrompre subitement son activité (Gouyon et Labarthe, 2006).

En France, en dehors du cabinet de médecine générale de ville, toutes les DUNP font actuellement l'objet d'un triage règlementé faisant intervenir différents partenaires paramédicaux (Infirmière diplômée d'Etat ou Assistant Médico-Administratif de Régulation Médicale) et toutes ont lieu sous la responsabilité d'un médecin.

4. LE TRIAGE DES DUNP

4.1 Le triage en médecine

4.1.1 Définition et objectif

En médecine, un triage est un processus d'évaluation et de hiérarchisation des demandes de soins en vue de déterminer à leur phase initiale la filière adaptée à l'état du patient en terme de délai et de type de prise en charge.

4.1.2 Situations de mise en place d'un triage

En médecine, le triage se justifie par l'adéquation qualitative et quantitative de la réponse médicale à la demande de soins.

4.1.3 Fonctionnement et étapes du triage

Les étapes classiques du triage médical d'une demande de soins sont :

- Le recueil des informations sur la demande de soin
- L'identification de la situation clinique
- L'attribution d'un degré d'urgence et/ou d'un niveau de priorité de prise en charge
- la mise en place de la prise en charge la plus adaptée à la demande de soins dans un délai optimal

4.2 Le triage des DUNP dans le secteur hospitalier

4.2.1 Problématique ayant conduit à la mise en place d'un triage des DUNP dans l'AMU

Le triage des DUNP dans l'aide médicale urgente s'est installé au fil des années devant l'importante augmentation du nombre de passages dans les structures d'urgences hospitalières et des appels au SAMU-Centre 15. En effet, les passages annuels aux urgences sont passés de 7 à 14 millions en 20 ans (Carrasco, 2006) et les appels au centre 15 ont triplé depuis les années 90 (Chanteloup et Gadel, 2000). Même si une partie s'explique par la hausse des appels pour des détresses vitales (+ 10% par an),

cette forte croissance semble être liée à la modification du comportement des patients. En effet, on assiste à l'apparition d'un nouveau type de recours : les appels « non urgents », c'est à dire uniquement suivis de conseils médicaux, qui représentaient 30% des appels au centre 15 en 1997 (Chanteloup et Gadel, 2000). Ainsi, la mission de l'aide médicale urgente, initialement strictement réservée à la gestion des urgences vitales, s'est progressivement étendue à la prise en charge plus large de toutes les DUNP.

La conséquence directe de cette progression rapide est la saturation des capacités d'accueil et de traitement de ces demandes, justifiant la mise en place d'un système de triage des demandes de soins « en urgence » afin de repérer celles nécessitant un diagnostic et une prise en charge prioritaire.

En France, bien que tous les dispositifs hospitaliers de triage des DUNP ont le même objectif final, leur fonctionnement ainsi que la place des différents acteurs du triage présentent des différences.

4.2.2 Fonctionnement et acteurs du triage des DUNP dans l'AMU

A. Le triage des DUNP au SAMU-Centre 15

Il est effectué par le binôme « Assistant Médico-Administratif de Régulation Médicale » (AMARM)-médecin régulateur du SAMU-Centre 15. L'AMARM, anciennement appelé permanencier auxiliaire de régulation médicale (PARM), fait partie du personnel administratif de la fonction publique hospitalière et dépend du SAMU-Centre 15. Autrement dit il s'agit d'un ou d'une « secrétaire médicale » spécialisée dans le triage des « urgences » qui exerce son activité au sein des locaux du SAMU-Centre 15.

Le médecin régulateur est un médecin urgentiste ou anesthésiste du SAMU-Centre 15 formé dans le cadre du DESC de médecine d'urgence ou de la capacité de médecine d'urgence avec ou sans diplôme universitaire de régulation médicale.

La DUNP est toujours effectuée sous la forme d'un appel téléphonique issu du patient ou d'un tiers qui peut être un professionnel de santé ou pas. Chaque conversation téléphonique est enregistrée et chaque dossier est tracé informatiquement (HAS, 2011).

Le triage s'effectue à deux niveaux : un premier niveau de triage par l'AMARM, dont l'objectif est d'évaluer le niveau de priorité de régulation médicale, et un deuxième niveau de triage par le médecin régulateur, dont l'objectif est de déclencher la réponse adaptée au degré d'urgence de la demande.

Le premier niveau de triage, effectué par l'AMARM, comprend :

- Le recueil d'informations auprès du patient
- L'identification de la situation clinique par l'AMARM lui permettant de déterminer si elle relève du médecin régulateur du SAMU ou de celui de la PDSA
- L'attribution d'un niveau de priorité de régulation médicale
- La détermination du délai optimal de recours au médecin régulateur :
 - Déclenchement du SMUR avant de transmettre l'appel au médecin
 - Transmission immédiate de l'appel au médecin
 - Mise en attente de l'appel jusqu'à disponibilité du médecin régulateur

Le deuxième niveau de triage, effectué par le médecin régulateur comporte :

- La prise en compte des informations recueillies par l'AMARM et recueil des informations directement auprès du patient
- L'identification de la situation clinique par le médecin régulateur
- L'attribution d'un degré d'urgence médicale
- Le déclenchement de la réponse médicale adaptée
 - SMUR
 - Ambulance, VSAV (Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes), médecin de proximité
 - Consultation auprès d'un médecin généraliste libéral de garde ou non si c'est en journée de semaine
 - Conseil médical ou thérapeutique

B. Le triage des DUNP dans les structures d'urgences

Il est effectué principalement par l'infirmière organisatrice de l'accueil (IOA) mais fait parfois intervenir le médecin du tri des urgences. L'IOA est une infirmière diplômée d'Etat qui travaille dans les structures d'urgences hospitalières. Le médecin du tri des urgences est un médecin urgentiste des structures d'urgences hospitalières, formé dans le cadre du DESC de médecine d'urgence ou de la capacité de médecine d'urgence. Dans ce cas, la DUNP résulte toujours d'un recours spontané aux structures d'urgences par le patient ou après une orientation médicale. L'objectif du triage est de déterminer le délai optimal de prise en charge médicale.

Le déroulement du triage s'effectue en suivant ces étapes :

- Recueil d'informations auprès du patient
- Identification de la situation clinique
- Attribution d'un niveau de priorité de prise en charge médicale
- En déduire la filière adaptée (urgences médicales, urgences chirurgicales, réanimation) et le délai optimal de prise en charge médicale

Dans ce cas, le médecin du tri des urgences interviendra uniquement pour orienter certains patients vers une prise en charge en ambulatoire car cette décision relève obligatoirement d'une décision médicale (Roy et Lannehoa, 2002).

4.3 Le triage des DUNP au sein du secteur ambulatoire

4.3.1 Le triage des DUNP dans le cadre de la PDSA

Il est effectué par le binôme AMARM-médecin régulateur de la PDSA.

L'AMARM fait partie de SAMU-Centre 15 et exerce le triage au sein des locaux du SAMU.

Le médecin régulateur est un médecin généraliste libéral recevant une formation initiale et continue au sein des services du SAMU.

Le triage des appels est effectué selon les mêmes modalités que celles du binôme AMARM-médecin régulateur du SAMU (HAS, 2011).

4.3.2 Le triage des DUNP par les urgentistes ambulatoires : l'exemple de SOS Médecin

Il est effectué par le binôme AMARM-médecin régulateur de SOS Médecin. L'AMARM fait partie d'un centre d'appel médical privé disposant d'un numéro commun aux différentes structures et couvrant le territoire national 24h/24. Il est interconnecté téléphoniquement avec le SAMU-Centre 15 par une ligne dédiée.

Le médecin régulateur est un médecin généraliste libéral de SOS Médecins.

Chaque conversation téléphonique est enregistrée et chaque dossier est tracé informatiquement.

Le triage des appels est effectué selon les mêmes modalités que celles du binôme AMARM-médecin régulateur du SAMU. L'AMARM, premier interlocuteur, pose des questions précises suivant un algorithme préétabli, afin de classer les appels par ordre de priorité d'intervention et d'urgence. Puis elle transmet l'appel au médecin régulateur de SOS Médecin. A l'issue du triage médical, le médecin régulateur propose :

- Une consultation dans un centre de consultation de SOS Médecin
- Une visite à domicile sur les zones géographiques couvertes par SOS Médecin
- Un conseil téléphonique
- En cas d'urgence vitale, le centre d'appels est interconnecté avec le SAMU afin de proposer une réponse rapide et adaptée.

4.3.3 Le triage des DUNP en médecine générale pendant les heures d'ouverture du cabinet

Bien que le triage des DUNP soit règlementé pour tous les autres systèmes de réponses en France, il ne l'est actuellement pas pour la médecine générale (MG) pendant les heures d'ouverture des cabinets.

A. « To triage or not to triage » : une conjoncture en faveur d'un triage des DUNP en MG

a. Adéquation offre de soin/DUNP : situation actuelle

Ces dernières années ont été marquées par une transformation fondamentale du modèle d'exercice de la médecine générale de ville. Auparavant, le médecin généraliste

exerçait sans rendez-vous selon le modèle traditionnel du médecin de proximité entièrement dévoué à son art, solitaire et toujours accessible. Aujourd'hui, l'activité du médecin généraliste est classiquement organisée autour d'un agenda ou planning constitué de plages de consultations sur rendez-vous. Ainsi, la part de son activité programmée a pris désormais une place majeure occupant en 2004 presque 90% de son activité de soins. La majorité des DUNP ayant lieu pendant les heures d'ouverture du cabinet, on imagine ainsi aisément que les DUNP aient un impact sur l'activité programmée et inversement (Gouyon et Labarthe, 2006).

Une étude réalisée en 2011 a montré que les médecins généralistes travaillaient en moyenne 57H par semaine et 9 demi journées (Jakoubovitch et al., 2012). Cependant, cette activité est très hétérogène et fortement influencée par les profils de médecins en terme d'âge et de sexe (Aulagnier et al., 2007). En effet, les femmes et les jeunes médecins sont particulièrement attirés par deux nouveaux modes d'exercice : l'exercice de groupe notamment en zone urbaine et l'exercice à temps partiel, dans l'intention explicite de travailler moins que leur prédécesseurs autant en durée qu'en volume d'actes (Bourgois Daubias, 2004). L'exercice de groupe tout comme l'exercice en zone urbaine, que ce soit dans les zones de forte densité médicale ou dans les communes de grande taille, est associé à une plus faible charge de travail en médecine générale ambulatoire (Fivaz et Le Laidier, 2001). Celle ci est alors plus proche des attentes d'une nouvelle génération de médecins généralistes permettant de mieux concilier vie privée et vie professionnelle (Bourgois Daubias, 2004).

On ne dispose actuellement pas de données quantifiées sur l'évolution des DUNP en médecine générale. Cependant, la croissance des DUNP dans les structures des urgences hospitalières au cours des dernières années illustre bien le bouleversement survenu dans le comportement des patients vers une médecine de l'urgence où tout doit être disponible sans délai. Si l'évolution des DUNP en médecine générale suit la tendance de celles observées dans les structures d'urgence hospitalières, ce type de demande de soins sera amené à prendre de plus en plus de place parmi l'ensemble des recours au médecin généraliste.

Pour raisonner en terme d'offre de soins, la densité médicale est l'indicateur le plus représentatif. Avec 161 médecins généralistes pour 100 000 habitants, la France était en 2011 un des pays de l'Europe où la densité de médecins généralistes était la plus élevée (Sicart, 2011). Cependant, une mauvaise répartition géographique explique les inégalités d'accès aux soins observées au niveau régional. Ainsi, la Haute Normandie était en 2011 la 3^e région la moins dotée de France, avec une densité de 135 médecins généralistes pour 100 000 habitants. L'Eure était dans la situation la plus défavorable avec 106 médecins/100 000 habitants contre 149 médecins/100 000 habitants en Seine Maritime (Sicart, 2011).

b. Adéquation offre de soins/DUNP : situation prévisible dans les prochaines années

Dans les vingt prochaines années, il est attendu une baisse significative du nombre de médecins et de la densité médicale en France. Les projections montrent que cette dernière atteindra un point bas entre 2020 et 2024 pour ensuite remonter jusqu'en 2030. Elle restera cependant encore inférieure de 10% à son niveau actuel. Mais si l'on tient compte de l'évolution parallèle de la population générale, la densité médicale en 2030 sera alors 36% en dessous de son niveau actuel (Attal-Toubert et Vanderschelden, 2009).

La filière de médecine générale libérale risque d'être particulièrement touchée par ce phénomène. C'est en effet la seule spécialité où des postes d'accueil de DES restent vacants chaque année. Pour exemple, en Haute Normandie, sur 135 postes ouverts en médecine générale en 2010, seuls 72 ont été pourvus (ARS de Haute Normandie, 2012). Parmi les médecins de cette filière, seul un quart a choisi en 2011 d'exercer la médecine de premier recours dite « de famille » alors que la moitié a préféré l'exercice salarié (Romestaing et Le Breton-Lerouillois, 2012).

Parallèlement on observe depuis les années 90, une féminisation progressive de la médecine : les femmes représentent 33% des effectifs en 2012 contre 16% en 1990 (Jakoubovitch et al., 2012). Les médecins généralistes hommes restent encore actuellement majoritaires, mais la tendance à la féminisation de la profession va vraisemblablement s'accroître dans les 20 prochaines années aboutissant alors à une

répartition égale entre hommes et femmes en 2022, puis à une inversion de l'équilibre en faveur des femmes. Celles-ci représenteront en 2030 près de 56% des médecins généralistes en France (Attal-Toubert et Vanderschelden, 2009). Ceci ne sera probablement pas sans impact sur l'offre de soins compte tenu que les femmes sont particulièrement attirées par l'exercice partiel de la médecine.

Enfin, en 2001, 75% des médecins généralistes français exerçaient en zone urbaine contre 24% en zone rurale, ce qui restait proche de la répartition de la population générale française (77 et 23%) (Fivaz et Le Laidier, 2001). Cependant dans les 20 prochaines années, ces inégalités de répartition entre zone urbaine et rurale auront tendance à s'accroître (Attal-Toubert et Vanderschelden, 2009; 2009).

Ainsi, l'avenir sera marqué par une diminution de la population des médecins généralistes libéraux et en particulier ceux exerçant en zone rurale. Cette population plus jeune et majoritairement féminine exercera plutôt une activité à temps partiel dans le cadre d'un exercice de groupe, réduisant ainsi l'offre de soins en France.

c. Solutions face à l'inadéquation entre offre de soins et DUNP

Tandis que l'offre médicale tend à se raréfier, le vieillissement de la population génère des demandes de soins croissantes et l'accès aux soins devient plus difficile notamment pour les DUNP en médecine générale. Plusieurs pistes d'interventions sont possibles pour tenter d'améliorer cet accès.

Il est tout d'abord possible d'agir sur l'offre de soins en médecine générale ambulatoire soit par une hausse des effectifs de médecins généralistes soit par une meilleure répartition de ces derniers sur le territoire. C'est sur ces deux axes que les pouvoirs publics portent aujourd'hui leurs efforts.

Ainsi le numerus clausus a été relevé pour former plus de médecins. Cependant, du fait de la longue durée des études médicales, cette mesure ne produira pas d'effet avant au moins dix ans. Par ailleurs son impact réel sur l'offre libérale de médecine générale n'est pas connu. En effet, du fait du libre choix du lieu d'installation et du type d'exercice

hospitalier ou ambulatoire, le comportement des professionnels de santé n'épouse pas spontanément les besoins en santé publique.

La deuxième mesure prise par l'Etat consiste à tenter de piloter de manière plus ciblée le flux des médecins vers la médecine générale. Ainsi, l'ouverture de postes de médecine générale à l'examen national classant (ENC) est plus importante. Cette mesure devrait porter ses fruits dans un délai plus court de l'ordre des cinq ans mais les effets pourraient rester limités, car chaque année le nombre d'internes en formation en médecine générale reste inférieur aux attentes et le choix de cette filière ne garantit pas que les futurs diplômés exerceront la médecine générale de premier recours.

Depuis quelques années, dans certaines zones de très faible densité médicale où l'accès aux soins est mis en péril, plusieurs exemples de coopération entre professionnels de santé ont vu le jour dans une optique de décharger le médecin généraliste de certaines DUNP pouvant relever d'une prise en charge par une filière paramédicale.

Ainsi, des réseaux de soins se sont développés entre infirmières libérales et généralistes par exemple dans le suivi du diabète ou pour la gestion des patients sous anticoagulants. En parallèle, on assiste à la promotion par les pouvoirs publics de l'automédication encadrée par le « pharmacien conseil ». Le nombre de médicaments ainsi accessibles sans ordonnance ne cesse d'augmenter.

De même, des mesures récentes autorisent le pharmacien à pratiquer l'avance de certains traitements pris au long cours pour des pathologies chroniques stables lorsqu'il n'est pas possible au patient de voir un médecin avant l'épuisement de sa réserve de médicaments. Cela permet ainsi de différer certains recours « non programmés » au médecin généraliste qui peuvent alors faire l'objet d'une consultation ultérieure « programmée » tout en évitant la discontinuité du traitement.

Enfin, l'accent est porté sur l'éducation thérapeutique des patients dans tous les domaines médicaux y compris dans le domaine de « l'urgence ». Il fait ainsi désormais partie du rôle du médecin généraliste d'enseigner au patient à reconnaître ce qui relève d'une urgence et ce qui n'en relève pas. Ce type d'intervention présente l'avantage d'être

efficace et fortement apprécié du patient, et de contribuer à renforcer la relation de confiance établie avec son médecin traitant (Schauffler et al., 1996).

Parallèlement à cette action sur l'offre de soins, dont la maîtrise apparaît difficile, une solution pourrait être d'améliorer la pertinence des interventions. Dans le domaine des DUNP, cela signifie mieux cibler l'accès aux soins en urgence afin d'optimiser leur délai de prise en charge. Ce phénomène de tri et de hiérarchisation des demandes de soins « en urgence » correspond en effet bien à une forme de triage des DUNP en médecine générale.

B. Fonctionnement et acteurs du triage des DUNP en médecine générale

a. Le triage des DUNP par le médecin généraliste est-il réalisable ?

Mis à part le système de triage des DUNP au sein des structures d'urgences qui est centré sur l'infirmière, tous les autres triages en France reposent sur une régulation par le médecin, les AMARM n'étant là que pour optimiser le délai d'engagement de cette régulation selon leur niveau de priorité.

Cependant, contrairement au médecin régulateur dont l'activité est, pendant la période où elle est réalisée, exclusive de tout autre fonction (HAS, 2011), il ne peut en être de même pour le médecin généraliste ambulatoire. En effet, l'activité principale de ce dernier repose sur l'administration de soins aux patients dans le cadre des consultations ou visites. Ainsi, une régulation des DUNP par le médecin généraliste aurait un impact non négligeable sur son activité clinique. Elle serait source de multiples interruptions lors de ses consultations et poserait le problème du secret médical en présence d'un tiers. Par ailleurs, elle réduirait le temps que le médecin généraliste consacrerait aux patients le consultant. Une solution pourrait donc être de déléguer cette tâche à un partenaire paramédical du cabinet, notamment la secrétaire médicale.

b. Le triage des DUNP par la secrétaire médicale

Actuellement en France, seuls 56% des médecins généralistes disposent d'un secrétariat pour l'accueil et/ou la gestion des rendez-vous (Jakoubovitch et al., 2012). La présence d'un secrétariat a pour principal avantage de permettre au médecin généraliste de se consacrer davantage à son activité clinique. En effet, en l'absence de secrétaire, il passerait en moyenne 30 minutes par jour pour la gestion des rendez-vous, urgents ou non (Le Fur et al., 2009).

Les missions de la secrétaire du médecin généraliste dans les cabinets médicaux libéraux ont fait l'objet d'un travail de thèse en médecine générale où l'auteur Marion Lassalle-Gérard décrit clairement que l'une des missions de la secrétaire est « l'évaluation des urgences et la hiérarchisation des rendez-vous selon la pathologie » (Lassalle-Gérard, 2010). Ceci semble confirmer l'existence d'une forme de triage des DUNP par la secrétaire médicale du médecin généraliste en France.

Or, dans le contexte actuel sociodémographique touchant la médecine générale française et devant la progression des demandes de soins « urgents » ou non, on perçoit bien l'enjeu que le triage des DUNP par la secrétaire médicale peut représenter pour l'accès aux soins « en urgence » des patients. Celui-ci prendra encore plus d'importance à l'avenir au vu des projections des vingt prochaines années en matière d'offre de soin.

Pourtant à notre connaissance il n'existe aucune donnée publiée traitant du fonctionnement de ce triage.

PROBLEMATIQUES ET OBJECTIFS

1. PROBLEMATIQUES DU TRIAGE DES DUNP EN MG PAR LA SECRETAIRE

S'il existe une forme de triage non règlementé des DUNP par la secrétaire médicale du médecin généraliste dans les cabinets libéraux, de nombreuses questions se posent. Nous ne disposons que de peu d'informations sur les modalités de fonctionnement de ce triage. En effet concerne-t-il seulement les demandes ressenties comme urgentes par le patient ou aussi les demandes non programmées du jour sans caractère urgent ? Est-il effectué en permanence ou seulement quand le nombre de rendez-vous disponible pour le jour même se fait rare voire inexistant ? De même, il est difficile de préciser si son objectif est plutôt d'optimiser le délai de prise en charge des DUNP, de diminuer la charge de travail du médecin ou les deux.

Nous ne connaissons pas précisément les informations que recherche la secrétaire face à une DUNP pour évaluer si elle relève d'une prise en charge le jour même ou non, ni comment elle détermine le type de prise en charge optimal (consultation, visite, renvoi vers une structure hospitalière).

Par ailleurs, la place du médecin généraliste dans le triage effectué par la secrétaire, les modalités et la fréquence de son intervention restent à préciser.

De plus les conséquences de ce triage sur la secrétaire en terme de responsabilité, de stress quotidien et d'impact sur ses autres missions ne sont pas connues.

Enfin, les conditions de travail de la secrétaire qui peuvent avoir un impact sur le triage, l'identification des difficultés à assurer cette activité et les différentes solutions à proposer pour les aider dans cette mission sont autant de questions qui prennent aujourd'hui tout leurs sens en Haute Normandie.

2. OBJECTIFS DE NOTRE TRAVAIL

Notre travail aura ainsi trois objectifs.

Le premier sera de décrire le fonctionnement du triage des DUNP effectué par les secrétaires du médecin généraliste étapes par étapes, ses objectifs, les conditions dans lesquelles il est mis en place et la place de ce dernier dans ce triage.

Le deuxième sera d'identifier les facteurs pouvant avoir un impact sur l'efficacité de ce triage et de proposer éventuellement des outils afin d'aider la secrétaire dans sa tâche.

Le troisième sera de décrire toutes les conséquences de ce triage sur la secrétaire et son impact sur le reste de son travail.

Pour tenter de répondre à ces objectifs, notre travail se limitera au point de vue de la secrétaire effectuant le triage des DUNP dans les cabinets libéraux de médecine générale.

METHODOLOGIE

1. METHODES CHOISIES POUR L'ENQUETE

Pour répondre aux objectifs décrits précédemment, nous avons choisi une approche par une démarche scientifique de type qualitative.

Aucune hypothèse n'a été préalablement émise et nous avons commencé par observer comment le triage était réalisé sur le terrain. Puis par raisonnement inductif aussi appelé théorie ancrée, les observations de notre enquête ont permis d'élaborer des hypothèses pouvant expliquer ce que nous avons observé.

Dès la conception de notre étude il a été prévu de la compléter secondairement par une deuxième partie dont la démarche serait quantitative et qui permettrait d'établir un lien statistique entre les hypothèses induites par notre enquête et le phénomène étudié qu'est le triage. Cette étude complémentaire a ainsi été proposée à un deuxième thésard. Néanmoins il a été décidé dès le départ que ces deux enquêtes, bien que successives ne seraient pas réalisées de manière séparées et chacune a été menée conjointement par les deux chercheurs.

Pour cette approche, nous avons choisi des outils de recueil et d'analyse de données qualitatives. Nous avons sélectionné un échantillon de notre population cible, les secrétaires des médecins généralistes libéraux de Haute Normandie à partir de critères de sélection dans une logique de représentativité qualitative c'est à dire couvrant la plupart des situations possibles (cf. paragraphe 2.1.1 B, critères indicateurs de diversité).

Parmi les différentes méthodes décrites de recueil de données qualitatives, nous avons choisi l'entretien semi dirigé. Nous avons donc effectué des entretiens individuels en face à face auprès d'un échantillon de secrétaires de MG de Haute Normandie. Cet entretien s'est effectué au moyen d'une trame de questions aussi appelée guide d'entretien à partir duquel l'entretien s'est organisé. Les deux enquêteurs ont ainsi réalisé les entretiens de manière parallèle mais concertée.

Pour l'analyse des données recueillies par les entretiens, nous avons choisi la méthode thématique, c'est à dire le codage des données des entretiens puis le regroupement de ces codes en sous catégories puis en sous thème et thèmes généraux tous centrés autour de la problématique du fonctionnement du triage par les secrétaires médicales. Ces regroupements successifs ont permis d'aboutir à une grille d'analyse ayant ensuite servi de trame à la présentation des résultats.

2. REALISATION DE L'ENQUETE

Cette enquête a comporté trois étapes successives : la sélection d'une secrétaire, l'entretien avec celle-ci puis l'analyse de cet entretien. Pour chaque secrétaire enquêtée, nous avons suivi la même procédure mais les outils de ces trois étapes (critères de sélection, guide d'entretien et grille d'analyse) ont évolué pour les secrétaires suivantes au fil de l'analyse des entretiens précédemment réalisés, en accord avec la procédure d'analyse qualitative.

2.1 Sélection de l'échantillon

2.1.1 Conception des critères de sélection

Nous avons fait l'hypothèse qu'une bonne diversité dans les situations enquêtées nous permettrait d'approcher la majorité des attitudes et points de vue sur le triage existants au sein de la cible de population de secrétaires enquêtées.

Nous avons en premier lieu défini des critères de repérage de la population cible des secrétaires. Ces critères, communs à toutes les secrétaires de notre échantillon, sont restés les mêmes tout au long de l'enquête.

Puis nous avons défini des critères indicateurs de diversité des situations. Ceux-ci ont été en partie décidés avant de commencer l'enquête et en partie ajoutés au cours de l'enquête, à la suite de l'analyse des entretiens déjà réalisés.

A. Critères de repérage de la population ciblée

La population ciblée par notre enquête était une population de secrétaires de cabinet de médecins généralistes libéraux exerçant en cabinet privé dans la région de Haute Normandie.

Les secrétaires incluses donnaient des rendez vous, sur place ou à distance, pour des médecins généralistes libéraux dont l'activité principale était la médecine de premier recours. La demande de rendez-vous devait pouvoir être faite par téléphone toute la journée auprès d'une secrétaire ou éventuellement auprès d'une autre personne au moment où la secrétaire ne travaillait pas (le médecin lui même).

Les critères de non inclusion ont été le refus de participer à l'enquête ou l'absence d'au moins un des critères d'inclusion. Ainsi les secrétaires ne donnant des rendez-vous que pour des médecins spécialistes ou uniquement pour des médecins exerçant en dehors de la Haute Normandie n'ont pas été inclus. Les cabinets ne disposant pas de ligne téléphonique n'ont pas non plus fait partie de notre enquête.

B. Critères indicateurs de diversité

Les critères indicateurs de diversité ont été choisis de manière intuitive par les deux enquêteurs dans une logique de représentativité qualitative. Nous avons ainsi imaginé toutes les situations possibles pour le triage et recherché au moins une secrétaire pour chacune de ces situations. Une partie de ces critères a été ajoutée au cours de l'enquête découlant de l'analyse des données déjà recueillies.

En premier lieu nous avons recherché une diversité en terme de localisation géographique des cabinets de médecine générale :

- au niveau local : rural, urbain ou semi urbain
- au niveau départemental : Seine Maritime ou Eure
- au niveau de la proximité des Urgences du CHU de Rouen : moins de 20 min, entre 20 et 40 min ou à plus de 40 min

Puis nous avons recherché une diversité en terme d'exercice des médecins généralistes exerçant dans ces cabinets :

- taille du cabinet ou effectif de médecins du cabinet : médecin seul ou groupe de médecins
- sexe des médecins : médecin femme ou homme
- un cabinet multidisciplinaire ou un cabinet exclusivement composé de médecins généralistes
- mode de consultation : consultation uniquement sur rendez-vous ou consultation possible aussi en partie sans rendez-vous (consultation libre)
- médecins généralistes travaillant à temps partiel (3 jours ou moins par semaine) ou à temps complet (au moins 4 jours par semaine)

Ensuite nous avons recherché une diversité en terme de type de secrétariat présent dans chaque cabinet :

- horaire de couverture du secrétariat : totalité de la journée couverte par un secrétariat ou journée seulement partiellement couverte par la secrétaire (relais par médecin directement)
- type de secrétariat : exclusivement sur place, exclusivement à distance ou mixte (une partie de la journée sur place et relais le reste de la journée par une plateforme à distance)

Enfin nous avons recherché une diversité en terme de caractéristiques propres à la secrétaire :

- sexe : un homme ou une femme
- ancienneté de la secrétaire : une secrétaire travaillant au cabinet depuis moins de 5 ans, depuis plus de 30 ans ou entre 5 et 30 ans
- âge : une secrétaire de moins de 30 ans, une secrétaire de plus de 50 ans ou une secrétaire entre 30 et 50 ans
- exercice : une secrétaire donnant les rendez-vous depuis les locaux du cabinet (sur place) ou une secrétaire donnant les rendez-vous depuis une plateforme téléphonique extérieure au cabinet (à distance)
- une secrétaire travaillant seule ou avec d'autres secrétaires

- une secrétaire n'exerçant qu'à mi temps (moins de 30h par semaine) ou une secrétaire à plein temps (plus de 30h par semaine).

Certains critères pouvaient être présents dans plusieurs entretiens (par exemple : plusieurs entretiens ont concerné des secrétariats à distance) mais tous devaient être présents au final dans au moins un des entretiens réalisés.

2.1.2. Procédure de sélection

Notre échantillon a été construit à partir des critères de repérage et de diversité décrits précédemment.

La sélection des secrétaires s'est faite de manière successive, en tenant compte des caractéristiques des secrétaires déjà incluses afin de ne pas inclure deux secrétaires avec les mêmes caractéristiques.

La recherche de secrétaires potentiellement incluables dans l'étude a été faite de plusieurs manières. D'abord à l'occasion d'un précédent contact d'un des deux enquêteurs avec une secrétaire lors d'un remplacement ou d'un stage. Puis il a été effectué une sélection à partir des pages jaunes de l'annuaire notamment lorsque certaines zones géographiques présentaient un intérêt particulier à être explorées par notre enquête. Enfin concernant les plateformes à distance, elles ont été trouvées par l'intermédiaire d'un médecin généraliste ayant utilisé ce type de secrétariat. Toutes les secrétaires ont été recherchées et incluses par les deux enquêteurs de manière parallèle mais concertée (chacun des enquêteurs prévenait l'autre lorsqu'il incluait une nouvelle secrétaire) sauf pour les quatre premières pour lesquelles ces étapes ont été réalisées conjointement. Il en a été de même pour les premiers entretiens afin de se familiariser avec ces procédés.

Le recrutement des secrétaires dans notre étude a été réalisé lors d'un premier contact sur leur lieu de travail ou par téléphone. Ce contact a été l'occasion de se présenter, de présenter rapidement le sujet de notre thèse et ses objectifs. Nous avons ensuite expliqué aux secrétaires que nous avons prévu de recueillir les données au moyen d'un

entretien en face à face avec elles. Pour celles qui ont accepté de nous rencontrer, nous avons convenu de la date, du lieu et du moment précis de la journée où aurait lieu cet entretien.

Aucun objectif d'effectif théorique n'était prévu à l'avance. Le recrutement des secrétaires selon les critères de sélection a été effectué jusqu'à ce que tous les critères de diversités aient été remplis et ce jusqu'à saturation des données c'est à dire lorsque plus aucun nouvel entretien n'a semblé apporté d'élément nouveau.

Cette procédure de sélection de l'échantillon a été réalisée au fur et à mesure en même temps que les autres étapes de l'enquête (entretien et analyse).

2.2 Recueil des données par entretien

2.2.1 Conception du guide entretien

La première version du guide d'entretien a été élaborée avant même de commencer les entretiens par consensus entre les deux enquêteurs en se fondant sur les objectifs de l'enquête.

Ce guide ayant pour but de servir de trame lors de l'entretien, il a ainsi comporté plusieurs points. D'abord une question d'introduction large et ouverte sur le rôle de la secrétaire dans le cabinet permettait de la mettre à l'aise en parlant de son travail et éventuellement de l'amener à nous parler spontanément de son rôle dans le triage des DUNP. Puis une liste de thèmes sur le triage des demandes des DUNP était abordée au cours de l'entretien sans ordre préétabli et directement issu de la problématique et des objectifs de ce travail.

Enfin pour chaque thème, nous avons élaboré des questions à l'avance servant de cadre pour l'entretien tout en sachant que les questions ne seraient pas forcément posées exactement de cette manière lors de l'entretien ni de la même manière pour tous les entretiens. La plupart de ces questions étaient ouvertes. Certaines étaient larges pour introduire les thèmes, d'autres plus précises pour aborder plus en détail certains aspects. L'ordre des questions n'était pas préétabli mais nous avons tout de même

convenu de commencer par les questions traitant de sujets larges et simples et de finir par les questions plus complexes.

Ce guide n'était pas fixe et a évolué au cours de l'enquête suite à l'analyse successive des entretiens réalisés. Il a ainsi subi plusieurs transformations dont la principale a été issue d'un entretien test. Lors de cet entretien, non pris en compte dans l'analyse, la secrétaire a limité son discours à la gestion des urgences vitales. Nous avons alors introduit au guide une précision au terme de « demandes de rendez-vous en urgence » pour ne pas les limiter strictement aux urgences vitales mais pour bien correspondre à toutes les DUNP. Nous avons ainsi préféré parler de « demande de rendez-vous pour le jour même ». Par ailleurs il était prévu qu'au fil des entretiens, certains aspects des thèmes voire certains nouveaux thèmes soient ajoutés à ce guide si ils étaient abordés par la secrétaire alors qu'ils n'avaient pas été anticipés par les enquêteurs et qu'ils présentaient un intérêt pour ce travail de thèse. Cela a en effet été le cas et la version finale du guide d'entretien est ainsi comprise en annexe.

2.2.2 Procédure d'entretien

L'entretien a été semi-dirigé c'est à dire que l'enquêteur s'est inspiré de la trame de questions du guide d'entretien pour mener l'interview de la secrétaire. Le premier entretien a commencé immédiatement après l'élaboration de la version initiale du guide d'entretien et le recrutement de la première secrétaire. Les deux enquêteurs sont donc allés rencontrer les secrétaires sur le terrain avec comme matériel la dernière version imprimée du guide d'entretien et un dispositif d'enregistrement audio (dictaphone ou Smartphone).

Les quatre premiers entretiens ont été réalisés par un seul des deux enquêteurs mais en présence de l'autre afin que tous deux se familiarisent avec la technique d'entretien semi-dirigé. L'enquêteur qui ne réalisait pas l'entretien n'est pas intervenu au cours de celui-ci et est resté en retrait en qualité de simple observateur. Pour les entretiens suivants, chaque enquêteur a réalisé seul les entretiens auprès des secrétaires qu'il avait recrutées de son côté.

Tous les entretiens se sont déroulés de la même manière suivant la séquence suivante :

- La première étape a été la présentation du ou des enquêteurs et le rappel du sujet et des objectifs de notre travail. Nous avons aussi brièvement réexpliqué aux secrétaires la méthode de recueil utilisée c'est à dire l'entretien en face à face avec elles.
- La deuxième étape indispensable de cette enquête a consisté à demander à la secrétaire l'autorisation d'enregistrer l'entretien en précisant que celui ci serait anonymisé secondairement lors de l'étape de transcription écrite.
- La troisième étape a été le début de l'enregistrement audio de l'entretien et l'entretien lui même avec la secrétaire. Le dispositif audio a été installé de manière discrète afin de ne pas rappeler à la secrétaire que cet entretien était enregistré et lui permettre de parler librement.
- Une discussion a été engagée avec la secrétaire par l'enquêteur par une première question d'introduction large sur le rôle de la secrétaire dans le cabinet.
- Puis après une étape d'explication plus précise du champ de l'enquête, l'enquêteur a abordé chacun des thèmes prévus par le guide d'entretien dans l'ordre de son choix en s'efforçant de commencer par une question large et ouverte et de n'aborder qu'ensuite les questions plus précises ou complexes. Dès qu'un thème a été abordé, l'enquêteur est passé au suivant et ainsi de suite jusqu'à ce que tous les thèmes aient été explorés.

Tout au long de cette étape, l'enquêteur s'est efforcé d'adopter une attitude d'écoute « active » neutre mais avec empathie de la secrétaire. Il s'est abstenu d'intervenir sauf pour faire préciser certains points ou pour poser une nouvelle question si la secrétaire s'était interrompue.

A la fin de l'entretien, l'enquêteur a remercié la secrétaire pour sa participation et a proposé d'envoyer un exemplaire de ce travail une fois qu'il serait rédigé. L'enregistrement audio n'a été si possible arrêté qu'à ce moment là pour ne pas risquer d'omettre des propos tenus par la secrétaire vers la fin de l'entretien.

Ensuite les enquêteurs ont réalisé la transcription par écrit des entretiens au moyen d'un ordinateur et d'un logiciel de traitement de texte. Cette transcription a été effectuée

le plus tôt possible avec chaque entretien en s'efforçant de reproduire de manière précise et exacte tous les propos de la secrétaire. Ceci a été réalisé par l'écoute attentive et répétée des enregistrements audio de chaque entretien jusqu'à ce que le texte en reproduise fidèlement le contenu. Les deux enquêteurs se sont répartis cette tâche et ainsi l'enquêteur qui a réalisé l'entretien n'a pas forcément toujours été celui qui l'a transcrit.

2.3 Analyse des données

L'analyse des données a été réalisée le plus tôt possible après la retranscription des entretiens.

2.3.1 Elaboration d'une première grille d'analyse à partir du premier entretien

C'est à l'issue du premier entretien qu'a été élaboré la première grille d'analyse qui a servi ensuite de support aux analyses suivantes mais qui a aussi été modifiée au fur et à mesure des analyses suivantes.

Cette première grille d'analyse a été construite à partir de la procédure suivante :

- une première lecture de l'entretien transcrit tout en écoutant la version audio-enregistrée avec prise de notes en marge sur certaines idées ou opinions directement émises de cette lecture afin d'avoir une vue d'ensemble de l'entretien dans son contexte
- puis une deuxième lecture plus approfondie de l'entretien avec extraction, au fil de la lecture, des données sous forme de verbatim c'est à dire la plus petite citation porteuse de sens et l'attribution d'un code qui est le résumé du sens de cette citation.

Ensuite les codes ont été regroupés lorsqu'ils le pouvaient en catégories successives de plus en plus larges c'est à dire en sous thèmes et thèmes communs. L'ensemble organisé de ces verbatim, codes, sous thèmes et thèmes a abouti à la réalisation d'une première grille d'analyse ne contenant que les données extraites du premier entretien.

Cette grille n'est pas restée fixe et a évolué comme le guide d'entretien au fil de l'analyse des entretiens suivants.

2.3.2 Analyse des entretiens suivants

La procédure d'analyse décrite dans le paragraphe précédant a été la même pour tous les entretiens et a été réalisée à la fois dans l'ordre de réalisation de ces entretiens mais aussi en revenant sur l'analyse des entretiens précédents. En effet chaque nouvel entretien analysé pouvait contenir des nouveaux codes ou sous thèmes ou thèmes non encore prévus par la grille précédente et amenait ainsi à modifier la grille et à refaire l'analyse des précédents entretiens à partir de la nouvelle grille ainsi obtenue.

La grille n'était par contre pas modifiée lorsque l'extraction d'un verbatim illustre un code déjà attribué précédemment. Ainsi en analyse qualitative, une idée présente dans plusieurs entretiens n'a pas plus de valeur au final qu'une idée présente dans un seul d'entre eux. Au fil des analyses successives, nous avons été amené à modifier aussi certains regroupements en thèmes et sous thèmes.

Ces étapes successives d'aller et retour entre données des nouveaux entretiens et des anciens ainsi que le croisement avec les résultats obtenus par cette même méthode réalisée par le deuxième enquêteur ont abouti à la dernière version de cette grille d'analyse qui a servi ensuite de trame à la présentation de nos résultats.

Au final, toutes ces étapes de sélection, d'entretien et d'analyse ont été réalisées simultanément les unes avec les autres. L'analyse des entretiens a commencé avant la fin de la sélection de toutes les secrétaires de notre échantillon et avant la réalisation de la totalité des entretiens modifiant ainsi au fil de l'enquête les outils de ces trois étapes (critères de diversité, guide d'entretien et grille d'analyse).

RESULTATS

1. POPULATION SELECTIONNEE

Dans notre étude, nous avons sélectionné 15 secrétaires de médecins généralistes réparties dans huit cabinets de médecine générale de Haute Normandie et une plateforme téléphonique à distance drainant la région. Le tableau 1 précise la répartition des 15 secrétaires dans les différents cabinets ou plateformes.

Tableau 1 : Répartition des secrétaires dans les différents cabinets médicaux

Secrétaire	Cabinet médicaux
S1	C1
S2	C1
S3	C1
S4	C2
S5	C3
S6	C4
S7	C5
S8	C6
S9	C6
S10	C7
S11	C8
S12	C8
S13	Plateforme à distance
S14	Plateforme à distance
S15	Plateforme à distance

S : secrétaire sélectionnée dans l'ordre de réalisation des entretiens, C : cabinets médicaux dans lesquels elles travaillaient

1.1 Caractéristiques des cabinets médicaux

Afin d'obtenir les données les plus riches possibles, les différents cabinets ou plateforme où travaillaient les secrétaires ont été choisis pour présenter des caractéristiques différentes en terme de localisation géographique (tableau 2), d'exercice des médecins généralistes (tableau 3) et en terme de type de secrétariats (tableau 4).

Tableau 2 : Localisation géographique des cabinets médicaux

Secrétaire	Situation du cabinet	Département	Proximité du CHU (min)
C1	Semi-urbain	Seine Maritime	30
C2	Rural	Seine Maritime	40
C3	Rural	Eure	47
C4	Semi-urbain	Seine Maritime	45
C5	Semi-urbain	Seine Maritime	45
C6	Semi-urbain	Seine Maritime	45
C7	Urbain	Seine Maritime	14
C8	Urbain	Seine Maritime	14
Plateforme à distance	NA	Haute Normandie	NA

NA : non applicable ; Proximité : proximité du CHU de Rouen en minutes

Tableau 3 : Caractéristiques d'exercice des médecins généralistes

Cabinets Médicaux	Effectif Médical	Sexe Médecin	Activité du cabinet	Consult. Libre possible	Temps partiel médical possible
C1	10	H/F	MG	Non	Oui
C2	4	H/F	MG	Non	Oui
C3	2	H	MG	Oui	Non
C4	4	H/F	MG	Non	Non
C5	1	H	MG	Non	Non
C6	4	H/F	MG	Non	Non
C7	4	H/F	MG	Non	Non
C8	6	H/F	MG	Non	Oui
Plateforme	150	H/F	Multi-discipline	NA	NA

Multi-discipline : cabinet ou plateforme disposant de professionnels de santé exerçant dans différents domaines d'activité et de professionnels paramédicaux ; Consult. Libre possible : existence de plages de consultations libres au cabinet ; H : présence de médecin généraliste homme dans le cabinet ; F : présence de médecin généraliste femme dans le cabinet ; NA : non applicable ; MG : cabinet ne disposant que de professionnels de santé exerçant en médecine générale ; Temps partiel médical possible : présence d'au moins un médecin exerçant à temps partiel dans le cabinet

Tableau 4 : Types de secrétariats gérant la prise des rendez-vous

Secrétaire	Couverture de journée	Type secrétariat
C1	Totale	Sur place
C2	Partielle	Sur place
C3	Totale	Mixte
C4	Totale	Sur place
C5	Totale	Sur place
C6	Totale	Sur place
C7	Totale	Sur place
C8	Totale	Sur place
Plateforme	NA	NA

NA : non applicable ; Couverture de journée : couverture partielle ou totale de la journée par la présence d'un secrétariat (médecin répondant eux même aux appels lorsque la couverture est partielle) ; Mixte : cabinet disposant à la fois d'un secrétariat sur place et d'un secrétariat à distance

1.2 Caractéristiques des secrétaires

Dans la même optique les secrétaires ont aussi été choisies pour présenter des caractéristiques différentes (tableau 5).

Tableau 5 : Caractéristiques des secrétaires sélectionnées

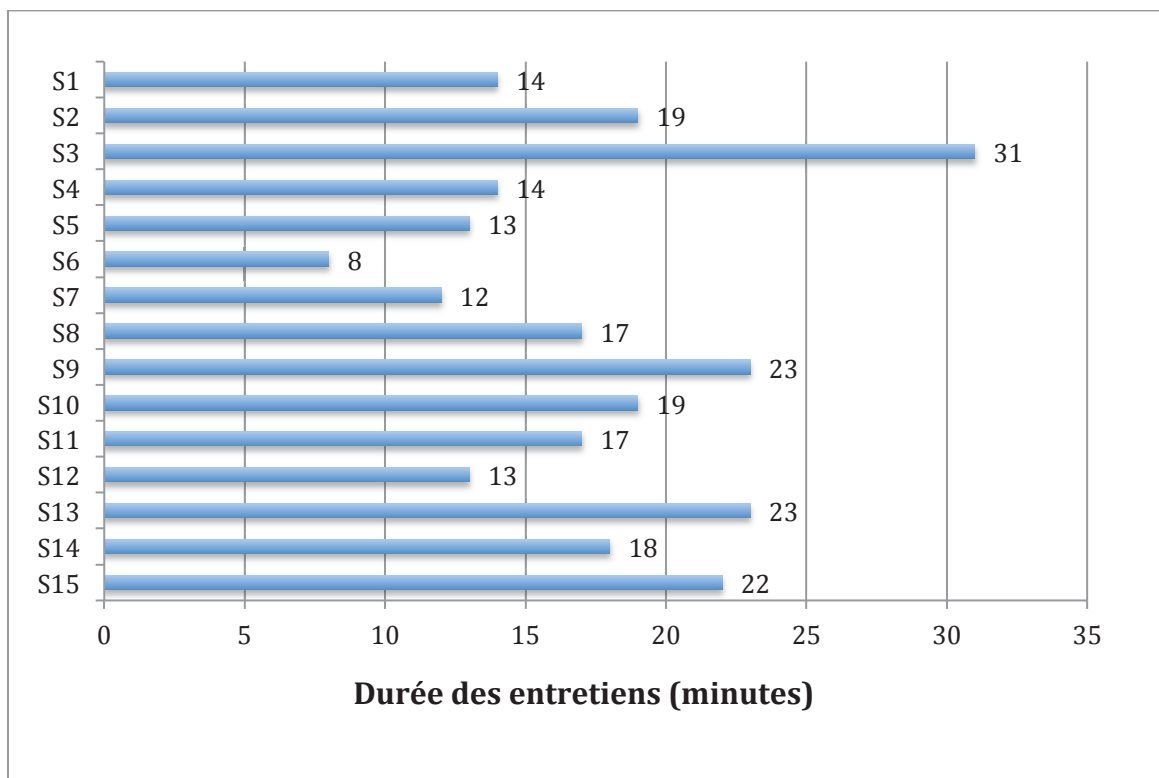
Secrétaire	Sexe	Age (ans)	Expérience (ans)	Formation Secrétaire médicale	Lieu d'activité	N. secrét. collabor.	Temps partiel/complet
S1	F	26	4	Non	Sur place	6	Partiel
S2	F	44	20	Oui	Sur place	6	Partiel
S3	F	59	4	Non	Sur place	6	Partiel
S4	F	43	16	Non	Sur place	1	Partiel
S5	F	53	30	Non	Sur place	1	Partiel
S6	F	57	39	Non	Sur place	2	Partiel
S7	F	50	16	Non	Sur place	1	Complet
S8	F	34	9	Non	Sur place	2	Complet
S9	F	50	22	Non	Sur place	2	Complet
S10	F	56	9	Non	Sur place	2	Partiel
S11	F	60	40	Oui	Sur place	2	Partiel
S12	F	38	17	Oui	Sur place	2	Partiel
S13	F	58	17	Non	A distance	20	Partiel
S14	F	37	1	Oui	A distance	20	Partiel
S15	H	47	21	Non	A distance	20	Partiel

N. secrét. collabor. : nombre de secrétaires travaillant en collaboration dans le même cabinet ou groupement ; F : femme ; H : homme ; Temps partiel/complet : secrétaire présente à temps partiel ou à temps complet au cabinet ou dans la plateforme

2. CARACTERISTIQUES DES ENTRETIENS

La saturation des données et la présence de tous les critères de diversité ont été obtenues au 15^e entretien. Ils ont été réalisés entre janvier 2011 et janvier 2012. Les entretiens ont duré de 8 minutes pour le plus court à 31 minutes pour le plus long, les durées précises étant illustrées par la figure 1.

Figure 1 : Durée des entretiens



La version finale du guide d'entretien est présentée en annexe.

Les transcriptions des entretiens sont présentées sous forme numérique dans le CD-ROM joint à ce travail.

3. RESULTATS DE L'ANALYSE DES ENTRETIENS

A l'issue de la procédure d'analyse des entretiens, nous avons obtenu les résultats suivants.

3.1 Le triage par les secrétaires : conditions et réalisation

Lors d'une demande de rendez-vous au cabinet du généraliste, les secrétaires médicales pouvaient être amenées à hiérarchiser les demandes afin de déterminer celles devant être prises en charge le jour même, et celles pouvant être reportées sans risque.

« Si on nous demande un rendez-vous (...) on va demander le motif. Et puis à partir du motif on évalue s'il y a une notion d'urgence ou si ça peut attendre. » (S15)

Les 15 entretiens réalisés dans notre étude ont mis en évidence que ce tri des demandes présentait des caractéristiques communes à toutes les secrétaires mais aussi des particularités selon les cabinets médicaux.

3.1.1 Mode de fonctionnement commun à toutes les secrétaires

Un premier tri était réalisé lorsque les secrétaires identifiaient une urgence potentiellement vitale. Dans ce cas, les secrétaires orientaient le patient vers une structure d'urgence hospitalière ou vers le SAMU-Centre 15, soit après avis du médecin généraliste, soit d'emblée si le médecin généraliste n'était pas joignable.

« C'est vrai parfois pour des gens qui ont une douleur au niveau de la poitrine ou qui irradie dans le bras, on essaie de faire au plus vite ou d'envoyer aux urgences » (S2)

« La gestion des urgences c'est bah...on a un appel, un monsieur qui donne des signes d'infarctus, enfin des symptômes: douleur ou pression à la poitrine, bras engourdi, mâchoire enfin tout... problème respiratoire, quelqu'un qui perd connaissance, un malaise. Donc nous on doit joindre le médecin et si le médecin est injoignable on gère les urgences c'est-à-dire appeler le 15, gérer l'appel quoi. Il faut que le patient soit pris en charge par quelqu'un rapidement, soit par le médecin qui le suit s'il est présent ou s'il est disponible soit par le 15, par le SAMU » (S13)

Un deuxième tri concernait les patients signalés comme prioritaires par le médecin quelque soit le motif du recours en urgence. Il pouvait s'agir de patients ayant une pathologie lourde, connue ou non des secrétaires.

« parfois on nous donne aussi le nom de certains patients, si les patients appellent on connaît pas trop , nous on ne rentre pas trop dans les détails mais on sait que on peut les prendre en plus (...) parfois c'est des patients qui je pense ont des gros soucis, enfin nous on est pas forcément au courant mais les médecins nous disent si untel appelle même si j'ai plus de place je le prends en plus. Là en fait on ne se permet pas de poser de questions puisqu'on sait que de toute façon même s'il n'y a plus de rendez-vous... » (S2)

« un patient, dès qu'il a un souci le médecin vient nous le dire entre deux, comme ça on a une liste dans notre tête pour chaque médecin, comme ça ces patients là on les passent en priorité. Ils leur disent de faire du forcing au secrétariat, de dire leurs noms, donc nous dès qu'ils disent leur nom, je dirais aussitôt on le sait. » (S8)

En dehors de ces deux situations, le triage des demandes semblait dépendant de l'agenda du médecin.

« Après c'est moi qui vois en fonction du planning » (S4)

Ainsi, lorsque le planning du médecin était peu rempli, les secrétaires ne mettaient pas en place de triage des demandes de rendez-vous pour le jour même.

« L'été, c'est vrai il arrive quand même, il y a une période, cet été même jusque début septembre, on remplissait pas tout, on était à l'aise, on pose même pas de questions, vous voulez un rendez-vous, oui monsieur voilà. » (S3)

« Non, on ne va pas demander, si on nous demande un rendez-vous, si on a de la place on le donne. » (S15)

A l'inverse, dès que les places commençaient à se faire plus rares, les secrétaires mettaient en place un triage qu'elles effectuaient au départ, seules, sans faire intervenir le médecin. Les secrétaires commençaient ainsi par recueillir auprès du patient le motif de la demande pour le jour même.

« Mais quand j'ai pas trop de place, là je demande, je sais pour quoi, on essaie de poser des question pour voir si c'est urgent ou pas » (S3)

« Après quand je vois que le planning commence à se remplir un petit peu ou que ça commence à bousculer, à partir d'un certain horaire, enfin d'un certain horaire c'est variable d'un jour sur l'autre, là je commence à demander si c'est pour un renouvellement, si c'est pour un vaccin, si c'est pour...je commence à poser la question "pourquoi c'est "» (S4)

A partir des informations recueillies, les secrétaires interrogées effectuaient le report des demandes non urgentes évidentes (renouvellement, vaccination, certificat médicaux) sans faire intervenir le médecin.

« Renouvellement non, c'est pas justifié donc j'irai pas déranger le médecin pour un renouvellement » (S14)

« Si on a pas de place, soit on fait du forcing auprès du médecin selon l'urgence, si c'est un vaccin ça peut attendre le lendemain » (S8)

« Quand il reste encore quelques places (...) On va plutôt reporter les renouvellements d'ordonnance, les vaccinations, les visites pour sportifs. » (S2)

« Ce qu'on ne met pas sur les rendez-vous du jour c'est les renouvellements, les vaccins, les certificats médicaux enfin tout ça... » (S13)

Si la demande ne concernait pas un motif non urgent évident, elles évaluaient alors à partir des symptômes le degré d'urgence de la demande et lui attribuaient seules un niveau de priorité de prise en charge.

« On va faire une première évaluation de base sur les symptômes. » (S15)

« C'est là où on doit juger nous. On doit juger si ça peut attendre ou non » (S10)

Elles attribuaient ensuite un rendez-vous le jour même aux demandes qu'elles avaient estimées urgentes.

« il faut que ce soit urgent (...) c'est vraiment pour les urgences, pour les choses qui, enfin que nous on estime que ce soit urgent. » (S1)

« Quand il reste encore quelques places on va privilégier plutôt les gens malades entre guillemets. » (S2)

Mais lorsqu'il ne restait plus aucun créneau disponible sur le planning du médecin, elles se trouvaient confrontées à l'impossibilité de pouvoir proposer une prise en charge adaptée au degré d'urgence de cette demande. Dans ce cas, elles recueillaient tout de même les informations auprès du patient d'abord les informations auprès du patient mais avaient ensuite recours au médecin.

« Je pose des questions et je leur demande si, c'est pour quoi, si c'est un enfant ou un adulte, voilà. Et puis je demande au médecin systématiquement. Toute demande urgente quand il n'y a pas de place, je demande au médecin. » (S9)

« Si ça ne peut pas attendre et qu'on a plus de place ou du tout de place ou dans l'horaire que lui demande, là on appelle le médecin » (S13)

« Si après les créneaux d'urgences sont pris et que moi j'ai plus du tout de possibilité et que je ne sais plus où les mettre, après si vraiment moi je suis embêtée j'en parle au médecin » (S4)

Sauf pour une secrétaire qui ne faisait jamais intervenir le médecin même lorsque le planning était complet. Celle-ci ajoutait systématiquement seule les demandes qu'elle estimait prioritaires.

« Après j'essaie de savoir, je leur pose des questions, pourquoi il m'appelle ? Et après je gère selon ce qu'ils vont me dirent, évidemment si c'est un enfant qui a beaucoup de température je vais quand même arriver à lui trouver une place. Eventuellement je vais le placer entre deux rendez-vous. Je refuse très peu... » (S7)

« Je le connais (Ndr : le médecin) donc je sais jusqu'où je peux aller. » (S7)

3.1.2 Particularités selon les cabinets lorsque le planning est plein

Parmi les 14 autres secrétaires, on a identifié dans le cas où le planning du médecin était complet deux types possibles d'intervention du médecin dans le tri.

Certaines d'entre elles ne faisaient appel au médecin que pour les demandes qu'elles avaient estimées elles-mêmes prioritaires. Dans ce cas l'intervention du médecin se limitait à donner un créneau supplémentaire pour la demande urgente si il le pouvait.

« en général quand on l'appelle c'est que nous, à tort ou à raison, nous on a jugé qu'il fallait prendre la personne aujourd'hui. » (S3)

« Après si tout ça c'est pris et qu'on juge que c'est nécessaire de donner un rendez-vous pour ce patient on va appeler le médecin » (S15)

« si j'ai pas de place, j'appelle le médecin et c'est lui qui me donne le créneau horaire pour lui fixer le rendez-vous. » (S14)

« Dans ce cas là effectivement on lui demande et puis c'est lui qui choisit en nous disant à quel moment il peut prendre le patient » (S15)

Dans les autres cabinets, les secrétaires n'effectuaient plus aucun tri des demandes urgentes et les transmettaient toutes directement au médecin. Dans ce cas le médecin effectuait lui même le tri, puis leur communiquait ensuite la liste des patients à prendre en consultation le jour même et ceux à reporter.

« Moi je note de toute façon ce que les gens me disent, que ce soit bien ou pas bien, je note, je transmets. Après voilà si le médecin considère que la personne doit être vu plus rapidement qu'une autre voilà il me dit. Il me dit bah vous rappelez telle personne, vous la faites venir à telle heure ou entre telle et telle personne. Il n'y a pas que moi qui décide en fait, ce n'est pas moi le décideur. » (S5)

« On prend toutes les coordonnées du malade, on note bien tout ce qu'il nous a dit, on en parle au médecin, c'est le médecin qui juge et qui rappelle. » (S6)

3.2 Facteurs influençant le triage

Au cours des entretiens, un certain nombre de facteurs ont été identifiés par les secrétaires comme ayant un impact facilitateur ou au contraire limitant sur l'évaluation du degré d'urgence d'une demande et sur le délai d'attribution du rendez-vous. Ils ont pu être classés en quatre types :

- liés aux connaissances médicales des secrétaires
- liés au patient
- liés à l'organisation du cabinet face aux demandes urgentes
- liés au « plateau technique » du secteur sanitaire

3.2.1 Les facteurs liés aux connaissances médicales des secrétaires

Lors du triage des demandes urgentes, les secrétaires évaluaient le degré d'urgence et le délai admissible du rendez-vous en fonction du motif du recours.

A. La reconnaissance de symptômes clés par les secrétaires

Dans les entretiens, les secrétaires évoquaient plusieurs exemples non exhaustifs de symptômes ou de motifs de recours au médecin qui leur apparaissaient prioritaires ou non. Les citations illustrant ceux-ci sont regroupées dans les tableaux 1 à 4.

Tout d'abord, certains symptômes leur apparaissaient comme urgents en soi sans hiérarchisation entre eux, comme par exemple la fièvre ou les douleurs thoraciques. (Tableau 6).

De même, certains terrains leur apparaissaient comme prioritaires en eux-mêmes. Il pouvait s'agir de populations fragiles comme les enfants, ou les nourrissons mais aussi les personnes âgées et les personnes en fin de vie. Cela concernait aussi les patients présentant des antécédents lourds comme les patients diabétiques, ceux atteints de cancer, ceux ayant des antécédents cardiologiques ou ayant fait un AVC (Tableau 7).

Certains symptômes bénins prenaient un caractère urgent lorsqu'ils touchaient un terrain fragile : la fièvre de l'enfant en était un exemple, la gastroentérite jugée non urgente lorsqu'elle touchait un adulte sain devenait prioritaire si elle concernait un enfant, une personne âgée ou un patient avec des antécédents lourds et la rhinopharyngite fébrile de l'enfant était jugée plus urgente que celle de l'adulte. (Tableau 8)

Enfin certains motifs leur apparaissaient comme non urgents de manière évidente comme les demandes de renouvellement de traitement, les vaccinations, les avis concernant des examens complémentaires ou les demandes de certificats médicaux, en particulier la licence sportive. (Tableau 9)

Par contre pour certaines, les demandes de certificats d'arrêt de travail leur apparaissaient justifier d'un recours en urgence.

« On essaie de se débrouiller quand même si il est pas allé travailler, s'il veut un arrêt de travail » (S10)

Tableau 6 : Les symptômes urgents

Fièvre	« La fièvre ça c'est quand même important, moi dès que quelqu'un a de la fièvre, moi j'essaie de prendre la personne aujourd'hui » (S3)
Douleur thoracique irradiant dans le bras ou la mâchoire	« s'il y a une douleur thoracique, des choses comme ça, mal au bras ou mal dans la mâchoire » (S11)
Phlébite, Epistaxis	« Tout ce qui est phlébite, saignements anormaux, ça fait tilt chez nous » (S14)
Diarrhée prolongée	« une diarrhée depuis plusieurs jours, pareil c'est quand même assez urgent à mes yeux » (S3)
Laryngite	« les laryngites oui effectivement, il vaut mieux que les gens ils viennent sans trop trainer » (S5)
Otalgie de enfant	« bah si il a mal aux oreilles, on peut peut-être mettre aujourd'hui ?" » (S9)
Engourdissement des membres	« C'est le type qui a l'engourdissement du bras » (S15)
Malaise, perte de connaissance	« quelqu'un qui perd connaissance, un malaise » (S13)
Etat cutané	« une coloration de peau différente, une peau sèche » (S11)
Pathologie infectieuse aigue	« bronchite, angine » (S13)
Douleur abdominale	« la douleur abdominale ça peut être plein de choses, ça peut être anodin mais ça peut être important donc c'est à nous de faire attention...à la douleur abdominale » (S13)
Dyspnée	« un adulte qui a un problème respiratoire » (S13)

Tableau 7 : Les terrains prioritaires

Population fragile	
Enfants en bas âge et personnes âgées	« je me dis les enfants en bas âge et les personnes âgées sont des gens assez fragiles quand même. Donc c'est pour ça que je me dis que c'est plus urgent de les prendre » (S3)
Personnes en fin de vie	« je savais très bien qu'elle était mourante, je ne pouvais pas la laisser comme ça, sans soins, ça je ne pouvais pas » (S9)

Antécédents lourds	
Cancer	« s'ils ont le cancer, enfin toutes ces choses-là, c'est vrai qu'en général on essaie de gérer tout de suite » (S14)
Antécédent cardiologique	« Tout ce qui est problème cardiaque » (S14)
Antécédent d'AVC	« s'ils ont déjà eu un AVC » (S14)
Diabétique	« les gens qui sont diabétiques (...) en règle générale moi je les fais passer en priorité » (S5)

Tableau 8 : Les symptômes bénins rendus prioritaires sur des terrains fragiles

Enfant fébrile	« Un enfant si il a de la fièvre on prends dans la journée. » (S10)
Gastroentérite du nourrisson ou de la personne âgée	« les gastros ça peut être important pour un bébé ou une personne âgée, après (...) l'adulte il peut attendre un tout petit peu le lendemain » (S13)
Gastroentérite sur antécédents lourds	« une gastro ou...qui n'est pas urgent en soit (...) il y a une pathologie derrière (...) il faut que je le passe aujourd'hui absolument et pas le lendemain » (S4)
Rhinopharyngite fébrile du nourrisson	« un nez qui coule (...) chez un adulte ça peut attendre, chez un bébé qui à 40°(...) c'est différent. » (S4)

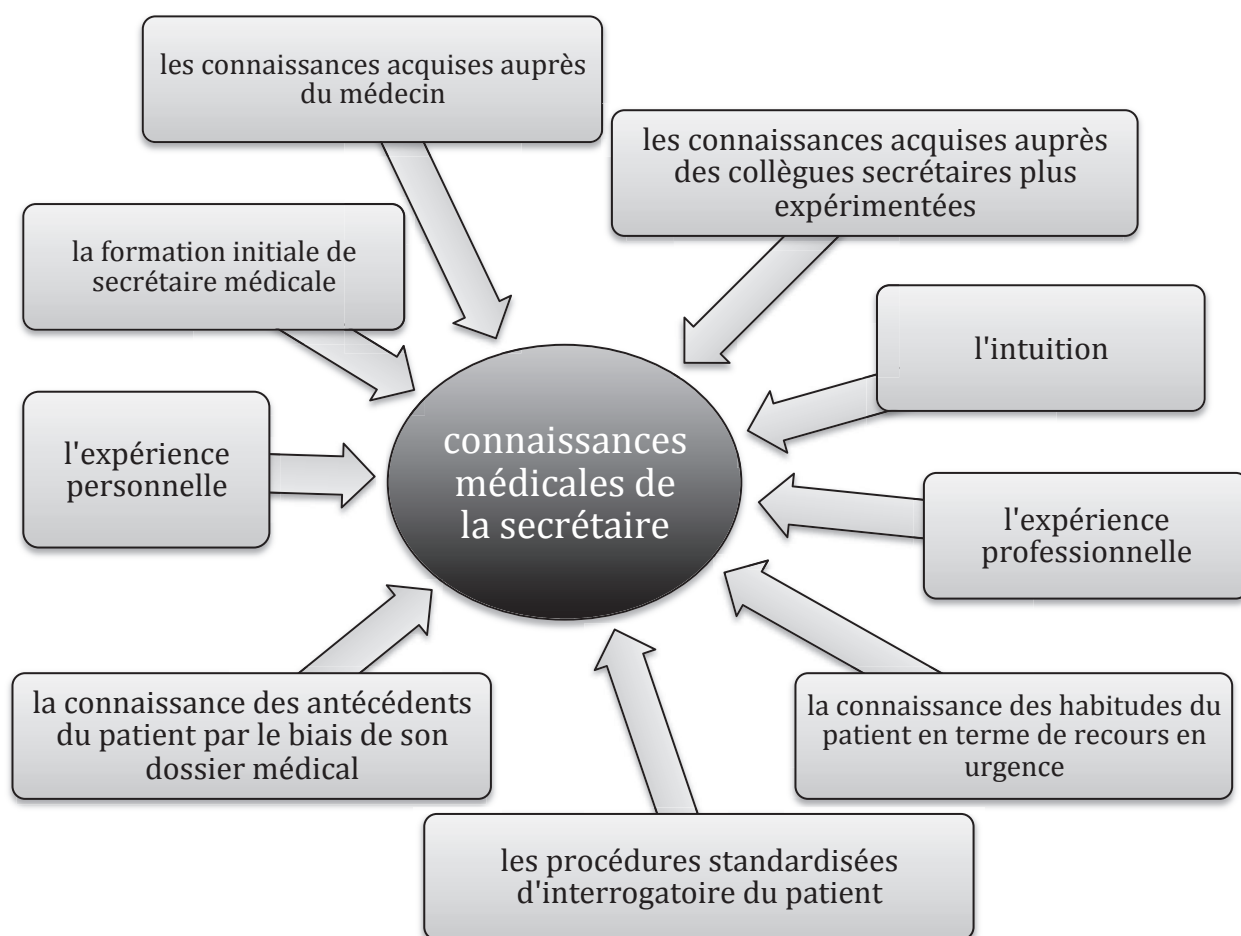
Tableau 9 : Les motifs non urgents

Renouvellement d'ordonnance	« un renouvellement d'ordonnance (...) c'est des choses qui ne sont pas urgentes » (S2)
Vaccinations	« si c'est un vaccin ça peut attendre le lendemain » (S8)
Examens complémentaires	« si ils nous disent, c'est pour montrer une radio (...) ça peut attendre » (S12)
licence sportive	« On va plutôt (...) les visites pour sportifs » (S2)
Certificats médicaux	« Ce qu'on ne met pas (...) les certificats médicaux » (S13)

B. Les sources de connaissances médicales des secrétaires

Les connaissances médicales des secrétaires de ce qui était prioritaire ou non pouvaient provenir de plusieurs sources d'informations (Figure 2).

Figure 2 : Les sources de connaissances médicales des secrétaires



a. *L'intuition des secrétaires devant une situation clinique*

Dans les entretiens, il est apparu que certaines décisions des secrétaires relevaient de leur intuition.

*« moi, je n'ai aucune formation médicale donc parfois ça marche un peu au...à l'instinct »
(S5)*

« on essaie de gérer en fonction du ressenti. Savoir si c'est quelque chose d'un petit peu urgent, si c'est quelque chose d'aigu on va essayer de trouver une petite place voir de négocier un petit peu, savoir si on peut pas prolonger un petit peu. Si c'est quelque chose qui n'a pas l'air d'être trop urgent ou si c'est quelque chose qui dure depuis déjà quelques jours, on se dit que ça peut attendre une journée de plus. C'est un peu au feeling, au ressenti » (S11)

Cette intuition associée à la connaissance du patient par les secrétaires semblait leur permettre de mieux repérer les urgences médicales vraies.

« c'est parce qu'on connaît les patients, là on se dit, il y a quelque chose, on ressent dans le ton de la voix, le débit de la parole, la personne qui est un peu nerveuse, on se dit qu'il y a un truc qui colle pas. C'est vraiment du ressenti. Et c'est plus facile parce qu'on connaît bien nos patients puisque que ce soit ma collègue qui est là depuis quinze ans c'est pareil. On ressent » (S11)

Certaines secrétaires allaient même jusqu'à déduire du degré d'agressivité des patients un indicateur du degré d'urgence. Pour elles, les patients les plus agressifs étaient plus souvent les moins graves, alors que les patients dont la demande était réellement urgente restaient souvent plus calmes.

« En règle générale les urgences, les vraies urgences, les gens ne râlent pas. C'est ce que j'ai remarqué. Ils expliquent, ils expliquent vraiment ce qu'ils ont et ils ne sont pas agressifs. Alors que les gens qui en règle générale appellent et qui veulent un rendez-vous soit disant urgent, souvent quand on leur donne pas ils sont beaucoup plus agressifs voire plus...plus insolent avec nous... En règle générale c'est...oh à 80% je suis sûre que c'est...c'est pas justifié. C'est parce que

ils veulent passer rapidement mais pas...ce n'est pas spécialement une urgence. Ça aurait pu attendre.» (S5)

b. La connaissance des antécédents du patient

Au cours des entretiens, les secrétaires rapportaient que le fait de connaître le patient qui demandait un recours en urgence au médecin les aidait beaucoup dans l'évaluation du degré d'urgence.

« c'est l'habitude, c'est le fait de connaître les patients » (S5)

Leur connaissance du dossier médical du patient, en particulier de ses antécédents médicaux, leur permettait en effet de repérer facilement les patients prioritaires.

« d'abord le tri pour moi il est assez rapide parce que ça fait seize ans que je travaille...ici. Donc je connais les patients...par cœur on va dire. Je connais leur pathologie » (S4)

« c'est par rapport à la pathologie de certains patients. Et moi étant donné que je scanne les courrier et que je vois passer les courriers médicaux je connais les pathologies des patients » (S4)

« on connaît les malades, leurs antécédents. On sait que tel malade est atteint d'une affection de longue durée donc on sait bien qu'on ne va pas... que s'il se plaint ce n'est pas..., que c'est justifié. On connaît le dossier, quand on est là depuis X années, on connaît bien les patients » (S6)

La connaissance des antécédents médicaux était également un élément utile aux secrétaires travaillant dans les plateformes à distance ou secrétariat téléphonique, qui n'avaient pas un accès direct au dossier médical. Dans ce cas, étaient utilisées les informations recueillies antérieurement auprès du patient à l'occasion d'un précédent contact par téléphone.

« au fur et à mesure du temps, nous dans les fiches, on fait des fiches des patients sur notre logiciel et on marque quand on sait si c'est une personne handicapée, une personne sous

chimio, une personne sous oxygène. Après nous on met des petites étoiles dans le nom et quand on saisit son nom on voit les étoiles, on rentre dans la fiche et on voit ce qu'il a déjà dit, comme ça c'est un repère pour nous en fait » (S13)

« On a des notes quand c'est une personne âgée, une personne handicapée, une personne gravement malade, on met ce genre d'information. Donc si le patient nous donne son nom, on a la fiche qui ressort et on a déjà l'information de base. On sait que lui on va lui trouver un rendez-vous toute de suite, trouver une solution, enfin en général » (S15)

c. La connaissance des habitudes du patient en terme de recours en urgence

La connaissance des habitudes du patient en terme de recours en urgence au médecin apparaissait comme particulièrement utile aux secrétaires des cabinets médicaux.

En effet, les patients demandant souvent des rendez-vous en urgence étaient parfois estimés par les secrétaires moins urgents que ceux pour lesquels c'était au contraire très inhabituel.

"c'est toujours la même chose, ça peut attendre demain" (S12)

« c'est vrai que au fil du temps on arrive quand même à connaître les patients, on sait si il y a un patient qui nous demande et que c'est pas dans ses habitudes d'être exigeants dans la demande, moi je vais dire...c'est pour ça que je pose des questions et savoir, on sait que c'est justifié » (S2)

« Et encore une fois on connaît les patients. C'est ça le truc. Il y a des patients où on se dit qu'il faut la caser parce que c'est la personne qui ne se plaint jamais, qui demande jamais rien et là qui a besoin, c'est qu'il y a quelque chose » (S12)

« Après en connaissant les gens aussi, des gens qui appellent généralement et qui prévoient leurs rendez-vous et qui un jour nous appellent et nous disent qu'ils sont pas bien, vraiment pas bien, bon on peut dire " d'habitude il vient toujours à ses rendez-vous, il prévoit et tout, c'est qu'il y a quelque chose." » (S12)

Cependant certaines étaient conscientes que ce raisonnement pouvait faire méconnaître certaines urgences.

« il y a ceux qui souvent téléphonent en disant urgent mais c'est urgent tout le temps. Et puis... ce qui peut parfois leur porter préjudice parce que le jour où c'est urgent, nous on peut se faire piéger en se disant " c'est comme d'habitude en fait, on peut attendre un peu " » (S11)

« il y a des patients... on va pas dire qu'ils sont hypochondriaque... donc cela il faut aussi... c'est pas toujours facile parce que un jour ils peuvent avoir quelque chose de grave et on passe à côté... » (S7)

d. La formation initiale de secrétaire médicale

Certaines secrétaires interrogées rapportaient que leur formation initiale au secrétariat médical était un atout lors de l'évaluation des demandes urgentes parce qu'elles y avaient acquis des notions d'urgence.

*« M : vous n'avez donc aucune formation médicale, et quand vous me dite « ça fait tilt »...
S : Moi je l'ai la formation (...) car le bac F8 débouchait sur secrétaire médicale » (S14)*

e. Les connaissances médicales acquises auprès des secrétaires plus expérimentées

Pour les secrétaires travaillant au sein des plateformes téléphoniques, la disponibilité des secrétaires plus expérimentées, notamment lors d'un doute sur une situation clinique, leur permettait de se former au fur et à mesure de leurs demandes de renseignements.

« C'est vraiment les filles on s'entraide entre nous (...) si on a un doute quel qu'il soit on leur pose la question il n'y a pas de soucis. Il y a toujours une entraide entre nous donc ça c'est toujours rassurant aussi. La formation se fait petit à petit sur le tas en plus. C'est-à-dire que si on a un appel qu'on ne sait pas trop bien gérer, moi ça ne fait qu'un an et demi que je suis là,

bah c'est vrai que si j'ai un doute tout de suite je demande à une des filles pour m'aider à gérer, ça va être plus simple. Et on se sent plus rassurées... » (S14)

f. Les connaissances médicales acquises auprès du médecin

Les secrétaires étaient amenées à être régulièrement en contact avec les médecins pour lesquels elles travaillaient et cela semblait leur permettre d'acquérir des notions médicales concernant les symptômes urgents ou les conduites à tenir devant certaines situations urgentes.

Ceci pouvait se faire grâce aux retours des médecins sur des urgences gérées par les secrétaires mais aussi lors du triage à l'occasion des questions que posaient régulièrement les secrétaires au médecin lorsqu'elles avaient un doute.

« Parfois oui ils (Ndr : les médecins) nous appellent, nous envoient un mot. Ils nous appellent pour nous dire « merci pour l'urgence qui a été gérée, c'était vraiment justifié » ou alors si jamais on n'a pas géré on nous le dit aussi, c'est normal. C'est normal parce que si on veut avancer ou si on veut éviter les erreurs il faut qu'on soit prévenu et qu'on se remette en question. » (S13)

« Au fur et à mesure si j'ai un doute, moi si j'ai du temps je demande » (S13)

« parfois pour des gens qui ont une douleur au niveau de la poitrine ou qui irradie dans le bras (...) on sait que si on demande conseil au médecin ils vont dire d'envoyer aux urgences pour passer plutôt un ECG » (S2)

Elles acquéraient ainsi tout au long de leur expérience auprès du médecin des connaissances médicales par les notions qu'il leur apportait en terme demandes prioritaires.

« en général les médecins nous le disent aussi, un enfant qui a de la fièvre il faut le prendre, une personne très âgée qui va mal, il faut la prendre aussi » (S3)

« Il y a des patients où on se dit qu'il faut la caser parce que c'est la personne qui ne se plaint jamais, qui demande jamais rien et là qui a besoin, c'est qu'il y a quelque chose. Notamment les médecins le jugent comme ça aussi. » (S12)

« nous on marche comme ça avec les médecins, je sais pas comment c'est dans les autres cabinets, un patient dès qu'il a un souci le médecin vient nous le dire entre deux, comme ça on a une liste dans notre tête pour chaque médecin, comme ça ces patients là on les passent en priorité » (S8)

« c'est des patients qui je pense ont des gros soucis, enfin nous on est pas forcément au courant mais les médecins nous disent si untel appelle même si j'ai plus de place je le prends en plus » (S2)

g. Les procédures standardisées d'interrogatoire du patient

Certaines secrétaires disposaient de procédures standardisées d'interrogatoire pour les patients demandant un rendez-vous ou une visite en urgence donnés par le médecin.

« On nous en a fait, on en a une. Disons qu'on a eu des questions à poser, quand on demande une visite à domicile (...) est ce qu'il est malade depuis plusieurs jours, est ce qu'il a eu un malaise, on a différentes questions à poser » (S3)

« M : En dehors des visites c'est le genre de questions sur lesquelles vous vous basez aussi pour les appels ?

S : Oui quand même parce que ce sont des questions qui peuvent nous diriger sur, pour voir si c'est une urgence, enfin une urgence, plutôt qui soit vue aujourd'hui dans la journée. » (S3)

« moi je trouve que c'est bien. Enfin je m'en inspire quand même parce que c'est quand même des questions générales. » (S3)

h. L'expérience professionnelle des secrétaires

L'expérience professionnelle des secrétaires, leur ancienneté, leur permettait d'acquérir des connaissances médicales à l'occasion des situations urgentes rencontrées au travail.

« Ce qu'on fait attention moi et ma collègue, c'est fièvre et mal de tête avec la méningite. On en a déjà eu quelque fois, donc ça on y fait attention » (S8)

« il y a des choses (...) qu'on apprend par certaines situations qui se sont présentées ici » (S13)

« l'expérience du travail...professionnelle » (S13)

i. L'expérience personnelle des secrétaires

Elles s'appuyaient aussi sur leur expérience personnelle dans leur vie privée, notamment dans leur vie de mère.

« M : Il y a l'expérience personnelle qui entre en compte ?

S : Ah bah oui. Oui tout à fait. Par rapport aux enfants parfois oui.

M : Le fait d'être mère ou d'avoir vu des choses avec ses enfants ça aide ?

S : Oui, oui, oui ça c'est sûr et certain. Il y a des choses sur les enfants où obligatoirement on devine... » (S5)

« il y a l'expérience de la vie, moi je sais pas, il y a des choses qu'on apprend forcément dans la vie et puis qu'on mémorise » (S13)

« La laryngite chez les enfants... il y a des petites choses, ça c'est parce que moi les laryngites je l'ai vécu donc je sais que... » (S5)

C. Les limites de leurs connaissances

Néanmoins malgré leurs connaissances acquises par leur expérience, les secrétaires exprimaient le fait qu'elles ne s'estimaient pas toujours compétentes lors du triage du fait de leur absence de formation médicale.

« On n'a pas de formation « médicale » proprement dites donc on n'a pas... » (S13)

« on n'est pas médecin. Je crois qu'on risque de faire des grosses bêtises » (S3)

Notamment lors de l'interrogatoire du patient, mais aussi lors de l'évaluation du degré d'urgence.

« certainement que le médecin poserait peut être aussi mieux les bonnes questions (...) Tu vois c'est des petits trucs je trouve que nous on n'a pas » (S3)

« c'est là qu'est la difficulté du métier, c'est que nous on est pas médecin. Donc on a du mal à jauger vraiment si c'est une urgence ou pas » (S3)

« c'est un petit peu délicat parce que forcément nous on est pas apte à dire selon les cas, dire si c'est urgent ou pas » (S3)

L'évaluation de l'urgence par téléphone en particulier leur apparaissait comme une limite de leurs compétences.

« On ne peut pas toujours savoir au téléphone. On ne peut pas et on connaît nos limites » (S10)

« par téléphone ce n'est pas évident. Donc eux avec certains mots ils (Ndr : les médecins) arrivent à savoir si ça l'est plus ou pas (urgent), enfin plus que nous en tout cas » (S1)

« c'est vrai qu'on dit assez régulièrement « est ce que c'est urgent ou pas ? ». Alors il y en a qui disent oui alors que ça ne l'est pas...Ce n'est pas évident par téléphone de ... » (S1)

Certaines secrétaires exprimaient un réel besoin de formation complémentaire afin de faciliter leur travail.

« Mais je trouve qu'on manque, il faudrait presque qu'on ait quelques petits trucs en nous disant : si on vous dit ça, ça, ça, c'est urgent » (S3)

« je reviens à ce qu'on aurait quelques petites notions sur les signes d'urgences...moi je trouve que ce serait bien qu'on nous dise si quelqu'un a mal à la poitrine ou a une jambe dure (...) et bien c'est important, il faut les prendre. » (S3)

« je trouve qu'il nous faudrait presque quelques notions pas de médecine mais d'urgence. C'est ça qui nous manque » (S3)

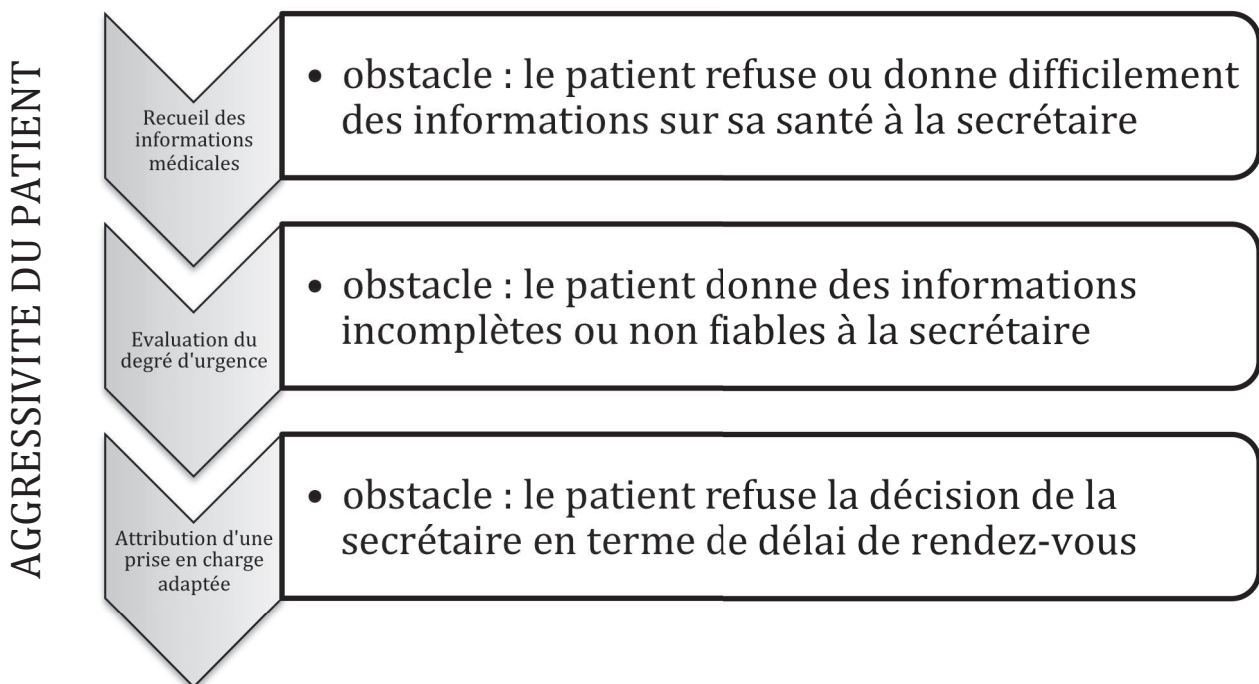
Par ailleurs les secrétaires travaillant dans la plateforme à distance, estimaient qu'il leur manquait la connaissance du dossier médical et la connaissance des habitudes du patient en terme de recours urgent au médecin et que cela les gênait lors du triage.

« Et puis lui il connaît bien son patient. Parce que nous le patient il nous dit : « je suis à l'agonie et il me faut un rendez-vous aujourd'hui ». On n'évalue pas. Le médecin traitant connaît son patient et sait si c'est du cinéma ou si c'est réel (...) Et puis la connaissance du dossier aussi, du dossier médical, enfin du dossier du patient. Nous on n'a pas cette connaissance là. » (S15)

3.2.2 Les facteurs liés au patient

Certaines difficultés rencontrées par les secrétaires lors du triage tenaient en réalité aux patients. Ils ne donnaient en effet pas toujours facilement des informations concernant le motif de sa demande en urgence ou alors les informations données n'étaient pas toujours fiables. De plus les patients n'acceptaient pas toujours facilement la décision des secrétaires. Cela générait régulièrement des conflits, les patients faisant preuve assez souvent d'agressivité envers elles à chacune des étapes du triage.

Figure 3 : Les obstacles liés au patient à chaque étape du triage



A. Lors du recueil des informations médicales auprès du patient

Un des obstacles auxquels se heurtaient les secrétaires lors du recueil des informations médicales auprès du patient était la réticence de ce dernier à leur donner des informations concernant sa santé les empêchant par là même de pouvoir évaluer le degré d'urgence de la demande de rendez-vous pour le jour même.

Les secrétaires interrogées rapportaient ainsi cette difficulté à faire préciser au patient le motif l'amenant à demander un rendez-vous en urgence.

« c'est jamais facile, c'est jamais facile, faut leur tirer les vers du nez, c'est toujours très difficile » (S4)

Certaines secrétaires pensaient que la réticence du patient tenait au fait qu'elles n'étaient pas médecins.

« c'est un petit peu ça le souci. C'est que des fois selon les questions qu'on pose ils nous disent mais vous n'êtes pas médecin. Donc on se heurte un petit peu à ce genre de choses » (S3)

« parce que sachant qu'ils n'ont pas à faire au médecin, ça se passe toujours mieux on va dire quand ils ont le médecin au téléphone par rapport à la secrétaire » (S4)

« c'est pas qu'ils refusent mais il faut vraiment, il faut vraiment insister lourdement et fortement pour arriver à...à leur faire dire... quand j'ai une demande urgente où il faut vraiment que j'extirpe les...moi même...savoir la pathologie, savoir l'urgence, savoir...Mais ils ont du mal , ils ont quand même du mal relativement à dire (...) souvent ils ont quand même du mal à dire...à MOI, à moi, à me le dire à MOI. » (S4)

Les explications des secrétaires aux patients ne suffisaient pas toujours à lever leurs réticences.

« j'ai beau leur expliquer que bon moi je fais le travail, les courriers je les vois passer, je connais les pathologies, je connais tout en...conservant le secret médical mais c'est... » (S4)

« je comprends, on pose des questions mais c'est pour les aider. Ils ne comprennent pas toujours donc il faut leur faire comprendre, par moment on y arrive, par moment non... » (S13)

Cet obstacle au recueil des informations pouvait avoir un impact sur l'obtention du rendez-vous en urgence par le patient. Cependant cet impact n'était pas le même selon les secrétaires.

Certaines refusaient de donner un rendez-vous au patient le jour même.

« Si elle ne veut pas dire pourquoi, elle attend. C'est que ce n'est pas une urgence, alors elle attend, c'est tout. » (S8)

« S'ils ne veulent pas me répondre, je ne donnerai pas. Si j'ai pas de créneaux, je ne vais pas donner de rendez-vous ou alors dans la semaine qui suit » (S14)

Pour d'autres un rendez-vous le jour même était tout de même donné sans en connaître le motif exact afin de ne pas méconnaître une urgence réelle.

« M : Quand ils refusent de donner les raisons de leur rendez-vous, ça peut arriver ?

S : Oui, bah ça peut arriver. Bah dans ces cas-là bah on leur donne. On leur donne un rendez-vous parce qu'après.... » (S5)

Néanmoins cette difficulté ne concernait pas toutes les secrétaires interrogées.

« parfois le patient il se confie spontanément » (S10)

De l'avis des secrétaires, un élément facilitateur était lié à leur place privilégiée près du médecin qui permettait aux patients de les identifier comme faisant partie du cabinet médical et donc dignes de confiance concernant les informations médicales.

« je leur pose des questions sans qu'ils s'en aperçoivent et ils nous répondent systématiquement. Quand on leur demande « c'est pour quoi ? ». Je ne sais pas, je pense que pour eux le médecin c'est la confiance et que la secrétaire fait partie du bloc du médecin donc je pense qu'un patient se livre plus facilement. C'est très rare les gens qui nous renvoient en nous disant « non je ne vous dirai pas pourquoi » » (S14)

Cela semblait plus facile pour les secrétaires possédant de l'ancienneté dans le cabinet car les patients étaient moins hésitants à se confier à une personne qu'ils connaissaient depuis longtemps.

« ça fait quinze ans que je suis ici, ils me connaissent et tout donc j'ai pas de difficulté à savoir, ils me répondent assez facilement. » (S7)

*« maintenant oui moi ça vient assez facilement, mais au départ quand on les mets en place...c'est pas systématique encore avec le Dr ***** qui lui fait des rendez-vous depuis peu, c'est pas toujours... c'est pas encore ça, ils ont un petit peu de mal encore à donner le pourquoi ...le pourquoi ils viennent en fait. » (S5)*

Pour certaines, le fait que les questions posées au patient n'étaient pas de nature trop intrusive semblait leur permettre d'obtenir plus facilement les informations nécessaires au triage.

« Ils répondent parce que ça va pas au delà de la fièvre ou des choses comme ça. Enfin on ne va pas leur demander... » (S10)

Enfin, le fait d'expliquer aux patients les raisons pour lesquelles le motif de la demande serait nécessaire au médecin, semblait parfois faciliter l'obtention de ces informations.

« je leur dis qu'il faut qu'ils me donnent des renseignements pour savoir, pour donner les infos aux médecins sinon le docteur ne saura pas pourquoi il vient... » (S5)

« Bah je leur explique que le médecin va me demander s'il a de la température, depuis quand il a mal. » (S6)

« c'est très, très rare. Maintenant les malades ont compris que ce n'était pas une curiosité mais que c'était pour faire un diagnostic » (S6)

« Là je dis « oui mais c'est pour vous aider, le médecin n'a plus de place donc si on pose cette question ce n'est pas par curiosité malsaine, c'est dans le but de vous aider, si c'est pressé, si c'est urgent, si...voilà.» » (S13)

B. Lors de l'évaluation du degré d'urgence

Lors de l'évaluation du degré d'urgence, les secrétaires étaient parfois confrontées à l'insuffisance des informations recueillies à l'interrogatoire ou au défaut de fiabilité de celles-ci.

Certaines secrétaires semblaient en effet peu convaincues que les patients savaient évaluer de manière objective le degré d'urgence de leur demande.

« Il y a des gens ils vont venir pour rien et il y en a ça va être très grave " ah bah tant pis il y a pas de place, pas grave ". Alors que c'est super grave. Suivant le caractère des gens, tu va avoir des gens qui vont appeler, qui vont pas oser s'imposer et t'en as d'autres qui vont s'imposer et c'est pas nécessaire. C'est pour ça que notre travail c'est de juger en fonction de ce qu'ils disent plus que de la manière dont ils le disent » (S10)

« Je trouve qu'il y a les gens qui savent, qui se disent bon ça va se passer, ça peut attendre. Et d'autres, le moindre truc ils sautent sur leur téléphone, il faut que ça soit tout de suite. Ils ne savent pas juger » (S9)

« On a des gens qui n'évaluent pas. Il disent : « Je suis pas bien ». Ils donnent des symptômes mais ils ne vont pas évaluer. Et puis si on leur dit : « bah non il y a pas de place. Ils vont être résignés. Ils ne vont pas forcément réagir. » (S15)

Ainsi elles rapportaient au cours des entretiens de nombreux exemples où l'urgence ressentie par le patient ne correspondait pas à une urgence à leurs yeux.

« aux yeux des gens c'est urgent mais quand tu poses des questions, tu vois que c'est par exemple un monsieur de 45 ans qui a juste un gros rhume, enfin quand même ça peut attendre un petit peu. Vaut mieux, il y a encore plus urgent que ça. Mais à leurs yeux, c'est très urgent forcément. C'est ça un peu la difficulté. » (S3)

« les aides ménagères elles ne sont pas médecins non plus. Alors ils me disent Mme X elle est pas bien du tout. Puis finalement le médecin arrive, il dit bah non il n'y avait rien de spécial » (S3)

Certaines secrétaires estimaient que les patients étaient surtout pressés, qu'ils ne voulaient simplement pas attendre alors même qu'aucune notion d'urgence médicale n'était réellement présente.

« Les urgences il n'y en a pas des vraies. Je dirais qu'il n'y a que des gens pressés » (S5)

« C'est souvent pressé. C'est pour tout de suite, maintenant voire pour hier. C'est quelque chose qui se... Les gens veulent tout maintenant. » (S11)

D'autres exprimaient même leur méfiance vis à vis des propos rapportés par le patient, soupçonnant celui-ci d'exagérer ses symptômes afin d'obtenir un rendez-vous plus rapide.

« Parce qu'en plus il y en a des fois qui exagèrent un petit peu pour qu'on les prenne (...) ils exagèrent : Ah mais j'ai beaucoup de fièvre. Ah bon mais vous avez combien ? 38°... » (S3)

« j'ai vu des gens me dire " mon fils il a 40°de fièvre " donc moi j'en parle, on dit " ok on va vous prendre " et quand il arrive il avait 37°...Bon je me suis fait appeler Juliette...Alors moi après ce patient là moi, si vous voulez, moi j'ai du mal après à le croire » (S9)

« on sait plus trop des fois si on doit prendre ou pas le patient, en urgence ou pas (...) parce que comme des fois ils nous mentent. Ils savent quoi dire » (S9)

A l'inverse les secrétaires rapportaient aussi certaines situations où le patient n'était absolument pas conscient de l'urgence de son état.

« ce matin une forte douleur dans la poitrine, il m'a dit que ça lui était arrivé plusieurs fois, hier soir et encore ce matin. Il m'a dit un rendez-vous dans la semaine. Alors moi je lui ai dit "non avec ce que vous me dites je préfère vous donner un rendez-vous aujourd'hui". Il partait quand même travailler... » (S10)

« j'ai eu une fois une petite fille qui n'était pas bien, qui est diabétique, la maman me disait qu'elle ne réagissait pas, elle voulait venir l'après-midi, je lui ai dit « non » . Et puis en fait elle était en train de faire un coma » (S5)

« c'était un monsieur qui était obèse qui n'arrivait plus à parler au téléphone donc on l'entendait vraiment, il voulait un rendez-vous et je n'ai pas lâché l'affaire on a appelé le 15 et il a été quand même trois jours en réanimation » (S14)

Les secrétaires décrivaient aussi parfois que certains patients n'osaient jamais se plaindre même lorsqu'il existait une situation d'urgence médicale vraie.

« J'ai déjà eu des coliques néphrétiques et en général les malades se plaignent beaucoup plus que ça, ils sont vraiment très mal, c'est très douloureux et là j'étais loin d'imaginer qu'il était en train de faire une colique néphrétique. J'étais surprise car il ne se plaignait pas plus que ça. » (S6)

« Il y en a d'autres quelque fois dont il faut se méfier. La population portugaise des fois ça peut être urgent, il faut se méfier eux ils le disent pas » (S11)

Mais outre le doute des secrétaires concernant la fiabilité des informations recueillies auprès du patient, elles étaient parfois confrontées à un obstacle linguistique lorsque le patient était étranger car il ne parvenait pas toujours à se faire comprendre d'elles. Dans cette situation, les secrétaires étaient très mal à l'aise car le risque de méconnaître une urgence leur apparaissait encore plus important.

« Il a une patientèle souvent d'origine étrangère qui ne parlent pas très bien le français, qui ne s'expriment pas bien (...) ils ne s'expriment pas toujours facilement, ils ne savent pas trop ce qu'ils ont... » (S13)

« La difficulté, ce qui me gêne moi c'est la peur de l'erreur en fait... c'est la crainte de l'erreur parce qu'ils ne savent pas trop s'exprimer et on a toujours peur qu'ils ne savent pas...qu'ils ne nous disent pas vraiment ce qui est urgent... » (S13)

Ainsi, confrontées au doute, les secrétaires préféraient parfois donner un rendez-vous le jour même alors qu'aucun critère d'urgence objectif n'était présent.

« Ça me gêne si j'ai un doute, si j'ai un doute sur une patiente qui va me dire tant de température, quand c'est un 38°-38°5 ou diarrhée. On a un petit doute, dans ce cas là je donne le rendez-vous du jour, je ne prends pas de risque en fait » (S14)

« je ne veux pas passer à côté de quelque chose de grave, c'est toujours ça le problème, moi je me dis bah oui mais il me dit ça... » (S3)

C. Lors de l'attribution d'un délai de prise en charge adapté

Lors de l'attribution du délai de prise en charge, les secrétaires pouvaient être confrontées à l'opposition du patient.

« La difficulté du travail en ce moment c'est ça : c'est la négociation. On va dire c'est même plus de la gestion ça devient une négociation avec le patient parce que le patient est exigeant ou s'y prend à la dernière minute... » (S13)

« on leur demande si c'est possible de patienter le lendemain. Il y a des gens qui ne vont pas te faire de difficultés, qui vont dire pas de soucis. Et puis d'autres qui vont te dire qu'ils préfèrent aujourd'hui, qu'ils ne sont pas bien. » (S2)

Elles estimaient que certains patients ne concevaient pas que leur médecin ne puisse les recevoir quand ils le souhaitaient. Pour elles, le patient avait des exigences en matière d'accès au médecin assez élevées et ne comprenait pas toujours que cet accès lui soit refusé ou reporté de quelques jours.

« c'est vrai qu'il y en a qui ne comprennent pas quand on leur dit " bah j'ai plus de place aujourd'hui, il faut venir demain » (S9)

« la plupart des gens pensent que c'est comme n'importe qu'elle autre... engin, maintenant on arrive à se connecter directement, ils pensent que le médecin réagit de la même façon. C'est-à-dire qu'internet on appuie sur une touche, on arrive sur internet, aujourd'hui ils prennent le téléphone, ils appellent chez le médecin en pensant qu'ils auront le rendez-vous au moment où ils le désirent et souvent c'est des rendez-vous pour le jour même. » (S14)

« Parce que pour les gens c'est souvent tout de suite tout de suite. Ah et puis ils regardent pas si on a de la place, si c'est urgent déjà, parce que la plupart du temps c'est un devoir. » (S10)

Même si cela ne concernait pas tous les patients, elles décrivaient que certains d'entre eux restaient inaccessibles à toute conciliation, remettant parfois en cause la légitimité même des secrétaires à prendre la décision de reporter leur demande.

« Tout dépend avec quelle personne tu dialogues, t'en as qui sont butés qui vont être sourds, t'as l'impression de faire un monologue parce que de toute façon même si t'argumentes t'arriveras

pas, si dans son idée c'est le rendez-vous de la journée, y'a des gens avec qui c'est perdre son temps que d'essayer de dialoguer, si ils sont fixés dans l'optique d'avoir le rendez-vous le jour même on a beau essayer d'argumenter... » (S2)

« Ca sert à rien de discuter. On en a des patients, toujours les mêmes... » (S9)

« il y a des gens qui ne le comprennent pas, qu'une secrétaire se permette de dire "ah non demain ou après demain". Ca ça m'est arrivé d'avoir des petits conflits "mais vous êtes qui ? Vous vous permettez quoi ?" » (S10)

A l'inverse, elles n'avaient parfois aucune difficulté à faire accepter le report d'un rendez-vous non urgent.

« Ca dépend sur qui on tombe. Les personnes âgées comprendraient mieux. "Oui vous pouvez décaler, après tout si c'était moi j'aimerais bien qu'on le fasse pour moi." Mais ce sont des personnes âgées. Les jeunes ... pour laisser de la place à une autre personne... » (S11)

« Ils savent. Vraiment quand on dit... Moi je sais les patients nous disent " quand vous pouvez pas c'est que vous pouvez pas, c'est qu'il y a un impératif du médecin derrière, c'est vraiment que c'est plein, c'est que.. » (S12)

Dans certains cas, les secrétaires parvenaient à négocier facilement le report du rendez-vous en proposant au patient de les rappeler en cas d'annulation.

« on arrive toujours à négocier ou même à la limite si je peux pas prendre aujourd'hui je leur explique que si j'ai un désistement le jour même, je prends leur numéro et je les rappelle. Tout de suite les gens tu sais qu'ils sont déjà, tu les sens déjà contents » (S2)

« on essaie de négocier en leur disant que si par exemple il y a quelque chose qui se désiste » (S5)

« si il y a quelqu'un qui se désiste dans la journée je rappelle le patient, si je sens qu'il a envie de passer, que c'est urgent » (S10)

Enfin, pour les secrétaires, il apparaissait souvent beaucoup moins difficile de convaincre un patient de venir consulter plus tôt que ce qu'il demandait lorsqu'elles avaient identifié une situation d'urgence non ressentie par le patient.

*« Les gens acceptent. " Ecoutez vous m'inquiétez avec ce que vous me racontez ça ne me plait pas, j'aimerais bien que vous preniez un avis plus tôt, on va peut être pas attendre plus longtemps. Je préférerais que vous voyiez le médecin aujourd'hui, justement j'ai de la place." »
(S11)*

D. Tout au long du triage : l'agressivité du patient

Du fait de sa position « intermédiaire » entre le médecin et son patient, les secrétaires exprimaient recevoir facilement les plaintes des patients destinées au médecin.

« Bah parfois on a forcément des petits heurts avec les patient. Parce que moi je pense que c'est un peu notre boulot qui veut ça, on est un petit peu les tampons entre les patients et les médecins. Les gens se livrent plus facilement à une secrétaire qu'au médecin. Donc forcément quand ils ont des choses pas très agréables à dire, ils les disent à la secrétaire et pas au médecin. Combien de fois moi je leur dis " faut le dire au docteur ", non ils le disent à la secrétaire et pas au médecin. » (S3)

Parfois lors du recueil des informations médicales, plus que de la réticence, les secrétaires ressentaient l'agressivité du patient à leur égard.

« dès qu'on pose des questions, pour les aider, ils le prennent...enfin c'est mal perçu et ils réagissent souvent par l'agressivité, ils sont sur la défensive et ils sont parfois un peu...violent, un peu insultant parfois même » (S13)

« Parfois ils nous disent (d'une voix agressive imitant le patient) « mais vous n'êtes pas le médecin, ça ne vous regarde pas. » » (S13)

De même lors du report d'un rendez-vous non urgent, l'insistance des patients débouchait parfois sur des comportements agressifs voire menaçant envers les secrétaires.

« Maintenant on a des patients qui sont de plus en plus agressifs donc...C'est difficile de...parce que c'est toujours la secrétaire qui...qui prend tout dans la figure entre guillemet » (S4)

« l'agressivité des patients, de plus en plus, et exigeants, ça c'est clair, c'est ce que je ressens, l'agressivité (...) c'est vrai qu'il y en a qui ne comprennent pas quand on leur dit " bah j'ai plus de place aujourd'hui, il faut venir demain". » (S9)

« lorsqu'on répond au téléphone et puis qu'on a pas de place et qu'on est tout de suite attaquées, ça c'est vraiment ce qu'il y a de plus pénible. » (S10)

Cette agressivité pouvait représenter une difficulté supplémentaire lorsqu'elles devaient en plus évaluer de manière objective le degré d'urgence de la demande du patient.

« le problème c'est quand ils sont agressifs, on a pas de place et que on sent que il faut gérer aussi les urgences, ce qui n'est pas évident » (S10)

Certaines secrétaires développaient alors des techniques de gestion du conflit pour tenter de calmer l'agressivité du patient et trouver un accord avec lui.

« Bah on essaie de garder notre calme (...) il faut savoir rester calme ou alors leur dire qu'on raccroche ou qu'ils raccrochent et qu'ils rappellent quand ils sont plus calmes » (S1)

« C'est là où j'essaie quand même l'hiver d'être complètement détendu, détaché complètement. Parce que je m'aperçois qu'il y a des gens qui savent pas donner un rendez-vous mais qui sont très agréables après en continuant la conversation et on arrive à trouver un arrangement. Donc c'est pour ça que nous aussi on a intérêt à faire un travail sur nous. Ca c'est important. De pas se sentir agressé systématiquement, parce qu'on n'a pas de place, parce qu'ils veulent un rendez-vous » (S10)

Par ailleurs, l'agressivité du patient envers les secrétaires semblait parfois avoir un impact sur l'attribution du rendez-vous le jour même. Cet impact n'était cependant pas le même selon les secrétaires. Lorsque les patients refusaient de leur communiquer le motif du rendez-vous et devenaient agressifs ou menaçants, certaines secrétaires leur donnaient alors plus facilement un rendez-vous le jour même.

« Si c'est des gens qui commencent à être très désagréable, qui font des menaces on les prends quand même parce qu'on se dit on ne sait jamais » (S3)

Tandis que d'autres au contraire acceptaient moins facilement.

« c'est vrai qu'on est un petit peu moins conciliante avec les gens qui ne sont pas toujours très aimable » (S1)

Enfin pour certaines, cette agressivité ne semblait pas avoir d'impact sur leur décision en terme de délai de rendez-vous.

« Il y en a un qui m'a dit " bah je viens avec le fusil" " bah venez" » (S9)

« quand j'ai des soucis comme ça je gère quand même toute seule par téléphone » (S4)

« Mais bon si c'est urgent on ne va pas leur dire d'aller voir ailleurs même si ils nous ont mal reçu, ce n'est pas notre rôle » (S1)

3.2.3 Les facteurs liés à l'organisation du cabinet face aux demandes urgentes

Plusieurs secrétaires rapportaient que l'organisation du cabinet n'était pas adaptée pour faire le triage dans de bonnes conditions.

Elles évoquaient par exemple des conditions matérielles difficiles lors du recueil et de l'évaluation du degré d'urgence des demandes pour le jour même. Elles rapportaient aussi des difficultés liées à l'impossibilité de fournir une réponse lors de l'identification d'une demande urgente. Par ailleurs la non disponibilité du médecin tout au long du triage leur apparaissait parfois comme un obstacle majeur.

A. Les conditions de travail des secrétaires lors triage

Certaines secrétaires rapportaient que leurs conditions de travail pouvaient altérer la qualité du recueil des informations et l'évaluation de degré d'urgence des demandes pour le jour même.

« C'est sûr qu'il y a des coups de bourre, les lundis matins c'est pas toujours facile à gérer » (S6)

« Le matin quand ça sonne de partout c'est vrai qu'on ne peut pas... et puis c'est petit ici donc ça parle de partout, c'est pas évident... à savoir, à bien être à l'écoute des gens, de bien prendre en compte tout ce qu'ils nous disent pour voir si c'est urgent ou pas » (S1)

« c'est vrai que quand on est ici il y a tout le monde qui est là, ce n'est pas évident de s'y retrouver, de s'entendre, de tout prendre en fait quand les gens nous parlent et puis qu'on a quatre personnes qui nous parlent derrière le dos c'est vrai que c'est pas ...c'est pas terrible » (S1)

Cependant, dans certains cabinets, les secrétaires semblaient satisfaites de l'organisation, notamment lorsqu'elle leur permettait de donner priorité à la gestion des appels par rapport à leurs autres fonctions comme l'archivage des courriers médicaux ou l'accueil physique des patients au cabinet.

« Non car on s'organise. On a une organisation pour savoir comment gérer les appels. (...) on est chacune à des postes différents tous les jours, sachant que quand on est à l'accueil le matin on va répondre qu'en 3e position car on privilégie l'accueil des malades. A ce poste là, tu sais d'emblée que tu scannes donc c'est la fille d'à côté qui va répondre en priorité. Moi même qui suit là jeudi je vais laisser priorité à la fille qui scannes et moi je réponds dès que ça sonne. On sait qu'on a chacune notre poste donc on sait à quel moment on doit répondre. » (S2)

« Non en règle générale non. En règle générale c'est quand même assez... ils n'ont pas trop d'exigences. Ils ne sont pas trop exigeants. (Ndr : les médecins) C'est plus le côté, médical, rendez-vous, tout ça c'est le plus important. Après tout ce qui est rangement de dossier... ça vient en secondaire on va dire, ce n'est pas une priorité. Je traite d'abord au jour le jour et après tout ce que je fais c'est fait dans la semaine, c'est fait la semaine d'après, c'est pas gênant » (S5)

Enfin, lorsque la charge de travail devenait gênante pour la gestion des urgences, les plateformes téléphoniques évoquaient la possibilité de décharger certaines secrétaires de leurs autres missions pour venir aider au triage des demandes urgentes.

« dès qu'il y a du débordement si je suis présent. Alors le lundi matin tout le monde est sur le pied de guerre donc ça veut dire que ça sonne beaucoup. Alors c'est aussi climatique, ça sonne beaucoup plus quand c'est en période d'épidémie, quand c'est en hiver et puis quand il fait mauvais. On a plus d'appels. Donc le lundi matin je réponds au téléphone, je prends les appels. Et puis après je suis là, j'ai un écran de contrôle si je vois qu'il y a plus d'appel je décroche. »
(S15)

B. L'organisation interne au cabinet et la disponibilité du médecin lors du triage

Pour les secrétaires, la pénurie médicale de notre région apparaissait comme une source importante de difficultés lors du triage des demandes urgentes. En effet les possibilités de réponses lors de l'identification d'une demande urgente leur paraissaient trop souvent limitées.

« ça se dégrade. Avec le manque de médecin de plus en plus flagrant. Et entre ceux qui sont déjà partis et ceux qui vont partir » (S11)

« La difficulté actuellement c'est justement le manque de médecin, le manque de rendez-vous »
(S13)

« Si il y avait plus de médecins je pense qu'on aurait moins de soucis. Enfin j'en sais rien, je pense. Si il y avait plus de médecins, il y aurait plus de rendez-vous. Parce que nous ici même quand ils font 7h30 à 20h tout est toujours plein. » (S8)

« Un cabinet qui est dans un secteur sous médicalisé, il va y avoir une saturation c'est-à-dire qu'il va y avoir énormément de demande sur peu de possibilités de rendez-vous. Donc on là on va avoir plus de difficultés à gérer les rendez-vous du jour. On va avoir plus de difficultés à gérer, à évaluer l'importance de ce rendez-vous et puis à trouver une solution » (S15)

« Bah parfois il faudrait qu'il y ait des médecins en plus, qu'il y ait des consultations supplémentaires, il y a des jours où ça me semble plus que nécessaire » (S2)

Certaines périodes de l'année, de la semaine ou de la journée posaient plus spécifiquement problème aux secrétaires pour répondre aux demandes.

*« après quand le Dr *** a trop de rendez-vous style mettons en décembre ou c'est vraiment l'épidémie de grippe alors là c'est dur là... » (S7)*

« souvent le samedi c'est un peu dur, dur » (S8)

« Les urgences on a plus de difficultés à les gérer plus la journée s'avance parce que évidemment on a de moins en moins de possibilités » (S11)

Les visites à domicile semblaient être particulièrement difficiles à gérer.

« Ca c'est clair, on arrive plus facilement à caser un rendez-vous entre deux au cabinet que de mettre une visite entre deux ça prends beaucoup plus de temps. » (S12)

« c'est vrai que pour la visite à domicile en début d'après midi c'était pas forcément gérable » (S2)

« C'est vrai qu'on fait plus appel à SOS médecin au niveau visite qu'on ne le faisait auparavant. Comme on fait moins de visites, les consultations sont de plus en plus étendues dans la journée, donc automatiquement on a de moins en moins de temps pour gérer quelque chose d'imprévu. C'est l'imprévu qui souvent se retrouve sur SOS. » (S11)

Cependant certaines secrétaires restaient plus nuancées. En effet elles remarquaient que la réduction actuelle du nombre de visites à domicile effectuées par les médecins leur permettait une gestion plus souple des demandes urgentes, qui pouvaient alors être prises en charge au cabinet en dehors des horaires de consultation programmée.

« Après ils ne font pas beaucoup de visite alors c'est vrai qu'on grignote sur la pause du midi. Celui qui finit à midi, il va peut être jusqu'à midi et demi, au lieu de reprendre à 3h30 il reprends à 2h30. Quand il y a pas de visites c'est plus facile à gérer » (S12)

Pour contourner les obstacles liés à la pénurie médicale de notre région, les secrétaires avaient la possibilité de mettre en place des créneaux spécifiquement dédiés aux

urgences du jour et de les moduler selon l'activité prévisible du cabinet. Cela semblait être perçu comme une solution adaptée.

« Ce qu'on a instauré depuis quelques années c'est de bloquer dans les agendas des médecins des rendez-vous qu'on appelle les rendez-vous du jour ou urgences du jour. Comme ça nous le lendemain il y a toujours quelques places disponibles pour les urgences du jour même. Et le médecin sera moins bloqué aussi, il aura une soupape de sécurité pour la journée » (S13)

« on prend nos précautions, quand on donne des, quand on prépare les agendas on laisse des trous pour pouvoir absorber les demandes du jour même. Quand on commence une journée, la journée n'est pas complète en rendez-vous, on prend nos précautions, on laisse des trous pour absorber les demandes du jour même » (S6)

« quand ils partent en congés je décide moi-même, je leur bloque des rendez-vous pour le retour parce que je sais que les retours ils sont un peu...voilà quoi... » (S13)

« le lundi on essaie de garder quand même (...) Parce que c'est automatique le lundi il y a beaucoup d'appels. Si c'est pas urgent on commence à mettre le mardi voire le mercredi même dans le courant de la semaine suivant ce que les gens nous demandent. Parce que c'est vrai que le lundi c'est plutôt des gens qui appellent pour le jour même » (S10)

« les consultations de soirée c'est celles ci qui sont toujours les plus demandées. Les gens viennent après le travail. Elles sont toujours surbookées les consultations de soirée. Il faut garder des creux. » (S11)

Cependant, ces créneaux dédiés leur apparaissaient parfois insuffisants quantitativement.

« Nous on laisse par médecins environ dix places par jour. Ca nous en fait quarante mais en un rien de temps tout est fini » (S8)

« il y a des créneaux de réservés oui, qui sont vite...comblés » (S1)

Par ailleurs, la présence de plages de consultations libres sans rendez-vous apparaissait pour certaines secrétaires comme une solution de secours pratique ou au contraire, pour d'autres, inadaptée à la demande actuelle.

« quand il n'y a plus de place elles peuvent venir, elles savent qu'elles peuvent venir à la consultation libre » (S5)

« les consultations libres c'est l'horreur pour que tout le monde vienne en consultation libre, on le faisait à une époque mais franchement... Tout le monde arrivait en même temps. J'avais une consultation libre d'un médecin qui faisait 9h-11h et tout le monde arrivait à 11h. Et il finissait du coup à 14h pour reprendre celles de l'après midi » (S12)

Enfin, la disponibilité et la souplesse des médecins lorsque les plannings étaient complets, en particulier dans les cabinets de groupe, leur apparaissait comme un facteur clé pour la gestion des rendez-vous urgents.

« c'est là que c'est important les rapports médecins secrétaires parce que si tu veux, c'est là que c'est bien de pouvoir demander au médecin... bon bah j'ai un enfant qui a de la fièvre, il n'y a plus de place, est ce que tu peux m'en prendre un en supplément ? Oui. A quelle heure ? Etc... Parce que tu vois il faut qu'on... c'est pas toujours facile avec certains médecins de parler. C'est là que c'est vachement bien quand on s'entend bien, que ça passe bien avec les médecins comme ça on travaille en équipe. On dit est ce que tu peux me prendre un supplément et tout. Et ça se passe bien. C'est là que ça nous aide. » (S3)

« Il y a des médecins qui vont pas du tout prendre de rendez-vous supplémentaire, mais on sait qu'il y en a qui acceptent donc on sait que c'est déjà un peu plus souple pour gérer. » (S2)

« on sait que si on demande au médecin à la limite il va toujours prendre dans la journée, c'est vrai qu'on a rarement un refus » (S2)

« c'est pas facile alors quand il n'y a plus de place on demande au médecin...Enfin c'est toujours du cas pas cas, par docteur. Il y en a qui veulent bien en prendre en plus et pas d'autres. » (S1)

*« Mais le fait d'être un groupe aussi, si il y en a un qui peut pas, il y a le 2e ou le 3e qui peut. »
(S12)*

Néanmoins les secrétaires rapportaient que cette disponibilité avait forcément des limites afin que le médecin puisse exercer dans de bonnes conditions.

« Donc le problème c'est qu'au bout d'un moment ça sature, aujourd'hui on a plus rien du tout avec personne. » (S1)

« les médecins ils ont un agenda à tenir, ils n'ont qu'une journée, ils ont aussi leur vie et ils ne peuvent pas non plus indéfiniment rajouter, rajouter donc nous on doit respecter la demande du médecin. Essayer d'alléger aussi au maximum sa journée parce qu'il ne peut pas tout faire non plus. » (S13)

C. La disponibilité des médecins lorsque les secrétaires rencontraient un obstacle

En dehors du cas où les secrétaires avaient besoin de faire appel au médecin pour disposer de créneaux supplémentaires, elles rapportaient aussi la possibilité d'avoir recours à celui-ci à chaque fois qu'elles se trouvaient confrontées à un obstacle lors du triage.

Ainsi les secrétaires étaient amenées à demander un avis au médecin lorsqu'elles ne parvenaient pas à obtenir des informations médicales auprès du patient.

« si c'est personnel on n'insiste pas dans ce cas-là. S'ils nous disent « non, non, c'est personnel » on passe au médecin » (S14)

*« Si c'est un patient du Dr**, dans ces cas-là vous rappelez aux heures de consultation du Dr et il vous donnera lui-même le rendez-vous » (S7)*

« j'explique au médecin et le médecin intervient en fait, il rappelle le patient pour vraiment savoir ce qui se passe » (S5)

De même lorsque les informations recueillies ne suffisaient pas au vu de leurs connaissances ou de la fiabilité du patient, elles faisaient aussi parfois appel au médecin.

« si on a un doute il y a le médecin qui connaît son patient et qui peut aussi voir si c'est pressé ou pas. » (S13)

« on prend le message et on demande au médecin directement quand il y a des choses qu'on ne peut pas savoir. Si la personne nous dit "j'ai mal au ventre, est ce que ça peut attendre ou pas ?" Mais si la personne se plaint jamais et tout, autant demander au médecin qui nous dit "hou c'est rare, on va la faire venir entre 2". Ou alors "c'est toujours la même chose, ça peut attendre demain". » (S12)

« Et puis surtout on appellera le médecin. Je crois qu'on n'est jamais catégorique, on prend jamais le risque et on appelle le médecin » (S15)

Enfin, lorsque les secrétaires se trouvaient en conflit avec les patients concernant le délai optimal de prise en charge de leur demande, là encore la possibilité d'avoir recours au médecin leur permettait de ne pas aboutir à un échec du triage.

« Sinon on demande directement, si on ne sait pas vraiment quoi répondre et que les gens insiste en disant vraiment que c'est urgent on passe aux médecin ou on leur demande directement ce qu'il faut faire » (S2)

« quand on voit que vraiment ils veulent pas, on voit avec le médecin (...) A ce moment là on dit qu'on a vu avec le médecin et voilà ce qu'on vous propose. Il y a des fois où ça passe mieux. » (S1)

« on laisse un message au médecin ou on l'appelle...quand on n'arrive pas à un accord. » (S13)

« Si, de temps en temps, si on prends pas la personne elle va s'énerver en disant "vous êtes qui pour prendre cette décision ?" Là on bascule au médecin. » (S10)

Elles remarquaient en effet que bien souvent, l'intervention du médecin suffisait à faire accepter leur décision.

« là les gens acceptent d'appeler SOS médecin parce que le médecin le dit aussi. Il y a ça derrière, la secrétaire l'a dit et le médecin l'a dit aussi. Il n'y a pas QUE la secrétaire. Ça passe mieux » (S12)

« on leur dit « bah écoutez le médecin nous a dit qu'il fallait que ce soit vu assez rapidement aujourd'hui ou au pire demain matin » et dès qu'on leur dit « on a demandé à un médecin » ça euh ils ne cherchent plus, ils ne négocient plus. » (S1)

On conçoit ainsi aisément que pour certaines la disponibilité du médecin tout au long du triage apparaissait essentielle et qu'au contraire sa non disponibilité était perçue comme un obstacle majeur.

« je trouve qu'il y a quelques médecins avec qui on a un petit peu de mal à leur demander, de leur parler, de nous donner un petit coup de main, des choses comme ça (...) il y en a on ne peut pas leur téléphoner, d'autres ils veulent absolument personne en plus » (S3)

« c'est là que c'est important les rapports médecins secrétaires parce que si tu veux, c'est là que c'est bien de pouvoir demander au médecin... bon bah j'ai un enfant qui a de la fièvre, il n'y a plus de place, est ce que tu peux m'en prendre un en supplément ? Oui. A quelle heure ? Etc... Parce que tu vois il faut qu'on... c'est pas toujours facile avec certains médecins de parler » (S3)

« c'est ça qui me gêne moi parfois, selon les médecins avec qui on peut pas bien parler. Déjà il y en a qui ne veulent absolument pas, rien du tout en supplément, c'est un peu gênant quand même et d'autres qu'on aime pas trop déranger. » (S3)

Enfin, certaines secrétaires rapportaient que lorsque certains médecins refusaient de prendre en charge les DUNP concernant des patients non suivis au cabinet, cela devenait plus difficile pour elles de proposer une prise en charge adaptée au degré d'urgence de la demande.

« les médecins qui ne prennent plus de nouveaux patients parce qu'ils ne gèrent que les patients, leurs patients. Ils ne veulent plus de patient de nouveaux cabinets donc ça il faut le gérer aussi toute la journée. » (S13)

*« Alors déjà je leur demande « est-ce que ce sont des patients du Dr*** », si c'est pas des patients il y a de fortes chances que je leur dise de contacter leur médecin traitant parce que je n'ai pas de place, je donne priorité au patient du Dr*** » (S7)*

« Le problème qu'on va rencontrer c'est : sur un secteur géographique, on est mercredi et il y a plusieurs cabinets de fermés. Et là les patients cherchent un autre médecin. A partir de là on a des cabinets qui nous disent : « bah non moi c'est réservé à ma clientèle et pas à la clientèle des cabinets qui sont fermés. » » (S15)

3.2.4 Les facteurs liés au « plateau technique » du secteur sanitaire

Dans certains cas, les secrétaires ne trouvaient aucune solution possible interne au cabinet. Elles effectuaient alors quand même le triage mais orientaient les patients vers une solution de secours externe au cabinet. Celles ci sont illustrées dans le tableau 10.

Les solutions alternatives à la prise en charge au cabinet d'une demande urgente étaient multiples. Elles permettaient aux secrétaires de décharger les cabinets saturés et surtout de ne pas laisser les patients sans solution. Il pouvait d'abord s'agir d'un autre cabinet médical. Celui ci était parfois simplement conseillé au patient mais aussi parfois directement appelé par les secrétaires. Parfois elles renvoyaient le patient vers les structures d'urgences hospitalières généralement lorsque le degré d'urgence en relevait, mais aussi parfois par défaut. Elles pouvaient aussi faire appel à SOS médecin lorsqu'il s'agissait d'une demande de visite à domicile en urgence. Pour les urgences vitales, elles faisaient généralement directement appel au SAMU-Centre 15. Elles utilisaient parfois aussi des moyens paramédicaux comme les infirmières à domicile pour évaluer sur place la situation clinique lorsque que le médecin n'était pas disponible. Enfin, certains cabinets disposaient de structures d'urgences locales plus accessibles pour les patients en cas de saturation du cabinet

Tableau 10 : Les prises en charge externes au cabinet médical

Autre cabinet médical	<p>Conseillé : « Après le patient on lui dit : « écoutez appelez les autres cabinets », il y aura toujours un cabinet qui dira oui. » (S15)</p> <p>Appelé : « je lui ai demandé si il pouvait passer chez cette dame là parce que je n'avais aucun médecin et j'aimerais bien qu'elle passe » (S9)</p>
Structures d'urgences hospitalières	<p>« Si il n'y pas de place je le dit gentiment mais si vraiment c'est une urgence je dirais je vais à l'hôpital et puis voilà. » (S7)</p> <p>« si moi je ne peux pas faire autrement que de ne pas pouvoir lui donner un rendez-vous c'est directement les urgences pour un enfant, Urgences pédiatriques. » (S14)</p>
SOS médecin	<p>« si c'est sur le secteur SOS médecin se déplace donc on aura une autre solution » (S15)</p> <p>« pour les visites en urgence on est obligé de se rabattre sur SOS médecin » (S11)</p>
SAMU-Centre 15	<p>« Pour les urgences cardiaques c'est le 15 » (S14)</p> <p>« sur le SAMU si c'est vraiment l'urgence » (S11)</p>
Infirmières à domicile	<p>« j'ai fini par appeler l'infirmière qui me dit non elle est vraiment pas bien » (S9)</p>
Structures d'urgences locales	<p>« en plus on a aussi le GCS en secours. Quand nous on a plus de place, que les médecins ont déjà des suppléments, à condition que ce soit un médecin du cabinet, on envoie aussi au GCS. » (S3)</p>

*Conseillé : les secrétaires conseillaient au patient d'appeler un autre cabinet médical ;
Appelé : les secrétaires appelaient elles mêmes un autre cabinet médical pour prendre en charge le patient*

Néanmoins ces solutions avaient leurs limites. Certaines secrétaires évoquaient que l'on ne pouvait ainsi saturer les urgences sous peine de rendre leurs conditions de travail inacceptables.

« Oui mais bon à un moment donné il faut savoir dire stop. Il faut que eux aussi (Ndr : les médecins des urgences) puissent travailler dans des conditions. » (S2)

D'autres évoquaient que l'éloignement des urgences n'en faisait pas toujours la solution la plus adéquate malgré le degré d'urgence de la demande.

« Si vraiment ça va pas c'est les urgences. Le problème c'est que les urgences c'est assez loin. Nous on est en fin de zone aussi, celui qui habite Rouen il a l'hôpital juste à côté. On est un peu éloigné des grands centres. Nous on est à trente minutes minimum d'un hôpital » (S8)

Enfin, même si les renouvellements de traitement ne leur apparaissaient pas particulièrement urgents, elles étaient conscientes du fait qu'un report ne pouvait se concevoir sans proposer une solution alternative afin de ne pas interrompre le traitement chronique du patient. Elles proposaient alors soit de demander au médecin une ordonnance de dépannage soit l'avance du traitement par la pharmacie.

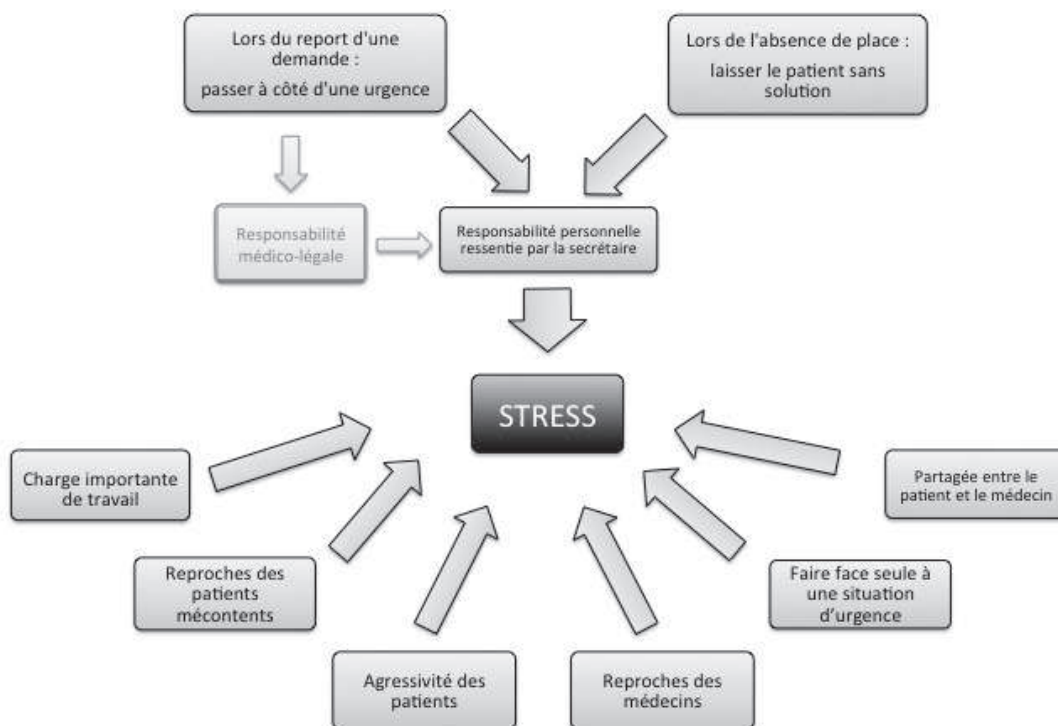
« En dépannant évidemment, si il y a un traitement pour la tension et qu'il en a pas pendant cinq jours, on va pas lui dire qu'on verra ça dans cinq jours, on lui fait une ordonnance qu'il vient chercher le jour même en attendant le rendez-vous. » (S12)

« soit on a aussi la solution dans ces cas-là de les envoyer à la pharmacie, on leur dit : « voilà vous vous faite dépanner par la pharmacie pour tant de temps et nous on vous redonne un rendez-vous par contre pour dans une semaine le temps de... » » (S14)

3.3 Les conséquences du triage ressenties par les secrétaires

Dans les entretiens, les secrétaires ont exprimé plusieurs conséquences du triage. Celles-ci sont illustrées par la figure 4.

Figure 4 : Les sources de stress ressenties par les secrétaires



3.3.1 La notion de responsabilité ressentie par les secrétaires

Pour les secrétaires, les conditions optimales du triage étaient réunies lorsqu'elles parvenaient à identifier une demande urgente et qu'un rendez-vous le jour même pouvait être proposé. Mais les secrétaires constataient que la réalité du terrain ne permettait pas toujours de remplir ces deux conditions. Ainsi, les secrétaires pouvaient se trouver confrontées à deux situations qu'elles avaient du mal à gérer seule.

Tout d'abord elles exprimaient la crainte de méconnaître une urgence médicale lorsqu'elles reportaient une demande.

« Quand j'ai un doute, si j'ai un doute sur quelque chose, j'en parle un médecin. Je lui dis « voilà, j'ai telle personne qui m'a appelé, qui a ça, ça, ça » je...je ne repars pas tranquille » (S5)

« Si il y a des moments où ça m'est arrivé de mettre le lendemain, si ça m'inquiète, je prends les numéros de téléphone du patient et je le rappelle. Je ne reste pas avec un point d'interrogation. » (S10)

Mais elles évoquaient aussi la crainte de laisser un patient sans solution lorsqu'elles ne pouvaient trouver une réponse le jour même au cabinet alors qu'elles avaient identifié sa demande comme urgente.

« Je propose toujours une solution, on ne sait jamais. » (S12)

« Ah ça je me fais du souci, je me tracasse (...) Je veux une réponse. Je ne laisse pas quelqu'un dans la nature. Je ne peux pas. » (S9)

« C'est tout simplement de ne pas avoir de place de disponible quand les gens ont vraiment besoin d'un rendez-vous » (S2)

Dans les entretiens, les secrétaires ressentaient dans ces deux situations un sentiment de responsabilité personnelle.

A. Devant la crainte de méconnaître une urgence médicale

Les secrétaires exprimaient presque toutes se sentir responsables en cas d'erreur de triage.

« C'est sûr que si un jour on refuse et qu'il y a quelque chose derrière... ce sera peut être dur à digérer. Pour l'instant il n'y a jamais rien eu. Des fois c'est pareil, je pourrais me tromper, je ne sais pas. » (S12)

« Nous on se sent impliqués aussi parce que moi si j'ai un appel et que je passe à côté de quelque chose, forcément que si le lendemain on me dit que le patient a eu un problème je vais culpabiliser » (S13)

Notamment parce que leurs décisions concernaient la vie de patient et que les conséquences d'une erreur pouvaient être potentiellement graves pour lui.

« Et puis la vie d'un patient c'est important, ce n'est pas non plus...Voilà c'est pas un numéro, c'est un être humain donc il faut qu'on soit vigilante. » (S13)

« on se rend compte qu'on a quand même des patients au bout du fil donc on n'a pas le droit à l'erreur, pas le droit de ne pas être attentive ou de laisser passer... On a pas un objet donc... » (S14)

« Moi je veux surtout pas, moi c'est ma hantise de louper quelque chose et qu'on me dise, ah mais monsieur machin est décédé parce que tu l'a pas pris. » (S3)

« j'ai pas envie de mettre la responsabilité de quelqu'un en train de mourir dans un coin. Je m'en voudrais toute ma vie. » (S8)

Les secrétaires étaient donc particulièrement vigilantes à se mettre dans les meilleures conditions possibles pour effectuer le triage.

« parce que le cas est là, donc qu'on soit bousculées ou pas il faut quand même répondre correctement parce que ça peut être grave. » (S3)

« On n'a pas le droit à l'erreur. Enfin moi je sais que si je travaille toute la semaine, le soir je me couche à l'heure parce que je sais que j'ai pas le droit d'être fatiguée, parce que si je suis un peu fatiguée c'est là que je vais louper un truc » (S8)

Elles rapportaient que cette crainte était encore plus présente au début de leur carrière.

« Surtout au début que j'étais là, j'avais la trouille, je me disais faut pas que quelqu'un meurt parce que j'ai pas fait du bon travail, que je l'ai pas pris à temps ou quelque chose comme ça? C'est ça qui m'angoisse » (S3)

Ainsi, elles rapportaient que, confrontées au moindre doute sur le degré d'urgence d'une demande, elles ne voulaient pas prendre la responsabilité de refuser et faisaient facilement appel au médecin.

« quand il y a vraiment un gros, gros soucis et que moi j'ai un doute de toute façon ce n'est pas moi, enfin moi je ne prend pas la responsabilité » (S4)

« si on est dans le doute, on demande toujours l'avis d'un médecin. Moi je ne prends jamais la responsabilité de refuser » (S2)

« On essaie quand même de ne pas prendre trop de responsabilités. Quand on juge que... on demande au médecin. Ils ont toujours été clairs à ce niveau là. "Ne prenez jamais de responsabilité, vaut mieux passer au médecin plutôt que de faire n'importe quoi" » (S10)

B. Devant la crainte de ne pas trouver de réponse

Les secrétaires exprimaient aussi se sentir responsables du malade lorsque le médecin ne pouvait matériellement pas prendre en charge une demande qu'elles avaient estimé urgente. Le fait de devoir laisser alors le patient sans solution paraissait à certaines comme inconcevable.

« je l'ai jamais laissé...j'ai passé peut être trois heures dessus. Entre deux je naviguais. Ah ça je ne supporte pas. Je veux une réponse. Je ne laisse pas quelqu'un dans la nature. Je ne peux pas. Je suis peut être bête mais je ne peux pas » (S9)

« On trouve toujours une solution, on ne laisse jamais un patient repartir sans rien, c'est très rare. » (S14)

Les secrétaires se sentaient alors investies de la mission de trouver une solution alternative pour le patient par leurs propres moyens.

« J'ai déjà vu une personne qui était très...elle était chez elle, elle était pas bien, c'était le cancer et je n'avais personne pour y aller. Je vous assure j'ai balisé. Donc j'ai demandé conseil, j'ai rappelé le mari de la patiente, je lui ai donné des instructions, et j'ai fini par appeler l'infirmière qui me dit non elle est vraiment pas bien. J'ai appelé un autre cabinet ailleurs et je lui ai demandé si il pouvait passer chez cette dame là parce que je n'avais aucun médecin et j'aimerais bien qu'elle passe. » (S9)

« Bien sûr. Si tout est complet et qu'on ne peut pas donner un rendez-vous à un patient qui est souffrant, on va se sentir concerné et on va essayer de trouver une solution. » (S15)

C. Devant la crainte d'engager leur responsabilité médico-légale

En filigrane dans le discours des secrétaires était parfois évoqué la crainte d'engager leur responsabilité médico-légale lors du triage, ou celle des médecins pour lesquels elles travaillaient.

« Je pense qu'on a plus peur maintenant. On aurait plus tendance à ouvrir le parapluie maintenant qu'avant. Moi j'aurais tendance à poser plus de questions maintenant parce qu'on sait bien que les gens deviennent procéduriers. » (S11)

« Les médecins ils notent pour pouvoir prouver qu'on leur a bien dit d'aller aux urgences. Mais moi j'ai pas...J'ai pas d'enregistreur qui dise que j'ai dit ça. Il n'y a personne. Ca nous fait peur pour nous. » (S9)

« on implique la responsabilité de nos médecins » (S13)

« si le patient a un problème et que le médecin n'est pas au courant parce qu'on ne l'a pas prévenu, parce qu'on ne l'a pas consulté, le patient il va se retourner contre le médecin et le médecin il se retourne contre nous donc on est tous...c'est une chaîne » (S13)

3.3.2 Les conséquences en terme de stress vécu par la secrétaire

Ce sentiment de responsabilité ressenti par les secrétaires lorsqu'elles étaient mises en défaut générait pour elles une situation de stress.

« c'était la galère. Moi j'arrivais le matin, et ma collègue était pareille, stressée avant même de commencer en se disant "qu'est ce qu'on va faire ? Où on va les mettre ?" Rien que le téléphone il y a des moments où on se disait hou... » (S8)

« on commence parfois une journée on a pas de place donc déjà moi ça m'est arrivé de dire "comment je vais faire ? Comment je vais faire ? » » (S10)

« faut pas que quelqu'un meurt parce que j'ai pas fait du bon travail, que je l'ai pas pris à temps ou quelque chose comme ça? C'est ça qui m'angoisse » (S3)

Cette angoisse s'ajoutait aux autres sources de stress, liées ou non au triage, sur leur lieu de travail.

En effet, dans les entretiens il ressortait que la charge importante de travail des secrétaires lié aux nombres d'appels, ajoutée à leurs autres fonctions effectuées simultanément était responsable d'un état de stress important. La possibilité de devoir faire face à une situation d'urgence vitale au cabinet en l'absence du médecin était également rapportée comme génératrice d'angoisse. De plus, les secrétaires vivaient assez mal le fait d'être la cible des reproches et de l'agressivité des patients. Les éventuels reproches du médecin semblaient eux aussi être redoutés. Enfin, elles se sentaient parfois tiraillées entre les demandes des patients et celles des médecins en particulier lors des visites à domicile. (Tableau 11)

Tableau 11 : Les autres sources de stress de la secrétaire médicale

<p>La charge importante de travail</p> <p>« on a un travail stressant (...) La cadence, on n'arrête pas, ça enchaine, ça enchaine, ça enchaine. Et puis il ne faut pas oublier parce qu'entre deux il y a les consignes des médecins qui arrivent « annulez moi tel patient » « appelez tel patient » « annulez moi telle consultation » « fermez moi telle journée » » (S13)</p> <p>« C'est vrai que quand il y a beaucoup d'appels ça va nous demander...enfin pour moi c'est vrai qu'on est toujours plus ou moins stressé. » (S2)</p> <p>« Je suis partout, je suis là, je suis à l'accueil, je suis...je suis partout. Je suis polyvalente on va dire (...) c'est stressant quand même. Il y a un niveau de stress qui est quand même, je ne vais pas dire permanent mais qui est quand même... il faut faire beaucoup de choses en fait en même temps, se concentrer sur plein de choses, penser à tout, pas passer à côté de quelque chose » (S4)</p>
<p>Les reproches des patients mécontents</p> <p>« Le lendemain j'ai eu le père qui est venu m'engueuler parce qu'elle (Ndr : la patiente) est venu le soir à 22 heures voir le médecin et elle lui a dit que j'avais pas pu la prendre donc ça m'est retombé sur les doigts. » (S9)</p> <p>« Ce qui nous déplaît c'est toujours un petit peu de se faire envoyer sur les roses par les patients qui sont pas contents. » (S1)</p>
<p>L'agressivité des patients</p> <p>« Ce qui me déplaît, c'est l'agressivité des patients, de plus en plus, et exigeants, ça c'est clair, c'est ce que je ressens, l'agressivité. » (S9)</p> <p>« Maintenant on a des patients qui sont de plus en plus agressifs donc...C'est difficile de...parce que c'est toujours la secrétaire qui...qui prend tout dans la figure entre guillemet » (S4)</p>
<p>Les reproches des médecins</p> <p>« j'ai pas envie de me faire taper sur les doigts » (S8)</p> <p>« si jamais on n'a pas géré on nous le dit aussi » (S13)</p>
<p>La crainte de faire face à une situation d'urgence en l'absence du médecin</p> <p>« j'ai un peu peur toujours c'est qu'il me tombe une grosse catastrophe, de gérer, de pas paniquer, surtout de bien gérer quand il y a quelqu'un qui est en panique au téléphone je dois le rassurer et essayer de me calmer... et c'est vrai que c'est une truc un petit peu difficile. » (S7)</p> <p>« Il y a autre truc, si il y a quelqu'un qui arrive, un grand blessé à la porte, ça c'est quelque chose que j'appréhende ici, j'ai déjà eu le cas et bon je le fais mais c'est très difficile pour moi. » (S7)</p>
<p>Le sentiment d'être partagé entre les demandes du patient et celles du médecin</p> <p>« on essaie de limiter les visites à domicile et des fois je me dis quand même ça me fait un petit peu mal au cœur de faire venir une petite grand mère de 83 ans qui a du mal à marcher et puis je me dis que je l'oblige de venir là parce que le médecin a beaucoup d'autres visites à faire. » (S3)</p>

DISCUSSION

1. SYNTHÈSE DES RESULTATS

Le premier objectif de ce travail était de décrire les modalités de fonctionnement du triage des DUNP par les secrétaires en médecine générale ambulatoire et les modalités d'intervention du médecin généraliste dans ce triage. Le deuxième objectif était de recueillir les facteurs pouvant avoir un impact sur l'efficacité de ce triage. Enfin, le troisième objectif était de décrire ses conséquences ressenties par la secrétaire. Notre étude a permis d'apporter plusieurs éléments de réponse à ces trois objectifs.

En effet, nous avons observé plusieurs exemples de triage des DUNP effectués au niveau des secrétaires médicales en médecine générale de ville.

En premier lieu, nous avons remarqué que les secrétaires de notre enquête ne semblaient pas effectuer de triage des DUNP lorsqu'elles n'étaient pas confrontées à un problème d'adéquation entre possibilité d'accueil par le médecin généraliste et demandes de soins urgents ou non programmés. La première condition nécessaire à la mise en place du triage par les secrétaires semblait être plus liée à la problématique du planning des médecins qu'à celle de permettre un meilleur accès aux demandes urgentes.

Notre étude a par ailleurs identifié plusieurs similitudes entre les triages effectués dans les différents cabinets interrogés. En effet, lorsque les conditions de mise en place du triage étaient présentes, c'est à dire lorsque les places disponibles sur l'agenda du médecin devenaient plus rares, les secrétaires recueillaient alors le motif de la demande urgente ou non programmée, hiérarchisaient les demandes en fonction de leur degré d'urgence et attribuaient la prise en charge la plus adaptée. Dans cette situation, les secrétaires ne faisaient appel au médecin qu'en cas d'obstacle à l'une des étapes du triage. Par contre, lorsque l'agenda du médecin était complet et si la demande ne concernait pas un motif non urgent évident comme le renouvellement du traitement, les vaccinations ou les certificats médicaux, elles avaient alors recours au médecin.

Notre étude a aussi observé dans ce dernier cas deux formes possibles d'intervention du médecin dans le triage selon les cabinets concernés.

Certaines secrétaires continuaient à effectuer la hiérarchisation des DUNP seules et ne faisaient appel au médecin que pour pouvoir disposer de créneaux supplémentaires pour les prendre en charge. D'autres, au contraire, n'effectuaient plus aucun triage des DUNP et se contentaient alors de transmettre au médecin les informations médicales recueillies auprès des patients. Le médecin effectuait alors lui-même leur hiérarchisation et communiquait aux secrétaires la conduite à tenir en terme de délai de prise en charge.

Le deuxième objectif auquel notre étude a apporté quelques éléments explicatifs concernait les facteurs influençant le triage des DUNP effectué par les secrétaires médicales de notre enquête. Au travers des entretiens il est apparu que plusieurs points pouvaient gêner les secrétaires lors du triage. Ceux-ci pouvaient concerner les connaissances médicales des secrétaires, le patient lui même, l'organisation du cabinet face à ces DUNP ou la disponibilité des médecins pour répondre aux questions des secrétaires.

Ainsi, un des obstacles exprimés par les secrétaires était celui de la limite de leurs connaissances médicales. En effet, certaines ne s'estimaient pas assez formées pour avoir la compétence nécessaire à un triage des DUNP sans risque d'erreur. Cet obstacle n'empêchait pas le triage d'être réalisé mais limitait beaucoup leur autonomie. De plus, elles semblaient confrontées à plusieurs problèmes liés aux patients comme les difficultés de recueil des informations médicales, l'insuffisance ou la non fiabilité de ces informations pour évaluer le degré de priorité et les réticences du patient à accepter la démarche de triage. Enfin, elles pouvaient se trouver lors du triage des DUNP face à plusieurs difficultés liées à l'organisation du cabinet soit par le manque de créneaux disponibles pour répondre aux DUNP soit par la non disponibilité du médecin lorsqu'elles rencontraient certains obstacles. De plus, à chaque étape du triage, elles pouvaient être confrontées à l'agressivité des patients.

Parmi les pistes d'amélioration suggérées par les secrétaires, certaines concernaient leur souhait de suivre une formation dans le domaine de l'urgence.

Le troisième apport de notre étude est qu'elle a permis d'identifier une forme de responsabilité morale ressentie lors du triage et que cela était générateur d'un stress auquel venait s'ajouter les autres sources de stress imputables à leur travail.

2. COMPARAISON AVEC LA LITTERATURE

2.1 Les modalités du triage des DUNP par les secrétaires en MG

Nous n'avons pas retrouvé d'études antérieures consacrées à la mise en place, aux objectifs et au fonctionnement du triage des DUNP par les secrétaires médicales en France. Certaines études réalisées en Grande Bretagne ont abordé le fonctionnement du triage en médecine générale mais elles étaient réalisées dans le cadre d'une organisation différente du système de santé, et leurs résultats ne sont pas apparus directement comparables. En effet le triage des DUNP peut y être effectué par différents acteurs selon les cabinets comme les infirmières libérales (« *nurses* »), les cadres secrétaires (« *practice manager* ») ou les secrétaires (« *receptionist* ») (Magin et al., 2011).

En revanche nous disposons de données bien établies sur les autres systèmes de triage des DUNP en France, c'est à dire ceux mis en place par le SAMU-Centre 15 (Penverne et al., 2009; Berthet, 2011; HAS, 2011) et les structures d'urgences hospitalières (Roy et Lannehoa, 2002; SFMU, 2004).

Ces systèmes présentent des similitudes mais aussi des différences entre eux et avec les données retrouvées dans notre enquête.

Le triage effectué par les secrétaires apparait basé sur les mêmes étapes que celui effectué dans l'AMU. En effet, le triage comprend dans tous les cas le recueil des informations médicales auprès du patient, l'évaluation du degré d'urgence, l'attribution d'un degré de priorité, puis le déclenchement d'une réponse adaptée à cette priorité.

Néanmoins les acteurs principaux du triage et la place du médecin dans celui-ci ne sont pas les mêmes dans tous les systèmes de réponse aux DUNP. En médecine générale, les

secrétaires de notre étude effectuaient le tri des DUNP sous la responsabilité du médecin mais il n'intervenait que lorsque la secrétaire était confrontée à des obstacles (absence de place, impossibilité de recueil des informations ou impossibilité d'évaluer de manière certaine le degré d'urgence). Dans les urgences hospitalières, c'est une infirmière spécialisée dans les urgences, l'IOA, qui effectue le tri là encore sous la responsabilité d'un médecin mais celui-ci n'intervient que lorsque l'infirmière identifie une DUNP qui peut être résolu par une structure médicale ambulatoire, sans hospitalisation. Enfin, au SAMU, c'est un ou une secrétaire médicale spécialisé dans les urgences, l'AMARM, qui effectue un premier tri mais il transmet systématiquement toutes les DUNP à un médecin régulateur qui assure alors la régulation des appels.

Les conditions de mise en place du triage ne sont pas non plus les mêmes entre le système hospitalier et le système ambulatoire. Notre étude a montré que le triage des DUNP effectué par les secrétaires médicales interrogées n'était pas mis en place en permanence comme dans le cas de l'AMU mais seulement lorsque le planning du médecin commençait à être chargé. En effet, en médecine générale, les places pour le jour même sont de facto limitées et l'on ne pourrait garantir un accès aux demandes urgentes si elles n'effectuaient pas un tri. Ceci apparaissait particulièrement critique en médecine générale pour certains jours de la semaine (Lundi), en période hivernale ou en période épidémique. A l'inverse, lorsque le planning du médecin était peu rempli, le tri semblait être peu réalisé et des rendez-vous étaient donnés au cabinet médical, ce qui pourrait être préjudiciable dans le repérage des urgences vitales devant être prises en charge par le SAMU-Centre 15 en priorité.

Les objectifs du triage semblent aussi différents entre le triage effectué par les secrétaires et celui effectué par le SAMU ou les urgences. Dans le premier cas, il s'agit de repérer les demandes non urgentes afin de pouvoir les reporter sans risque et décharger ainsi le planning du médecin, laissant la place aux demandes plus urgentes. Alors que dans le deuxième cas, l'objectif est de repérer parmi l'ensemble des DUNP celles relevant d'une urgence vitale afin de pouvoir les prendre en charge immédiatement quelle que soit l'activité des médecins urgentistes ou régulateurs. Dans ce cas, le triage est bien évidemment effectué indépendamment de la charge d'activité des soins. Enfin le triage effectué par les secrétaires aboutit au report d'une partie des DUNP, les demandes de

soins non urgentes, qui ne seront alors pas vues par le médecin le jour même. A l'inverse dans l'AMU, que ce soit le SAMU ou les structures d'urgences hospitalières, toute DUNP bénéficie d'un avis médical quel qu'en soit le degré d'urgence.

Au vu des différences observées entre ces objectifs, il apparaît logique que dans l'AMU les acteurs du triage aient besoin d'être particulièrement bien formés, que les conditions de recrutement soient strictes et que le cadre légal dans lequel le tri est effectué ait besoin d'être parfaitement défini. Ces éléments sont justifiés par le risque d'erreur portant sur une urgence vitale et ses conséquences sur les patients. Néanmoins, ce risque ne peut être exclu en médecine générale, quoiqu'il soit exprimé par les secrétaires plus en terme de responsabilité morale que médico-légale. Ainsi, le flou juridique concernant l'activité de tri des secrétaires en médecine générale, et la faiblesse de leur formation à repérer les urgences apparaissent comme des problèmes potentiels qui sont à prendre en considération au cabinet médical.

2.2 Les facteurs influençant le triage des DUNP par les secrétaires en MG

Notre étude a retrouvé plusieurs facteurs influençant le triage des DUNP par les secrétaires en médecine générale.

2.2.1 *La formation des secrétaires médicales*

Le premier facteur influençant le triage concernait la formation médicale jugée insuffisante par les secrétaires en particulier dans le domaine de l'urgence.

En France il n'existe pas à proprement parler de diplôme d'Etat régissant la profession de secrétaire médicale.

Le titre certifié de secrétaire médicale reconnu par l'Etat peut être obtenu suite à une formation spécialisée en secrétariat médical pouvant être réalisée par une école privée, une école publique ou une préparation à distance. Cette formation est accessible à différents niveaux de diplômes : elle peut s'adresser aux bacheliers (bac technologique ou bac sciences technologiques de la santé et du social) mais aussi aux diplômés de niveau brevet, BEP et CAP selon les instituts de formation. La plupart des formations

spécialisées semblent intégrer des notions de médecine en particulier de médecine d'urgence et de premiers secours. Néanmoins ce titre bien que recommandé n'est pas indispensable à l'exercice de cette profession dans les cabinets de médecine générale ambulatoire en France (Lassalle-Gérard, 2010; Vaillant, 2008).

De fait, dans notre étude, la plupart des secrétaires interrogées ont déclaré n'avoir suivi aucune formation spécialisée. Ceci semble en accord avec les résultats observés dans un travail de thèse de médecine générale réalisé en 2010 sur les secrétaires médicales de Loire Atlantique par Marion Lassalle-Gérard dans laquelle 64% des secrétaires interrogées avaient un niveau BAC ou inférieur (Lassalle-Gérard, 2010).

De plus les secrétaires que nous avons interrogés ont presque toutes remis en cause leur compétence lors du triage à cause d'un manque de formation et certaines ont même exprimé le souhait de suivre une formation complémentaire en particulier dans le domaine de l'urgence. Ceci a aussi été retrouvé dans la thèse de Marion Lassalle-Gérard où 67% des secrétaires se déclaraient intéressées par une formation et lorsque celle-ci était souhaitée, elle concernait dans 27% des cas les premiers secours et dans 18% des cas une initiation aux différentes pathologies et à la gestion des urgences (Lassalle-Gérard, 2010).

Enfin, bien que n'ayant pas explicitement exprimé le souhait d'une formation à la gestion des conflits avec les patients et à la gestion du stress lié à ces conflits, la plupart des secrétaires de notre étude semblent bien y être confrontées et avoir des difficultés à les gérer. Dans le travail de thèse de Marion Lassalle-Gérard, les secrétaires ressentaient elles aussi de l'agressivité de la part des patients notamment lors de la prise des rendez-vous urgents et celle-ci était génératrice de stress et d'épuisement professionnel. Elles exprimaient par contre le souhait d'une formation dans le domaine de la gestion du stress et de l'agressivité (Lassalle-Gérard, 2010).

Des données similaires concernant les secrétaires (« *receptionist* ») des médecins généralistes de Grand Bretagne ont été retrouvées dans la littérature anglo-saxonne. Celles-ci n'avaient reçu que rarement une formation médicale et la moitié d'entre elles estimaient que leur formation initiale était insuffisante pour le travail qu'elles

réalisaient au cabinet, en particulier pour gérer les difficultés rencontrées au téléphone avec les patients (Copeman et Van Zwanenberg, 1988; Silverstone et al., 1983). Une autre étude réalisée en Grande Bretagne, qui s'est efforcée de recueillir le point de vue des secrétaires sur leur travail, a montré que même si les secrétaires ne s'estimaient pas suffisamment formées, elles estimaient que seules les formations qu'elles auraient elles-mêmes choisies en fonction de leur besoin leur seraient vraiment bénéfiques (Eisner et Britten, 1999).

Dans les autres systèmes de triage des DUNP en France, les acteurs du triage sont soumis à une formation spécialisée dans l'urgence, prérequis indispensable à leur profession.

L'AMARM du SAMU-Centre 15 est une secrétaire spécialisée dans la gestion des DUNP dont la mission ne peut s'exercer en dehors du SAMU. Contrairement à la secrétaire médicale, l'exercice de cette profession est soumise de manière stricte à la réussite d'un concours administratif et à l'obtention d'un diplôme spécialisé contenant une formation spécifique à la gestion des appels urgents et à la gestion des conflits par téléphone (Berthet, 2011; HAS, 2011).

D'autre part, pour effectuer sa mission au sein des structures d'urgences, l'IOA doit être titulaire d'un diplôme d'Etat d'infirmier, avoir suivi une formation spécifique par un organisme agréé par les sociétés savantes de l'urgence mais aussi détenir une expérience professionnelle dans le domaine de l'urgence d'au moins deux ans et valider annuellement un programme de maintien des compétences proposé par son service (SFMU, 2004).

Même si le contexte d'exercice de ces deux professions est très différent de la secrétaire médicale puisqu'elles sont confrontées quotidiennement aux urgences vitales, on pourrait s'inspirer de leur formation comme modèle pour proposer aux secrétaires des cabinets libéraux une meilleure préparation à la gestion des DUNP pouvant leur être bénéfique lors du triage. En effet, les formations initiales de ces deux professions comprennent souvent à la fois une formation aux urgences mais aussi une formation à la gestion des conflits avec les patients et à la gestion du stress induit par ces conflits. Or,

ce sont là, deux points ayant posé problème aux secrétaires de notre étude lors du triage des appels urgents ou non programmés.

2.2.2 Les outils d'aide au triage

Des outils d'aide au triage pourraient aussi être proposés pour minimiser le risque d'erreur lié à l'insuffisance de la formation des secrétaires médicales.

Dans notre étude, les seuls outils d'aide au triage auxquels avaient accès les secrétaires étaient la liste des patients signalés « prioritaires » par le médecin, un questionnaire standardisé pour les guider lors du recueil des informations et leur accès au dossier médical des patients.

Dans l'AMU, les AMARM et les IOA appuient souvent leur décision sur des échelles standardisées de classification des degrés d'urgence.

L'IOA peut s'aider d'une échelle comprenant plusieurs niveaux de priorité de prise en charge attribuables aux diverses situations cliniques se présentant aux urgences. Ce niveau de priorité est déduit à partir de tableaux de correspondance entre déterminants et niveaux de tri. A chaque niveau de priorité est associé un délai optimal de prise en charge médicale. Une des échelles possibles est la CIMU (classification infirmière des malades aux urgences) qui regroupe cinq niveaux allant de CIMU 1 : détresse vitale majeure nécessitant une installation en déchoquage à CIMU 5 : pas d'atteinte fonctionnelle ou lésionnelle évidente permettant l'installation en box ou en salle d'attente (SFMU, 2004).

De même les AMARM appliquent eux aussi trois niveaux de priorité dans la transmission au médecin régulateur définis dans le « guide de la régulation médicale » allant de P0 : déclenchement réflexe d'une équipe SMUR suivi d'une régulation médicale prioritaire à P2 : régulation médicale qui peut être mise en attente sans risque pour le patient, d'autres étant déjà en cours (Penverne et al., 2009).

On peut ainsi imaginer que développer des outils standardisés plus particulièrement pour l'évaluation des degrés d'urgence des DUNP en médecine générale puisse être une piste intéressante d'amélioration de l'efficacité et de la sécurité de ce triage.

2.2.3 L'organisation du cabinet médical

L'impact de l'organisation du cabinet semble aussi être un point important pour les secrétaires de notre étude.

A. Les conditions de travail et l'impact des autres missions des secrétaires.

Lors des entretiens, certaines secrétaires ont évoqué les difficultés à effectuer le triage en même temps que leurs autres tâches inhérentes au secrétariat. La lourdeur des différentes tâches administratives de la secrétaire a elle aussi été rapportée par le travail de Marion Lassalle-Gérard (Lassalle-Gérard, 2010).

De même, les conditions matérielles dans lesquelles était réalisé le triage dans notre enquête ne leur semblaient pas toujours optimales, comme par exemple le bruit ambiant lors de l'accueil téléphonique. Les secrétaires interrogées dans le travail de Marion Lassalle-Gérard faisaient le même constat et lorsqu'une amélioration dans l'organisation du cabinet était souhaitée, elle concernait dans 58% des cas l'organisation de leur travail dont 37% était directement liées à l'aménagement architectural du cabinet (Lassalle-Gérard, 2010).

Certaines des secrétaires de notre étude disposaient d'une organisation particulière permettant de se consacrer exclusivement au triage des appels. Cette organisation ne peut néanmoins concerner que les cabinets de groupe employant plusieurs secrétaires à la fois ou encore les plateformes d'accueil téléphonique à distance.

Dans l'AMU, AMARM et IOA exercent leur activité de triage exclusivement de toute autre fonction. En effet l'AMARM qui effectue le triage est déchargée le temps de cette activité des autres fonctions administratives qui lui incombent (HAS, 2011). De même l'IOA des urgences se consacre normalement exclusivement au tri sans intervenir en tant qu'effecteur de soins dans les urgences (Roy et Lannehoa, 2002).

Ce point, important pour minimiser les risques du triage, nous semble difficile à appliquer en médecine générale compte tenu du faible nombre de cabinets pouvant disposer de plusieurs secrétaires en même temps. En effet, début 2012, seul 43% des médecins généralistes français exerçaient en groupe (Aulagnier et al., 2007).

B. La disponibilité du médecin lors du triage

Dans notre étude, les secrétaires se plaignaient que le médecin généraliste ne soit pas toujours disponible quand elles en avaient besoin notamment lorsqu'elles rencontraient un obstacle au triage. La thèse de Marion Lassalle-Gérard a elle aussi retrouvé que près d'une secrétaire sur trois n'était pas satisfaite de l'organisation au cabinet et que les améliorations souhaitées concernaient dans 42% des cas les relations avec le médecin. Parmi elles, 63% souhaitaient plus de communication et d'écoute de la part du médecin, 26% des réunions d'échange afin de leur exposer leurs soucis et questions et 11% plus de compréhension et de souplesse de la part des médecins. Par ailleurs, même si la plupart des secrétaires appréciaient le travail d'équipe au sein de leur cabinet, elles exprimaient qu'en première ligne face à des patients aux demandes pressantes et exigeantes, elles aimeraient un travail et des relations avec les médecins plus détendus et efficaces (Lassalle-Gérard, 2010). Des conclusions similaires ont été retrouvées dans la littérature anglo-saxonne concernant le vécu des secrétaires, qui appréciaient lorsque les médecins leur montraient de la reconnaissance pour le travail effectué et lorsqu'ils montraient de la souplesse concernant les rendez-vous supplémentaires. A l'opposé, elles éprouvaient plus de difficultés à faire leur travail lorsque les médecins étaient peu aimables ou prenaient du retard dans leur consultation car cela aboutissait souvent à plus d'agressivité de la part des patients en particulier dirigée contre elles (Eisner et Britten, 1999).

Dans le triage effectué au sein du SAMU-Centre 15, l'AMARM a recours systématiquement au médecin régulateur et dans celui effectué au sein des structures d'urgences. De même, l'IOA a toujours la possibilité de demander un avis au médecin lors des situations cliniques difficiles à évaluer ou lorsqu'elle estime que les patients ne relèvent pas d'une prise en charge hospitalière, afin que le médecin puisse les réorienter vers le secteur ambulatoire.

Il nous semble ainsi important que l'organisation du cabinet fasse l'objet d'une concertation au sein des cabinets demandant aux secrétaires d'effectuer un triage des DUNP, en particulier pour ce qui concerne les conditions matérielles de pratique du triage mais aussi la disponibilité du médecin en cas de doute ou d'obstacle au triage par les secrétaires.

2.3 Les conséquences du triage ressenties par les secrétaires

2.3.1 Les conséquences en terme de stress

Le stress lié à leur travail en général et en particulier à l'activité de triage a été assez souvent évoqué par les secrétaires dans notre étude. Ceci va dans le même sens que certaines études anglo-saxonnes sur le ressenti des secrétaires au travail. En effet, les principales sources de stress dans ces études étaient les patients exigeants, la pression au travail, les problèmes de manque de rendez-vous disponibles et le fait de se sentir partagée entre les demandes des patients et celles des médecins. De plus les secrétaires estimaient être plus exposées à l'agressivité des patients que les médecins du fait de leur position d'intermédiaire (Eisner et Britten, 1999).

2.3.2 Les conséquences en terme de responsabilité

Un dernier obstacle identifié par les secrétaires de manière moins explicite est leur crainte d'engager leur responsabilité légale ainsi que celle du médecin en cas d'erreur de triage. Nous n'avons retrouvé aucune littérature traitant de la part de responsabilité médico-légale engagée par les secrétaires lors du triage. Il semble que le seul cadre réglementaire existant¹ ne fasse que définir leurs fonctions sans préciser si le triage des DUNP en fait partie. Un travail de recherche sur la responsabilité des secrétaires médicales des cabinets de médecine générale australiens (Patterson et al., 2005) a

¹ Convention nationale collective du personnel des cabinets médicaux du 14 octobre 1981 et ses avenants successifs, Arrêté du 10 décembre 2007 portant révision de l'arrêté du 27 décembre 2004 relatif au titre professionnel de secrétaire assistante médico-sociale et de l'arrêté du 3 juillet 2003 relatif au titre professionnel de secrétaire assistante

montré que celles-ci étaient en effet souvent amenées à prendre des décisions ne relevant pas de leur compétence. Il précise aussi que, comme en France, ce sont avant tout les médecins qui sont légalement responsables des actions de leurs employés. Il a montré que bien que les médecins aient tout intérêt à fournir des procédures aux secrétaires afin de limiter le risque d'erreur, cela n'était que rarement réalisé en pratique. Par ailleurs, les auteurs ont remarqué que le principal risque tenait au manque de formation des secrétaires qui ne leur permettait pas toujours d'identifier les situations cliniques nécessitant une prise en charge rapide. Ils ont insisté sur le fait que les secrétaires devaient être conscientes de cette limite afin de ne pas hésiter à transmettre les informations recueillies auprès des patients au médecin. Ce dernier point a été clairement exprimé par la majorité des secrétaires de notre étude.

Des données publiées ont été retrouvées concernant la part de responsabilité médico-légale des médecins et des AMARM dans la régulation médicale du SAMU-Centre 15 en France (Corege, 2007). L'auteur y précise que les AMARM du SAMU sont couverts par la responsabilité administrative de l'hôpital dans lequel ils exercent leurs fonctions de triage. Il peut néanmoins leur être imputé la responsabilité civile ou pénale en cas de faute détachable du service. De plus il apparaît que les AMARM exercent leur fonction en permanence sous la responsabilité du médecin régulateur. Enfin une des particularités du triage par téléphone du SAMU-Centre 15 est que les appels sont enregistrés afin de pouvoir être consultés ultérieurement en cas de plaintes des patients ou de leurs familles.

2.4 Les pistes d'améliorations pour le triage des DUNP par les secrétaires

Au total, il semble que le manque d'encadrement légal du triage en médecine générale ambulatoire soit susceptible de déstabiliser les secrétaires et les amènent régulièrement à limiter leur autonomie lors du triage. Ceci nous semble un premier point important sur lequel doit porter la réflexion future afin que les secrétaires puissent exercer cette fonction dans un cadre permettant de les couvrir en cas de plainte d'un patient. Au même niveau, il apparaît important de mieux organiser les conditions matérielles et d'encadrement médical où est effectué le triage et de mieux former les

secrétaires afin de garantir un risque minimum d'erreur lors du triage effectué dans les cabinets de médecine générale en France.

Ainsi, en Haute Normandie en particulier, dans un contexte de pénurie médicale rendant l'accès aux soins un enjeu, le triage risque de devenir à la fois un facteur clé mais aussi une source potentielle de poursuites médico-légales si il n'est pas encadré par la formation des acteurs principaux du triage que sont les secrétaires et par un cadre réglementaire comme dans les autres triages des DUNP dans les secteurs hospitaliers.

3. LIMITES DE NOTRE ETUDE

A notre connaissance aucune autre étude n'a été réalisée sur le triage des DUNP effectué par les secrétaires médicales en médecine générale ambulatoire. Il s'agit là d'un domaine peu exploré et qui constitue pourtant à notre sens un champ de recherche très intéressant. Mais de ce fait, la pertinence des données exposées ici n'a pas pu être confirmée par d'autres études réalisées dans notre région ou dans d'autres régions présentant des caractéristiques différentes en terme de démographie médicale et de demandes de soins ambulatoires. En effet, il nous semble que les inégalités géographiques inter-régionales et nationales de l'offre de soins sont à même d'avoir un impact sur le triage des DUNP en médecine générale ambulatoire.

Pour répondre à nos objectifs, nous avons utilisé une méthodologie de type qualitative car elle nous est apparue adaptée à l'exploration d'un domaine de recherche peu étudié en France. Du fait de ce choix, et ceci est commun à toutes les études qualitatives, notre étude ne permet que de générer des hypothèses explicatives sur le triage des DUNP par les secrétaires en médecine générale ambulatoire. Ainsi, ces hypothèses ne sont pas généralisables en dehors du champ de notre enquête. Toutefois notre étude a été conçue en préliminaire d'une deuxième enquête plus large de type quantitative dont l'objectif sera de tester certaines de nos hypothèses à plus grande échelle.

La population cible a été dès le départ restreinte à la région de la Haute Normandie pour des raisons de faisabilité pratique. Les résultats obtenus dans notre enquête ne peuvent donc probablement pas être étendu aux autres régions de France. En effet les conditions

particulières d'exercice de la médecine générale dans notre région liées à la faible densité médicale et aux difficultés actuelles d'accès aux soins primaires expliquent en partie les résultats obtenus. Nous aurions probablement obtenus des résultats différents dans d'autres régions de France mieux dotées en médecins généralistes comme la région Ile de France ou Provence-Alpes-Côte d'Azur. On peut en effet supposer que dans ces régions où l'accès aux soins primaires est moins problématique, le recours au triage est probablement moins utilisé.

La population de secrétaires étudiée dans notre enquête peut apparaître limitée. Elle ne concernait en effet que 15 secrétaires travaillant dans huit cabinets médicaux de médecine générale et dans une seule plateforme téléphonique. Par ailleurs, seule une secrétaire exerçait au sein d'un cabinet de l'Eure. Cependant, le principe en analyse qualitative n'est pas d'obtenir un effectif important mais une grande diversité parmi les secrétaires, ce que nous nous sommes attachés à faire en répondant à tous nos critères de diversité.

Les résultats en terme de recueil des données sous forme d'entretiens semi-dirigés présentent eux aussi les limites liées à la méthode choisie. En effet, les entretiens utilisés dans ce travail étaient des entretiens individuels nécessairement moins générateur de concepts que les entretiens collectifs comme les focus group. Néanmoins, les contraintes matérielles d'une telle étude nous ont orienté vers ce mode d'analyse qualitative plus simple. De plus la plupart des secrétaires choisies étaient connues au préalable des enquêteurs ce qui a probablement favorisé la richesse de certains entretiens en les mettant plus à l'aise que si elles avaient été recrutées par d'autres moyens.

Par ailleurs, ces entretiens étaient guidés par une trame de questions limitant le cadre de l'enquête et les réponses des secrétaires pouvaient être influencées par les interventions des deux enquêteurs au cours de l'entretien. Cependant, le domaine de compétence des secrétaires ne se limitant pas au triage des DUNP, il ne nous est pas paru adapté de faire des entretiens libres.

Enfin nous avons limité notre étude au point de vue des secrétaires sur le triage des DUNP en médecine générale. Comme nos résultats l'indiquent, le médecin est pourtant

amené à souvent intervenir dans ce triage. Le recueil en parallèle du point de vue du médecin aurait pu permettre d'affiner nos résultats. Toutefois, les moyens dont nous disposions ne nous ont pas paru être suffisants pour rendre ceci réalisable.

Au final, notre étude a permis de répondre à la plupart de nos objectifs. Néanmoins nous n'avons pu dégager que quelques pistes concernant les conséquences du triage ressenties par les secrétaires en terme de responsabilité et de stress. Le guide d'entretien n'avait probablement pas insisté suffisamment sur ce point. Cependant les deux autres objectifs principaux que sont le fonctionnement et les obstacles au triage par les secrétaires ont pu être, à notre sens, bien exploré.

4. PERSPECTIVES

Afin de compléter les résultats de notre étude, on pourrait tout d'abord réaliser une enquête dont la cible serait le médecin afin de recueillir son point de vue sur le triage réalisé par les secrétaires, de préciser son rôle dans le triage et d'apprécier ses conséquences sur sa vie professionnelle. De même il pourrait être judicieux de recueillir le point de vue du patient lorsqu'il est soumis au triage par les secrétaires, notamment les raisons qu'il invoque aux différents obstacles identifiés par ces dernières (difficulté au recueil et secret médical par exemple) ainsi que les conséquences que ce triage a sur lui en terme de satisfaction de prise en charge et d'accès aux soins. Enfin, des études réalisées dans d'autres régions, de densité médicale équivalente ou non à la notre, constitueraient aussi un élément de comparaison intéressant.

Mais auparavant, il nous semble nécessaire de valider les premiers résultats obtenus par notre étude. En effet, ils apportent des pistes qui ne restent que des hypothèses compte tenu des limites de la méthode qualitative. C'est pourquoi une deuxième étude de type quantitative reprenant les principaux points abordés dans ce travail nous apparaît la première étape indispensable. Ce type d'analyse devrait permettre de confirmer de manière précise à partir d'un large recrutement de secrétaires les facteurs influençant l'obtention d'un rendez-vous le jour même ainsi que les conséquences du triage sur les secrétaires en terme de ressenti.

BIBLIOGRAPHIE

ARS de Haute Normandie (Agence Régionale de Santé de Haute Normandie). *Programme Professions de Santé de Haute Normandie 2012-2017* (2012) <http://www.ars.haute-normandie.sante.fr/PRS-Projet-Regional-de-Sante.102111.0.html>

Attal-Toubert K, Vanderschelden M. *La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales* (2009) DREES, Etudes et Résultats n°679

Aulagnier M, Obadia Y, Paraponaris A, Saliba-Serre B, Ventelou B, Verger P, et al. *L'exercice de la médecine générale libérale* (2007) DREES, Etudes et Résultats n°610

Berthet J. *Du permanencier auxiliaire de régulation médicale à l'assistant de régulation médical* (2011) Urgences 2011. Chapitre 112. 1251-1259

Bourgois Daubias B. *La médecine générale libérale à temps partiel* (2004) Thèse de doctorat en médecine, Faculté de Rennes 1

Carrasco V. *L'activité des services d'urgences en 2004. Une stabilisation du nombre de passages* (2006) DREES, Etudes et Résultats n°524

Chanteloup M, Gadel G. *Les appels d'urgence au centre 15 en 1997* (2000) DREES, Etudes et Résultats n°55

Collet M, Gouyon M. *Recours urgents et non programmés à la médecine générale de ville* (2008) DREES, Etudes et Résultats n°625

Copeman J, Van Zwanenberg T. *Practice receptionists: poorly trained and taken for granted?* (1988) J R Coll Gen Pract; 38: 14.

Corege D. *Le risque médico-légal de la régulation médicale* (2007) Rapport de la conférence du Congrès Urgences 2007

Eisner M, Britten N. *What do general practice receptionists think and feel about their work?* (1999) Br J Gen Pract; 49: 103-106.

Fivaz C, Le Laidier S. *Une semaine d'activité des généralistes libéraux* (2001) CNAMTS, Point Stat n°33

Gouyon M, Labarthe G. *Les recours urgents ou non programmés en médecine générale : premiers résultats* (2006) DREES, Etudes et Résultats n°471

Gouyon M. *Les recours aux médecins urgentistes de ville* (2006) DREES, Etudes et Résultats n°480

HAS (Haute Autorité de Santé). *Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale* (2011) Service des bonnes pratiques professionnelles. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1061038/regulation-medicale-argumentaire

Jakoubovitch S, Bournot M-C, Tuffreau F. *Les emplois du temps des médecins généralistes* (2012) DREES, Etudes et Résultats n°797

Lassalle-Gérard M. *Les secrétaires médicales en médecine générale : leur rôle, leurs tâches, leurs projets* (2010) Thèse de doctorat en médecine générale, Faculté de Nantes

Le Fur P, Bourgueil Y, Cases C. *Le temps de travail des médecins généralistes* (2009) IRDES, Questions d'économie de la santé n°144 : 1-8.

Lesigne E. *L'urgence et ses représentations. Enquête auprès des usagers, place de la médecine générale et des services d'urgence* (2008) Thèse de doctorat en médecine, Faculté de Rennes 1

Magin PJ, May J, McElduff P, Goode SM, Adams J, Cotter GL. *Occupational violence in general practice: a whole-of-practice problem. Results of a cross-sectional study* (2011) Aust Health Rev; 35: 75-80.

Patterson E, Forrester K, Price K, Hegney D. *Risk reduction in general practice and the role of the receptionist* (2005) J Law Med; 12: 340-347.

Penverne Y, Jenvrin J, Danet N, Pineau Carie S, Potel G, Loué B, et al. *Samu Centre 15: de nouveaux métiers et nouvelles pratiques* (2009) Urgences 2009. Chapitre 79. 794-805

Romestaing P, Le Breton-Lerouillois G. *La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Haute Normandie* (2011) Conseil National de l'Ordre des Médecins <http://www.conseil-national.medecin.fr/demographie/atlas-regionaux-2011-1128>

Roy P, Lannehoa Y. *Le triage aux urgences* (2002) Réanimation ; 11: 480-485.

Schauffler HH, Rodriguez T, Milstein A. *Health education and patient satisfaction* (1996) J Fam Pract; 42: 62-68.

SFMU (Société Francophone de Médecine d'Urgence). *Référentiel IOA, Infirmière organisateur de l'accueil* (2004) <http://www.sfmu.org/documents/ressources/referentiels/ioa2004.pdf>

Sicart D. *Les médecins au 1er janvier 2011* (2011) DREES, Séries Statistiques n°157

Silverstone R, Southgate L, Salkind MR. *Evaluation of a training scheme for receptionists in general practice* (1983) J R Coll Gen Pract; 33: 511-513.

Vaillant E. *Le grand livre des métiers* (2008) Editions l'Etudiant 2008-2009. page 241.

ANNEXE : VERSION FINALE DU GUIDE D'ENTRETIEN

Présentation de l'enquête et de l'enquêteur

- médecin remplaçant non thésé, travail de thèse en médecine générale
- sujet : tri des demandes de rendez-vous pour le jour même par secrétaire
- « Notre entretien sera enregistré mais restera anonyme (il sera retranscrit sans qu'aucun nom ne soit cité) , sauf si vous vous y opposez »

Question d'introduction

Pour commencer pouvez vous me dire en quoi consiste votre travail ?

Qu'est ce qui vous plaît ? Qu'est ce qui vous déplaît ?

Recentrage sur le sujet précis de la thèse

Ma thèse porte plus précisément sur les demandes de rendez-vous pour le jour même au cabinet. Elle exclut les urgences vitales qui aboutiront directement à l'hôpital. Par contre elle concerne toutes les demandes de rendez-vous, y compris les visites, du moment que le patient précise vouloir un rendez-vous qui ne peut selon lui attendre le lendemain.

Question large sur les demandes de rendez-vous pour le jour même

Quelle opinion avez vous sur le sujet (les demandes de rendez-vous pour le jour même) ?

- Vous sentez vous concerné ? Représentent elles une grande partie des appels ?

Difficultés du triage et atouts/outils d'aide pour triage

Comment vous sentez vous par rapport au triage de ces demandes ?

- Est ce toujours facile ?
- Quelles sont les difficultés que vous pouvez avoir pour les gérer en particulier pour les trier ?
- qu'est ce qui vous aide à faire le tri ?

Fonction de recueil des informations auprès du patient

Comment ça se passe quand un patient demande un rendez-vous le jour même ?

- quelles questions posez vous systématiquement ?
- que demandez vous au patient ?
- comment faites vous quand les patients refusent de répondre à vos questions ?

- comment ça se passe lorsqu'il y a un conflit avec patient ?
- quand demandez vous au médecin ?

Fonction d'évaluation du degré d'urgence

Comment faites vous pour juger qu'un rendez-vous peut attendre ou non ?

- quand trouvez vous que c'est urgent ? urgence ressentie ? urgence vitale ?
- quels sont les critères qui vous permettent de juger ?
- comment ça se passe lorsque vous estimez que la personne ne nécessite pas d'être vue aujourd'hui ?
- comment ça se passe lorsque vous estimez qu'une personne devait être vu rapidement alors qu'elle demandait un rendez-vous plus tard ?
- quand demandez vous au médecin ?

Fonction de déclenchement de la réponse

Comment vous organisez vous pour donner un rendez-vous à toutes les demandes ?

Comment faites vous quand il reste peu ou plus de place pour répondre à toutes les demandes urgentes ? plages libres ? plages extensibles ? avis du médecin ?

Les conséquences du triage sur la secrétaire

A quoi sert le triage ?

- décharger le médecin ?
- permettre un accès aux vraies urgences ?

Comment vous sentez vous face à cette fonction de triage ?

- responsabilité ?
- conflit avec patient ?
- agressivité provenant du patient ?
- peur de l'erreur de triage/médicale ?
- stress ?

Les pistes d'amélioration

Quel serait pour vous le système idéal ? Qu'est ce qui pourrait vous aider ?

RESUME

Dans le contexte actuel de pénurie médicale de la Haute Normandie, les demandes de soins dits « urgents ou non programmés » (DUNP) peuvent être difficiles à intégrer au planning des médecins généralistes déjà saturés par les rendez-vous prévus à l'avance. Un triage de ces demandes est ainsi souvent effectué par les secrétaires médicales. Le but de ce travail est d'étudier le fonctionnement de ce triage, les facteurs l'influençant et ses conséquences ressenties par les secrétaires.

Pour y répondre, nous avons choisi une méthodologie qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de secrétaires médicales suivis d'une analyse thématique.

Entre janvier 2011 et janvier 2012, 15 secrétaires réparties dans 8 cabinets de médecine générale de Haute Normandie et une plateforme téléphonique ont été incluses. Le triage des DUNP n'était initié que lorsque les places disponibles sur l'agenda du médecin devenaient rares. Les secrétaires hiérarchisaient les DUNP en fonction de l'urgence des motifs recueillis. Lorsque l'agenda du médecin était complet, certaines continuaient à effectuer le triage, seules, et ne faisaient appel au médecin que pour disposer de créneaux supplémentaires. D'autres au contraire transmettaient directement toutes les DUNP au médecin. Les obstacles au triage identifiés par les secrétaires étaient les limites de leurs connaissances, les difficultés de recueil des informations, les réticences des patients à accepter le triage et la non disponibilité du médecin. Le triage générait chez les secrétaires un stress lié à la fois à leur responsabilité ressentie vis à vis des patients et à l'agressivité de ces derniers.

Cette étude a permis de mieux connaître les conditions du triage des DUNP et suggère une amélioration des conditions matérielles et d'encadrement médical. Par ailleurs, une formation des secrétaires serait susceptible de minimiser le risque d'erreur lors du triage et d'améliorer leur vécu. Ce travail devra être complété par une étude quantitative.