



HAL
open science

Gestion par les secrétaires médicales de soins non programmés en médecine générale en ville

Alexandra Lingzhi Tea

► **To cite this version:**

Alexandra Lingzhi Tea. Gestion par les secrétaires médicales de soins non programmés en médecine générale en ville. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03633554

HAL Id: dumas-03633554

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03633554v1>

Submitted on 7 Apr 2022

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.

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'État)

Par

TEA Alexandra Lingzhi
Née le 22/07/1989 à SARCELLES

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 10 MARS 2022

**Gestion par les secrétaires médicales des demandes de soins non programmés en
médecine générale de ville**

Président du jury : Monsieur le Professeur Jean-Loup HERMIL

Directrice de thèse : Madame le Professeur Elisabeth MAUVIARD

Membres du jury : Monsieur le Professeur Pascal BOULET

Monsieur le Docteur Emmanuel HAZARD

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

ANNEE UNIVERSITAIRE 2021 - 2022

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESEURS : **Professeur Loïc FAVENNEC**

Professeur Agnès LIARD

Professeur Guillaume SAVOYE

I - MÉDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Florian CLATOT	CB	Cancérologie – Radiothérapie
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale

Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CHB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET (<i>disponibilité</i>)	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CHB	Radiothérapie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mme Julie GUEUDRY	HCN	Ophtalmologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Fabrice JARDIN	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HCN	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie

Mme Isabelle MARIE	HCN	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
Mr Gaël NICOLAS	UFR	Génétique
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN (<i>détachement</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian SCHWARZ	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Réanimation médicale
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HC	Rhumatologie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate ACHAMRAH	HCN	Nutrition
Mme Elodie ALESSANDRI-GRADT	HCN	Virologie
Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Emmanuel BESNIER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
Mr Damien COSTA	HCN	Parasitologie
Me Pierre DECAZES	CB	Médecine Nucléaire
M. Vianney GILARD	HCN	Neurochirurgie
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
M. Florent MARGUET	HCN	Histologie
Mme Chloé MELCHIOR	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Sébastien MIRANDA	HCN	Médecine Vasculaire
Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>)	HCN	Virologie
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
M. Abdellah TEBANI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr Julien WILS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉ

Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais

ATTACHE TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE à MI-TEMPS

Mme Justine SAULNIER	UFR	Biologie
-----------------------------	-----	----------

II – PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

Mr Jérémy BELLIEN (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

Mme Margueritta AL ZALLOUHA	Toxicologie
Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Thomas CASTANHEIRO MATIAS	Chimie Organique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mr Chervin HASSEL	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Maryline LECOINTRE	Physiologie

Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Biologie Cellulaire
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
M. Romy RAZAKANDRAINIBÉ	Parasitologie
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mme Caroline BERTOUX	Pharmacie

PAU-PH

M. Mikaël DAOPHARS
M. Pierre BOHN

PAU

M. Damien SALAUZE

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
---------------------	---------

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

M. Eric BARAT	Pharmacie
M. Guillaume FEUGRAY	Biochimie Générale
M. Henri GONDÉ	Pharmacie
M. Paul BILLOIR	Hématologie
M. Romain LEGUILLON	Pharmacie
M. Thomas DUFLOT	Pharmacologie
Mme Alice MOISAN	Virologie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Chaïma EZZINE	Pharmacologie
M. Abdelmounaim MOUHAJIR	Parasitologie
M. Olivier PERRUCHON	Pharmacognosie

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT

M. Maxime **GRAND**

Bactériologie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MÉDECINE GÉNÉRALE

PROFESSEUR MÉDECINE GÉNÉRALE

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG) UFR Médecine générale

MAÎTRE DE CONFÉRENCE MÉDECINE GÉNÉRALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MÉDECINS GENERALISTE

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

MAÎTRE DE CONFÉRENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MÉDECINS GENERALISTES

Mr Julien **BOUDIER** UFR Médecine Générale

Mme Laëtitia **BOURDON** UFR Médecine Générale

Mme Elsa **FAGOT-GRIFFIN** UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mr Jonathan BRETON (med)	Nutrition
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Anne-Sophie PEZZINO	Orthophonie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Youssan Var TAN	Immunologie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

DIRECTEUR ADMINISTRATIF : M. Jean-Sébastien VALET

HCN - Hôpital Charles Nicolle

CB - Centre Henri Becquerel

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

SJ – Saint Julien Rouen

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.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jean-Loup HERMIL, vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail. Soyez assuré de mes sincères remerciements pour votre disponibilité.

A Monsieur le Professeur Pascal BOULET, merci d'avoir accepté d'être membre de ce jury. Veuillez accepter l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Emmanuel HAZARD, merci d'avoir accepté de vous joindre à ce jury. Vous me faites l'honneur d'évaluer mon travail. Veuillez accepter l'expression de ma très grande gratitude.

A Madame le Professeur Elisabeth MAUVIARD, merci de m'avoir proposé ce sujet de thèse et de m'avoir accompagné dans sa réalisation. Merci pour votre disponibilité. Soyez assurée de ma sincère gratitude.

A toutes les secrétaires ayant participé à cette thèse, merci d'avoir accepté de consacrer du temps à mon travail. Soyez-en très sincèrement remercié.

A toute ma famille sans exception et ma marraine, merci pour vos encouragements et votre soutien tout au long de mes études.

A Jacky, Méryème, Mémé, Jo et Isa, merci pour votre patience, votre écoute et vos conseils précieux. Vous avez été d'un grand soutien, soyez-en assuré.

A tous mes amis, pour votre amitié sincère et vos encouragements, un grand merci. Je suis heureuse de vous avoir à mes côtés.

Aux illuminés des Chemins Noirs, un grand merci pour votre patience et votre compréhension.

A Simon, un très grand merci pour ton soutien indéfectible. Sans toi, ce travail n'aurait pas été aussi abouti.

A Lauriane, pour les heures passées au téléphone afin de se détresser. Merci d'être là et d'avoir toujours répondu à mes appels.

A Sylvain, pour les soirées et les prises de judo. Merci pour tes conseils et ton soutien.

A Ludivine, merci de t'être proposée pour m'aider au début de cette thèse.

A Lingsam, merci d'avoir bien voulu relire et corriger mes écrits.

A Gaëlle, ça a été un plaisir de t'avoir comme binôme au cours de ces années d'ostéo et merci d'avoir accepté de relire et de donner ton avis sur mon intro.

A ceux qui m'ont aidé, de près ou de loin et parfois même sans le savoir, merci infiniment.

SOMMAIRE

ABREVIATIONS	17
INTRODUCTION	18
• Etat des lieux	18
• Démographie médicale.....	18
• Le secrétariat en médecine générale.....	19
• Les demandes de soins non programmés	20
• Gestion des demandes de soins non programmés	21
• La place de la secrétaire dans les soins non programmés.....	22
PROBLEMATIQUE ET OBJECTIFS.....	23
METHODE	24
• Type d'étude.....	24
• Choix des questions du guide d'entretien	24
• Critères d'inclusion	25
• Procédure de sélection	25
• Collecte des données.....	26
• Analyse des données.....	27
RESULTATS	28
• A - Les caractéristiques de la population, des cabinets médicaux et des entretiens	28
• B- Le fonctionnement du tri des SNP	30
B.1 Fonctionnement lié à l'agenda	30
B.2 Fonctionnement lié au motif.....	31
• C- Facteurs influençant le tri	32
C.1. Facteurs liés à la secrétaire.....	32
C.2. Facteurs liés aux patients	37
C.3. Facteurs liés au médecin et à l'organisation du cabinet	45
C.4. Facteurs en rapport avec l'accessibilité aux soins.....	52
• D- Conséquences du tri des demandes de SNP sur les secrétaires	53
D.1 Les sources de plaisir et d'épanouissement	53
D.2 Les sources de stress.....	54
D.3 Les facteurs protecteurs	56
D.4 Remise en question des secrétaires	57
DISCUSSION	58
• Limites et forces de l'étude	58
• Discussion des résultats	59
1. Le fonctionnement du tri des SNP.....	59
2. Facteurs influençant le tri	60
3. Conséquences du triage des demandes de SNP sur les secrétaires.....	63
• Perspectives	64
CONCLUSION	65
BIBLIOGRAPHIE.....	66
ANNEXES.....	71
RÉSUMÉ.....	75

ABRÉVIATIONS

ALD : Affection longue durée

ARS : Agence régionale de santé

CCP : Certificats de compétences professionnelles

CNOM : Conseil national de l'Ordre des médecins

CSNP : Centre de soins non programmés

CPTS : Communautés professionnelles territoriales de santé

DES : Diplôme d'études spécialisées

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

INED : Institut national d'études démographiques

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

IRDES : Institut de recherche et de documentation en économie de la santé

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle

PDSA : Permanence des soins ambulatoires

SAMU : Service d'aide médicale urgente

SAS : Service d'accès aux soins

SNP : Soins non programmés

WONCA : World Organisation of National Colleges Academies

INTRODUCTION

ÉTAT DES LIEUX

Le médecin généraliste est un spécialiste médical d'après la loi de janvier 2002 et titulaire du Diplôme d'Études Spécialisées (DES) depuis 2004. Il exerce ses compétences dans trois champs d'activités principaux selon la définition de l'Organisation Mondiale des Médecins Généralistes (WONCA). (1) Il s'agit en effet de la démarche clinique (savoir-faire principalement acquis au cours de la formation ambulatoire et hospitalière au cours de l'internat), de la communication avec les patients (acquise de manière empirique, là encore au cours de l'internat de médecine générale) et de la gestion du cabinet médical. Cette dernière est relativement ignorée au sein de l'enseignement bien qu'essentielle à l'exercice professionnel. Effectivement, avec les lois du 13 août 2004 (2) et du 21 juillet 2009 (3) (qui, respectivement, créent le rôle de médecin traitant -le plus souvent un médecin généraliste- puis renforcent son rôle essentiel d'intervenant pivot des soins de premiers recours), le médecin généraliste est donc la principale porte d'entrée dans les soins primaires.

Peu de données factuelles ont été retrouvées sur les demandes de soins non programmés (SNP) en médecine générale, les plus récentes datant de 2004. Les SNP, pris en charge par la médecine de ville, y étaient alors estimés à 35 millions de consultations ou visites tandis que 14 millions de passages étaient comptabilisés dans les structures d'urgence la même année. (4) On peut donc constater que les cabinets de médecine générale de ville prennent en charge une partie conséquente des SNP. Ces derniers constituaient qui plus est 12 % de l'activité totale des médecins généralistes de ville (5), le nombre d'actes total étant estimé à plus de 190 millions. (6) D'après une étude plus récente datant de 2010, les demandes de SNP représentaient plus de 30 % de l'activité régulière pour 4 médecins généralistes sur 10. (7)

Même si cela représente une part relativement faible de son activité, elle constitue néanmoins une source importante de mécontentement et de stress professionnel. En effet, cela nécessite une adaptation de son emploi du temps parfois difficile pour le médecin (8), pour qui la liberté d'action et d'organisation est un élément important. (9)

DÉMOGRAPHIE MÉDICALE

Contrairement aux idées communément admises, le nombre de médecins généralistes tend à connaître une croissance modérée depuis une dizaine d'années avec plus 7,5 % du volume de médecins actifs. Ainsi, au premier Janvier 2021, 312 172 médecins généralistes étaient inscrits au Conseil National de l'Ordre des Médecins, soit une augmentation d'1,6 % en une année.

Cette hausse d'inscrits concernerait néanmoins principalement le volume de retraités (actifs ou non) qui a augmenté de 75,5 % en 10 ans, ainsi que l'activité intermittente (plus 2,1 % en un an).

A cette croissance globale du nombre de médecins généralistes, il convient cependant de mettre en évidence une baisse des médecins actifs réguliers exclusivement libéraux de l'ordre de 11,3 % en 10 ans. (10) Ce déclin de l'exercice libéral exclusif devrait se poursuivre au profit du salariat et de l'exercice mixte. (11) Qui plus est, l'accessibilité géographique aux médecins généralistes a diminué de 3,3 % entre 2015 et 2018 (le nombre de consultation moyenne par an pour les français étant passé de 4,06 à 3,93). (12) Ces éléments confirment que la médecine libérale devient un exercice plus rare parmi les médecins généralistes.

De plus, d'après les projections de l'INED, le nombre d'habitants en France est voué à augmenter jusqu'en 2040 tandis que le vieillissement de la population devrait se poursuivre à minima jusqu'en 2070 (13) induisant donc une augmentation des affections longue durée (ALD) (1 personne sur 7 est déclarée en ALD à l'assurance maladie). (14) Ces projections cumulées au déclin de l'exercice libéral et à l'accessibilité géographique laissent à penser que la baisse globale de l'offre de soins actuelle s'aggravera (11), et que la quantité de SNP par médecin généraliste augmentera. D'autant plus que 6 millions de Français n'auraient pas de médecin traitant, dont 10 % souffrent d'une ALD, soit plus de 600 000 patients en ALD sans médecin traitant (15), ils se retrouvent à faire appel aux dispositifs de réponse aux SNP pour se soigner et sont potentiellement moins bien suivis.

Selon une enquête de la DREES, un médecin généraliste travaille en moyenne 57h par semaine. Même s'il existe une grande disparité entre les praticiens, ils consacrent en moyenne 9 demi-journées par semaine à leur travail, cela comprend les consultations mais également d'autres activités comme les tâches de gestion, ou encore la formation. (16)

Concernant l'état de santé des médecins généralistes, un quart se déclare être en mauvaise ou moyenne santé et 52 à 54 % des médecins qui s'estiment en mauvaise ou moyenne santé travaillent plus de 48h par semaine. De plus, seulement 30 % se sont arrêtés de travailler alors que leur état de santé le justifiait. Par ailleurs, 54 % des médecins déclarent un épuisement émotionnel et 43 % la perte d'accomplissement personnel, deux symptômes d'épuisement professionnel ou burn-out. (17)

LE SECRÉTARIAT EN MÉDECINE GÉNÉRALE

En France, 56 % des médecins généralistes disposent d'un secrétariat médical qui, dans 86 % des cas, est un secrétariat physique. (16) Bien que ce soit un métier pratiqué par les deux sexes, nous écrirons par simplicité au féminin lorsque nous parleront des secrétaires. (18)

L'arrêté du 27 Décembre 2004 (19) définit pour la première fois le métier de secrétaire médicale en « secrétaire assistant(e) spécialisé(e) médico-social(e) ». Cet arrêté est modifié par celui du 22 Octobre 2012 (20) (« secrétaire assistant(e) médico-social(e) ») puis révisé par celui du 27 Octobre 2017 (21) qui définit les rôles de la secrétaire médicale. Ceux-ci sont d'« assister une équipe dans la communication des informations et l'organisation des activités » ; d'« assurer l'accueil et la prise en charge administrative du patient ou de l'utilisateur » ; de « traiter les dossiers et coordonner les opérations liées au parcours du patient ou de l'utilisateur ». Les secrétaires médicales sont par ailleurs soumises au secret médical (art. R. 4127-72 et L. 1110-4 du code de la santé publique, art. L. 162-2 du code de la sécurité sociale).

Le diplôme de secrétaire assistant(e) médico-social(e) peut être obtenu par le biais des certificats de compétences professionnelles (CCP), il n'est néanmoins pas nécessaire pour exercer la fonction. Dans la pratique, nombre de secrétaires médicales exerçant dans les cabinets de ville n'ont pas de formation spécifique, leur activité ayant commencé avant la création de cadre réglementaires et de formations certifiées. Étant donné qu'elles sont en première ligne concernant le triage des SNP, elles en bénéficieraient particulièrement. D'autant plus que pour obtenir ce diplôme, il faut valider quatre blocs de compétences, dans un de ces blocs, ils apprennent entre autres à « accueillir physiquement ou par téléphone » les patients, à « identifier le degré d'urgence des demandes » et à « orienter les personnes en tenant compte de leur problématique ». (22)

LES DEMANDES DE SOINS NON PROGRAMMÉS

En médecine, selon le point de vue adopté, une urgence peut avoir une signification différente. En effet, on identifie deux notions d'urgences distinctes, l'urgence ressentie par le patient et l'urgence repérée par le praticien. (5) Dans les deux cas, l'urgence nécessite bien souvent une prise en charge rapide de la part du médecin.

Dans le cas de l'urgence repérée par le médecin, elle concerne toute urgence vitale ou potentiellement vitale, ainsi que les situations cliniques dont le diagnostic et/ou la prise en charge se doit d'être immédiat ou dans un délai très court.

"L'urgence ressentie", elle, concerne le sentiment du patient, son impatience, son attitude de consommateur de soin et non la gravité de son état de santé.

Ainsi, et même si une part des urgences ressenties relève bien des urgences médicales, on peut constater qu'il s'agit parfois de renouvellement d'ordonnance ou de délivrance de certificat administratif. En revanche, une urgence médicale ou vitale n'est pas forcément reconnue par le patient. (23)

Actuellement, l'activité des médecins généralistes est principalement réalisée sur rendez-vous. De ce fait, la prise en charge des urgences médicales vraies ou ressenties par le patient peut

causer des complications car ne relevant pas de son activité médicale programmée. Ainsi, ne parler que des recours « urgents » en médecine générale exclu de facto toute la partie des demandes de soins non programmés (celles sans urgence médicale mais pour lesquelles les patients estiment avoir besoin de consulter le jour même). C'est pourquoi il est préférable d'employer le terme de demandes de soins non programmés.

GESTION DES DEMANDES DE SOINS NON PROGRAMMÉS

La gestion des SNP est une priorité politique. Elle représente en effet un enjeu majeur du projet de loi « Ma Santé 2022 », lancé en février 2018. (24) Ce projet de loi est confirmé et accéléré par le « Ségur de la santé » (25), annoncé en juillet 2020, pendant une période de pandémie mondiale de Covid-19. Ainsi, le gouvernement souhaite réorganiser notre système de santé afin de garantir une réponse immédiate aux SNP, ayant constaté que de plus en plus de Français avaient des difficultés pour consulter un médecin généraliste le jour-même, se dirigeant donc vers les urgences par défaut.

Dans les faits, il s'agirait en premier lieu de structurer l'offre de soin via les acteurs de médecine ambulatoire, d'accélérer le développement des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et centres de santé, ainsi que de la coordination entre les différentes structures dans le cadre des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) (26). En second lieu, le gouvernement soutiendrait financièrement le développement des assistants médicaux auprès des généralistes afin de « libérer du temps médical ». Pour cela, une enveloppe record de 19 milliards d'euros a été investi dans notre système de santé et confiée aux ARS.

Actuellement, la permanence des soins est assurée par deux pôles de régulation : l'un libéral, l'autre hospitalier, au travers des services d'urgences.

Au sein du secteur libéral, son organisation s'effectue en quatre points. En premier lieu la médecine ambulatoire durant les heures d'ouverture du cabinet, si un médecin est absent, il peut être suppléé par un confrère pour la prise en charge de sa patientèle. Deuxièmement, les centres de soins non programmés (CSNP), là encore durant les heures d'ouverture (définies dans le rapport Grall de 2015) (27). Puis la permanence des soins ambulatoires (PDSA), hors des heures d'ouverture, et régulée par des médecins libéraux volontaires formés spécifiquement pour ça. Enfin, les urgentistes ambulatoires, tels que SOS Médecins, qui sont disponibles 24 heures sur 24 et disposant de leur propre centre de régulation interconnecté avec le SAMU – centre 15.

Il est à noter que, d'après une enquête de la DREES, 43 % des passages aux urgences pourraient être pris en charge par les services de médecine ambulatoire à condition d'avoir un plateau technique minimum dans un délai raisonnable (radiologie, biologie...). (28) Mais environ 20 % des patients actuels des urgences hospitalières ne devraient pas fréquenter ces structures car ils n'ont pas eu besoin du tout d'examen complémentaire. Par ailleurs, il est estimé que 63 % de la

demande de SNP se situe durant les heures ouvrables. Il est également estimé que 66 % de la demande est réalisée durant la période ouvrée de la semaine, avec des pics situés entre 10 et 11 heure en matinée et entre 19 et 20 heure en fin de journée. Donc en s'organisant mieux, le secteur ambulatoire pourrait prendre en charge une bonne partie des SNP. (29)

LA PLACE DE LA SECRÉTAIRE DANS LES SNP

Les demandes de SNP sont une vraie problématique pour la secrétaire qui est partagée entre les patients et leurs médecins car avec l'augmentation et le vieillissement de la population (qui entraîne également une augmentation des ALD et des patients porteurs de polyopathologies), la baisse de la densité de médecins généralistes par habitant, qui ne s'améliorera pas dans les 10 prochaines années, le fait que les consultations sont désormais plutôt sur rendez-vous ; il est difficile de satisfaire tous les patients sachant que les agendas sont déjà bien remplis actuellement. (15)

Les secrétaires sont donc obligées de tenir un agenda contraint afin de protéger la sérénité de l'exercice médical, les conditions de travail du médecin et le préserver du burn-out. La difficulté étant de donner une réponse aux patients mais sans les adresser aux urgences pour éviter de les surcharger et sans donner un surplus d'activité aux confrères médecins.

PROBLÉMATIQUE ET OBJECTIFS

La gestion des SNP fait partie de l'activité habituelle en médecine générale. Cependant, peu d'études sont retrouvées à ce sujet.

En Normandie, deux thèses ont été effectuées (30 ; 31) sur le triage des DSNP par les secrétaires en 2012. Depuis, nous n'avons pas retrouvé de thèse concernant ce sujet dans cette région. En 2021, une thèse a été réalisée par E. De Beaurepaire (32) mais à propos du « ressenti des médecins généralistes sur leur participation aux soins non programmés ». D'autres thèses ont été réalisées sur la gestion des SNP en adoptant différents points de vue, l'une est celle des médecins généralistes dans le secteur Sud-Gironde (33) et l'autre a été effectuée par observation directe ethnographique des secrétaires sur leur lieu de travail autour de Toulouse (34).

Bien que la secrétaire en médecine libérale effectue un triage des demandes de SNP, il est difficile de le décrire du fait de l'absence de réglementation et du peu d'informations sur les modalités de fonctionnement de ce triage.

De plus, la disparité démographique médicale augmente le nombre de patients sans médecin traitant, estimé à 6 millions de Français en 2021 (15), ce qui augmente également la pression sur les médecins en activité. Les secrétaires médicales doivent donc gérer les demandes croissantes de consultations ou visites de patients inconnus du cabinet alors que l'agenda des praticiens est quant à lui de plus en plus contraint.

C'est pourquoi l'objectif principal de notre étude est de décrire le fonctionnement du triage des demandes de SNP par les secrétaires médicales en médecine générale, ainsi que les facteurs influençant ce tri.

L'objectif secondaire, quant à lui, est d'analyser les conséquences de la responsabilité du triage sur la secrétaire.

MÉTHODE

Type d'étude

Pour obtenir les informations nécessaires afin d'atteindre les objectifs susmentionnés, l'étude qualitative a été privilégiée vis-à-vis de la quantitative compte tenu du manque d'informations et de l'évaluation de critères subjectifs dans la littérature.

Choix des questions du guide d'entretien

Après discussion avec la directrice de thèse, le sujet et les objectifs de cette étude ont été établis. Suite à cela, et au vu des problématiques apparues dans la littérature, nous avons commencé à élaborer le guide d'entretien. Il était constitué de plusieurs parties. Il débutait par une question large et ouverte afin de mettre à l'aise la secrétaire et de la laisser nous parler librement. Puis, nous expliquions plus précisément le sujet de notre étude et l'amenions à nous parler du triage des demandes de SNP, leur rôle et leur ressenti par rapport à ce triage.

Enfin, à l'issue de réflexions personnelles, nous avons ajouté des questions afin de mieux cerner les difficultés actuelles pour les médecins généralistes. Par exemple : « Est-ce que les patients comprennent que vos questions vous permettent de gérer le temps du médecin ? » ou encore « Arrive-t-il qu'il n'y ait vraiment pas de réponse le jour-même au cabinet alors que vous trouvez que le patient doit-être vu (même si ce n'est pas une urgence vitale) ? ». Ces questions ont été intégrées avant de débiter les entretiens. (cf. Annexe I)

Critères d'inclusion

La population cible de notre étude était les secrétaires médicales travaillant pour des médecins généralistes installés en Seine-Maritime et Eure. Elles pouvaient donner des rendez-vous en étant sur place ou à distance et étaient choisies pour former un échantillon diversifié selon les critères suivants :

Tableau I : Critères indicateur de diversité

Indicateur de diversité	
Localisation géographique	- Rural, urbain ou semi-urbain
Caractéristiques de la secrétaire	- Sexe - Age de la secrétaire - Ancienneté - Avec ou sans formation de secrétaire médicale - Travaillant seule ou avec d'autres secrétaires - Nombre d'heures de travail différent par semaine
Exercice des médecins généralistes	- Médecin travaillant seul ou en groupe - Sexe des médecins - Type de cabinet (multidisciplinaire ou que de médecins généralistes) - Mode de consultation (avec ou sans rendez-vous) - Médecin travaillant à temps partiel (3 jours ou moins par semaine) ou à temps complet (plus de 4 jours par semaine)
Type de secrétariat	- Sur place, à distance ou mixte - Horaire d'ouverture du secrétariat couvrant ou non toute la journée

Les critères de non inclusion ont été le refus de participer à l'étude ou l'absence d'au moins un des critères d'inclusion. Par ailleurs, certains cabinets n'ont pas pu faire partie de notre échantillon car ne disposant pas de ligne téléphonique.

Procédure de sélection

Le recrutement des secrétaires a initialement été réalisé durant un remplacement ou un stage. Une sélection a ensuite été effectuée sur internet en concentrant la recherche au niveau des zones géographiques intéressantes à explorer au regard de la diversité des situations et des patients. En effet, les populations et problématiques, même si offrant des aspects similaires, ne

sont pas identiques selon qu'elles soient en zone rurale, urbaine ou encore semi-urbaine, notamment du fait de la proximité ou non d'un hôpital ou de la couverture (ou son absence totale ou partielle) de la zone par SOS Médecin.

Les secrétaires ont été incluses successivement en tenant compte des caractéristiques des secrétaires déjà sélectionnées. Une secrétaire travaillant sur une plateforme téléphonique a également pu être incluse suite au contact d'un médecin généraliste utilisant ce type de secrétariat.

Le premier contact avec les secrétaires à inclure a été réalisé soit sur leur lieu de travail, soit par téléphone. Nous en profitons pour décliner notre identité, ainsi que leur présenter rapidement le sujet de notre étude.

Nous expliquions ensuite que les données seraient recueillies par entretien enregistré, fait de préférence en face à face avec elle, et à défaut en raison du contexte épidémique, par téléphone. Pour celles qui ont accepté de faire partie de l'enquête, nous avons fixé la date et l'heure de l'entretien, ainsi que le lieu du rendez-vous si la secrétaire acceptait de nous rencontrer en présentiel .

Le recrutement des secrétaires a été réalisé jusqu'à l'obtention de tous les indicateurs de diversité et ce jusqu'à saturation des données, c'est-à-dire l'absence d'émergence de nouvelle idée.

Collecte des données

Nous avons réalisé des entretiens semi-dirigés en suivant un guide élaboré en amont selon les objectifs de notre enquête et à partir de nos recherches bibliographiques. Après avoir obtenu le consentement oral des secrétaires, nous avons recueilli les entretiens par un enregistrement à l'aide d'un dictaphone. (cf. Annexe II)

L'ordre des questions du guide d'entretien n'était pas préétabli, de même que la manière de les poser. Si la secrétaire nous parlait spontanément d'un sujet, nous ne posons pas la ou les questions correspondantes.

Pendant tout l'entretien, nous nous efforcions d'adopter une attitude d'écoute neutre « active », en intervenant uniquement pour faire préciser certains points ou pour poser une question si la secrétaire s'était interrompue.

Au fil de l'analyse des entretiens, le guide a intégré de nouvelles questions afin d'affiner les objectifs de notre recherche. Par exemple : « Comment expliquez-vous au patient, le rassurez-vous pour qu'il n'aille pas ailleurs (en particulier aux urgences) ? ». De plus, afin d'être sûre que les secrétaires nous aient bien exprimé toutes leurs pensées et qu'elles n'omettaient rien (du fait de

l'absence d'une problématique dans le guide d'entretien), nous avons rajouté cette question : « Est-ce que vous pensez avoir dit tout ce qui vous semblait important ? ».

Analyse des données

La transcription par écrit a été réalisée le plus tôt possible après l'entretien pour reproduire le plus fidèlement possible les propos et réactions de la secrétaire.

Pour chaque récit, nous avons anonymisé chaque acteur ainsi que les lieux cités. Puis nous avons extrait les verbatims qui ont été codés par la directrice ainsi que l'auteure de cette thèse. Ensuite, lorsque cela était possible, ces codes ont été regroupés en sous-thèmes et thèmes communs, ce qui nous a permis d'extraire une grille d'analyse.

Cette grille a évolué à chaque fois qu'il y avait un nouveau verbatim codé, mais ne l'était pas lorsqu'un verbatim était déjà retrouvé dans un entretien précédent. En analyse qualitative, une donnée présente dans plusieurs entretiens n'a pas plus de valeur qu'une donnée présente que dans un seul entretien.

Au niveau éthique, nous recueillions l'accord oral de la secrétaire avant l'entretien et nous leur précisions qu'elle pouvait à tout moment se retirer de l'enquête si elle le souhaitait. Elle pouvait nous parler librement en sachant que l'entretien serait anonymisé durant la transcription écrite.

Tous les enregistrements seront supprimés à la fin de l'étude.

RÉSULTATS

A - Les caractéristiques de la population, des cabinets médicaux et des entretiens

Les entretiens ont été réalisés d'octobre 2020 à octobre 2021. Dans notre enquête, nous avons recruté 9 secrétaires médicales réparties dans 6 cabinets de médecine générale présents en Seine-Maritime et dans l'Eure ainsi qu'une plateforme téléphonique.

La saturation des données et la présence de tous les critères de diversités ont été obtenus au 9^e entretien.

La répartition des secrétaires dans les différents cabinets médicaux, ainsi que leur localisation géographique sont présentés dans le tableau II.

Tableau II : Répartition des secrétaires dans les différents cabinets médicaux et leur localisation

Secrétaires	Cabinets médicaux	Situation du cabinet
S1	C1	Rural
S2	C2	Semi-urbain
S3	C3	Rural
S4	Plateforme à distance	RNJ
S5	C4	Rural
S6	C1	Rural
S7	C5	Urbain
S8	C6	Semi-urbain
S9	C6	Semi-urbain

RNJ : Renseignement non justifié

Les caractéristiques des différentes secrétaires et des entretiens sont résumés dans le tableau III, celles des différents cabinets médicaux dans le tableau IV.

Tableau III : Caractéristiques des différentes secrétaires et des entretiens

Secrétaires	Sexe	Age (en années)	Expérience (en années)	Formation secrétaire médicale	Nombre de secrétaires	Nombre d'heures de travail par semaine	Durée de l'entretien (en minutes)
S1	F	43	6	Non	2	20	44
S2	F	38	20	Oui	1	30	25
S3	F	52	11	Oui	1	35	36
S4	F	36	2	Oui	20	35	50
S5	F	40	4	Non	2	35	49
S6	F	58	37	Non	2	35	40
S7	H	26	1	Non	2	24	55
S8	F	61	40	Non	3	28	46
S9	F	59	28	Non	3	28	24

L'âge médian était de 43 ans et l'expérience médiane de 11 années.

Tableau IV : Caractéristiques des différents cabinets médicaux

Cabinets médicaux	Effectif médical	Sexe des médecins	Activité du cabinet	Consultation libre possible	Temps partiel possible	Type de secrétariat
C1	1	H/F	MG	Non	Non	Mixte
C2	2	H	MG	Non	Non	Sur place
C3	4	H/F	MG	Oui	Non	Mixte
C4	7	H/F	Pluridisciplinaire	Non	Oui	Sur place
C5	3	H/F	Pluridisciplinaire	Non	Non	Sur place
C6	9	H/F	Pluridisciplinaire	Non	Non	Sur place
Plateforme	100	H/F	Pluridisciplinaire	RNJ	RNJ	RNJ

RNJ : Renseignement non justifié | H : Homme ; F : Femme

B- Le fonctionnement du tri des SNP

B.1 Fonctionnement lié à l'agenda

Tout d'abord, nous avons remarqué que le processus de tri ne se mettait en place que quand il n'y avait que peu ou plus de créneaux disponibles.

S1 : « si j'ai des créneaux non non, je les inscris d'office » (1107)

S6 : « C'est vrai que quand il y a encore de la disponibilité, bah on complète. » (155)

A l'inverse, quand de nombreuses places restaient disponibles, certaines secrétaires ne demandaient pas du tout au patient le motif du rendez-vous, ce qui rendait possible la méconnaissance d'une urgence potentielle.

S7 : « Si j'ai de la place, je ne pose pas de questions, je mets le rendez-vous. » (1197)

S8 : « S'il me dit « je veux un rendez-vous pour la semaine prochaine » moi, je lui donne le rendez-vous et je ne lui pose pas de question quand c'est comme ça. » (1308)

D'autres secrétaires, en revanche, préféraient demander le motif du rendez-vous en systématique.

S4 : « la patiente va pas nous le dire et si nous, on cherche pas à savoir, bah on va passer à côté de quelque chose qui peut être très très grave quoi. C'est pour ça que c'est important de demander le motif. » (1331)

Lorsque les places se faisaient plus rares, un triage était effectué par les secrétaires. Elles le réalisaient soit seules, ne demandant au médecin que pour disposer de créneaux supplémentaires, soit en recueillant toutes les informations nécessaires et en demandant au médecin de trier.

S3 : « Non, j'y arrive toute seule. C'est rare, ça peut arriver. Quand par exemple, les plannings sont pleins par contre et puis que j'ai besoin d'un rendez-vous, je demande au médecin pour savoir où on peut mettre éventuellement le patient » (1137)

S1 : « on prend une petite note, on prend leur numéro de téléphone et en expliquant au médecin ce que nous on a pu apprendre sur la pathologie et sur son état de santé, c'est le médecin qui juge » (1100)

S6 : « quand c'est complet, toujours demander au médecin, enfin, moi, je demande toujours au médecin. » (157)

B.2 Fonctionnement lié au motif

Si le motif de la demande était évident et non urgent (renouvellement, vaccination, certificat, examens complémentaires..), les secrétaires reportaient le rendez-vous sans demander au médecin.

S3 : « qu'est ce qui n'est pas urgent.. S'ils viennent voir, ils ont eu un résultat de biologie et qu'ils veulent en parler qu'au médecin même s'il n'y a rien. Un résultat de radio, d'écho, c'est pareil, si c'est bénin. » (192)

S8 : « Maintenant, si c'est pour un renouvellement de médicament et qu'on n'a pas de place, on leur dit d'aller renouveler chez leur pharmacien et on reprogramme un rendez-vous dans les 8 à 15 jours. » (16)

S9 : « on sait que ce n'est pas urgent..ce qui est un renouvellement de médicaments, des choses comme ça, on sait que ce n'est pas urgent donc.. » (1303)

Pour une d'entre elles, une demande administrative pouvait justifier un rendez-vous le jour même.

S8 : « parce qu'il y a des gens qui disent « je suis en accident de travail, je reprends lundi » pour un accident de travail, tu es obligé de revoir le médecin parce que le patron n'est pas obligé de le faire reprendre si la reprise n'est pas signée. » (1261)

Par ailleurs, les secrétaires mettaient en place un triage indépendant de l'état de l'agenda si elles détectaient une urgence potentiellement vitale. Ces patients étaient souvent réorientés vers les urgences ou le SAMU – Centre 15, soit à l'initiative de la secrétaire surtout lorsque le médecin était injoignable, soit après avis du médecin.

S1 : « Dans l'après-midi, ça a un petit peu dégénéré, sa femme a appelé le médecin en lui disant, mon mari est venu ce matin, ça n'allait pas fort et tout. Donc il lui a dit de faire le 15. Heureusement, il était en train de faire un infarctus. » (1163)

S4 : « Moi, je sais que ça m'est déjà arrivé, un médecin était absent, j'ai appelé le SAMU hein, le patient était en train de faire un AVC. » (114)

De même chez les personnes ayant des pathologies graves ou étant prioritaires et signalés par le médecin.

S7 : « Les médecins nous briefent aussi sur tel ou tel patient, ça ne peut pas forcément attendre. » (128)

S6 : « je sais qu'elle est diabétique ou quelque chose, donc je sais que ces gens-là, il faut qu'ils passent en priorité » (132)

C- Facteurs influençant le tri

Toutes les secrétaires que nous avons interrogées rapportaient le fait que le tri était très dépendant de l'état de l'agenda. Cependant, d'autres facteurs peuvent influencer ce tri, notamment ceux liés :

- à la secrétaire
- aux patients
- au médecin et à la gestion du cabinet
- à l'accessibilité aux soins

C.1 Facteurs liés à la secrétaire

C.1.a. Moyens mis en place par la secrétaire

Pour répondre aux difficultés dues au triage des SNP, différents moyens étaient mis en place à l'initiative des secrétaires, comme une liste d'attente du jour ou des créneaux d'urgences à ne débloquent que le jour-même.

S8 : « Après, moi, je leur dis « écoutez, je vous mets en liste d'attente, je prends votre numéro et si j'ai une annulation, je vous appelle » » (146)

S7 : « quand je vois que c'est pas mal rempli sur 3-4 jours, je bloque toujours des créneaux moi-même sur Doctolib » (190)

S1 : « Nous au cabinet médical, en remplacement là à XX, c'est nous qui le faisons » (I70) (ndlr : nous parlait des créneaux d'urgences)

Lorsqu'elles étaient dans l'impossibilité de répondre favorablement aux demandes, elles pouvaient également orienter les patients vers d'autres structures ou vers un autre praticien.

S7 : « S'il ne peut pas mais que j'ai encore de la place avec un autre médecin, je leur dis « je peux pas aujourd'hui mais j'ai tel médecin qui peut vous accueillir ». » (I46)

S8 : « quand les médecins mettent « stop », je dis « le médecin ne peut pas vous prendre, c'est la maison de garde.. ». » (I356)

C.1.b. Connaissances de la secrétaire

Le triage effectué par les secrétaires était aussi déterminé en fonction de leurs connaissances médicales. Elles évaluaient le degré d'urgence estimé et le délai de prise en charge adapté. Des critères de priorité étaient cités par les secrétaires, pouvant concerner des symptômes, motifs et/ou des patients particuliers. Ces différents critères sont présentés dans les tableaux ci-dessous.

Tableau V : Terrains prioritaires

Patients prioritaires	
Enfants et personnes âgées	« nous on prend surtout tout ce qui est les enfants, les personnes âgées » (S9I44)
Personnes en fin de vie et leur entourage	« il y a un patient, j'avais sa femme tous les jours au téléphone pendant 3 mois et je sais que c'était important pour lui donc là au final, il est décédé depuis » (S7I305)
Antécédents lourds	
Diabète	« je sais qu'elle est diabétique ou quelque chose, donc je sais que ces gens-là, il faut qu'ils passent en priorité » (S6I32)
Antécédents cardiaques	« Quelqu'un qui a des problèmes cardiaques » (S6I34)
Tendance suicidaire	« On sait lequel est suicidaire donc s'il appelle, faut que ce soit aujourd'hui » (S7I129)
Autisme	« ça m'embêtait parce que la petite était autiste en plus » (S8I63)

Tableau VI : Symptômes ou motifs urgents d'après la secrétaire

Fièvre	« c'est toujours, est-ce que vous avez de la fièvre ? Voilà, ça c'est le mot un petit peu.. primordial » (S1I90)
Infection urinaire	« les femmes qui ont des infections urinaires, alors ça pour moi, c'est une urgence, ça fait énormément mal et ça fait souffrir » (S3I82)
Petite traumatologie	« Une personne qui appelle aussi pour son enfant ou elle-même, un adulte ou un enfant qui s'est tordu la cheville ou voilà euh ou s'est ouvert la main, ouvert le front, suivant la profondeur de la plaie, au cabinet, ils peuvent recoudre ou voilà ! Ça, ce sont des urgences. » (S3I86)
Phlébite	« Problème de jambe aussi, ça peut être une phlébite. » (S6I191)
Douleurs thoraciques	« La dernière fois, on a eu aussi dans un camion le patient qui avait des douleurs thoraciques depuis le matin » (S6I216)
Otalgie chez l'enfant	« je fais d'abord les urgences, c'est-à-dire, les enfants qui ont des otites » (S6I27)
Bronchiolite	« il y avait plusieurs cas de bronchiolites » (S7I175)
Paralysie faciale	« Si c'est une femme avec son mari qui dit « je comprends pas, mon mari il est pas bien, sa bouche se paralyse » » (S1I220)
Perte de connaissance	« Une perte de connaissance voilà » (S2I208)
Dyspnée	« ça peut être aussi un problème pulmonaire, respiratoire chez les personnes âgées enfin, les adultes. » (S6I189)
Conjonctivite	« on a ce genre de choses, des conjonctivites » (S4I101)
Rectorragies	« « j'ai des rectorragies » souvent c'était comme ça » (S7I300)
Constipation prolongée	« voilà, une constipation.. hier, j'ai eu une maman qui appelle pour sa petite puce qui a 17 mois et qui a une constipation depuis 11 jours ! » (S2I197)
AVC	« le patient était en train de faire un AVC » (S4I15)
Anémie	« j'ai eu une patiente qui a des anémies, bon bah on dérange le médecin quoi » (S5I222)
Convulsion	« si c'est une personne âgée ou même un enfant qui convulse » (S1I112)

Un symptôme bénin chez un adulte sain pouvait devenir prioritaire si le terrain était fragile, à l'instar d'une fièvre chez un nourrisson ou chez une personne âgée.

S1 : « si c'est une personne âgée qui est diabétique qui fait de la fièvre, il va se dire, bah non, je peux pas la laisser comme ça » (1104)

S7 : « des enfants qui ont fait de la fièvre..c'est des urgences entre guillemet mais quand c'est des enfants, on ne prend pas de risque donc je le mets tout de suite en fait. » (1459)

Les secrétaires interrogées ont obtenu ces connaissances médicales par plusieurs moyens, notamment via leurs expériences personnelles et professionnelles, où les connaissances pouvaient être transmises par des médecins ou des secrétaires plus expérimentées. Celles qui possédaient le diplôme de secrétaire médicale étaient les plus à l'aise pour trier les SNP (secrétaires S2, S3 et S4).

S4 : « Après, on a toujours nos collègues qui sont là si on a besoin d'un avis « qu'est-ce que tu ferais ? » « est-ce que pour toi, c'est urgent ou pas ? » » (171)

S5 : « Et ma collègue, je pense qu'au fil des années, c'est les médecins qui l'ont guidée » (135)

S2 : « En fait, le dialogue se fait facilement quoi, y'a pas trop de panique. A part, moi je sais qu'une fois, on m'a appelé, une aide à domicile « je viens d'arriver chez une dame, elle est tombée par terre, elle répond très peu, est-ce que quelqu'un peut venir ? » Bah il faut appeler le SAMU. Mais je trouve ça tellement logique que voilà quoi » (177)

S3 : « Non, j'y arrive toute seule. » (137) (ndlr : nous parlait du triage des SNP)

C.1.c. Intuition de la secrétaire

L'intuition et le ressenti des secrétaires par rapport à une situation avait un impact important sur la gestion du tri.

S1 : « Moi, quand j'avais vraiment un doute, un truc qui me faisait vraiment dire, là c'est urgent, je dis tout de suite au patient de faire le 15. » (1218)

S4 : « on a en général les bons réflexes hein. Moi, je sais que ça m'est déjà arrivé, un médecin était absent, j'ai appelé le SAMU hein, le patient était en train de faire un AVC. » (113)

Elles remarquaient d'ailleurs souvent que les patients les plus exigeants étaient souvent les moins graves, tandis que lorsqu'il s'agissait d'une vraie urgence, les patients étaient plus compréhensifs.

S1 : « malheureusement, c'est peut-être un peu le cas où celui qui peut attendre, c'est tout de suite pressé et celui qui a besoin... » (1251)

S7 : « j'ai remarqué souvent que c'était les gens avec les pathologies les plus graves et qui sont connus pour ça qui sont plus apte à attendre que les autres. » (1448)

Ce qui pouvait être pénalisant pour le patient, même si elles s'efforçaient de détecter au mieux les situations urgentes.

S4 : « je ne veux pas dénigrer le patient mais c'est vrai qu'à les entendre, tout est urgent. Donc bah dès fois, on a peur quand même de passer à côté de quelque chose qui pourrait être vraiment vraiment urgent. » (1115)

C.1.d. Limites de leurs compétences

Les secrétaires interrogées ne se sentaient pas toujours légitimes ou compétentes vis-à-vis du triage des SNP, notamment celles n'ayant pas de formation médicale.

S1 : « le tri, voilà, comme on le dit toujours, nous on est secrétaire mais pas médecin, est-ce que c'est du cas urgent ou pas, malgré que l'on peut avoir des bases » (195)

S7 : « dès fois, c'est délicat..quand j'ai un patient qui me dit qu'il a tel ou tel symptômes, moi, je ne suis pas médecin » (1417)

De plus, elles rapportaient des limites à la bonne gestion des SNP quand cela se faisait par téléphone.

S1 : « Sur l'urgence, en soit, oui, c'est plus facile quand t'es sur le tas... » (1231)

S4 : « C'est vrai qu'à distance, ça peut être difficile. » (113)

S7 : « C'est que dès fois, c'est compliqué à gérer parce que t'as pas le patient en face de toi.. » (177)

Le fait d'avoir reçu une formation était perçu comme un atout afin de permettre un meilleur triage et mieux détecter les urgences. A cette fin, certaines secrétaires souhaitaient faire la formation avant de commencer ce métier. Pour les secrétaires n'ayant pas eu de formation, elles se rendaient bien compte que la gestion des SNP leur était plus difficile.

S4 : « La formation de base qu'on a eu au début, on sait différencier les urgences. » (1171)

S3 : « Moi, je voulais me remettre à niveau donc ça ne me posait aucun problème. » (123)

S7 : « Ouais, j'ai aucune formation alors je pense que pour moi, c'est plus compliqué là-dessus » (1135)

S7 : « C'est le truc, on va dire, qui me dérange un peu dans ce métier-là sans être formé, c'est de passer à côté de quelque chose un jour. » (1600)

Au moindre doute, la secrétaire faisait souvent facilement appel au médecin.

S3 : « si j'ai un doute, je demande au médecin, je peux même les déranger en consultation. » (1143)

S6 : « quand j'ai un doute ou un problème avec une personne, je fais comme j'ai dit tout à l'heure, je demande au médecin » (149)

C.2 Facteurs liés aux patients

C.2.a.1 Difficultés à répondre ou refus de répondre

Les secrétaires pouvaient avoir des difficultés lors du triage si le patient refusait de répondre ou donnait difficilement les informations. Certains patients n'hésitaient pas à souligner le fait qu'elles n'étaient pas médecins et paraissaient surtout pressés d'obtenir un rendez-vous.

S3 : « faut que j'arrive à entretenir le dialogue et si vraiment il n'y a plus dialogue, bah là, c'est le nom du patient, le numéro de téléphone et c'est le médecin qui s'en occupe » (1199)

S4 : « moi, je préfère passer quoi s'ils veulent pas me dire, je vais peut-être tenter en lui disant « écoutez, c'est pour vous, c'est pour pouvoir vous diriger correctement » » (1198)

S5 : « « vous n'êtes pas médecin, j'ai pas à vous dire, je veux un rendez-vous, c'est tout ce que je vous demande » Ah bah quand ils nous répondent ça, bah c'est compliqué » (122)

S6 : « je pense qu'aujourd'hui, on en arrive, c'est que les gens sont très..sont pressés, exigeants » (140)

De plus, les informations recueillies se révélaient parfois erronées ou exagérées.

S1 : « on est secrétaire, donc en fait on peut te dire un petit peu ce qu'on veut.. Donc au départ, ça peut penser être urgent, vu par le médecin et une fois arrivé avec le médecin, ça peut changer de formule.. Ce qui était urgent, est devenu beaucoup moins ! Malheureusement, je pense qu'on se fait berné..donc, non c'est pas facile. » (159)

S5 : « C'est compliqué.. parce que dès fois, ils nous roulent dans la farine aussi hein, faut pas se leurrer » (105)

C.2.a.2 Le patient présentant une urgence ressentie

Les secrétaires essayaient du mieux qu'elles pouvaient d'expliquer aux patients afin de les rassurer sur leur urgence ressentie.

S4 : « Un patient qui va nous dire « si j'ai pas de réponse tout de suite, je vais aux urgences » « mais attendez monsieur, ça ne nécessite peut-être pas d'aller aux urgences, d'aller les encombrer, on va attendre un retour du médecin, savoir ce qu'il en est, je ne pense pas que ce soit nécessaire » » (1258)

S7 : « dès fois, ça peut attendre 3-4 jours mais le patient veut tout de suite donc il faut lui expliquer gentiment qu'il ne faut pas aller aux urgences, ça ne sert à rien d'aller les engorger et qu'il va perdre plus de temps qu'autre chose d'aller là-bas. » (179)

Qui plus est, une urgence ressentie par le patient n'était pas forcément une urgence du point de vue du secrétariat. Et inversement, parfois les secrétaires pouvaient trouver une situation urgente alors qu'elle n'inquiétait pas le patient.

S7 : « quand on est patient, je pense pour nous ce qui nous arrive, c'est important, c'est plus important que tout et on comprend pas que le médecin voit d'autres patients plus urgents .. » (1254)

C.2.a.3 Refus de répondre : les secrétaires qui se réfèrent au médecin

Cependant, si le patient refusait catégoriquement de répondre, souvent, les secrétaires demandaient l'avis du médecin.

S3 : « s'ils veulent pas répondre, bah c'est directement au médecin. » (1168)

S5 : « Quand ils veulent vraiment pas répondre, on a un système de pop-up et on envoie un message au médecin » (1199)

S6 : « Leur expliquer, leur dire « j'ai demandé au médecin, il vous connaît bien, vous avez toujours l'habitude d'être là, pour lui, c'est pas urgent, vous savez, il y a beaucoup de travail.. » On essaye de les rassurer au maximum mais il y a des personnes où ça ne suffit toujours pas.. » (1153)

C.2.a.4 Refus de répondre : les secrétaires qui ne se réfèrent pas au médecin

Néanmoins, certaines secrétaires ne demandaient jamais au médecin, refusant purement et simplement de donner un rendez-vous si le patient ne voulait pas répondre.

S9 : « ils ont pas trop le choix donc s'ils veulent pas répondre à nos questions, soit on ne pose pas la question au médecin, soit on ne leur donne pas leur rendez-vous.. » (1107)

S4 : « je leur dis « Si vous ne me donnez pas le motif de l'urgence, malheureusement, je ne serai pas en possibilité de vous donner le rendez-vous » » (1227)

Par ailleurs, certains patients donnaient le motif de leur demande spontanément.

S7 : « Pour moi, si c'est urgent et que je leur dis que j'ai besoin de savoir plus ou moins ce qu'il se passe pour pouvoir transmettre, si c'est urgent, ils vont me dire ce qui ne va pas » (1298)

S8 : « en général, il nous dit « c'est pour renouveler mes médicaments » « c'est pour mon arrêt », en général, ils le disent » (1311)

C.2.b. Patient exigeant

Dans la majorité des situations, les patients acceptaient la prise en charge proposée par les secrétaires. Quand ils ne l'acceptaient pas, cela pouvait amener à un conflit. En général, elles estimaient que les patients étaient plus exigeants qu'agressifs et qu'ils avaient du mal à comprendre quand leur médecin ne pouvait pas les recevoir.

S8 : « ça se passe encore bien. On n'a pas trop de mal à gérer quand même, c'est pas trop dur.. » (1199)

S9 : « c'est moins urgent, quand il faut faire 30km, ils ont pas trop envie.. » (1321)

S6 : « On a toujours les patients exigeants, mal aimables donc là, ça nous pose un peu plus de problèmes. C'est-à-dire qu'il y a des gens avec qui ça se passe super bien et par contre, d'autres où, comme ils s'emportent, il faut automatiquement demander au médecin de rappeler systématiquement. » (168)

S7 : « devoir gérer les conflits ou les pseudo conflits qu'il peut y avoir avec le patient parce qu'on peut pas tout de suite » (1416)

S1 : « Non non, c'est pas agressif.. [...] Exigeant oui. Il sont demandeurs, comme je te dis, ils ont l'impression d'être seul au monde qu'on a le temps de les prendre. » (1503)

S2 : « souvent c'est quand même les mêmes patients qui appellent, malheureusement, il y a des gens qui sont un peu plus exigeants » (1152)

C.2.c. Le patient qui doit être réorienté

Certains patients nécessitaient d'être réorientés, une urgence vitale potentielle étant détectée.

S5 : « j'ai ma collègue qui avait une suspicion d'infarctus, le monsieur ne voulait pas aller aux urgences quoi ! Vous voyez, c'est des choses comme ça, il y a des patients qui sont très arrêtés, ils ont leur idée et ils ne comprennent pas » (196)

S6 : « La dernière fois, on a eu aussi dans un camion le patient qui avait des douleurs thoraciques depuis le matin et on était l'après-midi. Donc là, c'est pareil, on lui a dit d'aller aux urgences là où il était » (1216)

C.2.d. Patient non exigeant

Certains patients minimisaient leurs symptômes ou n'osaient pas se plaindre, ce qui pouvait faire méconnaître une urgence réelle.

S1 : « il est très mal mais si tu lui proposes demain, il va te dire oui parce qu'il a peur de te dire qu'il n'est pas bien. » (1474)

S4 : « Souvent, la petite mamie qui a peur de déranger quand on leur donne un rendez-vous. » (1325)

S7 : « elle appelait c'était « je ne veux pas déranger, si elle peut pas, elle vient quand elle peut » mais je sais que c'était important » (1442)

C.2.e. Patient agressif

Par ailleurs, quand ils étaient agressifs, c'était souvent plutôt verbalement que physiquement, même si cela pouvait être assez virulent.

S1 : « Agressif..oh non, après, c'est des paroles. » (1507)

S6 : « Il n'y a eu qu'une fois quelqu'un qui a voulu passer par-dessus le bureau à l'entrée » (1390)

Cependant, une secrétaire avait été particulièrement marquée par une agression physique à son égard et avait même pris des cours de self-défense afin d'y faire face.

S5 : « de toute façon, j'ai appris des sports de défense pour apprendre à me défendre suite à une agression que j'ai eu et une menace que j'ai eu au-dessus de chez moi. » (126)

S5 : « on a quand même une affiche avec les agressions vis-à-vis des secrétaires, comme quoi c'est punissable. Parce que c'est monté tellement loin, j'ai dit ouvertement au patient « écoutez, là, ça suffit, je vais aller déposer une plainte contre vous » » (1425)

Nous avons remarqué aussi que certaines secrétaires cédaient plus facilement à la pression des patients, à l'inverse d'autres.

S4 : « dans l'urgence, quand on donne le rendez-vous, on met quand même le motif. » (1382)

S6 : « S'il veut absolument venir et qu'il y a de la place, on va le faire venir parce qu'en général, ces gens-là, c'est des gens qui sont assez exigeants et qui sont pas toujours faciles à la discussion . Donc ceux-là, on va essayer de leur trouver une petite place dans la journée. » (1195)

S7 : « finalement, elle n'a pas eu son rendez-vous quand même ! J'ai pas voulu..quand je sais que je ne dois pas le donner, je ne le donne pas. » (1626)

C.2.f. Le patient comprend et donne des réponses

La plupart du temps, les patients étaient compréhensifs. Ils étaient peu nombreux à refuser de répondre, d'autant plus lorsque les secrétaires avaient de l'ancienneté dans le cabinet.

S6 : « Certaines personnes comprennent bien ça, mais il y en a d'autres qui ne vont pas comprendre mais c'est rare. » (1133) (ndlr : comprennent que les questions posées sont pour gérer le temps du médecin)

S8 : « Comme les gens nous connaissent, bon ça serait une remplaçante, ils oseraient peut-être pas, mais comme moi, ils me connaissent bien donc voilà ils m'expliquent leur problème » (1223)

C.2.g. Habitudes des patients lors des demandes de SNP

Concernant les recours aux SNP, les secrétaires exerçant dans un cabinet connaissent les habitudes de certains patients, d'autant plus que cela concernait souvent les mêmes patients. Quand la secrétaire était dans l'obligation de changer ces habitudes, cela pouvait être source de conflits.

S1 : « le patient n'était pas content parce que c'était une personne âgée et les personnes âgées et leurs habitudes, c'est leurs habitudes. » (1157)

S7 : « souvent, ceux qui viennent au cabinet sans rendez-vous, c'est des patients qu'on connaît, c'est des habitués et ils savent que leur médecin traitant va les recevoir » (1395)

De plus, le fait que les patients connaissent leur médecin et ses habitudes pouvaient entretenir les leurs.

S1 : « c'était un peu compliqué parce que en fait, voilà, les habitudes « habituellement, le médecin me prend, j'arrive comme ça, on me prend ». » (1167)

S2 : « il y a beaucoup de gens qui en profitent et je ne trouve pas ça normal [...] Ils savent très bien qui fait des arrêts de travail facilement ou pas.. » (1260)

Par ailleurs, les secrétaires faisaient de leur mieux pour arranger les patients en fonction de leur vie personnelle et professionnelle.

S5 : « les patients, quand ils travaillent, on essaye de moduler aussi » (1340)

S9 : « il y en a qui préfèrent attendre le lendemain parce qu'ils travaillent des choses comme ça, bah nous, on les met le lendemain. » (1203)

C.2.h. Patient du cabinet ou hors du cabinet

Un patient du cabinet était souvent prioritaire sur les créneaux d'urgences par rapport à un patient hors du cabinet, ces derniers étaient donc souvent réorientés vers leurs cabinets d'origine. Néanmoins, si le patient nécessitait une prise en charge rapide et/ou si le patient n'avait pas de médecin traitant, la secrétaire essayait de trouver une solution.

S9 : « si c'est un patient de chez nous, on essaye quand même toujours de le prendre si vraiment c'est urgent » (1152)

S6 : « si c'est un patient de l'extérieur ou du cabinet aussi, ça peut être différent parce que la personne qu'on ne connaît pas, on ne peut pas se permettre de demander aux médecins du cabinet » (161)

S7 : « Ils prennent pas tous de nouveaux patients dans leur patientèle mais les personnes qui ne sont pas du cabinet sont quand même vus. » (1373)

S8 : « il arrive en urgence, son médecin ne peut pas le prendre, il a dit qu'il était doublé, triplé.. [...] j'ai demandé à un de mes responsables ce qu'il fallait faire, il me dit « normalement, c'est pas à nous de la prendre, c'est à son médecin ». Et comme j'avais une remplaçante qui partait, je lui ai demandé et elle m'a dit « écoute, tu me la mets ». » (162)

C.2.i. Nécessité d'anticipation

Les secrétaires soulignaient le fait que si le patient savait anticiper, notamment en ce qui concerne les renouvellements d'ordonnance ou des certificats d'accident de travail, cela faciliterait grandement l'organisation de l'agenda.

S1 : « Si c'est pour un renouvellement, je pense que ça s'anticipe donc prendre un rendez-vous au jour le jour pour un renouvellement, ça va une fois mais quand c'est tout le temps la même personne et qu'on le rabâche, c'est un peu compliqué » (136)

S3 : « on estime que les renouvellements d'ordonnances, les personnes peuvent s'y prendre au moins 8 jours minimum à l'avance, justement pour éviter de bloquer les appels d'urgences. » (190)

Cependant, la plupart du temps, elles étaient obligées de le préciser au patient et de l'éduquer dans ce sens.

S3 : « Quand ils appellent, je leur dis 8 à 10 jours d'avance quand même, une bonne semaine à l'avance si ils veulent vraiment avoir leur rendez-vous et leur horaire qu'ils veulent. » (132)

S6 : « Faut faire l'éducation des gens aussi, c'est-à-dire que tout ce qui est renouvellement d'ordonnance, vaccination, visite pour les nourrissons, il n'y a rien d'urgent » (1340)

S9 : « moi, je leur dis « reprenez le rendez-vous maintenant parce que vous savez bien que si vous attendez le jeudi pour prendre un rendez-vous le vendredi, vous n'aurez pas de place.. ». » (1272)

C.3 Facteurs liés au médecin et à l'organisation du cabinet

Selon plusieurs secrétaires, l'organisation de leur cabinet n'était pas adapté à un bon triage, notamment du fait de la multiplicité de leurs tâches, des conditions matérielles et selon la disponibilité du médecin. Cela pouvait avoir un impact sur l'efficacité de leur travail.

C.3.a. Conditions matérielles

S6 : « Prise de rendez-vous par téléphone, rangement de courriers, sortir les dossiers, faire les dossiers, ranger des comptes-rendus, être un petit peu à l'écoute des gens » (16)

S5 : « l'accueil est très mal fait et donc, quelque part, les patients quand on répond au téléphone, moi devant moi, j'ai un grand coffret où l'on ne me voit pas, et donc quand les gens m'aperçoivent, bah j'ai la tête penchée parce qu'il y a tellement un brouhaha à côté de moi » (1171)

S8 : « tu fais 50 fois les bannettes parce que le patient vient, c'est pas prêt.. Alors, comme les bannettes c'est dans le bureau derrière, tu te relèves, t'as le téléphone qui sonne t'as du monde devant » (1177)

C.3.b. Relations avec le médecin

S5 : « On s'envoie faire paître en quelque sorte en nous disant « je suis en consultation, pourquoi vous me dérangez ? ». Voilà, bah on leur explique qu'on a un doute et qu'on a besoin de leur aval » (1355)

S9 : « Dans la mesure du possible, on essaye de pas tout le temps les déranger parce qu'on sait bien qu'avec eux, ils sont avec des patients et c'est pas toujours facile d'être tout le temps dérangé. Parfois, c'est vrai qu'ils râlent un peu.. » (1242)

S7 : « il y a le médecin qui me dit « me rajoute rien » mais je sais qu'il veut que je lui rajoute, il est un peu.. » (1465)

S5 : « Nous aussi, on est des êtres humains et puis bah, vous prenez soin de vos patients mais regardez d'abord votre personnel quoi.. » (1162)

C.3.c. Conditions de travail de la secrétaire

Dans certains cabinets, les secrétaires devaient prioriser leurs tâches lorsqu'il y avait beaucoup d'activité. Elles privilégiaient souvent la prise d'appels. A contrario, dans les cabinets employant plusieurs secrétaires, certaines pouvaient être dédiées à d'autres tâches (gestion des courriers et des dossiers, accueil des patients..) et faciliter ainsi le travail de leurs collègues.

S5 : « Je le vois, régulièrement, on a des petites réflexions comme quoi on va pas assez vite pour répondre au téléphone » (1149)

S8 : « toujours être là au téléphone, sinon c'est compliqué, dès que tu décroches à 8h05, le répondeur se déclenche et t'en as jusqu'à 19h le soir. Je sais pas combien on a d'appels par jour.. » (158)

S9 : « c'est celle qui est là que le matin qui trie le courrier. Non, on n'a pas le temps en fait, déjà qu'avec le téléphone.. » (119)

Les lundis étaient, dans tous les cabinets, des journées plus difficiles que les autres du fait d'une plus grande activité. De même les samedis dans certains cabinets, du fait du nombre restreint de médecins présents.

S1 : « souvent, c'est le lundi que tu remplis le planning » (1485)

S3 : « Les plannings sont pleins. Et surtout le lundi » (111)

S9 : « comme le samedi, c'est vrai qu'on n'a pas beaucoup de médecins non plus..donc pour l'instant, on envoie plus vers la maison de garde » (1314)

Certaines périodes de l'année, en particulier l'hiver, ou en raison d'un contexte particulier (comme une crise épidémique) posaient plus de difficultés aux secrétaires pour répondre aux SNP.

S3 : « le samedi, ils tournent à 2 et quand on voit en période d'hiver comme là en ce moment, ils peuvent tourner à 3 s'il y a beaucoup de demandes. » (118)

S4 : « Peut-être en période de Covid là, où ça a été compliqué, je ne vais pas vous le cacher. C'est vrai que les patients.. un petit peu de fièvre, un peu de toux, c'était vite la panique quoi. » (1124)

D'autant plus si la demande concernait une visite à domicile. Et si le médecin traitant du patient était absent, cela compliquait encore plus la tâche de la secrétaire.

S3 : « ça arrive qu'ils fassent leurs visites le midi sur le temps de la pause, mais il faut que la visite soit du jour et que la visite soit urgente » (1297)

S9 : « c'est un peu plus difficile, par exemple quand c'est des visites à domicile et que son médecin n'est pas là, alors, quand je pose la question aux autres médecins, c'est toujours un peu plus compliqué, personne ne veut y aller » (185)

C.3.d. Consignes des médecins

Pour les aider dans leur triage ou pour le transfert des appels, les secrétaires pouvaient avoir des consignes des médecins (écrites ou orales). Cependant, certaines secrétaires devaient les demander.

S4 : « Ça va dépendre aussi des consignes qu'on a du praticien. » (15)

S7 : « Ils m'ont donné pas mal de consignes du coup, enfin, j'ai demandé parce qu'ils m'ont lâchée comme ça au début au secrétariat. Je pense qu'ils avaient peut-être pas non plus le temps de me briefer » (1508)

Les consignes pouvaient être variables selon les médecins, même au sein d'un même cabinet. Elles observaient d'ailleurs une grande différence entre les anciens et les nouveaux médecins en terme d'horaires de travail, ainsi qu'au niveau des consignes. Certains médecins demandaient aux secrétaires de filtrer les appels alors que d'autres non.

S1 : « Après, je vois Mr A4, Mr A2, on arrivait encore à les déranger. Les nouveaux médecins partout où je vais en général, je vois A5, c'était « tu prends leur nom, leur numéro de téléphone ». » (1364)

S6 : « en fonction du médecin bien sûr parce que chaque médecin a sa façon de travailler » (179)

S7 : « J'ai un médecin qui ne prend aucun coup de fils sauf des labos ou d'autres médecins, sinon il ne prend aucun coup de fils donc que des notes. Et il y a un médecin, il prenait tous les coups de fils mais 3/4 du temps, il me disait que c'était des coups de fils pas important, pas utile donc une perte de temps, maintenant, je filtre beaucoup.. » (1236)

S5 : « les jeunes médecins, c'est pas du tout la même ouverture d'esprit » (1273)

S9 : « Les jeunes médecins qui arrivent maintenant ne veulent plus faire des horaires comme faisait les anciens.. C'est plus pareil » (1131)

Elles étaient conscientes qu'il ne fallait pas déranger le médecin en permanence même s'il était très souple et compréhensif.

S1 : « le médecin peut pas s'amuser à rappeler Pierre, Paul, Jacques parce qu'il a mal à un endroit. Bon voilà, faut quand même que ce soit...pas urgent mais voilà, avoir une réponse à donner qui en vaut la peine. » (1366)

S7 : « Ils m'ont dit de pas hésiter donc j'y vais pas pour rien, j'y vais pas tout le temps mais j'hésite pas. » (1532)

S9 : « ils n'ont pas que ça à faire non plus de téléphoner tout le temps.. » (198)

Certains médecins, cependant, ne donnaient aucune consigne.

S4 : « malheureusement, il y a des médecins qui nous donne pas d'indications et là, c'est compliqué » (1447)

Parfois, les secrétaires s'adaptait difficilement à ces consignes qui pouvaient varier dans le temps et étaient peu précises.

S8 : « S'il me dit « je vous avais dit que je ne prenais plus personne » ou « j'ai quelque chose de prévu ce soir ».. On leur dit que vous nous aviez dit au départ que « si vous avez quelque chose, hésitez pas à nous poser des questions, on est là pour nous demander » » (1384)

S8 : « avec Dr H6, on est un peu en conflit ensemble parce qu'elle dit « rappelez-moi demain » mais le lendemain, dès fois, elle n'est pas là » (1455)

C.3.e. Solutions proposées ou non par les médecins

Certains médecins proposaient des solutions claires aux secrétaires afin de les orienter dans leur triage.

S5 : « on a des consignes hein, les fièvres de moins de 48h, chez un enfant qui fait de la fièvre, moins de 48h qui baisse au Doliprane, les médecins nous demandent d'attendre 48h pour fixer un rendez-vous » (1190)

S9 : « il y a des médecins, ils arrivent le matin et ils nous disent par exemple « vous pouvez doubler à 9h, 10h, 11h » mais c'est pas la même chose pour tous les médecins, ça dépend du médecin » (1140)

D'autres en revanche ne donnaient aucune solution au sein de leur cabinet.

S4 : « si le médecin est là et qu'on est autorisé à le déranger, parce qu'on a des médecins qui nous le disent « vous pouvez nous appeler » et on a des médecins qui sont moins cool, il y a aussi des praticiens qui sont pas très cool qui eux, refusent catégoriquement un rajout en urgence, le passage de communication » (1266)

C.3.f. Adaptation des médecins et organisation du cabinet

Pour faire face à la pénurie médicale ressentie par les secrétaires de notre région, plusieurs possibilités s'offraient au médecin pour les aider, même s'il leur semblait difficile de répondre à tous les SNP.

S1 : « il faut se dire qu'on n'a plus de médecins et que, oui, tu veux voir ton médecin, mais est-ce que tu peux avoir un peu de patience aussi... » (186)

S6 : « Je pense qu'aujourd'hui, on en est là, il y a un manque de médecin mais les gens sont quand même de plus en plus exigeants et c'est à dire que s'ils ont décidé aujourd'hui de venir chez le médecin, faut que ce soit aujourd'hui, ça n'est plus si c'est une urgence ou pas » (1158)

La plupart des médecins généralistes avaient des créneaux à ne débloquer que le jour-même. Ils semblaient quantitativement insuffisants par les secrétaires, en moyenne, chaque médecin avait 5 créneaux d'urgences par jour. Beaucoup en gardaient plus les lundis car il y avait une plus grande activité.

S2 : « de toute façon sur mon agenda, j'ai des créneaux d'urgences vraiment dédiés au cas où » (139)

S3 : « ils ont chacun un planning avec bien sûr des rendez-vous mais des rendez-vous qui sont bloqués aussi pour le jour même ou pour les urgences. Ces créneaux-là sont bloqués à la semaine et sont ouverts au jour le jour. » (196)

S1 : « Je pense que sur les créneaux de la journée, il manque des créneaux » (151)

S6 : « dans le cabinet où on est, on a beaucoup d'activités et les places libres sont très rares. » (153)

S9 : « On essaye d'en bloquer plus le lundi, on essaye d'en bloquer 5-6 le lundi. Après, en semaine, 3-4. » (161)

De plus, les médecins qui prenaient une journée de repos dans la semaine évitaient de la prendre les lundis.

S3 : « surtout que le lundi en plus, les 4 médecins sont là, plus l'interne. » (111)

Certains médecins doublaient leurs créneaux, rallongeaient leurs journées et/ou gardaient les derniers rendez-vous libres mais ces solutions étaient limités en nombre au risque de prendre du retard. Quand ils connaissaient le motif du rendez-vous, ils pouvaient plus facilement estimer le temps nécessaire à la consultation.

S1 : « Enfin doubler autant que possible...bah sur une matinée, si t'as déjà doublé deux créneaux, c'est déjà pas mal en fait, c'est une demi-heure... » (1280)

S7 : « il m'a dit « tu me le cales en plus » donc je mets sur un créneau où il y a déjà des patients qui sont prévus » (1181)

S6 : « si c'est très très urgent, on en parle au médecin et le médecin, c'est lui qui va nous donner les horaires supplémentaires, c'est à dire, ça peut être le soir à 20h, ça peut-être le temps du midi, ou ça peut-être aussi un passage entre deux consultations.. » (1227)

S5 : « le dernier rendez-vous, on se le garde pour une urgence, c'est toujours une urgence donc on se le garde pour nous et après, s'il y a besoin de rajouter, c'est pareil, on demande au médecin » (1346)

S9 : « ils connaissent bien leurs patients donc quand c'est un patient qui n'est pas très long, ils peuvent doubler à ce moment-là, ou quand c'est juste pour un vaccin.. » (1144)

Cependant, certains patients annonçaient un motif mais venait avec plusieurs motifs différents.

S1 : « Si tu viens, tu dis : « oui, j'ai besoin de ça » et après « ah oui, je vous ai pas dit, j'ai mon dossier MDPH à remplir.. » Là, ça te met complètement en retard quoi en fait » (1297)

S5 : « ils nous disent qu'ils ont plein de choses et en fin de compte, ils viennent pour autre chose quoi. » (1106)

La présence d'internes et/ou de remplaçants semblait faciliter la prise en charge des SNP par les secrétaires.

S3 : « l'interne il prend les rendez-vous un toutes les demi-heures parce qu'il faut qu'il ait le temps aussi, faut qu'il s'habitue tout ça... ça va pas aussi vite qu'un médecin généraliste. Il prend un rendez-vous toutes les demi-heures mais je peux vous dire, ça aide énormément ! » (1282)

S8 : « On a quand même de la chance d'avoir des internes, les internes, ça nous soulage un peu et puis ça nous permet de mettre plus de monde » (1200)

S7 : « J'ai eu une remplaçante au mois de juillet, je l'ai 2 semaines au mois de juillet donc on était 3 médecins au mois de juillet donc là, ça allait. » (1219)

Pour ne pas méconnaître une urgence ou mal orienter le patient lorsque le planning était complet, certaines secrétaires demandaient au médecin de trier les SNP. Par ailleurs, elles remarquaient souvent que les patients acceptaient plus aisément la décision quand elle venait du médecin.

S1 : « ils veulent le médecin, ils veulent la parole du médecin, c'est ça qui est pas évident.. » (1341)

S3 : « J'appelle le médecin et c'est lui qui prend la décision » (1174)

S8 : « toute façon quand tu dis « je vais demander au médecin et le médecin a répondu que ce n'était pas possible » après, ils repartent avec le sourire, ils se disent « c'est vrai.. » » (1297)

D'après les secrétaires, la présence et la disponibilité des médecins étaient essentielles pour la gestion optimale des SNP.

S1 : « c'est vraiment rare qu'il n'y ait pas de médecins » (1390)

S2 : « Entre deux portes, on arrive à... Il n'y a jamais de soucis quoi, ils sont toujours disponibles » (1166)

C.4 Facteurs en rapport avec l'accessibilité aux soins

Lorsqu'aucune solution n'était possible au sein du cabinet, les secrétaires avaient différentes possibilités de recours pour ne pas laisser le patient sans solution. Pour cela, elles pouvaient adresser le patient vers un autre praticien ou en se mettant en accord avec d'autres professionnels de santé (infirmière, pharmacien..).

S2 : « j'ai quand même des appels des infirmières pour des résidents, [...] avoir un avis parce qu'il a tel ou tel symptôme et ils voudraient savoir s'ils peuvent déjà commencer à traiter le patient sans qu'il n'ait besoin de venir. » (150)

S2 : « si réellement il y a un problème, bah c'est le pharmacien qui téléphone directement au médecin et qui gère le problème » (1181)

S4 : « ça m'est déjà arrivé de me dire que les pharmaciens, c'est des docteurs en pharmacie, ils pourront peut-être vous donner un premier avis, selon ce que c'est. » (1372)

S8 : « si c'est pour un renouvellement de médicament et qu'on n'a pas de place, on leur dit d'aller renouveler chez leur pharmacien » (16)

Lorsqu'un médecin du cabinet était de garde, certaines secrétaires pouvaient en plus rajouter les demandes de SNP sur leur garde.

S5 : « souvent nos médecins sont aussi de garde, alors quand ils sont de garde, ils nous disent « vous me les mettez sur ma garde » et on leur rajoute sur leurs créneaux de garde. » (1372)

Certains cabinets avaient à proximité des structures locales pour la gestion des SNP. Cependant, certains patients refusaient ces solutions car ils estimaient que c'était trop éloigné et/ou n'avaient pas les moyens financiers nécessaires.

S8 : « on leur dit d'aller à la maison de garde le soir, il y a des médecins de garde. Il y a des gens qui répondent « oui, mais je ne peux pas payer, c'est trop cher » (116)

Ces solutions comportaient des limites, notamment, le fait de ne pas engorger les urgences.

S7 : « Parce que moi, j'aime pas envoyer aux urgences pour rien, je sais que ça engorge les urgences » (1353)

S1 : « il faut se dire qu'on n'a plus de médecins et que, oui, tu veux voir ton médecin, mais est-ce que tu peux avoir un peu de patience aussi... sans se rendre aux urgences évidemment parce que bon, c'est pareil de leur côté » (186)

S6 : « Même s'il n'y a pas d'urgence, ils demandent toujours un rendez-vous au plus tôt. Donc, quand on ne peut pas les satisfaire, ces gens-là peuvent aller aux urgences mais c'est vrai que ça engorge un petit peu les services d'urgences ! » (119)

D- Conséquences du tri des demandes de SNP sur les secrétaires

D.1 Les sources de plaisir et d'épanouissement

La plupart des secrétaires nous disaient aimer leur travail et avaient l'impression d'aider les patients même si ce travail pouvait être générateur de stress, et ce d'autant plus qu'elles étaient au début de leur carrière.

S8 : « C'est vrai qu'il faut aimer son boulot pour pouvoir faire ça. » (1163)

S7 : « De se dire qu'on les aide dans un moment où c'est pas évident, c'est plus ça qui m'a fait bien aimer le métier. » (18)

S9 : « j'aime le contact avec les patients et tout ça.. Et je trouve que c'est sympa, on voit plein de monde. Et puis après, je trouve qu'on est là aussi pour aider les gens quand ils ont besoin et tout ça, donc ça peut apporter quelque chose. » (13)

S8 : « j'ai l'impression de faire plaisir à la personne parce que je l'ai bien guidée, qu'il fallait qu'elle aille chez le pharmacien, qu'elle fasse ci, qu'elle fasse ça. » (1409)

S1 : « plus tu progresses dans ce métier plus tu prends de l'assurance » (1137)

D.2 Les sources de stress

D.2.a. Peur de l'erreur

Les sources de stress étaient en partie liées à la peur de faire une erreur et à leur responsabilité personnelle et médico-légale car la vie du patient pouvait être en jeu.

S5 : « quand je suis arrivée, au départ, je demandais parce que j'avais peur de faire des erreurs, mais avec le temps, on gère nous-même » (1216)

S4 : « dès fois, on a peur quand même de passer à côté de quelque chose qui pourrait être vraiment vraiment urgent. » (1116)

S5 : « Il y a toujours une part de responsabilité parce que si on trie mal.. » (1399)

S6 : « puis t'as pas la responsabilité de dire « bah mince, la secrétaire, elle a répondu comme ça, en fin de compte, c'était plus grave que ça.. » » (1372)

S9 : « oui, on a une responsabilité mais bon, après, maintenant on a quand même l'habitude tout ça.. C'est vrai que quand on a commencé, c'était un peu plus compliqué » (1279)

D.2.b. Crainte de ne pouvoir aider le médecin au mieux

Elles essayaient toutes de faire au mieux pour les patients.

S1 : « Tout ce qu'on essaye de faire aujourd'hui pour dire, on va essayer de décharger le médecin, bon, c'est vrai, on vous donne beaucoup de travail, moi je pense, mais on essaye aussi de faire au mieux et c'est compliqué. » (1275)

S9 : « je pense que ça arrive quand même qu'il y ait des jours où on ne peut pas donner le jour-même.. Après, on essaye dans la mesure du possible et si le médecin est d'accord. » (1213)

D.2.c. Charge mentale : un nombre excessif de demandes

Par ailleurs, le stress pouvait aussi être induit par une charge importante de travail, des reproches et exigences des patients ou encore le fait de devoir faire face seule à une situation d'urgence.

S8 : « on a déjà tellement de monde à gérer qu'on ne peut pas tout prendre » (176)

S9 : « Je comprends que pour les gens, c'est pas facile mais on ne peut pas prendre tout le monde non plus. » (139)

D.2.d. Charge mentale : double contrainte satisfaire le médecin et le patient

Un autre facteur de stress pouvait être aussi le fait d'être partagée entre les demandes des patients et celles du médecin, les secrétaires faisant le lien entre les patients et leur médecin.

S5 : « c'est une région sinistrée au niveau des médecins et c'est très compliqué pour les patients et donc, c'est compliqué, ils n'arrivent pas à comprendre que dès fois on... même si on voulait, on ne peut pas » (130)

S7 : « je suis full sur la journée complète avec tous les médecins et que je sais pas ce qu'il a, vu que je n'ai aucune notion, bah là, c'est compliqué.. c'est des cas stressants du coup.. » (152)

D.2.e. Facteur aggravant le stress : le médecin excédé

Des reproches de la part du médecin pouvaient également engendrer du stress.

S5 : « derrière, on a le médecin qui nous enguirlande parce que bah... on a fixé le rendez-vous » (110)

S8 : « On leur dit « on aimerait bien vous mettre le rendez-vous, on ne demande pas mieux. Mais on ne fait pas ce qu'on veut, on a des patrons ». » (1277)

D.2.f. Facteur aggravant : le patient agressif

Les secrétaires étant en première ligne quant à l'accès des patients vers leur médecin, elles pouvaient parfois être confrontées aussi à leur agressivité et devaient donc avoir des techniques pour gérer ces conflits.

S2 : « c'est vrai que la secrétaire, malheureusement c'est son rôle, elle est en première ligne. Comme ensuite, elle est pas médecin donc en gros on se lâche dessus.. » (1219)

S1 : « Il faut toujours être souriante, il faut toujours garder son sang-froid parce que des fois, c'est vrai qu'ils sont pas super sympa » (1131)

S5 : « Avoir un patient derrière qui se fâche et qui nous insulte..bah voilà, on est obligé de dire « écoutez, au vu de la situation, on raccroche » » (1129)

La plateforme téléphonique avait un enregistrement automatique de tous les appels et lors de conflits, ils pouvaient donc réécouter les dialogues.

S4 : « on a la chance d'avoir les réécoutes parce que souvent, enfin, ça peut arriver que le patient mente un petit peu, il essaye de mettre les choses en sa faveur » (1473)

D.3 Les facteurs protecteurs

D.3.a. Ancienneté et expérience des secrétaires

Ce stress pouvait être diminué si la secrétaire avait de l'expérience et de l'ancienneté.

S4 : « maintenant non, ça va. Avant, au début, oui oui, on est toujours un petit peu stressée » (1457)

D.3.b. Relation avec le médecin

Lorsque le médecin était disponible et en fonction des consignes données, même s'il était difficile de satisfaire tous les patients, le stress des secrétaires se voyait diminué.

S3 : « *comme je sais qu'ils m'ont donné champ libre s'il y avait quoique ce soit, de pas hésiter, de les appeler donc ça me.. je suis pas stressée et je travaille en pleine sérénité.* » (1363)

S7 : « *c'était pesant au début parce que je ne savais pas trop mais avec les consignes que j'ai des médecins, ça ne me pèse plus* » (1550)

Au moindre doute, les secrétaires faisaient souvent facilement appel au médecin. De toutes les secrétaires que nous avons interrogées, aucune ne nous avait rapporté de grave erreur de tri.

S4 : « *on préfère poser une question que de passer à côté d'une erreur.* » (1406)

S6 : « *quand j'ai un doute ou un problème avec une personne, je fais comme j'ai dit tout à l'heure, je demande au médecin* » (149)

S1 : « *On n'a pas d'erreur à faire en fait, parce que justement, ça pourrait être très grave.* » (1379)

S7 : « *quand j'ai un doute et que je peux pas savoir si c'est urgent ou pas, je demande. Mais pour l'instant, j'ai pas fait de boulette donc c'est que le tri est bien* » (140)

D.4 Remise en question des secrétaires

Certaines secrétaires avaient émis le souhait de changer de métier ou étaient excédés par leur métier.

S5 : « *Après, secrétaire médicale, je découvre l'envers du décor quoi.. parce que là, franchement, ça m'a bien calmée !* » (121)

S6 : « *ça serait à refaire aujourd'hui, je ne suis pas sûre que j'aurais toujours cet emploi-là. [...] Je ne serais pas secrétaire médicale..* » (1432)

DISCUSSION

Limites et forces de l'étude

La méthode de recherche qualitative nous paraissait la plus adaptée pour étudier la gestion des SNP par les secrétaires médicales puisque c'est un domaine qui à ce jour semble peu étudié. Nous avons choisi de réaliser des entretiens semi-dirigés car cela permettait aux secrétaires une plus grande liberté et variabilité dans les réponses. De plus, les secrétaires n'étaient pas informées en amont des questions afin d'avoir des réponses spontanées et il n'y avait pas de tierce personne pendant les entretiens pour éviter d'influencer leur discours.

Pour limiter le biais d'intervention, nous essayions de conserver une neutralité pendant la réalisation des entretiens, les questions étant posées de façon ouverte et en suivant une trame de questions prédéfinies.

Nous avons aussi essayé de dissimuler le dictaphone autant que possible afin que les secrétaires oublient que l'entretien était enregistré et ne soient pas influencées.

Le choix de faire des focus groupes aurait pu être une possibilité mais nous avons préféré éviter un phénomène d'influence au niveau des réponses. Par ailleurs, la réalisation de réunion en présentiel de plusieurs personnes était rendu impossible par le contexte épidémique.

Nous avons limité le biais de recrutement en nous donnant des critères raisonnés pour constituer notre échantillon de secrétaires, en termes de type d'exercice de leur employeur, des caractéristiques de la secrétaire et du type de secrétariat.

A propos de la répartition géographique de notre échantillon de secrétaires, 9 secrétaires réparties dans 6 cabinets médicaux et une plateforme téléphonique : pour des raisons de faisabilité pratique, nous nous sommes limité aux départements de la Seine-Maritime et de l'Eure. Cependant, l'important ici était d'avoir une grande diversité et non un effectif important, ce que nous avons appliqué en recherchant tous nos critères de diversités cités dans la méthode.

Un biais de volontariat et de désirabilité a pu se présenter dans certains entretiens puisque l'investigateur avait eu l'occasion de travailler avec certaines personnes interrogées.

Du fait de la pandémie mondiale de COVID probablement, il existait un biais d'investigation car certaines secrétaires étaient réticentes à un entretien en face à face. 4 entretiens ont donc été effectués par téléphone. Nous pouvions difficilement retranscrire le langage non verbal dans ces cas-là. De plus, même si l'entretien se faisait en direct, le port du masque limitait le relevé des éléments non verbaux.

Le biais d'interprétation peut-être évité par une triangulation des données, c'est-à-dire que le recueil, la retranscription et l'analyse des données devraient être effectués par des intervenants différents. Cependant le recueil et l'analyse n'ont pu être réalisés que par l'enquêtrice. En revanche, concernant le codage, ce biais a été limité par un double codage des données par l'enquêtrice et la directrice de cette thèse.

Discussion des résultats

1. Le fonctionnement du tri des SNP

Dans notre étude, la plupart des secrétaires interrogées effectuaient un triage des demandes de SNP lorsqu'il n'y avait plus que peu ou pas de place disponible. Nos résultats concordent avec la thèse de M. Thiberville en 2012 sur le triage par les secrétaires des demandes de soins urgents ou non programmés (30) ; ainsi que celle de T. Raffi et C. Ung en 2016 où ils avaient étudié le même sujet mais par observation des secrétaires sur leur lieu de travail (34).

Toutes les secrétaires de notre enquête s'organisaient pour prendre en charge les SNP : les outils mis en place pouvaient être des créneaux d'urgences, le fait de doubler certaines consultations ou encore de rallonger les journées du médecin.

Une enquête de la DREES réalisée sur le territoire français en 2020 montrait que plus de 8 médecins généralistes sur 10 proposaient quotidiennement une prise en charge des SNP. (7) De même, la thèse de E. De Beaurepaire en 2021 sur le « ressenti des médecins généralistes sur leur participation aux SNP » dans des MSP de Seine-Maritime (32) avait mis en évidence que tous les généralistes avaient « le souci d'apporter une réponse adaptée et quotidienne aux demandes de SNP ». Les médecins comme les secrétaires sont donc mobilisés face à cette problématique.

En médecine générale, les rendez-vous du jour étant quantitativement limités, les secrétaires avaient des difficultés pour réguler toutes ces demandes de SNP compte tenu de la pénurie médicale et de la demande croissante des patients. Ces difficultés pour les secrétaires étaient perçues aussi par les médecins généralistes de la thèse d'E. De Beaurepaire. (32) Le gouvernement a tenté d'améliorer cela, notamment par le plan « Ma Santé 2022 » (24) puis le « Ségur de la santé » (25), mais également par le « Pacte de refondation des urgences » dont l'une des mesures est la mise en place d'un Service d'accès aux soins (SAS). (35)

Un constat alarmant était que les Français se rendaient parfois aux urgences à défaut d'autres alternatives. De part ces mesures, le gouvernement espère offrir à la population des solutions simples et lisibles pour avoir accès à un professionnel de santé à toute heure. Le but étant de centraliser les appels car il était difficile pour le patient de s'orienter du fait d'une mauvaise vision globale de l'offre de soin.

Par ailleurs, l'organisation du planning pouvait être différent selon le jour de la semaine, en particulier les lundis qui étaient perçus par toutes les secrétaires comme une journée plus difficile que les autres, ainsi qu'en période hivernale et épidémique. Néanmoins, les consignes venant des médecins ne différaient pas pour autant.

Elles faisaient en sorte d'améliorer la gestion du flux de rendez-vous afin de soulager du mieux possible les médecins. Ces résultats rejoignent ceux de M. Thiberville (30) et de S. De Lestapis (36) qui a réalisé une thèse sur la « Place du secrétariat en médecine générale » en 2018.

En revanche, lorsque l'agenda était peu rempli, le triage semblait être peu réalisé, ce qui pourrait faire méconnaître une urgence vitale car les secrétaires ne posaient que peu voire pas de questions aux patients.

2. Facteurs influençant le tri

Plusieurs facteurs pouvant influencer la gestion des SNP ont été décrits dans notre étude.

2.1 Facteurs liés à la secrétaire

En France, le diplôme de secrétaire médicale n'est pas indispensable à l'exercice de la profession, bien que recommandé. De fait, la plupart des secrétaires de notre enquête avaient déclaré ne pas avoir suivi de formation particulière. Ce qui rejoint le travail de thèse de Y. Faure en 2012 sur le même sujet que notre thèse mais en analyse quantitative (31), qui avait noté qu'au sein de son échantillon de 198 secrétaires, le taux de formation initiale était très faible (13%). L'étude de S. De Lestapis montrait que les plus jeunes secrétaires étaient les plus investies dans la formation diplômante de secrétaire médicale, les secrétaires plus âgées ayant plutôt une formation de terrain. Cependant, celles qui avaient effectué cette formation aimeraient que cela soit pris en compte dans leur pratique ainsi que financièrement. Certaines secrétaires souffraient de ce manque de reconnaissance de leurs compétences. (36) Dans la thèse de E. De Beaurepaire, les médecins interrogés déclaraient avoir bien conscience des difficultés des secrétaires à réguler les demandes de SNP. (32)

Du fait du manque de formations sur la régulation médicale, la plupart des secrétaires que nous avons interrogé mettaient en doute leurs compétences lors du triage. De fait, nous déléguons en journée à nos secrétaires une tâche reconnue comme une tâche médicale pendant les heures de la permanence de soin.

Le fait d'avoir un secrétariat sur place était plébiscité par les médecins généralistes car améliorerait la prise en charge des patients et leurs conditions de travail. Selon une enquête de la DREES, plus de la moitié des médecins avait un secrétariat et dans 80 % des cas, il s'agissait d'un secrétariat physique. (16) Dans le travail de recherche de T. Zamord en 2020 sur la « Gestion des SNP en médecine générale dans le secteur Sud-Gironde » et réalisé en combinant les méthodes de recherche quantitatives et qualitatives, le rôle du secrétariat (qu'il soit physique ou à distance) apparaissait comme primordial pour réguler les demandes ou intégrer les consultations de SNP. (33) Pour autant, les secrétaires à distance ne peuvent pas intervenir sur des tâches inhérentes au cabinet et qui nécessitent une présence physique.

Dans nos entretiens les secrétaires ne remettaient pas en cause l'intérêt de leur présence au cabinet, mais nous avons observé que la multitude des tâches demandées, hors gestion de l'agenda, augmentait leur charge mentale et leur stress : « on a déjà tellement de monde à gérer qu'on ne peut pas tout prendre » (S8176) ; « je suis full sur la journée complète avec tous les médecins et que je sais pas ce qu'il a, vu que je n'ai aucune notion, bah là, c'est compliqué.. c'est des cas stressants du coup.. » (S71152).

2.2 Facteurs liés aux patients

Bien qu'étant au courant des difficultés du milieu médical actuel, les patients apparaissaient dans nos résultats comme étant de plus en plus exigeants, d'après les secrétaires, et qu'ils ne comprenaient pas quand leur médecin ne pouvait pas les recevoir. Les secrétaires avançaient

également le fait que si le patient pouvait juste anticiper sur les soins programmés (suivi, certificat d'accident de travail...), cela faciliterait grandement la gestion des SNP. L'étude de Y. Faurre mettait d'ailleurs en évidence que 34.8 % des secrétaires trouvaient que les patients mentaient « souvent » ou « presque toujours » afin d'avoir un rendez-vous plus facilement en urgence. (31)

Par ailleurs, les résultats de S. De Lestapis montraient qu'une reconnaissance de leur travail par les patients contribuait à leur épanouissement. (36)

Les secrétaires interrogées ont de plus déclaré qu'il arrivait que des patients refusent de répondre à leurs questions, rendant l'identification du degré d'urgence plus difficile. Néanmoins, le plus souvent, elles réussissaient à obtenir le minimum d'informations nécessaires et très peu de patients refusaient catégoriquement de leur répondre. Ce qui vient appuyer la thèse de Y. Faurre selon qui « la position d'intermédiaire avec le médecin était vue comme un élément facilitateur pour l'obtention d'informations utiles au tri des demandes urgentes ». (31)

Dans notre enquête, les patients ne faisant pas partie de la patientèle habituelle du médecin obtenait en général plus difficilement un rendez-vous en soin non programmé. De même, l'étude de Y. Faurre rapportait que « 71,2 % des secrétaires affirmaient donner beaucoup moins facilement un rendez-vous en urgence à un patient non habituellement suivi ». (31) Ce qui peut donc être problématique pour les personnes n'ayant pas de médecin traitant ou nouvellement arrivées dans une ville.

2.3 Facteurs liés au médecin et à l'organisation du cabinet

Les secrétaires que nous avons interrogées étaient d'accord sur le fait qu'une meilleure organisation du cabinet, ainsi qu'une meilleure communication avec les médecins pouvaient améliorer leurs conditions de travail. Certaines secrétaires rapportaient une mauvaise ergonomie de leur bureau ainsi que de trop nombreuses tâches différentes à effectuer. Ces difficultés ont été rapportées également par le travail de M. Thiberville. (30) Les résultats de S. De Lestapis montraient que les secrétaires les plus impliquées étaient celles qui avaient le plus de reconnaissance dans leur travail, que ce soit un secrétariat sur place ou à distance, ce qui pourrait être profitable pour les médecins. (36)

D'autres, au contraire, nous disaient avoir de très bonnes conditions de travail, que le médecin était très disponible et qu'elles avaient aussi des réunions régulièrement pour discuter des soucis et pour pouvoir se concerter au sein du cabinet : « tous les trimestres, j'ai réunion avec mes médecins, avec 2 médecins à peu près et on parle de choses et d'autres, de ce qu'il se passe au secrétariat, les appels, le boulot tout ça... » (S31374) ; « on a les numéros de tous les médecins et on a un groupe Whatsapp pour correspondre s'il y a quelqu'un qui a oublié quelque chose » (S51404).

Il paraît donc important que l'organisation du cabinet se fasse en concertation secrétaire-médecin au sein des cabinets.

Lorsque plusieurs secrétaires étaient présentes dans un cabinet, une organisation particulière permettant de se concentrer uniquement sur le triage des appels pouvait être mise en place. Dans cette optique, le gouvernement souhaite promouvoir l'exercice de la médecine générale en groupe et la formation des secrétaires médicales ; il espère qu'à l'avenir le médecin

pourra consacrer plus de temps à leurs patients et déléguer les tâches plus secondaires. (24 ; 25 ; 35) En 2019, 61 % des médecins généralistes libéraux exerçaient en groupe selon une étude de la DREES. (37) Le regroupement de médecins généralistes libéraux au sein d'un même cabinet n'est pas une tendance récente. En effet, la part des médecins généralistes libéraux déclarant travailler en groupe était déjà passée de 43 % en 1998 à 54 % en 2009. (8) Les résultats de Y. Faurre démontrent également que les cabinets ayant adopté un mode de travail en groupe avaient une capacité à répondre à toutes les demandes de SNP significativement supérieure aux cabinets ne comprenant qu'un seul médecin. (31)

De plus, les médecins de l'étude de T. Zamord déclaraient que le travail de groupe était un moyen de répartir la charge de travail due aux demandes de SNP entre les professionnels de santé, permettant notamment de limiter le refus des soins. (33) A eux seuls, ces éléments encouragent la tendance au regroupement des médecins généralistes déjà initiée, regroupement qui pourrait réduire drastiquement le risque de burn-out chez les médecins. Par ricochet, ce risque de burn-out chez les secrétaires serait également réduit car, bien qu'elles doivent gérer plusieurs agendas, cette multiplicité de créneaux permettrait d'augmenter les chances de pouvoir prendre en charge les soins non programmés.

Les demandes de visites à domicile en urgences sont pour les secrétaires très difficiles à gérer, d'autant plus si le médecin traitant de ces patients était absent, car il leur est difficile de demander à un autre médecin de prendre en charge un patient non ou mal connu. Les médecins interrogés par E. De Beaurepaire rapportaient un vécu difficile par rapport à ces demandes également car ces consultations étaient en général plus complexes et très chronophages. (32)

E. De Beaurepaire a noté d'ailleurs que les médecins généralistes avaient une grande capacité d'adaptation et notamment en ce qui concerne l'organisation des SNP. (32) Dans une étude observationnelle faite en 2020 pendant la pandémie mondiale du COVID sur 5425 médecins généralistes français, 70.9 % avaient déclaré avoir modifié leur organisation de travail et cette adaptation était plus élevée dans les cabinets exerçant en groupe. (38) Du fait de cette pandémie, les médecins et donc les secrétaires ont dû s'adapter et modifier leur organisation habituelle rapidement : « avec la Covid, on est encore plus réceptif à plein de choses » (S5I289) ; « Ça se faisait déjà un petit peu avant parce que Doctolib l'avait mis en place, mais là, depuis la Covid oui oui (ndlr : à propos de l'augmentation de la téléconsultation) » (S4I400).

Certains médecins reçoivent facilement des patients en dehors des créneaux prévus, alors que d'autres les refusent en dehors de ces créneaux : « Il y a un médecin qui va prendre absolument tout le monde qui va faire des horaires pas possible tout le temps, même quand il est complet » (S7I399) ; « il y a aussi des praticiens qui sont pas très cool qui eux, refusent catégoriquement un rajout en urgence » (S4I268).

Dans ces cas-là, le médecin pouvait être de mauvaise humeur : « Parfois, c'est vrai qu'ils râlent un peu.. » (S9I244) ; « Certains se contrarient mais d'un côté, moi, j'ai fait mon travail » (S6I268). Nous pouvons donc supposer que l'humeur des médecins influence probablement les décisions des secrétaires. Ce qui est appuyé par la thèse de T. Raffi et C. Ung qui montrait que l'humeur des médecins avait un effet sur les secrétaires et qu'elles étaient « sensibles au manque de motivation de travailler du médecin ». (34)

2.4 Facteurs en rapport avec l'accessibilité aux soins

Un rapport du Sénat pointe des inégalités géographiques inter-régionales et nationales de l'offre de soins car l'offre bien qu'importante, est inégalement répartie. (39) En 2015, la Haute-Normandie faisait partie des régions les moins bien dotées en professionnels de santé, étant classée 17^e sur 22 régions pour la densité de médecins généralistes. En parallèle, la population dans cette région continue de croître modérément (+ 3 % entre 2011 et 2022). (40) Cette pénurie médicale croissante était effectivement ressentie par les secrétaires de notre étude qui devaient parfois refuser des demandes de SNP car l'agenda du médecin était déjà complet.

Afin d'améliorer l'accessibilité aux soins et en particulier sur les demandes de SNP, la coordination des professionnels de santé et des acteurs sociaux et médico-sociaux d'un même territoire, au travers des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), créées par la loi du 26 janvier 2016, a pour ambition de simplifier l'orientation des patients tout en améliorant les conditions d'exercice des professionnels de santé de ville. (26) Dans la même continuité, le projet du SAS, actuellement en cours d'expérimentation, a pour objectif de favoriser une réponse rapide aux SNP et d'être accessible partout en France et à toute heure. (41)

Ce à quoi les secrétaires ne songent pas automatiquement, probablement par méconnaissance de la réflexion actuelle autour de l'organisation des soins à laquelle elles ne sont pas invitées, ce sont les possibilités de délégation de tâche à des professionnels de santé non médecins. L'orientation vers le pharmacien et l'infirmière a été évoqué par deux de nos personnes interrogées afin de soulager la pression sur le cabinet : « j'ai quand même des appels des infirmières pour des résidents, [...] avoir un avis parce qu'il a tel ou tel symptômes et ils voudraient savoir s'ils peuvent déjà commencer à traiter le patient sans qu'il n'ait besoin de venir » (S2150) ; « ça m'est déjà arrivé de me dire que les pharmaciens, c'est des docteurs en pharmacie, ils pourront peut-être vous donner un premier avis, selon ce que c'est. » (S41372).

3. Conséquences du triage des demandes de SNP sur les secrétaires

Bien que la plupart des secrétaires interrogées déclaraient aimer de leur métier, elles affirmaient aussi que cela pouvait être stressant. Ce stress pouvait être induit par la pression au travail, les patients exigeants, les difficultés dues à un planning très chargé et le fait de se sentir partagée entre les demandes des patients et celle des médecins entre autres. De plus, les secrétaires étant les vecteurs principaux de communication patients/médecins, elles estimaient être plus exposées que les médecins à l'agressivité des patients. Certains patients estimaient souvent qu'une réponse négative provenait plus d'une mauvaise volonté de leur part que d'une raison légitime.

Ce manque de considération par les patients doit être compensé par la confiance et l'estime des médecins au risque de désespérer la salariée ou la précipiter elle aussi vers le burn-out, du fait d'une surcharge de travail mais aussi d'une perte de sens du travail ou d'un conflit de valeur : « ça serait à refaire aujourd'hui, je ne suis pas sûre que j'aurais toujours cet emploi-là. [...] Je ne serais pas secrétaire médicale.. » (S61432)

Beaucoup d'entre elles prenaient seules des responsabilités dans le tri des SNP. Les résultats de Y. Faure montraient d'ailleurs que seulement 6.1 % des secrétaires reconnaissaient ne

prendre « jamais » de responsabilité seules, contre 14.1% « en permanence » et 45.0% « souvent ». (31) Mis en parallèle avec le faible taux de formation dans la profession 13 %, nous pouvons nous demander si le triage est toujours effectué en toute sécurité pour les patients, même si avec l'expérience, le risque d'erreur tend significativement à diminuer. Toutes les secrétaires de notre étude étaient conscientes de leurs limites et n'hésitaient pas à demander au médecin au moindre doute.

La responsabilité médico-légale de l'activité de tri des demandes de SNP par les secrétaires n'est pas clairement définie. De plus, aucune littérature traitant de cette responsabilité n'a été retrouvée. Cependant, toutes les secrétaires craignaient qu'une erreur de triage puisse engager la responsabilité légale du cabinet tout autant que la santé du patient.

Perspectives

Nous remarquons, à travers la littérature et notre étude, l'importance croissante des secrétaires pour la gestion des SNP en médecine générale ambulatoire. Cependant, il n'existe pas à l'heure actuelle d'encadrement légal entourant cette pratique, ce qui les laisse démunies en cas de plainte des patients. Il serait judicieux d'instaurer un cadre et de mieux former les secrétaires afin qu'elles puissent exercer leur métier en toute sérénité, diminuer leur stress et limiter le risque d'erreur lors du triage.

Par ailleurs, il serait intéressant d'étudier l'utilité de la formation de secrétaire médicale dans le triage des SNP et de les comparer à celles n'ayant pas effectué la formation à expérience équivalente.

Les différentes mesures du gouvernement visent à garantir une réponse à toutes les demandes de SNP, cependant si elle devient trop aisée, il peut y avoir un risque de surconsommation de ce type de soins, d'autant plus qu'un nombre croissant de patients n'a pas de médecin traitant (estimé à 6 millions de personnes en 2021 en France). (15) Il serait également pertinent de pouvoir orienter le patient vers un médecin traitant ou l'aider à en trouver un. Enfin, éduquer les patients afin qu'ils soient plus autonomes et qu'ils sachent mieux anticiper leurs demandes de soins hors SNP était également important d'après les secrétaires de notre étude.

Afin de pouvoir mieux comprendre le cheminement des patients lors d'une demande de SNP et ainsi permettre de mieux les trier, il serait utile d'interroger les patients à ce sujet. De plus, connaître la satisfaction ou l'insatisfaction des patients et leurs attentes liés à cette activité de tri serait intéressant afin de pouvoir orienter au mieux une activité de sensibilisation à leur égard ou d'optimisation du triage lui-même.

D'autres études dans l'avenir seraient intéressantes pour étudier d'autres régions mieux dotées en médecins généralistes. Le triage des SNP est-il moins utilisé, différemment, et quels enseignements pouvons-nous en tirer ?

CONCLUSION

Notre travail a montré que les secrétaires médicales jouent un rôle indéniable en ce qui concerne la régulation des soins non programmés (SNP) en médecine générale.

Elles font l'intermédiaire entre les médecins et leurs patients, ainsi que le nécessaire afin de les satisfaire au mieux. Cela est de plus en plus difficile car les patients sont, d'après les secrétaires, de plus en plus exigeants.

La baisse de la démographie médicale, de même que l'inextensibilité naturelle des heures de travail, a rendu les agendas trop restreints et allongé les délais de rendez-vous, ce que les patients ne comprennent pas toujours. Par conséquent, le travail du secrétariat des médecins est devenu particulièrement inconfortable et stressant, comme notre travail a pu l'illustrer.

Il paraît donc essentiel de développer un cadre juridique, inexistant à ce jour, afin d'encadrer et sécuriser cette profession.

La gestion des SNP est également un enjeu politique certain, avec des tentatives de réponses à travers différents plans comme « Ma Santé 2022 » (24) et le « Pacte de refondation des urgences ». (35) Leurs objectifs concernant les SNP sont d'encourager le regroupement des médecins et leur coordination via les CPTS, la formation des secrétaires et la mise en place d'un Service d'accès aux soins (SAS).

De plus, compte tenu du faible taux de formation des secrétaires actuellement, il est judicieux de favoriser l'accès aux formations initiales et d'instaurer des formations continues, ce qui pourrait diminuer le risque d'erreur, notamment lors du triage des SNP, et diminuer le stress associé.

Le secrétariat sur place est plébiscité par les médecins en général car il apporte un gain de temps médical, un confort d'exercice et une amélioration de la vie personnelle. Et cela même si seulement un peu plus de la moitié des médecins possèdent un secrétariat et qu'il s'agit, dans 86 % des cas, d'un secrétariat physique. (16)

Au vu de l'évolution de l'exercice et du regroupement des médecins, nous pouvons penser qu'à l'avenir, beaucoup plus de médecins feront appel à un secrétariat.

BIBLIOGRAPHIE

1. WONCA Europe. La définition Européenne de la médecine générale - médecine de famille. 2002. Disponible sur :
<http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
2. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (1). 2004-810 août 13, 2004.
3. Article 36 - LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Légifrance [Internet]. Disponible sur:
https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000020879483
4. Collet M, Gouyon M. Genèse des recours urgents ou non programmés à la médecine. DRESS. Nov 2007;8.
5. Gouyon M, Labarthe G. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale - Premiers résultats | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. 2006. Disponible sur:
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-recours-urgents-ou-non-programmes-en-medecine-generale>
6. Un généraliste réalise en moyenne 22 consultations de 17 minutes par jour [Internet]. egora.fr. 2017. Disponible sur:
<https://www.egora.fr/actus-pro/conditions-d-exercice/26883-un-generaliste-realise-en-moyenne-22-consultations-de-17>
7. Chaput H et al. Plus de 8 médecins généralistes sur 10 s'organisent au quotidien pour prendre en charge les soins non programmés | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/plus-de-8-medecins-generalistes-sur-10-sorganisent-au-quotidien>
8. Krucien N, Le Vaillant M, Pelletier-Fleury N. Les transformations de l'offre de soins correspondent-elles aux préoccupations des usagers de médecine générale ? IRDES. Mars 2011 ; (163).
9. Micheau J, Molières E. L'emploi du temps des médecins libéraux. DREES. 2010; (15).

10. Atlas de démographie médicale en France. [Internet]. Conseil national de l'ordre des médecins. 2021. Disponible sur:
https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1riyb2q/atlas_demographie_medicale_-_cnom_-_2021.pdf
11. Anguis M, Bachelet M. Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. 2017. Disponible sur:
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-medecins-dici-2040-une-population-plus-jeune-plus-feminisee-et>
12. Legendre B. En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6 % de la population | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. Disponible sur:
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/en-2018-les-territoires-sous-dotes-en-medecins-generalistes>
13. Projections [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. 2021. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/evolution-population/projections/>
14. Bloch J. Les maladies chroniques : État des lieux. Actualité et dossier en santé publique. Haut Conseil de la santé publique. Sept 2010;(72):14-8
15. Claereboudt L. Plus de 600.000 patients en ALD n'ont pas de médecin traitant [Internet]. egora.fr. 2021. Disponible sur: <https://www.egora.fr/actus-pro/sante-publique/70194-plus-de-600000-patients-en-ald-n-ont-pas-de-medecin-traitant>
16. Jakubovitch S et al. Les emplois du temps des médecins généralistes | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. 2012. Disponible sur:
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-emplois-du-temps-des-medecins-generalistes>
17. Bouet P. La santé des médecins : un enjeu majeur de santé publique. Conseil national de l'ordre des médecins. 2018 :140.
18. Britten N, Eisner M. What do general practice receptionists think and feel about their work? The British Journal of General Practice. Févr 1999;49(439):103-6.
19. Arrêté du 27 décembre 2004 relatif au titre professionnel de secrétaire assistant(e) médico-social(e).

20. 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) - Légifrance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGIARTI000036123355/2017-12-02/>
21. Arrêté du 27 octobre 2017 relatif au titre professionnel de secrétaire assistant médico-social.
22. Référentiel secrétaire médical(e) – secrétaire médico-social(e). Arrêté du 8 décembre 2017. [Internet]. Février 2018. Disponible sur: <https://cfafhpnouvelleaquitaine.fr/wp-content/uploads/2021/07/Referentiel-formation-Secretaire-Medical.pdf>
23. Collet M, Gouyon M. Recours urgents et non programmés à la médecine générale de ville : satisfaction des patients et suites éventuelles | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. 2008. Disponible sur: <https://drees-site-v2.cegedim.cloud/publications/etudes-et-resultats/recours-urgents-et-non-programmes-la-medecine-generale-de-ville>
24. Ma santé 2022 : décloisonnement et réorganisation des soins [Internet]. ARS. 2021. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/ma-sante-2022-decloisonnement-et-reorganisation-des-soins>
25. Ségur de la santé : les conclusions - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/segur-de-la-sante/article/segur-de-la-sante-les-conclusions>
26. Fauchier-Magnan E, Wallon V. Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé [Internet]. Inspection générale des affaires sociales. 2018. Disponible sur : <https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article705>
27. Grall J-Y. Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences. [Internet]. Juillet 2015. Disponible sur : [2015-07-06_Rapport-Territorialisation_des_Urgences.pdf \(solidarites-sante.gouv.fr\)](https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/2015-07-06_Rapport-Territorialisation_des_Urgences.pdf)
28. Mesnier T. Assurer le premier accès aux soins – Organiser les soins non programmés dans les territoires. [Internet]. Mai 2018. Commandité par le Ministère des Solidarités et de la Santé. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_snp_vf.pdf
29. Cours des comptes. Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités [Internet]. Février 2019. Rapport n°6. Disponible sur : <https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-02/08-urgences-hospitalieres-Tome-2.pdf>

30. Thiberville M. Le triage par les secrétaires médicales des demandes de soins urgents ou non programmés en médecine générale de ville. [Thèse]. Rouen ; 2012.
31. Faurre Y. 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]. Rouen ; 2012.
32. De Beaurepaire E. Ressenti des médecins généralistes sur leur participation aux soins non programmés. [Thèse]. Rouen ; 2021.
33. Zamord T. Gestion des soins non programmés en médecine générale dans le secteur du Sud-Gironde. [Thèse]. Bordeaux ; 2020.
34. Raffi T-K-T, Ung C. Comment les secrétaires médicales en cabinets de médecine générale trient-elles les demandes de soins non programmés ? [Internet] [Thèse]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2016. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1339/>
35. Pacte de refondation des urgences - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. Septembre 2019. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/pacte-de-refondation-des-urgences>
36. De Lestapis-Auroux S. Place du secrétariat médical dans les cabinets libéraux de médecins généralistes. [Thèse]. Poitiers ; 2018. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/eac2218a-5c14-40e3-bb86-8fd8854ac957>
37. Chaput H, Monziols M et al. Plus de 80 % des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe [Internet]. DREES. Mai 2019. (1114). Disponible sur : <https://www.ars.sante.fr/plus-de-80-des-medecins-generalistes-liberaux-de-moins-de-50-ans-exercent-en-groupe>
38. Saint-Lary O, Gautier S, Le Breton J et al. Comment les médecins généralistes ont adapté leurs pratiques et leurs organisations au début de l'épidémie de COVID-19 : une enquête d'observation nationale française. BMJ Open. 2 déc 2020;10(12):e042119.
39. Accès aux soins : promouvoir l'innovation en santé dans les territoires [Internet]. Sénat. Disponible sur : <https://www.senat.fr/rap/r16-686/r16-6862.html>
40. Follin J, Mureau C, Sueur C. Offre de soins de proximité en Haute-Normandie : de nombreux professionnels à remplacer à l'horizon 2022. [Internet]. Insee Analyses Haute-Normandie. 2015. (14). Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1304119>

41. Rouzé A. Le Service d'Accès aux Soins : la solution aux soins non programmés ? [Internet]. Entr'Actes. 2020. Disponible sur: <https://www.entractes.fr/service-dacces-aux-soins/>

ANNEXES

Annexe I : GUIDE D'ENTRETIEN – Version finale

Présentation de l'enquête et de l'enquêteur

- médecin remplaçant non thésé, travail de thèse en médecine générale
- sujet : gestion des demandes de soins non programmés (SNP) par les secrétaires
- « Notre entretien sera enregistré mais tout sera anonymisé (aucun nom ni indication géographique ne sera retranscrit), sauf opposition de votre part »

Introduction

Pourquoi avez-vous choisi ce métier ? En quoi consiste-t-il ?

Recentrage sur le sujet de la thèse

Le sujet de ma thèse concerne votre gestion des demandes de rendez-vous pour le jour même au cabinet. Elle porte sur l'intégralité des demandes de rendez-vous, y compris les visites, du moment que le patient précise vouloir un rendez-vous qui, selon lui, est urgent et comment éviter l'engorgement des services des urgences sachant que leur problème peut être traité au cabinet.

Questions sur les demandes de SNP et les difficultés du triage

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

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

- Quelles difficultés pouvez-vous avoir pour les trier ?
- Qu'est-ce qui vous aide à faire le tri ?
- Avez-vous vu une évolution des consignes du fait des difficultés grandissantes ?

Fonctionnement du recueil des informations auprès des patients

Comment cela se passe-t-il quand un patient demande un rendez-vous le jour même ?

- Que demandez-vous au patient ? Des questions systématiques ?
- Que faites-vous lorsque les patients refusent de répondre à vos questions ?
- Arrive-t-il que vos questions amènent à un conflit avec le patient ? / est-ce que les patients comprennent que vos questions vous permettent de gérer le temps du médecin ?
- Quand faites-vous appel au médecin ?
- Comment expliquez-vous au patient, le rassurez-vous pour qu'il n'aille pas ailleurs (en particulier aux urgences) ?

Évaluation du degré d'urgence

Comment jugez-vous si un rendez-vous peut attendre ou non ?

- Quand trouvez-vous que c'est urgent ? Sur quels critères ?
- Comment cela se passe-t-il quand vous estimez que la personne n'a pas besoin de consulter aujourd'hui ?
- A l'inverse, comment cela se passe-t-il lorsque vous estimez qu'une personne devrait être vu rapidement alors qu'elle demandait un rendez-vous plus tard ?
- Quand demandez-vous au médecin ?

Solutions pour gérer les SNP

Comment vous organisez-vous pour donner un rendez-vous à ces demandes ?

Avez-vous des créneaux aménagés pour répondre à ces demandes ? Quelle proportion ?

Comment faites-vous quand il reste peu ou plus de place ? Plages extensibles ? Avis du médecin ?

Quand vous questionnez le médecin, arrive-t-il qu'il se contrarie ? Arrive-t-il que vous hésitez à interrompre le médecin ?

Arrive-t-il qu'il n'y ait vraiment pas de réponse le jour-même au cabinet alors que vous trouvez que le patient doit-être vu (même si ce n'est pas une urgence vitale) ?

- Dans ce cas, l'orientez-vous quelque part ? Vers qui ? Est-ce une consigne des médecins ?

Conséquences du triage sur la secrétaire

Pour vous, à quoi sert le triage ?

- décharger le médecin ?

- permettre un accès aux vraies urgences ?

Comment vous sentez-vous face à cette fonction de triage ?

- responsabilité ?

- les médecins vous appuient-ils en cas de conflit ?

- agressivité provenant du patient ?

- peur de l'erreur de triage/médicale ?

- stress ?

Pistes d'amélioration

Qu'est-ce qui pourrait vous aider dans la gestion des SNP ?

Est-ce que vous pensez avoir dit tout ce qui vous semblait important ?

INFORMATIONS RELATIVES À LA PARTICIPATION À UNE ÉTUDE

Madame, Monsieur,

Etudiante en médecine générale à l'Université de Rouen, je réalise ma thèse sur la gestion des demandes de soins non programmés par les secrétaires en médecine générale de ville. A ce titre, je vous sollicite pour participer à un entretien visant à savoir comment vous faites ce triage.

Votre identité et vos coordonnées sont uniquement nécessaires pour l'organisation de l'entretien. Leur utilisation se fait sur la base juridique de la mission d'intérêt public (recherche scientifique) dont est investie l'Université de Rouen Normandie. Ces données seront supprimées à l'issue de notre entretien si vous consentez à y participer, ou lorsque vous m'aurez notifié votre refus d'y participer.

Au sujet des données personnelles vous concernant issues de l'entretien, leur utilisation est basée sur votre consentement. Vous pouvez le retirer à tout moment sans porter atteinte à la licéité du traitement effectué avant le retrait. Si vous refusez que vos données personnelles soient utilisées, vous ne pourrez pas participer à cette étude.

Avec votre accord, notre entretien fera l'objet d'un enregistrement audio qui sera détruit dès retranscription écrite. Les données issues de ces entretiens seront, quant à elles, supprimées ou anonymisées dans un délai maximum de trois mois suivant la soutenance de ma thèse.

La seule personne, autre que moi-même, susceptible d'accéder aux données vous concernant est ma directrice de thèse. Aucune information directement identifiante vous concernant ne figurera dans la thèse produite.

Vous disposez de droits sur vos données, vous pouvez ainsi :

- Demander l'accès aux données à caractère personnel vous concernant
- Demander la rectification ou l'effacement de ces données
- Demander la portabilité de vos données
- Définir des directives relatives au sort des données après votre mort

Ces droits peuvent être exercés auprès du Délégué à la protection des données (DPO) de l'Université de Rouen qui peut être contacté :



par mail à l'adresse dpo@univ-rouen.fr



par courrier à l'adresse

Délégué à la protection des données,
Direction des affaires juridiques et statutaires,
Université de Rouen Normandie,
1 rue Thomas Becket,
76821 MONT SAINT AIGNAN.

Si vous estimez que vos droits n'ont pas été respectés, vous avez également la possibilité d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle. En France, cette autorité est la CNIL.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Consentement au traitement de données personnelles

Je, soussigné(e) consens au traitement de mes données à caractère personnel par Mme TEA Alexandra Lingzhi, pour la réalisation d'une étude portant sur la gestion des demandes de soins non programmés par les secrétaires en médecine générale de ville et entrant dans le cadre de sa formation en médecine générale à l'Université de Rouen Normandie.

Je reconnais avoir pris connaissance et m'être vu remettre une copie de la page 1 de ce document « Informations relatives à la participation à une étude » décrivant les conditions dans lesquelles sera mis en œuvre le traitement.

J'ai également été informé(e) du fait qu'aucune donnée directement identifiante me concernant ne figurera dans la thèse produite.

Consentement à l'enregistrement audio et/ou vidéo

J'autorise Mme TEA Alexandra Lingzhi à effectuer un enregistrement audio de l'entretien que nous avons ce jour pour les besoins de son étude.

Je reconnais avoir été informé(e) que cet enregistrement sera détruit après retranscription écrite de l'entretien et ne fera l'objet d'aucune communication au public.

- Je consens au traitement de mes données à caractère personnel pour cette thèse
- Je consens à l'enregistrement de ma voix à des fins de retranscription de notre entretien

Fait à :

Le :

Signature :

RÉSUMÉ

Introduction : Les médecins généralistes de ville de Normandie sont régulièrement sollicités pour des demandes de soins non programmés (SNP). Du fait de la baisse du nombre de médecins généralistes actifs et de l'évolution de l'exercice, une surcharge de travail s'impose à ces praticiens installés et à leurs secrétaires médicales qui doivent effectuer un triage de ces demandes.

Méthode : Elle consiste en une étude qualitative réalisée auprès de 9 secrétaires médicales réparties dans 6 cabinets de médecine générale de Seine-Maritime et de l'Eure, ainsi qu'une plateforme téléphonique. Les entretiens individuels et semi-directifs ont été réalisés entre 2020 et 2021. L'objectif de ce travail est d'étudier le fonctionnement et les facteurs influençant la gestion de ces demandes, ainsi que ses conséquences perçues par les secrétaires.

Résultats : Lorsque les créneaux disponibles sur l'agenda du praticien devenaient rares, voire qu'aucun ne pouvait être dégagé, les secrétaires, en fonction du degré d'urgence exprimé par le patient, priorisaient les demandes de SNP. Certaines d'entre elles réalisaient la gestion de ces demandes seules, ne demandant au médecin généraliste que pour pouvoir obtenir des créneaux supplémentaires, tandis que d'autres faisaient directement appel à lui pour gérer l'ensemble des demandes. Les difficultés rencontrées par les secrétaires pour trier ces demandes correspondent : aux limites de leurs connaissances médicales, à des réticences de la part des patients à accepter les délais des créneaux proposés (voire à répondre aux secrétaires médicales, amenant à un manque d'informations) ou encore à l'indisponibilité du praticien. De fait, en raison de la responsabilité ressentie par les secrétaires vis-à-vis des patients, ainsi que de l'agressivité et des exigences manifestées par certains, la gestion des SNP entraîne un stress conséquent chez elles.

Conclusion : Le travail effectué dans le cadre de cette recherche a mis en évidence les modalités de la gestion des SNP. Des améliorations peuvent être apportées sur l'organisation du cabinet et sur l'accompagnement médical. De plus, afin de réduire le risque d'erreur lors du triage et augmenter la qualité des conditions de travail des secrétaires, il serait bon d'encourager la formation des secrétaires.

MOTS-CLÉS : secrétaire médicale, soins non programmés, médecine générale.