



HAL
open science

Étude des difficultés ressenties par les secrétaires médicales dans le processus de tri des motifs urgents de consultation chez l'adulte en cabinet de médecine générale

Charlotte Huntzinger

► To cite this version:

Charlotte Huntzinger. Étude des difficultés ressenties par les secrétaires médicales dans le processus de tri des motifs urgents de consultation chez l'adulte en cabinet de médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03181644

HAL Id: dumas-03181644

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03181644v1>

Submitted on 25 Mar 2021

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.

UNIVERSITÉ de CAEN - NORMANDIE

UFR de SANTÉ

Année 2020

THÈSE POUR L'OBTENTION
DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 14 octobre 2020 à Caen

par

Mme HUNTZINGER Charlotte

Née le 18 mars 1992 à Argentan (*Orne*)

TITRE DE LA THÈSE :

Etude des difficultés ressenties par les secrétaires médicales dans le processus de tri des motifs urgents de consultation chez l'adulte en cabinet de médecine générale

Président : Monsieur le Professeur LE BAS François

Membres : Monsieur le Docteur SAINMONT Nicolas

Monsieur le Docteur RABIAZA Andry, Directeur de Thèse

Année Universitaire 2020/2021**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
M.	BIBEAU Frédéric	Anatomie et cytologie pathologique
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques	Pédiatrie
M.	BUI Thanh-huy Eric	Psychiatrie d'adultes
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CHAPON Françoise	Histologie, Embryologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DAO Manh Thông	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DEFER Gilles	Neurologie
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M.	DENISE Pierre	Physiologie
Mme	DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
Mme	DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
M.	DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique
M.	DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale
Mme	ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie

M.	ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie
Mme	FAUVET Raffaèle	Gynécologie – Obstétrique
M.	FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie et réanimation
M.	GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie et réanimation
M.	GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
Mme	GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	HAMON Martial	Cardiologie
Mme	HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M.	HANOUS Jean-Luc	Anesthésie et réa. médecine péri-opératoire
M.	HITIER Martin	Anatomie –ORL Chirurgie Cervico-faciale
M.	HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M.	ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M.	JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme	JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
M.	JOUBERT Michael	Endocrinologie
M.	LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE HELLO Simon	Bactériologie-Virologie
Mme	LE MAUFF Brigitte	Immunologie
M.	LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M.	LUBRANO Jean	Chirurgie viscérale et digestive
M.	MAHE Marc-André	Cancérologie
M.	MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M.	MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M.	MARTINAUD Olivier	Neurologie
M.	MAUREL Jean	Chirurgie générale
M.	MILLIEZ Paul	Cardiologie
M.	MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M.	MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M.	NORMAND Hervé	Physiologie
M.	PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme	PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M.	QUINTYN Jean-Claude	Ophthalmologie
Mme	RAT Anne-Christine	Rhumatologie
M.	REPESSE Yohann	Hématologie
M.	REZNIK Yves	Endocrinologie
M.	ROD Julien	Chirurgie infantile
M.	ROUPIE Eric	Médecine d'urgence
Mme	THARIAT Juliette	Radiothérapie
M.	TILLOU Xavier	Urologie
M.	TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
Mme	VABRET Astrid	Bactériologie - Virologie
M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses
Mme	VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M.	VIVIEN Denis	Biologie cellulaire

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	BELLOT Anne	Pédiatrie
M.	DE LA SAYETTE Vincent	Neurologie
M.	GUILLAUME Cyril	Médecine palliative
M.	LE BAS François	Médecine Générale
M.	SABATIER Rémi	Cardiologie

PRCE

Mme	LELEU Solveig	Anglais
-----	---------------	---------

PROFESSEURS ÉMÉRITES

M.	DERLON Jean-Michel	Neurochirurgie
M.	GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
M.	HABRAND Jean-Louis	Cancérologie option Radiothérapie
M.	HURAUULT de LIGNY Bruno	Néphrologie
Mme	KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M.	LE COUTOUR Xavier	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LEPORRIER Michel	Hématologie
M.	RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M.	TROUSSARD Xavier	Hématologie
M.	VIADER Fausto	Neurologie

Année Universitaire 2020/2021**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M.	BOUVIER Nicolas	Néphrologie
M.	BROSSIER David	Pédiatrie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
Mme	DINA Julia	Bactériologie - Virologie
Mme	DUPONT Claire	Pédiatrie
M.	ÉTARD Olivier	Physiologie
M.	GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie
M.	JUSTET Aurélien	Pneumologie
Mme	KRIEGER Sophie	Pharmacie
M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie
Mme	LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
Mme	LEVALLET Guénaëlle	Cytologie et Histologie
M.	MACREZ Richard	Médecine d'urgence
M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	MOLIN Arnaud	Génétique
M.	SAINT-LORANT Guillaume	Pharmacie
M.	SESBOÛÉ Bruno	Physiologie
M.	TOUTIRAIS Olivier	Immunologie
M.	VEYSSIERE Alexis	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

M. HUBERT Xavier

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	ABBATE-LERAY Pascale	Médecine générale
M.	BANSARD Mathieu	Médecine générale
M.	COUETTE Pierre-André	Médecine générale
Mme	NOEL DE JAEGHER Sophie	Médecine générale
M.	PITHON Anni	Médecine générale
M.	SAINMONT Nicolas	Médecine générale
Mme	SCHONBRODT Laure	Médecine générale

MAITRES DE CONFERENCES ÉMÉRITES

Mme	DEBRUYNE Danièle	Pharmacologie fondamentale
Mme	DERLON-BOREL Annie	Hématologie
Mme	LEPORRIER Nathalie	Génétique

REMERCIEMENTS

Au Professeur Le Bas, pour avoir répondu avec enthousiasme à ma demande et accepté de présider cette thèse.

Au Docteur Sainmont, pour avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse, et également pour votre accueil en SASPAS ainsi que pour vos conseils.

À Andry, maître de stage ou directeur de thèse tu as été un pilier précieux. Merci de donner autant de ton temps. Tes patients, tes internes et tes externes ont de la chance de t'avoir.

À Céline, Emmanuel, Fred et Thomas : pour m'avoir donné confiance en moi et m'avoir encouragée dans la voie de la médecine générale.

.....
Papa Maman, merci pour votre soutien inconditionnel. Merci d'avoir construit cette famille, qui nous porte et nous rend heureux chaque jour. Vous êtes mes exemples. Je n'aurai pas réussi ce chemin sans vous. D'ailleurs tu avais raison, il est long ton chemin Papa. Maman, merci pour toutes tes proses et rites chamaniques d'avant exam.

Lucie, Léonie : mais qui m'a mis un binôme de soeurs pareil ? C'est incroyable. On a su faire de nos années d'écart une force. Je serai là pour vos vieux jours promis ! Sans rire, j'espère réussir à vous rendre un jour tout ce que vous m'avez donné.

Greg, Olive, je vous considère maintenant comme des frères. Y a-t-il des démarches à faire à la mairie pour valider ça ?

Louis, Jeanne, Pierre, les éclats rires de votre enfance, l'insouciance qui la caractérise m'ont réconfortée pendant mes études. Vous m'êtes si cher. Pour le cousin ou la cousine, il va falloir patienter encore un peu.

À mes grands parents, aux racines. À chaque jour suffit sa peine. Mais surtout à chaque jour réalise ta chance.

Jeanne, la meilleure, merci de m'avoir soutenue, supportée et même logée à la ferme célébrités pendant tout ce temps. Tu es une amie en or : toujours optimiste, créative et pleine d'humour. Merci à tous les animaux de la ferme de ne pas m'en avoir voulu de distribuer si peu souvent la nourriture.

Les anges, je vous écris ici à tous dans votre ensemble, quel groupe extraordinaire ! D'abord une équipe de filles étudiantes, vaillantes, bienveillantes, qui a su s'entourer d'hommes aimants et drôles. À tous ces moments magiques passés ensemble, à tous les prochains. Aux chutes sur terre ou sur neige, aux clémentines sur drive ou sur front, aux danses à Calvi ou aux Arcs, aux pâtes au pesto rosso ou au pesto rosso.

Les démons, seule une impro de danse contemporaine pourrait vous remercier correctement. Hélas je ne peux pas inclure de GIF dans mes remerciements.

Ludo, tu as déjà su me montrer que tu étais prêt à m'épauler dans mes projets, à supporter mes talents culinaires fragiles. Je n'ai jamais rencontré quelqu'un qui me ressemblait autant (sauf pour la cuisine du coup). J'attends la suite avec impatience.

Je vous aime.

ABREVIATIONS

AFGSU = Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence

ARM = Assistant de régulation médicale

AT = Arrêt de Travail

ATCD = Antécédents

DSNP = Demande de Soins Non Programmés

DREES = Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

JAPD = Journée d'Appel de Préparation à la Défense

PSC 1 = Prévention et Secours Civiques de niveau 1

INDEX Tableaux et figures

Figure n°1 = Diagramme de flux.

Figure n°2 = Urgences vraies et difficultés par motif de consultation.

Figure n°3 = Urgences relatives et difficultés par motif de consultation.

Figure n°4 = Urgences ressenties et difficultés par motif de consultation.

Figure n°5 = Difficultés en fonction des trois types d'urgences.

Figure n°6 = En ce qui concerne le comportement du patient, qu'est-ce qui vous empêche le plus de gérer correctement une urgence lors d'un appel téléphonique ?

Figure n°7 = En ce qui concerne le cabinet de médecin(s) dans lequel vous travaillez, qu'est-ce qui vous empêcherait le plus de dépister une urgence vraie lors d'un appel téléphonique ?

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION

- I.1) Contexte
- I.2) Le métier de secrétaire médicale
- I.3) L'urgence en médecine générale
- I.4) Objectif de l'étude

II. MATERIEL ET METHODES

- II.1) Type d'étude
- II.2) Population étudiée
- II.3) Moyen d'inclusion
- II.4) Choix de la méthode
- II.5) Recueil et analyse des données

III. RESULTATS

- III.1) Population étudiée
- III.2) Renseignements généraux
 - III.2.1) Sexe ratio
 - III.2.2) Tranches d'âge
 - III.2.3) Années d'expérience
 - III.2.4) Formation au métier de secrétaire
 - III.2.5) Formation de secourisme
 - III.2.6) Type de secrétariat
 - III.2.7) Type de cabinet médical
 - III.2.8) Type de patientèle

III.3) Réponses au questionnaire

III.3.1) Types d'urgences

III.3.2) Urgences vraies : difficultés liées au motif de DSNP

III.3.3) Urgences relatives : difficultés liées au motif de DSNP

III.3.4) Urgences ressenties : difficultés liées au motif de DSNP

III.3.5) Difficultés des secrétaires par type d'urgence

III.3.6) Fréquence des urgences vraies

III.3.7) Fréquence des urgences relatives

III.3.8) Fréquence des urgences ressenties

III.3.9) Consignes données aux secrétaires par les médecins de leur cabinet face aux différents types d'urgences

III.3.10) Révélation du motif de consultation par le patient en DSNP

III.3.11) Capacité des secrétaires à différer une consultation en DSNP pour une urgence ressentie

III.3.12) Difficultés au tri des DSNP liées au comportement du patient

III.3.13) Difficultés au tri des DSNP liée à la secrétaire elle-même

III.3.14) Difficultés au tri des DSNP liées à l'organisation du cabinet

IV. DISCUSSION

IV. 1) Difficultés liées aux urgences ressenties

IV. 2) Difficultés liées aux urgences vraies

IV. 3) Difficultés liées au patient

IV. 4) Régulation

IV. 5) Forces et faiblesse de l'étude

V. CONCLUSION

INTRODUCTION

I.1) Contexte

La réponse aux demandes de soins urgents ou non programmés est actuellement un enjeu majeur en médecine générale en regard de la crise démographique à laquelle fait face notre profession et de l'encombrement des services hospitaliers d'urgences (1). D'après la dernière étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de la santé et des solidarités réalisée en 2004, le nombre de consultations urgentes ou non programmées en médecine de ville s'élève à 35 millions soit 12 % du nombre total de consultations annuelles (2).

On peut définir le terme de demande de soins urgents ou non programmés (DSNP) par :

- des urgences repérées comme telles par le médecin
- des recours intervenant en dehors des horaires d'ouverture du cabinet du médecin
- des recours ayant lieu pendant les heures d'ouverture du cabinet avec des patients déclarant avoir eu besoin de voir un médecin dans la journée (3).

En parallèle à l'augmentation des DSNP, les médecins généralistes doivent faire face à une diminution de l'offre de soin en ambulatoire dans les prochaines années. Le nombre de médecins généralistes devrait continuer à diminuer avec des départs en retraite non remplacés. On estime qu'il y aura 81 804 médecins généralistes en activité en 2025 contre 87 801 en 2018 (4). À la diminution du nombre de médecins généralistes s'ajoute la diminution du temps de travail effectif des jeunes médecins généralistes libéraux : installation en moyenne plus tardive, volonté globale d'équilibrer temps de vie professionnelle et personnelle (5). D'autre part, la population française vieillit, les patients atteints de pathologies chroniques sont donc de plus en plus nombreux. Ces pathologies, voire poly-pathologies demandent une prise en charge au long court, avec des consultations de suivi pluriannuelles pour la plupart. La prévention étant au cœur du métier de médecin généraliste la prise en charge de ces pathologies chroniques est essentielle : lutter contre la douleur, éviter et dépister les complications dues à ces pathologies, repérer et agir sur les facteurs de risque d'aggravation de la maladie. Les consultations avec ces patients poly-pathologiques prennent donc une part importante dans l'emploi du temps du médecin généraliste et laisse moins de place aux DSNP. Par ailleurs, les temps d'hospitalisation tendent à se raccourcir avec une demande de suivi en ambulatoire qui charge également le

planning du médecin généraliste. Enfin, on peut constater une tendance sociétale à la demande d'immédiateté de réponse face à un symptôme, qui pousse nos patients à consulter plus vite et plus souvent qu'auparavant.

Dans ce système de santé décrit de plus en plus souvent comme essoufflé, on voit alors se dessiner l'importance du processus de tri des motifs de consultation. Et si le médecin généraliste se révèle être un des médecins de premier recours alors la secrétaire médicale en cabinet de médecine générale est un des acteurs de santé de premier recours.

I.2) Le métier de secrétaire médicale

Le métier de secrétaire médicale est défini dans l'arrêté ministériel du 27 décembre 2004 relatif au titre professionnel de « secrétaire-assistant(e) spécialisé(e) médico-social(e) ». L'arrêté du 22 octobre 2012 le modifie en secrétaire assistant(e) médico-social(e) (6). Il est encadré par la convention nationale collective du personnel des cabinets médicaux du 14 octobre 1981 (7). La formation de secrétaire médicale n'est pas obligatoire, néanmoins elle existe et peut être sanctionnée par des certificats de compétences professionnelles dont les conditions sont prévues dans l'arrêté du 25 novembre 2002.

Tout au long de cette thèse le terme féminin de « secrétaire médicale » l'emportera pour des raisons de facilité d'expression. Il reflète le fait que neuf salariés sur dix sont des femmes dans les cabinets médicaux libéraux (8).

Les secrétaires médicales ont des missions très diverses (9) et propres à chaque cabinet : prise de rendez-vous téléphoniques, accueil physique, renseignements et conseils, comptabilité, gestion de stock de matériel médical notamment. Elles sont soumises au secret professionnel. La compétence des secrétaires médicales sur laquelle nous voulons nous arrêter aujourd'hui est celle de l'activité de tri des motifs de consultation en soins primaires lors de la prise de rendez-vous, que l'on pourrait rapprocher de l'activité de régulation. Elles l'exercent quasiment sans formation. En effet, le taux de formation initiale spécialisé de secrétaire médicale se trouverait autour de 10 % à 15 % (10). Ceci est en partie expliqué par le fait que la plupart des secrétaires médicales ont commencé à exercer avant la mise en place de certifications.

Il est important de préciser que certains cabinets médicaux travaillent sans secrétaire médicale et que d'autres font appel à des plateformes téléphoniques. En France en 2012, la DREES a réalisé une étude (11) montrant que seulement 56 % des médecins généralistes libéraux avaient un secrétariat. Ces secrétariats se composaient pour 80 % d'une ou

plusieurs personnes présentes physiquement au cabinet, pour 28 % d'un secrétariat téléphonique extérieur, et pour 8 % d'un secrétariat mixte.

Le processus de priorisation des rendez-vous est complexe. Il est ancré dans la pratique de travail des secrétaires médicales, dépend de la disponibilité des rendez-vous et se base sur une triade patient-secrétaire-médecin. Ce processus est rendu de plus en plus difficile par les tensions entraînées par la discordance entre l'augmentation de la demande et la diminution des médecins généralistes disponibles. En tant que médecin, nous savons à quel point il peut être difficile de faire un diagnostic et aisé de se faire piéger : imaginer pouvoir faire du diagnostic au téléphone est donc illusoire. Il est pourtant essentiel pour les secrétaires médicales de pouvoir éliminer une urgence vitale et donner un rendez-vous rapide à un patient qui en a besoin.

I.3) L'urgence en médecine générale

Les demandes de soins non programmés représentent 12 % de l'activité des médecins généralistes libéraux en moyenne (2). La gestion des demandes de consultation dans la journée est importante : source de mécontentement pour les patients lorsqu'il n'y a plus de rendez-vous disponible, source de stress pour les secrétaires médicales dans leur rôle d'intermédiaire, source d'inconfort pour le médecin généraliste qui doit parfois refuser des patients (10).

Une deuxième étude de la DRESS, nous donne des éclairages sur les différents motifs de DSNP (12) :

- dans 81 % des cas, la demande de consultation urgente est liée à une affection aiguë
- dans 15 % des cas, elle est liée à une affection chronique, qui dans la moitié des cas est déstabilisée
- le reste des demandes concerne d'autres recours (ex : certificats médicaux divers)

On peut noter qu'en ce qui concerne les affections chroniques non déstabilisées, les renouvellements d'ordonnance sont à l'origine de 7 % des DSNP. L'urgence en médecine générale est donc de nature multiple. Elle peut aller de l'identification d'une urgence cardiologique, à la prescription d'un traitement symptomatique pour une virose. Une des compétences du médecin généraliste est donc de savoir repérer l'urgence, et de hiérarchiser les demandes, au sein d'une consultation pendant laquelle le patient peut avoir des plaintes multiples. Il doit dans d'autres circonstances être capable de rassurer et d'éduquer le patient autour de la connaissance de ses symptômes.

Dans le cadre de cette thèse nous avons choisi de retenir trois différents types d'urgences, qui semblent le mieux s'adapter sur le terrain des soins premiers :

- *l'urgence vraie*, situation où la vie du patient est en danger et où il risque de décéder faute de soins rapides et adaptés
- *l'urgence relative*, situation ne mettant pas en jeu le pronostic vital du patient mais nécessitant des soins rapides dans les 24h
- *l'urgence ressentie*, le patient considère sa demande urgente, mais sa vie n'est pas en danger et les soins / la demande peuvent être différés de plus de 24h

Même si la proportion d'urgences vraies est faible en médecine générale (pronostic vital engagé dans 1,2 % des cas lors d'une demande de soins non programmé) (12), le premier devoir du médecin et des acteurs de santé qui l'entourent au cabinet est de savoir les repérer, les prendre en charge et les aiguiller. C'est une cause de stress pour tous les acteurs médicaux, probablement la plus grande. La secrétaire médicale est en première ligne pour la repérer parmi toutes les demandes de soins non programmé. L'urgence relative est quant à elle, la variable quotidienne dans le travail de la secrétaire médicale qui doit trouver de la place dans des plannings déjà souvent très chargés, voire complets, avant même le début de la journée. Elle doit donc réussir à trouver un rendez-vous ou une solution rapide pour un patient qui souhaite un avis médical dans la journée. Cela sans que ce soit pour autant une urgence vraie. Enfin, l'urgence ressentie pourrait paraître, en comparaison, moins importante : c'est pourtant probablement cette dernière qui cause le plus d'incompréhension entre le patient et le binôme secrétaire/médecin. Face à ces considérations concernant les différents types d'urgences, il convient de rappeler que la plupart des prises de rendez-vous par les secrétaires médicales se font sans connaître le motif de consultation. En effet, lorsque le carnet de rendez-vous est peu rempli, la secrétaire n'a pas besoin de « réguler » la demande de soin.

L'organisation du carnet de rendez-vous est donc une des tâches majeures des secrétaires médicales. Le bon fonctionnement d'un cabinet médical dépend grandement de cette capacité.

1.4) Objectif de l'étude

L'objectif principal de notre travail est d'explorer les difficultés ressenties par les secrétaires médicales dans le processus de tri des motifs urgents de consultation. Les objectifs secondaires sont d'évaluer la fréquence des différents types d'urgences (vraie,

relative et ressentie) en cabinet de médecine générale, ainsi que de percevoir ce qui pourrait être amélioré du côté du médecin, de la secrétaire et du patient pour permettre la facilitation de l'activité de tri des DSNP.

II. MATERIEL ET METHODES

II.1) Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle, transversale à visée descriptive.

II.2) Population étudiée

La population cible de notre étude était représentée par des secrétaires travaillant pour des médecins généralistes installés en Normandie occidentale (Calvados, Manche et Orne). Les secrétaires travaillaient soit directement dans le cabinet médical appelé « secrétariat sur place » ou soit à distance au sein d'une plateforme d'appels téléphoniques appelé « secrétariat à distance ».

II.3) Moyen d'inclusion

Pour inclure les différents participants, nous avons choisi d'utiliser la liste Pages Jaunes® des cabinets de médecins généralistes de Normandie occidentale. Ils ont été contactés de manière aléatoire par téléphone afin de constituer un échantillon le plus représentatif possible des cabinets de la région. Lors de la communication téléphonique, la thèse était rapidement présentée avant de demander l'accord de participation à la secrétaire médicale contactée. En cas de non réponse au premier appel, un deuxième appel était lancé. S'il n'obtenait toujours pas de réponse, le cabinet en question était exclu de l'étude. Lorsque nous ne recevions pas de réponse alors qu'un accord téléphonique avait été donné, nous avons envoyé un unique mail de relance.

Par ailleurs certains médecins généralistes ayant entendu parler de cette étude ont proposé de diffuser le lien du questionnaire à des cabinets potentiellement intéressés. Les cabinets qui ont répondu dans ce cadre ont été inclus.

Les cabinets ne possédant pas de secrétariat ou n'exerçant pas une activité de médecine générale ont systématiquement été exclus. Les secrétaires ayant participé à la réalisation du questionnaire ont également été exclues de l'étude.

II.4) Choix de la méthode

Pour cette étude, un questionnaire a été conçu avec l'outil en ligne Google Forms®. Après avoir récupéré par téléphone l'adresse mail du cabinet médical concerné, le lien vers ce questionnaire était envoyé à la suite d'un résumé rapide du but de notre étude.

Une première version a été testée auprès de trois secrétaires médicales de différents cabinets de médecine générale. Les remarques formulées ont été prises en compte pour améliorer le questionnaire final. Le questionnaire final comportait 21 questions au total :

- 13 questions évaluant les différents champs de difficultés potentielles pour la secrétaire médicale :
 - 5 questions avec réponses à choix multiples
 - 8 questions à réponse unique
- 8 questions d'ordre général :
 - 6 questions avec réponses à choix multiples
 - 2 questions à réponse unique

Nous avons tenté d'explorer les différents champs de difficultés pouvant se présenter aux secrétaires : motif de consultation, planning de rendez-vous, disponibilité des médecins au téléphone, compétences personnelles des secrétaires, compliance des patients. Nous avons, avant de débiter le questionnaire, souhaité définir les différents types d'urgences pouvant être rencontrées en médecine générale : urgence vraie, relative, ressentie. Ceci par soucis de clarté et pour être sûrs que nous avons le même référentiel. Nous avons terminé le questionnaire par des questions de renseignement généraux pour qualifier notre population d'étude. Ce questionnaire est en annexe 1.

II.5) Recueil et analyse des données

Les données ont été recueillies entre le 2 décembre 2019 et le 2 mars 2020. Elles ont été saisies et analysées via Libre Office®. Les variables qualitatives sont présentées avec effectifs, pourcentages et intervalles de confiance à 95 %. Des tests de Chi-2 ont été utilisés pour réaliser des comparaisons de pourcentage à l'aide du logiciel en ligne BioStatTGV® en septembre 2020 avec un seuil de significativité standard à 0,05.

III. RESULTATS

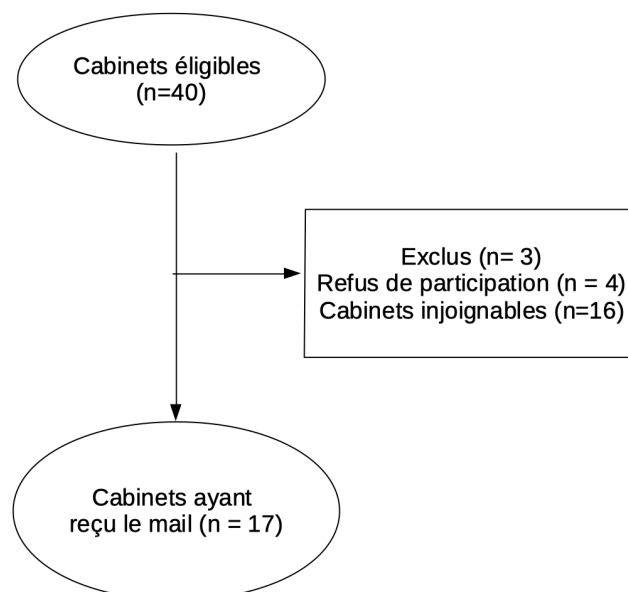
III.1) Population étudiée

Nous avons récupéré 40 numéros de téléphone de cabinets médicaux ayant les critères d'éligibilité sur la liste Pages Jaunes®. Les exclusions ont concerné 3 cabinets médicaux : le premier n'avait pas de secrétariat physique ni téléphonique, le deuxième utilisait uniquement un site de prise de rendez-vous en ligne, le troisième était un cabinet d'angiologie.

Nous avons donc inclus au total 37 cabinets médicaux. Nous avons accusé 4 refus de participation à l'étude. Nous n'avons pas réussi à joindre 16 cabinets médicaux : pour une partie les cabinets devaient nous recontacter par téléphone et n'ont pas pu le faire, pour l'autre partie les horaires de nos appels n'étaient pas compatibles avec les horaires d'ouverture des secrétariats en question.

Nous avons récupéré au total 19 réponses car pour un des cabinets 3 secrétaires différentes ont répondu au questionnaire.

Figure n°1 = Diagramme de flux



III.2) Renseignements généraux

III.2.1) Sexe ratio

Nous retrouvons uniquement des femmes dans notre étude.

III.2.2) Tranches d'âge

Notre étude ne retrouvait aucune secrétaire ayant moins de 26 ans.

La tranche d'âge la plus représentée dans notre étude est celle des 36 – 55 ans : 68,4 %, suivie de la tranche d'âge des > 55 ans : 21,1 %, puis de la tranche d'âge 26 – 35 ans : 10,5 %.

III.2.3) Années d'expérience

La majeure partie des secrétaires de notre étude avait une expérience de 9 ans ou plus en tant que secrétaire médicale : 84,2 %.

Les 3 derniers groupes par années d'expérience (moins de 3 ans, 3 ans et plus, 6 ans et plus) étaient retrouvés chacun à pourcentage équivalent dans notre travail : 5,3 %.

III.2.4) Formation au métier de secrétaire

Nous retrouvions 5 secrétaires (26,3 %) sans aucune formation.

La majeure partie des secrétaires de notre étude a reçu une formation : 73,7 % mais seulement 26,3 % a reçu une formation spécifique à son métier.

III.2.5) Formation de secourisme

Notre étude dénombrait 63,2 % de secrétaires qui n'ont reçu aucune formation de secourisme.

Aucune secrétaire n'a reçu de formation AFGSU 1.

Parmi les secrétaires travaillant dans un secrétariat sur place : 58,9 % n'ont aucune formation de secourisme.

III.2.6) Type de secrétariat

Notre étude retrouvait 17 secrétaires exerçant en cabinet sur place et 2 secrétaires exerçant sur plateforme téléphonique.

III.2.7) Type de cabinet médical

Une seule secrétaire faisait partie d'un cabinet avec un médecin seul.

La majeure partie des secrétaires de notre étude faisaient partie d'un cabinet avec au moins 2 médecins : 94,8 %.

III.2.8) Type de patientèle

La patientèle des cabinets de notre étude était en majorité rurale : 52,6 %.

III.3) Réponses au questionnaire

III.3.1) Types d'urgences

Nous comptabilisons donc 100 % [IC95 % = 84,2 % - 100 %] de secrétaires qui ont déjà rencontré une urgence vraie, 78,9 % [IC95% = 60,6 % - 97,2 %] qui ont déjà rencontré une urgence ressentie et enfin 78,9 % [IC95% = 60,6 % - 97,2 %] qui ont déjà rencontré une urgence relative.

Les secrétaires sont donc confrontées de façon courante à des demandes de consultation urgentes.

III.3.2) Urgences vraies : difficultés liées au motif de DSNP

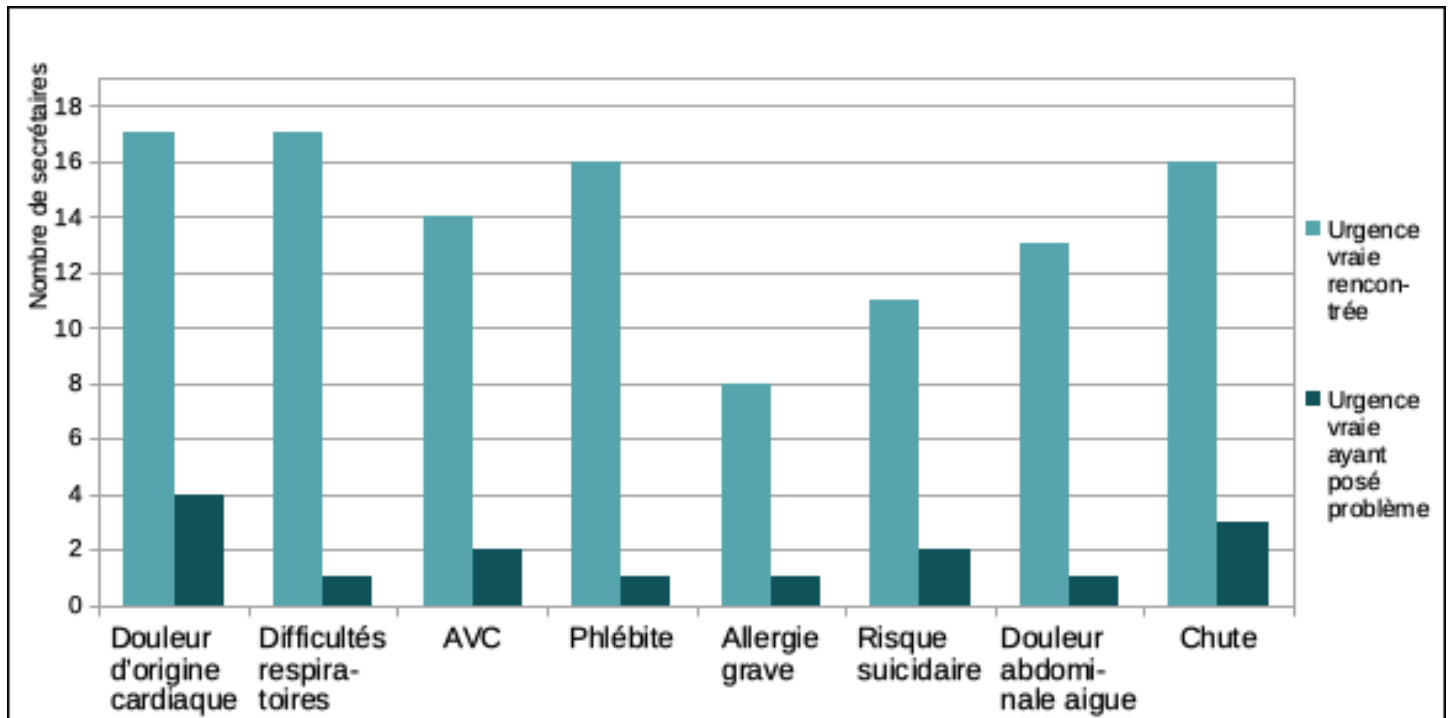


Figure n°2 = Urgences vraies et difficultés par motif de consultation (n=19)

Pour certains motifs de consultation, des exemples ont été donnés aux secrétaires médicales pour faciliter la compréhension du questionnaire (annexe 1).

Dans notre étude, les motifs d'urgence vraie les plus rencontrés par les secrétaires médicales sont en premier lieu les difficultés respiratoires, et à égalité en seconde position les douleurs d'origine cardiaques, la phlébite et les chutes.

Les motifs d'urgence vraie qui mettent le plus souvent les secrétaires en difficulté sont (par ordre décroissant) :

- les **douleurs d'origine cardiaque** pour 23,5 % des secrétaires [IC95 % = 4,4 % - 42,6 %]
- le **risque suicidaire** pour 18,2 % des secrétaires [IC95 % = 0,9 % – 35,6 %]
- les **chutes** pour 18,8 % [IC95 % = 1,2 % - 36,4%].

III.3.3) Urgences relatives : difficultés liées au motif de DSNP

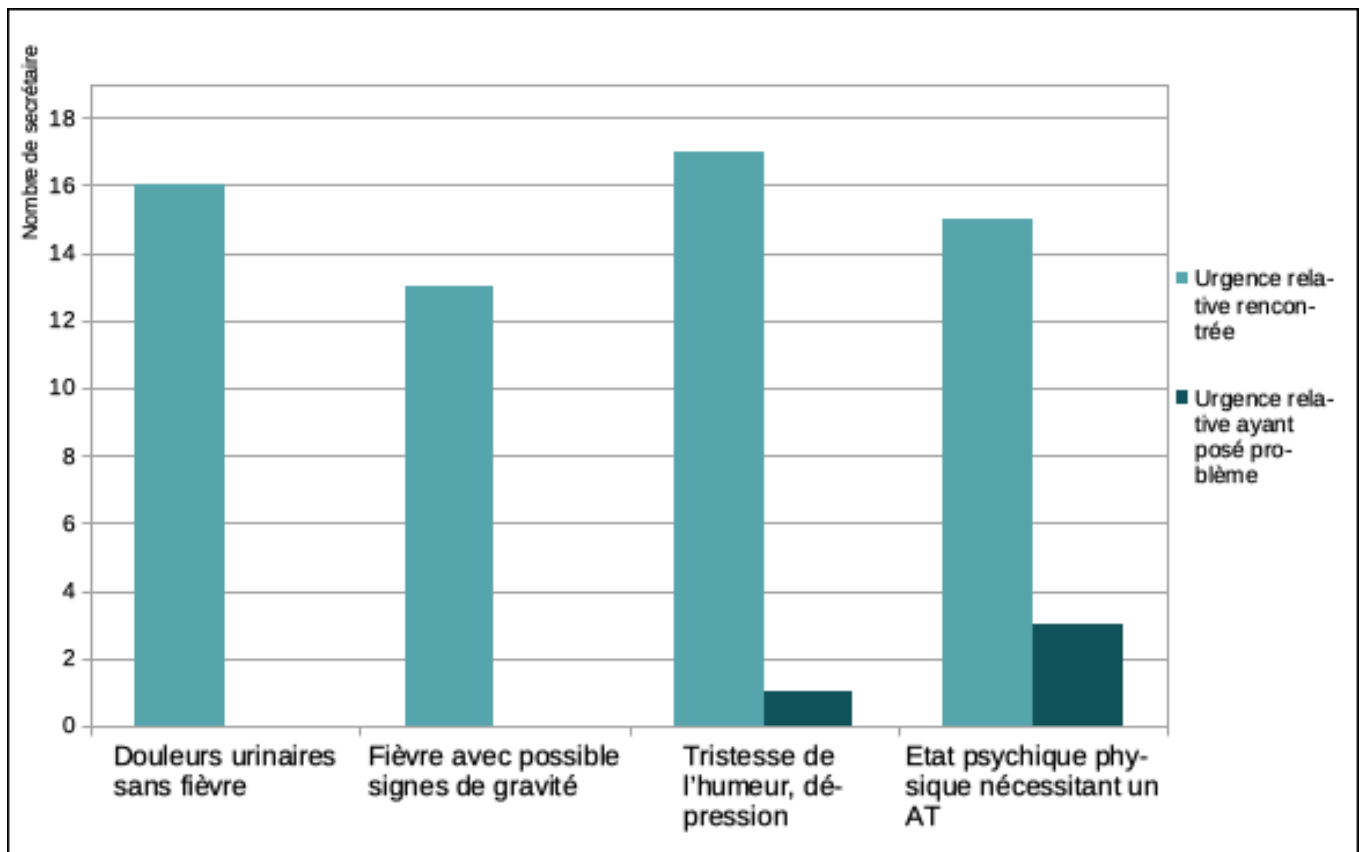


Figure n°3 = Urgences relatives et difficultés par motif de consultation (n=19)

Les secrétaires ont toutes rencontré au moins un de ces types d'urgence relative.

La gestion des arrêts de travail a posé soucis aux secrétaires dans 20 % [IC95 % = 2,0% - 38 %] des cas.

La gestion d'une dépression ou d'une tristesse de l'humeur a posé problème à 1 secrétaire.

III.3.4) Urgences ressenties : difficultés liées au motif de DSNP

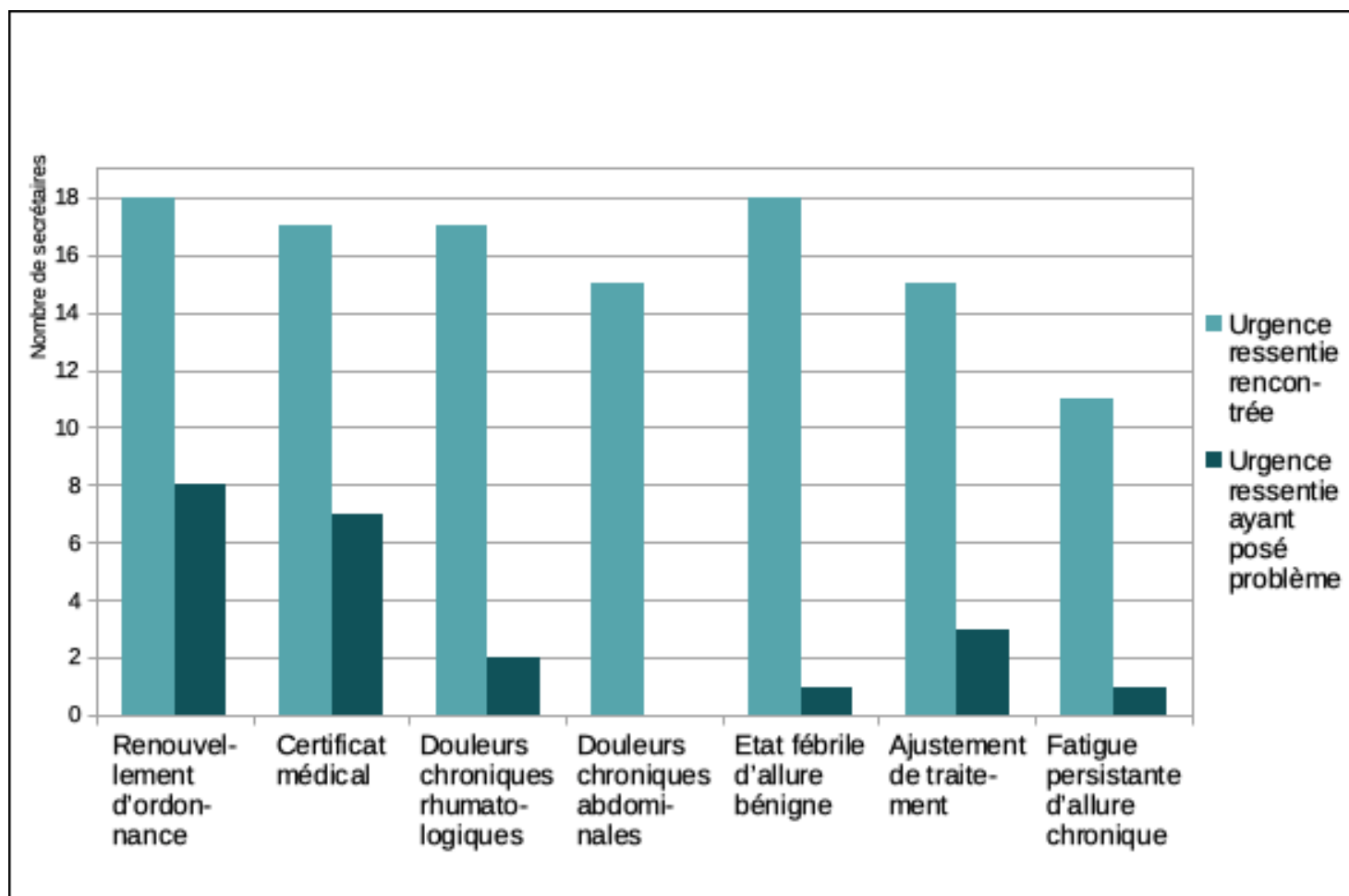


Figure n°4 = Urgences ressenties et difficultés par motif de consultation (n=19)

Les motifs d'urgence ressenties qui mettent le plus souvent les secrétaires en difficulté sont (par ordre décroissant) :

- les **demandes de renouvellement d'ordonnance** dans 44,4 % des cas [IC95 % = 22,1 % - 66,7 %]
- les **demandes de certificats médicaux** dans 41,2 % des cas [IC95 % = 19,1 % - 63,3 %]
- les **ajustements de traitement pris au long court** dans 20 % des cas [IC95 % = 1,5% - 38,5 %].

III.3.5) Difficultés des secrétaires par type d'urgence

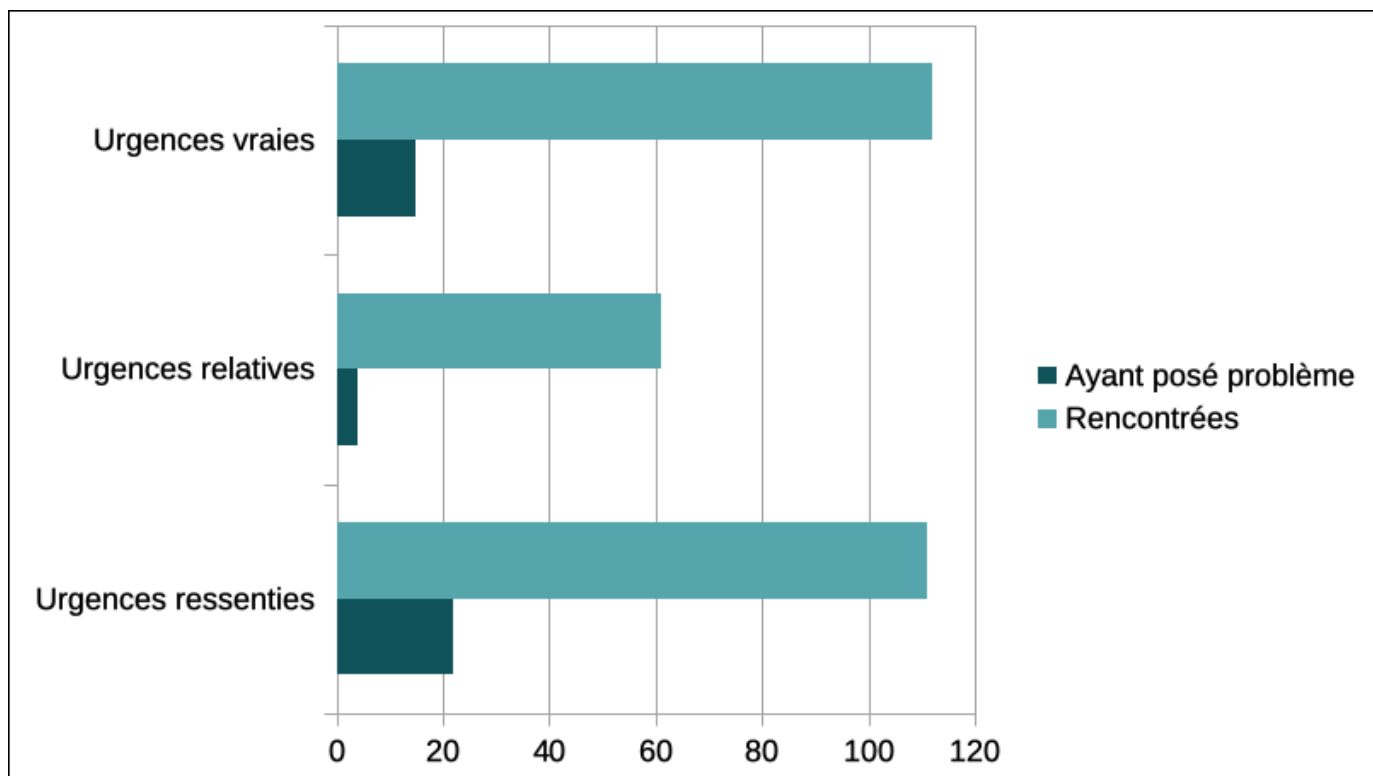


Figure n°5 = Difficultés en fonction des trois types d'urgences

Les urgences vraies ont mis les secrétaires en difficulté dans 13,4 % des cas.

Les urgences relatives ont mis les secrétaires en difficulté dans 6,6 % des cas.

Les urgences ressenties ont mis les secrétaires en difficulté dans 19,8 % des cas.

La gestion des urgences ressenties a eu tendance à poser plus de problèmes aux secrétaires médicales (p = 0,10).

III.3.6) Fréquence des urgences vraies

Pour la plus grande part des secrétaires, les urgences vraies se présentent assez rarement en cabinet : 1 fois tous les 6 mois voire moins : 63,2% [IC95 % = 41,5 % - 84,9%].

III.3.7) Fréquence des urgences relatives

Pour près de la moitié des secrétaires, la gestion des urgences relatives est quotidienne : 47,4% [IC95 % = 24,9 % - 69,9 %].

III.3.8) Fréquence des urgences ressenties

Pour plus de la moitié des secrétaires, la gestion des urgences ressenties est pluri-quotidienne : 57,9% [IC95 % = 35,7 % - 80,1 %].

III.3.9) Consignes données aux secrétaires par les médecins de leur cabinet face aux différents types d'urgences

Les secrétaires médicales ont reçu des consignes à respecter :

- pour les urgences vraies à **68,4 %** [IC95 % = 47,5 % - 89,3 %]
- pour les urgences relatives à **68,4 %** [IC95 % = 47,5 % - 89,3 %]
- pour les urgences ressenties à **73,7 %** [IC95 % = 53,9 % - 93,5 %].

Les secrétaires médicales n'ont donc pas toutes reçu des directives dans leurs cabinets respectifs pour faire face aux appels d'urgences vraies.

III.3.10) Révélation du motif de consultation par le patient en DSNP

Nous dénombrons 13 secrétaires ce qui équivaut à 68,4 % [IC95 = 47,5 % - 89,3 %] d'entre elles qui ont choisi une note $\geq 8/10$.

Nous retrouvons 21 % [IC95 % = 2,7 % - 39,3%] des secrétaires qui ont choisi la note de 5 : pour celles-ci les patients sont la moitié du temps enclins à révéler leur motif de consultation.

Pour une seule secrétaire : 0,5 % [IC95 % = 0,0 % - 3,7 %] les patients révèlent très difficilement leurs motifs de consultation.

Pour les secrétaires, les patients sont donc plutôt très enclins à révéler leur motif de consultation lorsqu'ils demandent une consultation urgente.

III.3.11) Capacité des secrétaires à différer une consultation en DSNP pour une urgence ressentie

Nous dénombrons 8 secrétaires ce qui équivaut à 42,1% [IC95 % = 19,9 % - 64,3%] des secrétaires qui ont mis une note ≥ 8 et qui arrivent assez facilement à refuser un RDV qui concerne une urgence ressentie par le patient.

Nous avons 15,8% [IC95 % = 0,0 % - 32,2%] des secrétaires qui ont mis la note de 5 et donc arrivent la moitié du temps à refuser un RDV pour une urgence ressentie.

Nous identifions 21% [IC95 % = 2,7 % - 39,3%] des secrétaires qui ont mis la note de 0 et donc n'arrivent jamais à refuser un RDV dans la journée pour une urgence ressentie.

Les secrétaires interrogées ont plutôt tendance à réussir à refuser un RDV dans la journée à une DSNP concernant une urgence ressentie.

III.3.12) Difficultés au tri des DSNP liées au comportement du patient

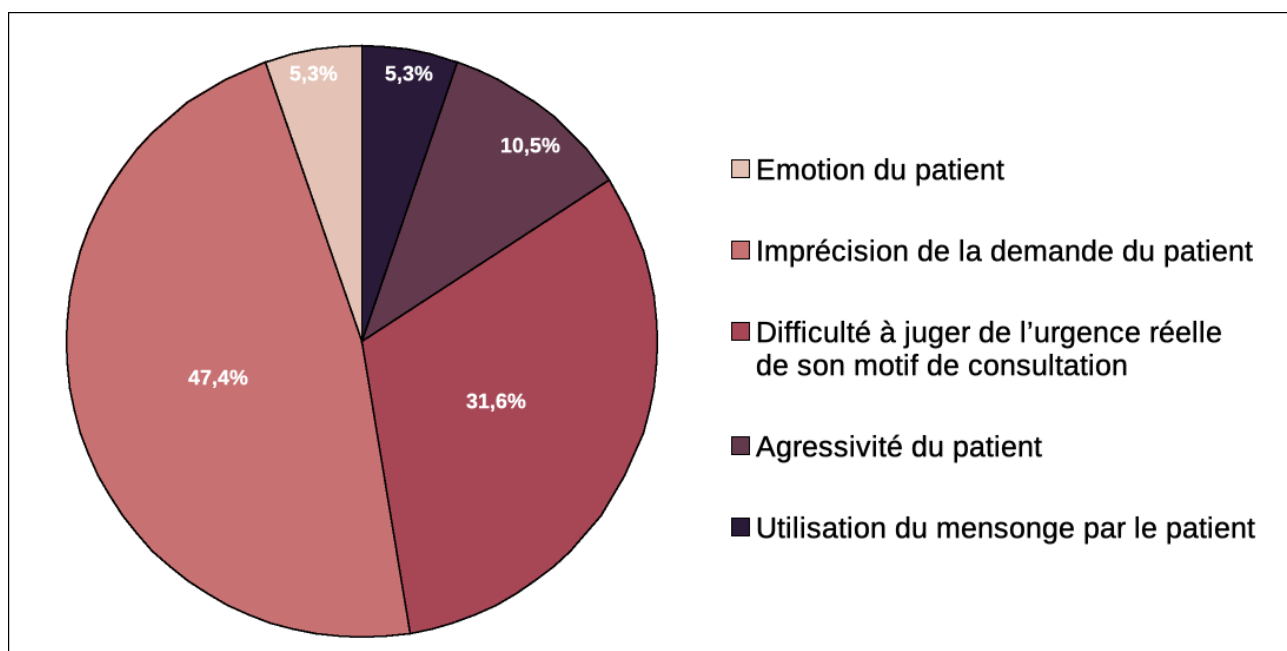


Figure n°6 = En ce qui concerne le comportement du patient, qu'est-ce qui vous empêche le plus de gérer correctement une urgence lors d'un appel téléphonique ? (n=19)

Les deux plus grandes difficultés pour les secrétaires liées au comportement du patient sont :

- pour 47,4 % [IC95 % = 24,9 % - 69,9 %] : l'imprécision de la demande du patient
- pour 31,6 % [IC95 % = 10,7 % - 52,5%] : la difficulté à juger de l'urgence réelle de sa demande par le patient lui même.

L'agressivité du patient gêne majoritairement 2 secrétaires interrogées.

C'est donc le jugement global du patient au sujet de son motif de consultation qui rend le plus le triage des secrétaires difficile.

III.3.13) Difficultés au tri des DSNP liée à la secrétaire elle-même

Les deux seules difficultés désignées par les secrétaires pour elles-mêmes sont :

- pour 76,5% [IC95 % = 56,3 % - 96,7%] d'entre elles : c'est la place d'intermédiaire entre patient et médecin qui cause le plus de difficultés
- pour 23,5 % [IC95 % = 3,3 % - 43,7 %] d'entre elles : c'est le manque de formation qui est le problème majeur.

La plus grande part des secrétaires trouve la place d'intermédiaire médecin patient difficile à gérer.

III.3.14) Difficultés au tri des DSNP liées à l'organisation du cabinet

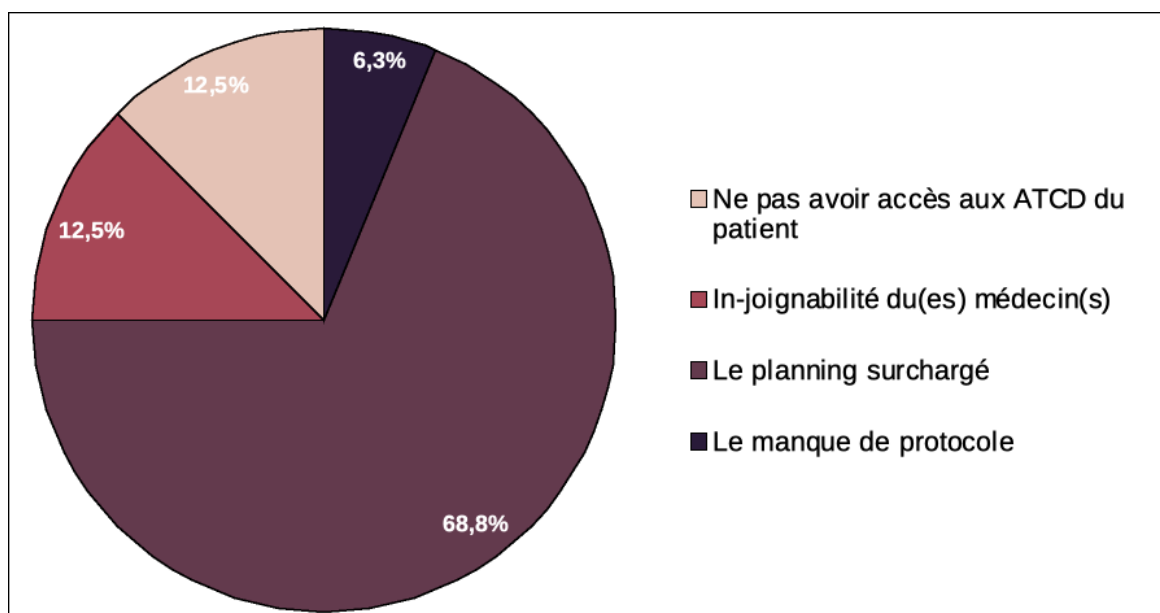


Figure n°7 = *En ce qui concerne le cabinet de médecin(s) dans lequel vous travaillez, qu'est-ce qui vous empêcherait le plus de dépister une urgence vraie lors d'un appel téléphonique ? (n=16)*

Pour la majeure partie des secrétaires : 68,8% [IC95 % = 46,1 % - 91,5%] c'est le planning surchargé qui gêne le plus la gestion des DSNP en ce qui concerne le cabinet médical.

IV. DISCUSSION

Nous avons souhaité axer notre travail sur l'activité de tri des demandes de soins non programmés des secrétaires médicales au sein des cabinets de médecine générale de Normandie occidentale. Nous avons voulu définir puis quantifier les différents types d'urgences pouvant être rencontrées en médecine générale : urgences vraies, relatives et ressenties. Le faible effectif de répondants ne permet pas une étude précise des facteurs aidants ou bloquants. On peut tout de même dégager certaines tendances : les urgences ressenties seraient les plus difficiles à gérer au quotidien pour les secrétaires médicales et les spécialités d'organe les plus complexes en terme d'urgences vraies seraient la cardiologie et la psychiatrie. Les difficultés décrites par les secrétaires médicales sont liées à leur positionnement face aux patients : leur place d'intermédiaire rend leur tâche de gestion du carnet RDV parfois difficile. Leur difficulté à traduire les messages bruts des patients pourrait être mise en lien avec leur formation généraliste de secrétaire. Une adaptation de la formation initiale et continue au sein des cabinets pourrait être une piste d'amélioration.

IV. 1.) Difficultés liées aux urgences ressenties

Probablement en lien avec leur grande fréquence et leur caractère relatif, **les urgences ressenties sont le type d'urgence qui cause le plus de difficulté aux secrétaires médicales de notre étude dans le processus de tri des demandes de consultations urgentes.** La gestion des demandes de renouvellements d'ordonnance, d'ajustement de traitement et de certificats médicaux est donc complexe au quotidien pour les secrétaires médicales. Tout d'abord, le suivi des patients aux pathologies chroniques pose problème : le renouvellement ou l'ajustement de leur ordonnance de traitements fait partie des demandes de consultation en urgence. On peut concevoir que le patient, qui appelle pour obtenir un RDV rapide, suppose qu'un renouvellement d'ordonnance est un copier-coller de la précédente. De ce fait, dans son esprit sa demande devrait être assez simple à caser dans l'emploi du temps de la journée de son médecin. De l'autre côté, la secrétaire et le médecin ne considèrent pas cette demande comme une urgence. Cette consultation est, pour ces derniers, une réévaluation d'ordonnance : l'occasion de faire du dépistage, de programmer de potentiels examens à réaliser et de reconduire ou de modifier les traitements habituels. On voit donc que du côté du duo secrétaire-médecin, une consultation pour un renouvellement d'ordonnance devrait être programmée et non pas être

un RDV pris en urgence. Dans une société où l'idéologie du « tout, tout de suite » s'étend, une éducation difficile mais nécessaire est à conduire pour le bien être de chacun. En médecine générale, la prévention, l'éducation et la promotion de la santé font partie du travail du médecin et de la secrétaire. L'une des compétences de ces acteurs de premier recours est d'aider le patient dans cet apprentissage. Sans tomber dans le paternalisme médical, conduire les patients à être acteurs de leur santé et à gérer leur traitement de fond est essentiel. Ensuite, nous avons relevé que la gestion des demandes de certificats médicaux est une autre source de difficulté pour les secrétaires. Ces certificats sont souvent demandés en urgence par les patients : accident du travail, constatation de violences, certificats de décès. Ces derniers sont justifiés et doivent donc faire entière partie des DSNP. Cependant, ils sont parfois demandés de façon abusive et ils nécessitent toujours une réflexion du médecin qui engage sa responsabilité. Notons par ailleurs que plus de 20 % des plaintes enregistrées auprès des chambres disciplinaires de première instance concernent des certificats médicaux (13). La pression mise sur les secrétaires pour avoir un RDV en urgence pour un certificat médical, parfois appuyés par la demande d'un avocat ou d'un employeur est à prendre en compte. Ces demandes, parfois illicites, ne devrait pas déranger un emploi du temps organisé autour du soin du patient. On voit donc se dessiner, la nécessité de l'optimisation des demandes de soins non urgents. Un emploi du temps optimisé permet plus de place quotidienne pour les urgences en médecine générale donc un réel avantage pour le patient. Du côté du binôme secrétaire-médecin, cela permet de ne pas devoir aiguiller trop précocement dans la journée les patients vers un service hospitalier d'urgences.

IV. 2) Difficultés liées aux urgences vraies

En terme médical ce qui nous intéresse particulièrement lors du tri des DSNP est de repérer et d'aiguiller correctement l'urgence vraie. Il est intéressant de noter que pour ce type d'urgence, les spécialités d'organes qui ont posé le plus de problèmes aux secrétaires de notre étude sont la cardiologie et la psychiatrie. **La gestion des douleurs d'origine cardiaque et du risque suicidaire est donc particulièrement complexe.** Il serait peut être pertinent d'insister sur ces points lors des formations initiale et continue des secrétaires médicales. Au sein des cabinets de médecine générale, la possibilité pour les médecins de donner quelques directives sur ces motifs de DSNP en particulier est à envisager. Notre travail révèle en effet que les secrétaires médicales interrogées n'ont pas toutes reçu de consigne dans leurs cabinets sur les motifs de consultation d'urgence vraie. Elles ont pour une majeure partie plusieurs années d'expérience et ont forgé leurs connaissances au cours

de leurs années de travail. Il est probable qu'elles aient des questions très précises construites suite à des situations complexes et inédites vécues lors de la prise de RDV. Ouvrir la discussion ou prévoir une réunion autour de ce thème des DSNP pourrait mettre en lumière les difficultés propres à chaque cabinet et adapter au mieux les réponses. Nous pouvons également envisager la création de fiches résumant les signes alarmants en cas de douleur thoracique ou de signe de dépression sévère pouvant être mises à disposition des secrétaires. La liste de ces signes serait non exhaustive, et constituerait une aide supplémentaire pour orienter les patients. Notre travail dégage également l'information que la plupart des secrétaires médicales accueillant des patients au cabinet médical n'ont aucune formation au soins de premiers secours. Hors, connaître les gestes qui sauvent diminue l'anxiété face à l'urgence vitale. Ils sont finalement assez simples lorsqu'on les répète au cours de formations. D'une manière générale les citoyens français sont très peu formés aux gestes qui sauvent des vies. Un travail d'une ampleur nationale est à faire à ce niveau.

IV. 3) Difficultés liées au patient

Les secrétaires interrogées témoignent également dans notre travail de la difficulté des patients à juger de l'urgence réelle de leur demande de consultation. La demande du patient peut être parfois imprécise, menée par l'angoisse de menace pour sa propre santé. Plus largement, le patient a parfois peu de connaissances médicales et peut être inquiet pour un symptôme mineur. Cela est tout à fait compréhensible et met de nouveau en lumière, l'avantage de conduire dans son cabinet une éducation du patient à la santé. Les secrétaires médicales relatent également la présence d'agressivité chez certains patients. Il est à notre avis indispensable que toute forme de violence soit proscrite des cabinets médicaux. Le duo secrétaire-médecin peut s'y opposer en équipe. Une demande difficilement exprimée ajoutée à des plannings surchargés rend donc la tâche du tri de la secrétaire médicale encore plus épineuse.

IV. 4) Régulation

L'activité de régulation des secrétaires en médecine générale peut être mise en parallèle avec celles des assistants de régulation médicale (A.R.M) du centre 15. Ils sont le premier maillon de la chaîne de prise en charge des urgences en tant qu'interlocuteur initial de tout patient composant le 15. Depuis 2019, une formation diplômante est désormais obligatoire (14). Cette nouvelle certification marque la volonté de sécuriser la régulation

médicale avec des professionnels assistants disposant d'une formation identique et renforcée. On note plusieurs différences dans l'activité de tri des ARM et celles des secrétaires médicales en médecine générale. D'abord, les appels reçus par les secrétaires ne sont pas tous urgents ni régulés. Lors de certains appels le carnet de RDV du médecin n'est pas encore complet, le patient est satisfait de la date de RDV et ne donne donc pas systématiquement son motif de consultation. De plus, la secrétaire médicale a un rôle central dans la vie du cabinet médical : un rôle d'accueil, un rôle de gestion administrative, parfois un rôle comptable et encore d'autres adaptés à la singularité de chaque cabinet médical. Si des plaintes vers le centre 15 sont décrites, celles vers les secrétaires médicales sont peu répertoriées. La secrétaire médicale de médecine générale est le premier acteur en contact avec la demande du patient. Son métier, pas toujours assez valorisé est une aide essentielle pour le médecin et pour une bonne prise en charge de la patientèle. Elle doit se sentir en sécurité dans son travail. En toute logique, si la formation des ARM est mieux encadrée et renforcée, celle des secrétaires devrait donc l'être également.

IV. 5) Forces et faiblesse de l'étude

Notre travail, comme tous ceux basés sur un questionnaire d'autoévaluation de la pratique, est soumis à un biais déclaratif. La taille de notre échantillon est une limite à l'extrapolation de notre travail à la population générale. Nous n'avons effectivement reçu que 19 réponses sur 35 cabinets médicaux contactés. Le faible effectif de répondants ne permet donc pas d'extrapoler à la population générale.

Notre thèse s'est focalisée sur le travail des secrétaires médicales et plus particulièrement de leur gestion des DSNP. Nous avons noté dans notre recherche documentaire que peu de thèses s'y sont intéressés. Une des forces de notre travail est donc son originalité. La secrétaire médicale est l'intermédiaire entre le médecin et le patient, son travail permet une prise en charge plus sereine de la patientèle pour le médecin généraliste. Les secrétaires médicales sont en première ligne, avec peu voire pas de formation, et se doivent d'organiser un carnet de rendez-vous souvent surchargé. Etudier un peu plus leur travail quotidien permettrait probablement d'améliorer leurs conditions de travail et par ricochet la prise en charge des patients. La médecine générale peut de plus en plus s'exercer en équipe : début 2019, 61 % des médecins généralistes libéraux ont opté pour une installation de groupe (pôle de santé ou maison médicale pluri-professionnelle) (15). À notre avis, la secrétaire médicale fait partie entière de ce travail d'équipe. S'intéresser à son travail c'est s'intéresser à la prise en charge globale du patient en médecine générale.

V. CONCLUSION

Les secrétaires médicales exercent un métier essentiel, qui demande des qualités organisationnelles, d'écoute et de patience ainsi que certaines connaissances médicales pour pouvoir gérer les DSNP. Une étude avec plus de répondants permettrait probablement de préciser les difficultés que nous avons soulevées. Il aurait peut être été intéressant de rechercher le nombre d'appels aiguillés vers le 15 par la secrétaire sur une période déterminée. Cela avec ou sans avis du médecin et pour quels motifs principaux par exemple. La possibilité de créer des réunions autour des difficultés de tri des motifs de consultation urgent dans les maisons médicales pluri-professionnelles est une piste d'amélioration.

BIBLIOGRAPHIE

1. MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE. Etablissement de santé, sociaux et médico-sociaux : La médecine d'urgence. DRESS, édition 2020. [en ligne]
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/26-19.pdf>
2. MESNIER T. Assurer le premier accès aux soins. [en ligne]
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_snp_vf.pdf (consulté le 18/11/19)
3. COLLET M, GOUYON M. Recours urgents et non programmés à la médecine générale de ville : satisfaction des patients et suites éventuelles. Etudes et résultats, DRESS, n°625, février 2008.
4. ORDRE NATIONAL DES MEDECINS. Synthèse de l'activité régulière. [en ligne]
https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude_pie6yf/cnom_atlas_2018_synthese_activite_reguliere_0.pdf (consulté le 06/01/20)
5. ORDRE NATIONAL DES MEDECINS. Etude sur l'installation des jeunes médecins. [en ligne]
https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_enquete_installation.pdf
(consulté le 06/01/20)
6. Arrêté du 22 octobre 2012 relatif au titre professionnel de secrétaire assistant(e) médico-social(e) modifiant l'arrêté du 27 décembre 2004 modifié relatif au titre professionnel de secrétaire assistant(e) spécialisé(e) médico-social(e)
7. Convention collective nationale du personnel des cabinets médicaux du 14 octobre 1981
8. OBSERVATOIRE DES METIERS DANS LES PROFESSIONS LIBERALES. Cabinets médicaux. Portrait statistique.
https://www.ompl.fr/images/Publications/EtudesBranches/sante/Cabinetsmedicaux/2014-_etude_cab._medicaux-portrait_statistique.pdf (consulté le 01/06/20)
9. LASSALLE GERARD Marion. Les secrétaires médicales en médecine générale: leur rôle, leurs taches, leurs projets. Thèse d'exercice : médecine : Nantes : 2010NANT060M

10. FAURRE Yohann. Triage par la secrétaire médicale des recours urgents et non programmés en médecine générale: étude des déterminants de l'obtention d'un rendez-vous pour le jour même. Thèse d'exercice : médecine : 2012ROUEM135
11. JAKOUBOVITCH S, BOURNOT MC, CERCIER E, TUFFREAU F. Les emplois du temps des médecins généralistes. Etudes et résultats, DRESS, n°797, mars 2012.
12. GOUYON M. Les urgences en médecine générale. Document de travail, DRESS, n°94, avril 2006.
13. CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS. Rédiger un certificat médical. [en ligne]
<https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/exercice/rediger-certificat-medical> (consulté le 24/04/20)
14. MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE. SAMU-centres 15 : vers une formation diplômante pour les assistants de régulation médicale [en ligne]
<http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/article/samu-centres-15-vers-une-formation-diplomante-pour-les-assistants-de-regulation>
(consulté le 27/04/20)
15. MACSF. Cabinets de groupe et MSP : les chiffres clés de l'installation libérale. [en ligne] <https://www.macsf.fr/Exercice-liberal/Exercer-au-quotidien/S-installer/chiffre-cle-installation-liberale-msp-cabinet-de-groupe> (consulté le 06/01/20)

ANNEXES

Annexe 1 = Questionnaire

Avant de rentrer dans le vif du sujet voici quelques définitions :

*Urgence **vraie** = situation où la vie du patient est en danger et où il risque de décéder faute de soins rapides et adaptés*

*Urgence **relative** = situation ne mettant pas en jeu le pronostic vital du patient mais nécessitant des soins rapides dans les 24h*

*Urgence **ressentie** = le patient considère sa demande urgente, mais sa vie n'est pas en danger et les soins / la demande peuvent être différés de plus de 24h*

1) Avez vous déjà été confronté(e) à des appels concernant une :

- urgence vraie
- urgence relative
- urgence ressentie

Pour les questions 2, 3 et 4 les items entre parenthèse sont là pour vous donner des exemples, ils ne constituent pas une liste exhaustive.

2) Si oui, à quelles urgences VRAIES avez-vous été confronté(e) et la(les)quelle(s) vous ont posé problème ?

	Urgence vraie rencontrée	Urgence vraie ayant posé problème
douleur d'origine cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
difficultés respiratoires (asthme aigu, embolie pulmonaire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AVC = accident vasculaire cérébral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
phlébite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

allergie grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
risque suicidaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
douleur abdominale aigue (appendicite, pancréatite)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chute (suspicion de fracture)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aucune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3) Si oui, à quelles urgences RELATIVES avez-vous été confronté(e) et la(les)quelle(s) vous ont posé problème ?

	Urgence relative rencontrée	Urgence relative ayant posé problème
douleurs urinaires sans fièvre (cystite)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fièvre avec possible signes de gravité (fièvre élevée chez l'adulte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tristesse de l'humeur, dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
état physique / psychique nécessitant un arrêt de travail (justificatif pour employeur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aucune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4) Si oui, à quelles urgences RESENTIES avez-vous été confronté(e) et la(les)quelle(s) vous ont posé problème ?

Urgence ressentie rencontrée		Urgence ressentie ayant posé problème
nécessité de renouvellement d'ordonnance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
demande de certificat médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
douleurs chroniques rhumatologiques (articulations, dos...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
douleurs chroniques abdominales (constipation, troubles digestifs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
état fébrile d'allure bénigne (rhinopharyngite, gastro-entérite)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ajustement de traitements pris au long cours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fatigue persistante d'allure chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aucune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5) Si vous avez déjà été confronté(e) à une urgence VRAIE, quelle en est la fréquence dans votre cabinet ?

- plutôt une fois par an
- plutôt une fois tous les six mois
- plutôt une fois par mois
- plutôt une fois par semaine
- plutôt plusieurs fois par semaine

6) Si vous avez déjà été confronté(e) à une urgence RELATIVE, quelle en est la fréquence dans votre cabinet ?

- plutôt une fois par an
- plutôt une fois tous les six mois
- plutôt une fois par mois
- plutôt une fois par semaine
- plutôt plusieurs fois par semaine

7) Si vous avez déjà été confronté(e) à une urgence RESSENTIE, quelle en est la fréquence dans votre cabinet ?

- plutôt une fois par an
- plutôt une fois tous les six mois
- plutôt une fois par mois
- plutôt une fois par semaine
- plutôt plusieurs fois par semaine

8) Le(s) médecin(s) avec le(s)quel(s) vous travaillez vous a/ont t'il(s) déjà donné des consignes à respecter face à un motif

- d'urgence vraie
- d'urgence ressentie
- d'urgence relative

9) Lorsque les patients vous demandent une consultation en urgence, sont-ils prêts à vous révéler le motif de consultation ? (Notez de 0 à 10, avec 0 = jamais et 10 = toujours)

Jamais										Toujours
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

10) Face à une urgence RESENTIE parvenez-vous à refuser un RDV dans la journée alors que le planning du médecin est complet ? (Notez de 0 à 10, avec 0 = jamais et 10 = toujours)

Jamais											Toujours
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Pour les questions 11, 12 et 13 : une seule réponse possible.

11) En ce qui concerne le comportement du patient, qu'est ce qui vous empêche le plus de gérer correctement une urgence lors d'un appel téléphonique ?

- L'émotion du patient
- L'imprécision de la demande du patient
- La difficulté à juger de l'urgence réelle de son motif de consultation
- L'agressivité du patient
- L'utilisation du mensonge par le patient

12) En ce qui vous concerne, qu'est ce qui pourrait vous empêcher le plus de dépister une urgence vraie lors d'un appel téléphonique ?

- votre caractère
- votre gestion du stress
- votre place d'intermédiaire entre patient et médecin
- un manque de formation

13) En ce qui concerne le cabinet de médecin(s) dans lequel vous travaillez, qu'est ce qui vous empêcherait le plus de dépister une urgence vraie lors d'un appel téléphonique ?

- Ne pas avoir accès aux antécédents du patient
- In-journabilité du/des médecins
- Planning surchargé

- Manque de protocole (appel du 15/passé le médecin)

Renseignements généraux

Etes vous :

- un homme
 une Femme

Age : 18 - 25 ans 25 - 35 ans 35 - 55 ans > 55 ans

Combien d'année(s) d'expérience avez-vous en tant que secrétaire médical(e) ?

- < 3 ans > 3 ans > 6 ans > 9 ans

Avez-vous reçu une formation de secrétaire ?

- Oui, de secrétaire médicale Oui, de secrétaire Non

Avez- vous suivi une formation de secourisme ?

- AFGSU 1 PSC 1 Initiation dans le cadre de la JAPD Aucune

Dans quel type de secrétariat exercez-vous ?

- Sur place Plateforme téléphonique

Quel est le type de cabinet médical dans lequel vous travaillez ?

- Médecin seul
 Cabinet de groupe (plusieurs médecins)
 Maison médicale (association avec professionnels paramédicaux)

Quel est le type de clientèle avec laquelle vous travaillez ?

- Urbaine Semi-urbaine Rurale

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

ANNÉE DE SOUTENANCE : 2020

NOM ET PRÉNOM DE L'AUTEUR : HUNTZINGER Charlotte

TITRE DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :

Etude des difficultés ressenties par les secrétaires médicales dans le processus de tri des motifs urgents de consultation chez l'adulte en cabinet de médecine générale

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :

La réponse aux demandes de soins urgents ou non programmés (DNSP) est un enjeu majeur de la pratique de médecine générale. L'objectif principal était d'étudier les difficultés ressenties par les secrétaires médicales dans le processus de tri des motifs urgents de consultation. Les objectifs secondaires étaient de déterminer la fréquence des différents types d'urgences en cabinet de médecine générale, ainsi que les potentiels facteurs d'amélioration de la réponse. Une étude observationnelle, transversale et descriptive a été réalisée via un questionnaire en ligne auprès des secrétaires médicales de cabinets de médecine générale de Normandie occidentale. Les motifs les plus complexes à gérer pour les secrétaires médicales sont les douleurs thoraciques, le risque suicidaire et les chutes pour les urgences vraies, les demandes d'arrêts de travail et les syndromes dépressifs pour les urgences relatives et enfin les réévaluations de traitements chroniques et les demandes de certificat pour les urgences ressenties. Ces difficultés étaient liées au jugement global du patient au sujet de sa demande de consultation, au positionnement d'intermédiaire de la secrétaire entre le patient et le médecin et à la surcharge du planning. Une adaptation de la formation initiale et continue au sein des cabinets pourrait permettre une meilleure réponse.

MOTS-CLÉS : Secrétaire médicale, médecine générale, triage téléphonique, soins urgents, DNSP

TITRE DE LA THÈSE EN ANGLAIS :

Study of medical secretaries' difficulties in management of reasons of consultation in adults in general practice

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN ANGLAIS :

Responding to requests for urgent or unscheduled care is a major issue in general medicine. The main objective was to study the difficulties experienced by medical secretaries in the management of reasons for consultation. The secondary objectives were to determine the frequency of the different types of urgent care in general practice, and to find the potential improvements in the request answer. An observational, cross-sectional and descriptive study has been carried out using an online form sent to general practice medical secretaries in west Normandy. The medical secretaries' most complex requests are chest pain, suicide risk and fall accidents for true emergencies, requests for a doctor's fit note and depression for urgent care and reassessments of chronic treatments and certificate requests for felt emergencies. These difficulties were related to the patient's overall judgment about his consultation request, the intermediate positioning of the secretary between the patient and the doctor and the overloading of the schedule. A development of initial and continuous training in the practices could allow a better response.

KEY WORDS : Medical secretary, general practice, urgent care