

UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL SABATIER

FACULTE DE MEDECINE

Année 2016

2016-TOU3-1040/2016-TOU3-1041

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
SPECIALITE MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement le 31 Mai 2016

Par

Thi-Kieu-Thu RAFFI et Catherine UNG

COMMENT LES SECRETAIRES MEDICALES EN
CABINETS DE MEDECINE GENERALE TRIENT-
ELLES LES DEMANDES DE SOINS NON
PROGRAMMES ?

Directeur de thèse : Madame le Docteur Marielle PUECH

JURY

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC
Monsieur le Professeur Pierre MESTHE
Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU
Madame le Docteur Motoko DELAHAYE
Madame le Docteur Marielle PUECH

Président
Assesseur
Assesseur
Assesseur
Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2015

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE D.	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Y.	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL B	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Doyen Honoraire	M. PUEL P.	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BONAFE
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES F.
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. POURRAT
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE	Professeur Honoraire	M. QUERLEU D.
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. ARNE JL
Professeur Honoraire	Mme PUEL J.	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU J.
Professeur Honoraire	M. GOUZI	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER G.
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE J.
Professeur Honoraire	M. PASCAL	Professeur Honoraire	M. PESSEY JJ.
Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN JP
Professeur Honoraire	M. BAYARD	Professeur Honoraire	M. GERAUD G.
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE	Professeur Honoraire	M. PLANTE P.
Professeur Honoraire	M. FABIÉ	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL JF

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE	Professeur JL. ADER
Professeur CONTE	Professeur Y. LAZORTHES
Professeur MURAT	Professeur L. LARENG
Professeur MANELFE	Professeur F. JOFFRE
Professeur LOUVET	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	Professeur H. DABERNAT
Professeur CARATERO	Professeur M. BOCCALON
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur B. MAZIERES
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur E. ARLET-SUAU
	Professeur J. SIMON

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

P.U. - P.H.
2ème classe

M. ADOUE Daniel	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-Entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BRASSAT David	Neurologie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. BUGAT Roland (C.E)	Cancérologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. CARRIE Didier	Cardiologie	M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie	M. GAME Xavier	Urologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme GENESTAL Michèle	Réanimation Médicale
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. FRAYSSE Bernard (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. LANG Thierry	Bio-statistique Informatique Médicale	M. PATHAK Atul	Pharmacologie
M. LANGIN Dominique	Nutrition	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne	M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-Entérologie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. MALVAUD Bernard	Urologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses	Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. MONROZIES Xavier	Gynécologie Obstétrique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
M. MOSCOVICI Jacques	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie	P.U.	
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie	M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. PRADERE Bernard (C.E)	Chirurgie générale		
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-Entérologie		

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

P.U. - P.H.
2ème classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ACCADBLE Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie	M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. BUJAN Louis	Urologie-Andrologie	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. BUSCAIL Louis	Hépatogastro-Entérologie	M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CHAMONTIN Bernard (C.E)	Thérapeutique	M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Toxicologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. DELABESSE Eric	Hématologie	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. GALINIER Michel	Cardiologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. GLOCK Yves	Chirurgie Cardio-Vasculaire	Mme MAZEREUEW Juliette	Dermatologie
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. OTAL Philippe	Radiologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie	M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. LARRUE Vincent	Neurologie	M. TACK Ivan	Physiologie
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie		
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène		
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick	Nutrition		
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie		
M. ROLLAND Yves	Gériatrie		
M. ROSTAING Lionel (C.E).	Néphrologie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. SALVAYRE Robert (C.E)	Biochimie		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		

Professeur Associé de Médecine Générale
Pr VIDAL Marc
Pr STILLMUNKES André
Professeur Associé en O.R.L
Pr WOISARD Virginie

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H	
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	M. BES Jean-Claude	Histologie - Embryologie
M. BIETH Eric	Génétique	M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie	Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation	Mme CAUSSE Elisabeth	Biochimie
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme DE MAS Véronique	Hématologie	Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène	M. CORRE Jill	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
Mme DUGUET Anne-Marie	Médecine Légale	M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DUPUI Philippe	Physiologie	M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie	M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie	Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. HAMDJ Safouane	Biochimie	M. GASQ David	Physiologie
Mme HITZEL Anne	Biophysique	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. JALBERT Florian	Stomatologie et Maxillo-Faciale	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire	M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie	M. LAHARRAGUE Patrick	Hématologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique	M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
Mme LE TINNIER Anne	Médecine du Travail	Mme LAPRIE Anne	Cancérologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie	M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LOPEZ Raphael	Anatomie	Mme LEOBON Celine	Cytologie et histologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition	M. LEPAGE Benoit	Bio-statistique
M. MONTOYA Richard	Physiologie	Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
Mme MOREAU Marion	Physiologie	M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie	Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme PRERE Marie-Françoise	Bactériologie Virologie	Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme RACAB Janie	Biochimie	M. RONCIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie	M. TKACZUK Jean	Immunologie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation	Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. SOLER Vincent	Ophtalmologie		
M. TAFANI Jean-André	Biophysique		
M. TREINER Emmanuel	Immunologie		
Mme TREMOLLIERS Florence	Biologie du développement	M. BISMUTH Serge	M.C.U. Médecine Générale
M. TRICOIRE Jean-Louis	Anatomie et Chirurgie Orthopédique	Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
M. VINCENT Christian	Biologie Cellulaire	Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr BRILLAC Thierry
Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOULAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko

Dr BISMUTH Michel
Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge

REMERCIEMENTS

Au Président du Jury :

Monsieur le Professeur OUSTRIC Stéphane
Professeur des Universités
CHU Toulouse
Médecin Généraliste

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury.

Veillez trouver par ce travail l'expression de notre profond respect et de notre très haute gratitude.

A notre directrice de thèse :

Madame le Docteur PUECH Marielle
Médecin Généraliste
Maître de stage

Nous ne te remercierons jamais assez pour ton soutien, ton aide, tes conseils et ta disponibilité tout au long de ces années, pour notre travail de thèse, mais également lors de nos stages et remplacements à Decazeville. Nous te serons éternellement reconnaissantes, et nous t'adressons notre plus profonde gratitude.

Aux membres du jury :

Monsieur le Professeur MESTHE Pierre
Professeur Associé de Médecine Générale
CHU Toulouse
Médecin généraliste

Nous vous remercions d'avoir accepté de juger notre travail de thèse. Soyez assuré de notre profonde gratitude.

Madame le Docteur ESCOURROU Brigitte
Maître de Conférence
CHU Toulouse
Médecin Généraliste

Nous vous remercions d'avoir accepté de juger notre travail. Soyez assuré de nos sincères remerciements pour votre disponibilité.

Madame le Docteur DELAHAYE Motoko
Maître de Conférence Associé de Médecine Générale
CHU Toulouse
Médecin Généraliste

Vous nous faites l'honneur de participer à ce jury. Veuillez trouver en ces lignes l'expression de notre profond respect.

.....

Aux secrétaires et aux médecins qui ont eu la gentillesse nous accueillir dans leur cabinets, nous vous remercions d'avoir accepté de consacrer votre temps si précieux afin de nous aider à réaliser notre travail.

.....

A mes anciens maîtres de stage, Docteur Perez, Docteur Maumet, Docteur Morin, Docteur Chevalier, Docteur Charpin, mais également Docteur Bardou, Docteur Lespinasse, aux équipes de gastroentérologie de Rodez, de gériatrie de Castres, de pédiatrie de Purpan, des urgences de Saint Girons, vous m'avez tant appris, je ne vous remercierai jamais assez.

A Thu, ma co-thésarde, merci d'avoir partagé ce projet avec moi, on en a pas mal bavé, mais ça en valait le coup. Je te souhaite beaucoup de bonheur pour la suite.

A mes parents, merci d'avoir été là tout au long de ces années, pour m'avoir soutenue et pour m'avoir apporté votre réconfort dans les moments difficiles, pour tous les sacrifices que vous avez dû faire pour que je puisse en arriver là. Sans vous, je ne serais pas devenue la personne que je suis actuellement.

A ma petite sœur Sarah, pour tous nos bons moments passés ensemble, et ceux encore à venir, pour cette complicité qui nous lie et qui est chère à mon cœur.

A mes amis de longue date, Daphné, Bibi, Christine, Pauline, François G, François C, Hadrien, Philippe, Kaji, Kiru, Nadège, Emmanuelle, Charlotte, Elodie, Jean-Baptiste, pour votre soutien et votre amitié qui m'est si précieuse.

A mes anciens co-internes Marie, Nathalie, Océane, Rabah, Caroline, Magalie, Cécile, Pauline, Christophe, Cédric, Pierre, Bénédicte, Guillaume, Laure, Florence, Flora, Nicolas, Sébastien, Patrick, Aurore, et aux autres, sans vous ces années d'internat n'auraient pas été aussi sympa.

A Grégory, pour ton soutien, tes encouragements, et d'être toujours là pour moi.

Catherine

.....

A mes parents, merci de m'avoir proposé d'aller faire mes études en France, de m'avoir soutenu et supporté toutes ces longues années. J'étais la source de beaucoup de vos soucis (je le suis et le serai certainement encore), et par nos caractères si différents, je n'ai pas su vous dire à quel point vous comptiez pour moi. Je vous aime.

A mon frère Charles, je n'ai pas été très présente pour toi pendant toutes ces années d'études. Ça n'a jamais été mon point fort d'exprimer mes sentiments. Sache que tu pourras toujours compter sur moi.

Aux Pr Poutrain, Dr Mignot, Dr Savignac et Dr Maviel, merci pour votre générosité et votre gentillesse, pour vos différences et vos forts caractères de médecins, grâce à vous j'ai acquis de la confiance en moi. Merci de tout cœur !

A Sylvain, je ne pourrais jamais te remercier assez de tout ce que tu as fait pour moi. Je te souhaite plein de bonheur et de réussite pour ta vie personnelle et professionnelle.

A Catherine, c'est une chance pour moi de pouvoir travailler avec toi. Merci pour ton efficacité et ta « zentitude » pendant toute la durée de ce travail et pour ton soutien lors de

ces dernières semaines difficiles pour moi. Finalement ça se fait de travailler avec une stressée de la vie, non ? Je te souhaite plein de bonheur !

A Marion, merci d'avoir été toujours là avec moi, de m'avoir donné l'idée de te suivre jusqu'à Toulouse, d'avoir été toujours au rendez-vous de mes confidences périodiques. J'admire ton fort caractère, ta bonne humeur et ton accent mézois ! Je te souhaite à toi et à ta famille plein de bonheur. Oui, qui sait peut-être un jour nos chemins se recroiseraient. Un gros câlin à ma belle Lili.

A Camille, j'ai de la chance de t'avoir rencontrée ! Sans toi je ne serais pas comme je suis aujourd'hui. Toi qui me connais par cœur et qui sais donc toujours comment me remonter le moral avec tes petits mots gentils (j'y crois à fond !). Merci !

A Alicia, Claire et Aurore, merci pour votre énergie positive, pour les moments de « débriefing psychologique », pour votre amitié !

A Bang et Diep, merci pour vos soutiens sans faille. Vous m'avez appris beaucoup de choses sur la vie. J'aimerais tant que vous restiez en France. Que la vie vous réserve de belles choses.

A Annick et Bruno, à Nathalie, à Véro, merci pour votre accueil et votre générosité. C'est une chance pour moi de vous avoir rencontrés.

A mes amis du tango argentin, Gilbert, Cécile, Nadine, Guy, merci pour vos soutiens.

Thu

Table des matières

I.	Introduction	12
A.	Contexte	12
B.	Objectifs	12
II.	Méthode.....	13
A.	Type d'étude.....	13
B.	Critères d'inclusion	13
C.	Comité d'éthique	15
D.	Collecte des données	15
E.	Analyse des données	16
III.	Résultats	17
A.	Facteurs influençant le tri des DNSP des secrétaires	17
1.	Etat de l'agenda.....	17
2.	Facteurs liés aux médecins.....	17
2.1.	Les places de RDV dédiées aux demandes de soins du jour.....	17
2.2.	La présence d'interne/médecin remplaçant.....	18
2.3.	La permanence téléphonique.....	18
2.4.	L'adaptation des médecins	19
2.5.	Les consignes des médecins.....	19
2.6.	La régulation du médecin.....	20
3.	Facteurs liés aux patients	22
3.1.	L'habitué ou le nouveau venu	22
3.2.	L'état du patient	22
3.3.	Le patient exigeant	23
3.4.	L'urgence ressentie du patient.....	25
4.	Facteurs liés aux secrétaires.....	26
4.1.	Moyens à l'initiative de la secrétaire.....	26
4.2.	Expérience de la secrétaire	26
4.3.	Ressenti/Intuition de la secrétaire	27
4.4.	Interaction secrétaire – médecin.....	27
B.	Le processus de tri des DSNP des secrétaires	28
C.	Les conséquences du tri des DNSP des secrétaires.....	31

D.	Spécificités du travail des secrétaires.....	32
1.	La gestion des DSNP : une tâche parmi d'autres.....	32
2.	Ressenti des secrétaires.....	33
E.	Schéma récapitulatif des résultats.....	35
IV.	Discussion.....	36
A.	Forces et limites de l'étude.....	36
B.	Facteurs influençant le tri des DSNP.....	38
1.	Facteurs liés aux médecins.....	38
	Places de RDV dédiées aux demandes de soins du jour.....	38
	Consignes des médecins.....	38
	Interaction secrétaire – médecin.....	39
2.	Facteurs liés aux patients.....	40
3.	Facteurs liés aux secrétaires.....	40
	Expérience de la secrétaire.....	40
C.	Processus de tri et négociation.....	41
D.	Conséquences du tri des DSNP des secrétaires.....	42
E.	Perspectives.....	43
V.	Conclusion.....	45
	Bibliographie.....	47
	Annexes.....	49
	Annexe 1 : Formulaire d'information pour la participation à une étude observationnelle.....	49
	Annexe 2 : Formulaire de consentement pour la participation à une étude observationnelle.....	50
	Annexe 3 : Fiche d'approbation de la Commission Ethique du Département Universitaire de Médecine Générale de Midi-Pyrénées.....	51
	Annexe 4 : Grille d'observation.....	53
	Annexe 5 : Exemple de codage.....	55
	Annexe 6 : Tableau de catégorisation.....	56

I. Introduction

A. Contexte

En France, 56% des médecins généralistes disposent d'un secrétariat médical, et dans 80% des cas, il s'agit d'un secrétariat physique (1). La présence d'un secrétariat est plus fréquente chez les médecins exerçant en groupe, chez les médecins ayant une forte activité, et chez les médecins les plus jeunes, d'autant plus que le nombre de médecins, en particulier les jeunes, exerçant en cabinet de groupe a augmenté de 10% en 10 ans (2). De plus, en l'absence de secrétaire et de comptable, les médecins passent en moyenne 5 heures par semaine à gérer les tâches de gestion, secrétariat et de comptabilité, ceux qui impactent sur leur temps de travail (1).

L'attribution de rendez-vous (RDV) aux patients est l'une des tâches constantes des secrétaires médicales. Les études dans la littérature internationale ont démontré que l'attribution de RDV aux patients en fonction du niveau d'urgence des demandes de soins était une des principales tâches des secrétaires médicales. Il s'agissait d'un processus social complexe sous l'influence du contexte du cabinet. Le risque médico-légal de cette gestion des RDV reste mal connu.

Contrairement aux études anglophones, les chercheurs français ne se sont intéressés aux secrétaires médicales en médecine générale que très récemment. Deux travaux de thèse en 2012 ont décrit le fonctionnement du tri des demandes de soins non programmés (DSNP) des secrétaires médicales du point de vue de ces dernières (3,4). C'était lors de cette pratique que les secrétaires médicales évaluaient le degré d'urgence des demandes de soins. Cependant ces études n'ont pas tenu compte du contexte influençant cette activité de tri.

B. Objectifs

L'objectif principal de notre étude est de décrire le fonctionnement du tri des DSNP des secrétaires en cabinets de médecine générale dans son contexte avec les facteurs influençant ce tri.

L'objectif secondaire est de décrire les spécificités du travail des secrétaires et leur ressenti.

II. Méthode

A. Type d'étude

Afin de mieux comprendre la gestion du tri des DSNP par les secrétaires médicales, nous avons choisi de réaliser une recherche par observation directe ethnographique participante des secrétaires médicales dans les cabinets de Médecine Générale.

Nous avons donc mené une étude :

- qualitative,
- ethnographique, cela nous permettait de nous immerger dans la vie du sujet étudié (5), par conséquent dans le travail de tous les jours des secrétaires médicales, afin d'étudier leur pratique de tri dans leur contexte social,
- observationnelle en direct, nous étions sur le terrain, dans l'espace de travail des secrétaires pour observer directement leur travail,
- à découvert, notre statut de médecin chercheur était annoncé en amont de la recherche aux secrétaires,
- participante, par notre statut de médecin, comme conseiller si les secrétaires nous sollicitaient, nous pouvions répondre à leur demande, tout en essayant de ne pas interférer dans leur travail. Le risque d'une participation serait la modification de certains aspects de la réalité que nous cherchions à décrire mais elle était le garant de notre immersion sur le terrain (6).

La durée et les horaires d'observation étaient convenus avec les secrétaires et les médecins responsables du cabinet. Environ 150 heures d'observation ont été menées dans les 5 cabinets observés, d'octobre 2014 à janvier 2016

B. Critères d'inclusion

Les cabinets choisis formaient un échantillon raisonné diversifié selon les critères suivants :

- Faisabilité : les cabinets étaient la plupart du temps nos lieux de stages d'internat et/ou de remplacement

- Zone d'implantation urbaine ou rurale avec des degrés divers : des communes « très urbaines », Toulouse, à des communes rurales plus ou moins isolées, Saint Léger en Yvelines (Yvelines, Ile-de-France), Decazeville, Villefranche de Rouergue, Lanuéjols (Aveyron, Midi-Pyrénées) ;

- Mode de regroupement : cabinet seul, cabinet de groupe, maison de santé pluri-professionnelle ;

- Nombre de médecins exerçant dans le cabinet : 1 à 7 médecins ;

- Caractéristiques des médecins : maître de stage (présence d'internes notamment SASPAS avec ses propres consultations) ou non, travail à temps plein ou partiel ;

- Nombre de secrétaires : 1 à 3 ;

- Caractéristiques des secrétaires : formation de secrétariat médical, ancienneté, relation particulière avec le médecin, travail à temps plein/temps partiel ;

- Service continu ou discontinu des secrétaires.

Nous avons écarté les cabinets avec secrétariat téléphonique à distance car les interactions avec les patients et les médecins seraient différentes (ce qui nécessiterait une étude dédiée).

Les caractéristiques de chaque cabinet observé sont résumées dans le tableau 1.

Tableau 1. Caractéristiques des cabinets observés

Cabinets	Nombres de secrétaires	Nombres de médecins généralistes	Nombres d'observateurs	Durée de l'observation (heures)	Jours observés
A	3	7	2	67,25	L, M, M', J, V
B	2	3	2	42,67	L, J, V, S
C	1	1	1	21	L, J, V
D	1	4	1	7,5	L
E	1	4	1	13	L, V

(L : lundi, M : mardi, M' : mercredi, J : jeudi, V : vendredi, S : samedi)

C. Comité d'éthique

Les formulaires d'information (annexe 1) et de consentement (annexe 2) ont été fournis aux secrétaires et aux médecins responsables du cabinet, après leur avoir expliqué de manière orale et écrite notre identité, l'objectif et les modalités de la recherche.

Notre projet de recherche ainsi que les formulaires d'information et de consentement ont été validés par le Comité d'Ethique du Département de Médecine Générale de Midi Pyrénées le 15 Juin 2015 (annexe 3).

D. Collecte des données

La collecte de données a été menée entre Octobre 2014 et Janvier 2016, entrecoupée par des périodes d'analyse.

- Nous avons menés les observations nous-mêmes et de manière individuelle : les deux premiers cabinets ont été observés par toutes les deux, et les trois autres cabinets n'ont été observés que par l'une d'entre nous.

- Les notes de terrain ont été exclusivement manuscrites. Nous avons procédé à une observation systématique selon une grille d'observation, modulable au fil des observations (annexe 3). Cette grille d'observation, construite à partir de nos recherches bibliographiques, était constituée de quatre parties : caractères socio-professionnels de la secrétaire médicale, description de l'espace de travail, description du tri des DSNP placé dans son contexte avec une prise de notes systématique sur les interactions entre différents acteurs, auto-observation du chercheur. La grille d'observation a surtout été modifiée suite à l'analyse des données issues du premier cabinet avec l'accent mis sur la description de l'espace du secrétariat et les conséquences éventuelles sur les interactions entre les secrétaires et les médecins/patients.

- Aucune conversation téléphonique n'a été écoutée ni enregistrée à l'insu des patients. Aucune donnée personnelle concernant les patients n'a été prise.

- Les notes sur le terrain ont été ensuite retranscrites en un récit constituant le journal de terrain.

- Les différents acteurs ont été anonymisés.

- La collecte a pris fin à la saturation des données, c'est-à-dire l'absence d'émergence de nouvelle idée lors de l'analyse des données du cinquième cabinet.

E. Analyse des données

L'analyse des données a commencé après l'observation du premier cabinet. Chaque récit a été compris puis codé par chaque chercheur de manière indépendante. Puis une réunion en face à face a été tenue entre les deux chercheurs et la directrice de thèse pour comparer les codages afin de trouver un consensus (triangulation d'analyse). Nous avons utilisé un tableur Microsoft Excel en ligne pour pouvoir travailler de manière simultanée. Suite à cette première analyse, nous avons modifié la grille d'observation pour le deuxième cabinet. La même démarche a été appliquée par la suite à chaque cabinet observé mais sans notre directrice qui n'est intervenue qu'en cas de désaccord entre les deux chercheurs.

La méthode d'analyse utilisée dans notre étude a été basée sur une analyse thématique avec un début d'approche de théorisation ancrée. Les données ont été codées puis groupées en sous-catégories, catégories et thèmes émergents (catégorisation a posteriori). Ces catégories et thèmes ont été utilisés à leur tour comme un guide pour le codage ultérieur et ont été de nouveau affinés jusqu'à saturation des données (7).

A la fin de l'analyse des données, chaque secrétaire a été contactée afin qu'elles visualisent les résultats. La rétroaction avec les secrétaires observées nous a permis de recueillir leurs avis pour valider nos résultats.

III. Résultats

A. Facteurs influençant le tri des DNSP des secrétaires

1. Etat de l'agenda

La gestion du tri des DNSP par les secrétaires dépendait en premier lieu de l'état de l'agenda des médecins. Nous avons constaté que lorsqu'il restait de nombreuses places dans la journée, il n'y avait quasiment pas de processus de tri, par conséquent pas de recueil de renseignement y compris de critères d'urgence.

S8 ne demande pas le motif quand elle a des places à proposer (S8, Cabinet E, Récit VI, 106-107)

Cependant, quand il n'y avait plus de places disponibles (cabinet A-C) ou lorsque qu'il restait un minimum de places (cabinet B), les secrétaires mettaient en place un processus de tri.

2. Facteurs liés aux médecins

2.1. Les places de RDV dédiées aux demandes de soins du jour

Seul le cabinet A a intégré dans son fonctionnement des places de RDV dédiées aux demandes de soins du jour. Chaque médecin, à tour de rôle, a assuré un après-midi de RDV pris exclusivement le jour même.

D'autres stratégies pour avoir des places de RDV du jour disponibles ont été observées. Dans tous les cabinets, le lundi a été considéré par les secrétaires comme le jour avec la plus importante demande de soins. Par conséquent, toutes les secrétaires ont toujours anticipé sur ce jour en laissant disponible un certain nombre de places de RDV le lundi.

Les créneaux « 45 ». Deux secrétaires dans les cabinets D et E ont réservé, avec l'accord des médecins, le dernier quart d'heure horaire aux demandes urgentes de soins du

jour. Ces créneaux étaient souvent laissés libres par les médecins pour rattraper leur retard ou justement pour ces « cas imprévus ».

Les RDV en doublon ou entre 2. Les secrétaires des cabinets C et D pouvaient donner, avec l'accord du médecin, des RDV en doublon, c'est-à-dire deux RDV sur la même plage horaire, en cas de demandes de soins du jour importantes. Les RDV en doublon étaient jugés comme peu chronophages par les secrétaires.

« Si c'est pour des vaccins, je peux mettre entre 2. Mais si c'est un patient au bord de la dépression je ne pourrai pas !... » (S7, cabinet D, récit IV, 383-384)

2.2 La présence d'interne/médecin remplaçant

Nous avons observé une disponibilité plus importante des places de RDV le jour même en présence des médecins remplaçants. Dans les cabinets où il y avait des internes SASPAS (cabinets A et B), la même situation a été observée. Lorsqu'il y a une demande de soins urgents, les internes de niveau 1 (cabinets A et B) ont parfois été sollicités pour donner une consultation.

2.3 La permanence téléphonique

Tous les cabinets ont mis en place un service téléphonique assuré soit par les secrétaires seules soit par les secrétaires et les médecins.

- Service téléphonique continu assuré par la secrétaire et le médecin (cabinet C) ;
- Service téléphonique continu assuré que par les secrétaires de 8h à 19h (cabinets A et B) ;
- Service téléphonique discontinu avec interruption de 2h à la pause du midi (répondeur téléphonique), le soir à la fin du service des secrétaires, les médecins reprenaient la ligne (cabinets D et E).

Ce service téléphonique couvrait toute ou presque toute la plage horaire en dehors des gardes (20h à 8h), facilitant l'accès des patients aux soins.

2.4 L'adaptation des médecins

Certains médecins avaient une importante amplitude horaire de travail avec un début de matinée à 6h et/ou une fin de soirée à 20h30-21h.

Les médecins s'adaptaient toujours à la situation en prenant des patients en plus ou en acceptant une visite imprévue.

Le système d'attribution de RDV était donc flexible grâce à l'adaptabilité des médecins notamment lorsqu'il y ait une forte demande de soins.

2.5. Les consignes des médecins

Nous avons pu observer que dans les cabinets, les médecins donnaient parfois des consignes aux secrétaires, qu'elles soient écrites ou orales, concernant le tri des demandes de soins ou les transferts d'appels.

Il y a aussi une affiche des motifs d'appels qu'il faut immédiatement passer aux médecins « douleur thoracique, malaise, dyspnée... » au bureau de S1. On ne peut la voir que si l'on s'assoit à son bureau ! (Cabinet A, Récit II, 23-25)

Ces consignes pouvaient varier d'un médecin à l'autre au sein d'un même cabinet.

Les instructions sur les transferts d'appel sont différentes selon les médecins. Certains demandent à ce que tous les appels leur soient transférés, d'autres de laisser un message, certains motifs « urgents » tels que « malaise, douleur thoracique, paralysie, etc. » doivent être transférés au médecin. (Cabinet A, Récit A1, 176-178)

Cependant ces consignes ne sont pas systématiques.

Dr B1 n'a pas donné de consigne particulière (Cabinet B, Récit III, 95)

Les secrétaires avaient parfois des difficultés à s'adapter à ces consignes, qui étaient parfois peu précises et variables dans le temps.

Dr D3, au début, lui a donné « des consignes sur certains patients avec une prise en charge particulière...30 minutes pour la visite des bébés...non, pas de consigne particulière... (Cabinet D, Récit IV, 42-44)

2.6.La régulation du médecin

Les médecins pouvaient être sollicités par les secrétaires dans différentes situations telles que :

- Les consignes du médecin, par exemple pour les transferts d'appel, certains médecins ont demandé spécifiquement aux secrétaires de leur transférer tous les appels alors que d'autres ont demandé de filtrer les appels ;
- La nécessité d'avis médicaux pour des conseils, certains résultats d'examens, des demandes de prescription, des demandes administratives ;

S4 : attendez ne quittez pas puis transfert l'appel au médecin : ça te dérange pas que je te passe Mme X, suite au médicament, elle a beaucoup vomi (S4, Cabinet B, Récit B2, 67-68)

S4 : vous appelez pour l'INR ? -...- 2.24, il prend plus de piqure ? -...- sinon Mme B4 l'a déjà vu, je vais demander à Mme B5, ne quittez pas. (S4, Cabinet B, Récit B2, 75-76)

- Les demandes venant d'autres professionnels de santé ;

Tel « qui est son médecin ?...je vous le passe, ne quittez pas ! ». S7 passe l'IDE au médecin. (S7, Cabinet D, Récit IV, 165)

- La gestion des RDV lorsqu'il n'y avait plus de place disponible ;

18h55 Une patiente se présente à l'accueil accompagnée d'un adolescent « je n'ai pas de RDV mais mon fils a de la fièvre ». S3 appelle Dr A5 pour lui demander si elle peut prendre un patient à 19h15 sans lui annoncer le motif. (S3, Cabinet A, Récit II, 328-332)

- Lorsque la secrétaire avait des doutes concernant le tri ou lorsqu'elle ressentait une urgence ;

S4 « Oui quand j'ai un doute, quand je le sens pas trop...je demande au médecin » (S4, Cabinet B, Récit II2, 185)

- Lorsque la négociation avec les patients devenait difficile ou lorsque les patients devenaient trop insistants.

En cas de désaccord avec le patient pour une demande de RDV, soit S5 passe l'appel au médecin (le plus souvent des cas) (S5, Cabinet B, Récit III, 102-103)

Dans tous les cabinets observés, les secrétaires éprouvaient rarement des difficultés à demander un avis aux médecins, surtout lorsque la situation l'exigeait. Par ailleurs, les médecins étaient toujours disponibles pour y répondre.

Quand S5 a un doute, elle demande aux médecins sans hésitation (S5, Cabinet B, Récit III, 122-123)

Les secrétaires pouvaient également différer le recours au médecin, souvent pour des situations qu'elles jugeaient non urgentes telles que des résultats biologiques ou des demandes d'avis ou des demandes de prescriptions, et souvent parce que le médecin était alors absent ou indisponible au moment de la demande. Dans ces cas-là, elles faisaient appel au médecin soit en les appelant ultérieurement, soit en leur laissant les messages des patients à l'aide de post-it (cabinet E), soit en utilisant la messagerie instantanée (cabinet A).

Cependant, nous avons constaté que dans certaines situations, elles n'ont pas fait appel au médecin, alors que le motif ou les circonstances nous semblaient pertinents tels que les malaises.

3. Facteurs liés aux patients

3.1. L'habitué ou le nouveau venu

La secrétaire S1 du cabinet B a déclaré donner prioritairement RDV aux patients du cabinet et réorienter les autres patients vers leurs cabinets d'origine. La secrétaire du cabinet E donnait en revanche facilement RDV de consultations aux nouveaux patients.

Dans tous les cas, les secrétaires n'ont jamais refusé de RDV aux patients, même hors du cabinet, au moment où un RDV avait été jugé indispensable, par les secrétaires ou par les patients, le jour même.

3.2. L'état du patient

Un patient aux lourds antécédents médicaux était considéré par les secrétaires comme prioritaire lors du tri. Les enfants, les patients âgés ou les patients ayant des difficultés pour se déplacer étaient favorisés par les secrétaires que ce soit dans le choix du jour ou de l'heure du RDV. Elles pouvaient également arranger les patients en rapport avec la vie professionnelle ou personnelle de ces derniers.

Les secrétaires agissaient en fonction de leur ressenti dans de nombreuses situations. En effet, la connaissance du patient ainsi que l'état du patient ressenti par les secrétaires avait une influence significative sur leurs comportements de tri des DSNP. Cet état du patient ressenti par les secrétaires générait souvent de l'empathie chez ces dernières.

« ...Dr A4 est en congé jusqu'au 17, il y a sa remplaçante...jeudi matin ?...ça peut attendre ?...vous rappelez s'il y a quelque chose, hein ?!...jeudi à... - S1 s'adresse à l'observateur - « Je le connais...je sais qu'il peut y avoir quelque chose... » (S1, Cabinet A, Récit 15, 66-68)

« Elle (la patiente) voit souvent Dr A2, elle n'est pas bien, ça se sent... » (S2, Cabinet A, Récit I4, 53)

Elles étaient également très sensibles aux manifestations émotionnelles des patients, telles des pleurs ou un état de détresse psychologique. Dans ces cas-là, les secrétaires se sont toujours débrouillées pour leur arranger un RDV dans de meilleurs délais voire immédiat.

3.3. Le patient exigeant

« Dans l'ensemble les gens sont sympa, c'est rare qu'on se prend la tête ». (S2, Cabinet B, Récit III, 102)

Les prises de RDV entre secrétaires et patients se sont bien déroulées la plupart du temps. Cependant, certains patients, afin d'obtenir un RDV qui leur convenait, se sont montrés insistants et/ou exigeants. Toutes les secrétaires s'accordaient à déclarer que les patients étaient rarement agressifs, plutôt exigeants.

« Ils veulent tout tout de suite...par exemple Mme L là, elle appelle à 11h30 « il faut que quelqu'un passe à midi ! » ». (S8, Cabinet E, Récit VI, 212-3)

Les secrétaires ont souvent, de leur côté, cédé à la pression de ces patients.

Conversation d'un patient P à l'accueil avec la secrétaire S1 du cabinet A (récit A2, 89-91).

P « C'est pour prendre un rdv »

S1 « Votre médecin traitant ? »

P « Dr A1 »

S1 « Pas avant la semaine prochaine »

P « Ah non c'est urgent »

S1 « Avec un autre médecin alors »

P « Ah non c'est Dr A1 qui le suit, il n'est pas bien »

S1 « Je peux essayer de vous caser vendredi matin »

P « Ok »

Conversation d'un jeune patient à l'accueil avec la secrétaire S8 du cabinet E (récit V2, 93-104).

P « Je ne veux pas de rdv, je veux juste un médicament...je suis un traitement par Seroplex, j'ai appelé le CMP et le psychiatre n'est pas là...On me dit qu'il faut que je voie avec un généraliste aujourd'hui et il suffit de montrer l'ordonnance pour qu'il me prescrive le médicament »

S8 « c'est qui votre généraliste ? »

Ce n'est pas un patient du cabinet.

S8 « ah il va pas vous le faire comme ça...allez à la pharmacie pour vous faire avancer »

P « je viens d'y aller et c'est nient, on ne me l'avance pas ! »

S8 « je peux pas vous prendre cet après-midi...demain ? »

P « mais je peux pas arrêter le médicament...quelle est la solution alors ? »

S8 « quel est votre nom ?...Installez-vous, un médecin va vous prendre » S8 inscrit le patient sur le créneau de 16h45.

Les demandes exigeantes de certains patients ont déplu voire agacé les secrétaires, lesquelles pouvaient même éprouver un sentiment d'antipathie pour ces patients.

S6 me parle du patient qui a pris rdv pour 18h30 « Elle (la patiente) demande dans la soirée, mais 18h30 c'est trop tard, faut arranger par rapport au rdv avec l'orthophoniste, en plus elle est désagréable, la façon dont elle m'a répondu, ça ne m'a plu, elle n'est pas suivie par Dr C. Je peux arranger les patients habituels mais pas elle. Elle n'est pas venue depuis 2012 et il faut lui donner un horaire à la carte, non mais » (S6, Cabinet C, Récit C3, 38-41)

Ce sentiment d'antipathie de la secrétaire vis-à-vis du patient pouvait être pénalisant pour ce dernier.

« Elle prend rdv et elle vient jamais, j'ai reconnu sa voix...là sa petite a les yeux gonflés...qu'est-ce que tu veux que B (Dr E4) lui fasse pour les yeux gonflés ? Elle va l'envoyer chez l'ophtalmo...sinon un coup de sérum phy et c'est bon ! Elle viendra pas de toute façon ! J'en peux plus des gens comme ça ! » (S8, Cabinet E, Récit V1, 283-286)

Certains patients ont compris qu'en faisant pression sur les secrétaires, ils obtiendraient ce qu'ils voulaient : un RDV du jour, une communication téléphonique avec le médecin, un papier administratif, etc.

De leur côté, les secrétaires ressentaient le refus d'admettre leur légitimité dans le parcours de soins de certains patients. S'installait dès lors une réticence chez les secrétaires à mettre en place le tri.

« Au début les médecins nous ont demandé de demander le motif, mais j'arrive pas, et puis parfois les gens on sent qu'ils veulent pas... » (S1, cabinet B, récit B2, 45-46)

« Je demande le motif à tout le monde, ils ont l'habitude...ils me disent aussi spontanément...mais il y a des gens qui disent que c'est personnel...oui c'est rare...là je n'insiste pas...Je sais qu'il y a des gens qui me disent jamais...y en a qui disent « mais vous n'êtes pas docteur ! » ou « le docteur, il sait pourquoi je viens, il me connaît ! »... » (S7, Cabinet D, Récit IV, 335-340)

3.4.L'urgence ressentie du patient

Il semblait logique de penser que c'était aux secrétaires de repérer et de donner priorité aux demandes de soins urgentes. La pratique observée a été toute autre. C'étaient les patients qui ont, dans la majorité des cas, imposé leurs urgences. Ces urgences, du point de vue des patients, étaient très variées et les délais ont souvent été décidés par les patients eux-mêmes : urgence d'un symptôme (des difficultés respiratoires nécessitant un RDV du jour mais seulement dans l'après-midi), urgence d'un papier administratif, urgence d'une prise de vitamine, urgence de voir son médecin et pas un autre dans un délai de 3 et pas de 7 jours, urgence de changer un traitement mais possibilité d'attendre le retour de son médecin, etc. A chaque patient son urgence ! Les secrétaires, face à ces urgences ressenties des patients, ont soit satisfait leurs demandes soit proposé d'autres choix soit, en derniers recours, fait appel aux médecins.

En l'absence de moyens pour évaluer l'urgence d'une demande de soins, certaines secrétaires n'ont pas pu s'empêcher de penser que les patients abusaient de ce bénéfice du doute.

« Si je leur demande si c'est urgent, ils vont dire oui ! » (S7, Cabinet D, Récit IV, 338)

4. Facteurs liés aux secrétaires

4.1. Moyens à l'initiative de la secrétaire

Système de liste d'attente du jour de la secrétaire (cabinet C). En cas d'annulation de RDV du jour par un patient, la secrétaire appellerait le 1^{er} patient sur sa liste d'attente pour lui proposer ce RDV. Les patients sur cette liste ont été classés selon le degré d'urgence de leur demande jugé par la secrétaire.

Orientation vers d'autres structures d'urgence par la secrétaire (cabinet E). Pour les demandes de visites urgentes alors que tous les médecins étaient en consultation, la secrétaire a demandé aux patients d'appeler des structures d'urgence pouvant délivrer des soins dans de meilleurs délais.

4.2. Expérience de la secrétaire

L'expérience personnelle avait une influence sur la gestion du tri par les secrétaires, surtout la projection personnelle de la secrétaire sur la situation du patient (cabinet A).

C'est par expériences personnelles (elle y insiste) ... SI s'est beaucoup occupée de sa grande mère malade « je connais beaucoup de termes médicaux en s'occupant de ma grande mère » (S1, Cabinet A, Récit II, 240-243)

Cependant, l'expérience personnelle n'était pas systématiquement considérée comme une ressource pour les secrétaires. A la question posée de l'impact de leur expérience personnelle sur la gestion du tri, certaines secrétaires ne le considéraient pas comme une ressource. (Cabinet B)

Au contraire, l'expérience professionnelle était systématiquement évoquée par toutes les secrétaires, quel que soit le type d'expérience tel que l'apprentissage auprès des médecins.

S4 « Oui avec le temps, douleur irradiant dans le bras...j'entends parler des médecins...je pose parfois des questions aux médecins, ça peut aider pour une autre fois » (S4, Cabinet B, Récit II2, 167-168)

4.3.Ressenti/Intuition de la secrétaire

Nous avons observé que le ressenti de la secrétaire avait un impact important sur la gestion du tri, la plupart du temps, surtout quand elles ressentaient une urgence ou pas, ou selon son intuition.

S1, revenue de sa pause, décroche « ...Dr A4 est en congé jusqu'au 17, il y a sa remplaçante...jeudi matin ?...ça peut attendre ?...vous rappelez s'il y a quelque chose, hein ?!...jeudi à... » S1 à moi « Je le connais...je sais qu'il peut y avoir quelque chose, c'est pour ça... » (S, Cabinet A, Récit I5, 66-68)

S6 : Je préfère qu'il vienne à cette heure-là si je le juge nécessaire. 15h30. « il a les reins bloqués, il a très mal au rein, il n'urine plus » (S6, Cabinet C, Récit C1, 167-168)

4.4.Interaction secrétaire – médecin

Nous n'avons pas observé d'interaction secrétaire – médecin ayant influencé le tri des DSNP des secrétaires. Cependant nous avons ressenti que l'humeur des médecins avaient un effet sur les secrétaires. Les secrétaires étaient sensibles au manque de motivation de travailler du médecin.

« T (Dr X) doit faire 3 visites mais il n'est pas très chaud, il avait plein de trucs à faire. J'ai reporté une visite » (S4, Cabinet B, Récit B2, 8-9)

Le « débriefing » avec les médecins des situations de tri compliquées voire conflictuelles avait un impact positif sur le vécu des secrétaires (cabinet B). La réassurance

des secrétaires de la part des médecins permettait de calmer l'anxiété de ces dernières et d'améliorer leur estime de soi.

Nous n'avons pas mis en évidence de comportement de tri différent lié à la relation conjugale entre la secrétaire du cabinet D et un médecin du cabinet. Nous avons simplement ressenti chez elle un sentiment d'implication dans les problèmes du cabinet.

B. Le processus de tri des DSNP des secrétaires

Le processus de tri des secrétaires ne se mettait en place qu'à partir du moment où la disponibilité des places pour le jour même devenait de plus en plus restreinte voire nulle.

Souvent les secrétaires, lors de la prise de rdv, si les patients demandent pour le jour même alors qu'il n'y a plus de place, les principales questions posées sont « est-ce que ça peut attendre » « qu'est-ce qui vous arrive ? » (Cabinet A, Récit A1, 202-204)

Le processus s'opérait par différents moyens : la négociation avec le patient avec le recueil de renseignements, le recours à des critères de tri objectifs et subjectifs, l'appel à la régulation du médecin.

En recueillant différents renseignements, la secrétaire pouvait négocier avec le patient sur la date et l'horaire du RDV. Les informations recherchées par les secrétaires concernaient principalement :

- l'identité du médecin traitant du patient ou du médecin qu'il souhaitait consulter,

2ème appel S2 « Dr A5 ça va pas être possible aujourd'hui, elle est là que aujourd'hui mais c'est complet...ce matin ? Cet après-midi seulement ?...avec Dr A8, remplaçante du Dr A7 à 17h » (S2, Cabinet A, Récit I5, 9-10)

- le type de RDV, consultation ou visite, date, horaire, disponibilité du patient, nombre de RDV,

« C'est pour toi ou c'est pour ta fille aussi ? » (S5, Cabinet B, Récit II2, 219-220)

S6 « quelles sont vos disponibilités horaires ? » (S6, Cabinet C, Récit C2, 5)

- le degré d'urgence ressenti par le patient,

« il n'est pas là cette semaine ! Dites-moi si c'est urgent, qu'est-ce qui se passe ? » (S1, Cabinet A, Récit II, 246-247)

« je demande surtout si c'est urgent, surtout quand il reste un minimum de place » (S4, Cabinet B, Récit B2, 47-48)

- les symptômes du patient,

« et quand ?...ça a beaucoup saigné ?...ça n'a pas du tout saigné ? Ça baille ? (S5, Cabinet B, Récit II2, 224)

« quand est-ce que vous êtes tombé ? » (S7, Cabinet D, Récit IV, 128)

- le motif du RDV,

« Ce serait pourquoi ce RDV ? Parce que j'ai pas de RDV immédiat avec Dr D3... » (S7, Cabinet D, Récit IV, 231-232)

Le recueil des renseignements pouvait être ardu pour la secrétaire, en effet il arrivait parfois que les patients refusaient de donner le motif, car il considérait que la secrétaire en était illégitime, de même que la secrétaire elle-même se considérait illégitime de recueillir le motif. Cependant certains patients pouvaient donner systématiquement le motif du RDV, soit spontanément, soit lié aux habitudes du cabinet du recueil systématique du motif.

« des fois je dis aux gens que c'est pas par curiosité mais c'est pour voir si c'est urgent ou pas » (S5, Cabinet B, Récit III, 58-59)

« Je demande le motif à tout le monde, ils ont l'habitude » (S7, Cabinet D, Récit IV, 335-336)

Nous avons constaté que les secrétaires avaient recours à certains critères de tri :

- certains étaient objectifs, comme l'âge extrême des patients : les enfants ou les personnes âgées, les consignes du médecin,

Pour la personne âgée et surtout les enfants, S1 essaie de trouver un RDV le jour même si possible (S1, Cabinet A, Récit II, 239-240)

- d'autres plus subjectifs, l'urgence ressentie par la secrétaire ou le patient, le comportement du patient, jugement, doute ou intuition de la secrétaire.

Elle peut également passer un appel au médecin « au feeling ». (S5, Cabinet B, Récit III, 98-99)

« il n'y a pas beaucoup de places entre aujourd'hui et demain, il faut privilégier les malades ! » (S2, Cabinet A, Récit I4, 31-32)

Ce processus permettait ainsi aux secrétaires de gérer les DNSP, soit en leur attribuant un RDV le jour même, soit en différant le RDV au lendemain voire très ultérieurement, soit en faisant appel à la régulation du médecin.

Les principaux motifs d'attribution d'un RDV du jour constatés étaient :

- l'état de l'agenda, en particulier la disponibilité des places. Quel que soit le motif lors qu'il y avait une disponibilité des places au moment où le patient demandait, les secrétaires proposait systématiquement un RDV du jour ;
- les pathologies médicales toutes spécialités confondues, allant des pathologies ORL à la rhumatologie ; mais également les renouvellements surtout si l'état de l'agenda le permet.
- les demandes administratives (accident de travail, arrêt maladie...)

Tableau 2 : Principaux motifs d'obtention de RDV du jour

Etat de l'agenda	Disponibilité des places
Urgences administratives	Accident de travail, arrêt de travail, certificat
Urgences thérapeutiques	Renouvellement
Urgences médicales	<ul style="list-style-type: none"> - Pédiatriques : +++ - ORL : dysphagie/angine, otalgie/otite, vertige - Cardiaques : hypertension, malaise, phlébite - Digestives : gastro entérite/vomissement/diarrhée/douleur abdominale - Infectieux : fièvre - Rhumatologiques : dorsalgie, scapulalgie, trouble de la marche, goutte - Psychiatriques : dépression, confusion - Pneumologiques : toux/bronchite/asthme - Hématologiques : saignement - Cutanées : zona, plaie, herpes buccal, varicelle - Ophtalmologiques : conjonctivite - Urologiques : infection urinaire - Traumatologiques
Urgences émotionnelles	(état de mal être)

C. Les conséquences du tri des DNSP des secrétaires

Nous n'avons pas observé de grave erreur de tri des demandes de soins des secrétaires. La secrétaire S1 du cabinet A, en ayant averti sans délai le médecin, a pleinement participé à la prise en charge de la patiente atteinte d'un accident vasculaire cérébral. Quelques déficiences dans le processus de tri ont cependant été observées, souvent relevées par les patients, telles que l'absence d'appel à la régulation du médecin pour des motifs justifiés (malaise), un défaut d'information du médecin sur les visites à domicile ou encore le sentiment d'incompréhension ou de désappointement des patients suite au tri des secrétaires.

Les secrétaires étaient très limitées en matière de compétences pour évaluer et repérer les urgences potentielles.

S4 arrive enfin à joindre le Dr B2, enfin c'est son interne qui répond « c'est la fille qui dit que sa mère n'est pas bien, elle a beaucoup de tension et elle n'est pas bien...elle veut savoir quand est-ce que vous passez...urgent ? [le médecin a dû lui demander si c'était urgent] je sais pas, elle dit qu'elle n'est pas bien... » (S4, Cabinet B, Récit B1, 118-121)

S5 « ... j'ai peur de passer à côté de quelque chose en bridant les patients chiants, une fois un patient a fait une péritonite sur une appendicite, il a appelé plusieurs fois, mais je savais pas » (S5, Cabinet B, Récit B1, 321-323)

D. Spécificités du travail des secrétaires

1. La gestion des DNSP : une tâche parmi d'autres

Le tri des DNSP était noyé parmi toutes les tâches des secrétaires : qu'elles étaient d'ordre logistique (informatique, consommable), comptable, administrative (courriers), d'accueil des patients et d'autres professionnels de la santé, ou annexes (ménage).

Les secrétaires considéraient le tri comme utile.

« C'est mieux je trouve avec RDV, car tu peux mieux gérer le temps, tu peux placer les gens par ordre de priorité...tu sais qui peut attendre et tu peux les mettre après... » (S4, Cabinet B, Récit II2, 154-155)

A cause de la multiplicité de ces tâches, la concomitance de la réalisation de ces tâches étaient souvent observée. Quand la réalisation simultanée de ces tâches n'était plus possible (par exemple, appel téléphonique et présence d'un patient au secrétariat simultanément), on observait alors une discontinuité dans le travail des secrétaires, qui pouvait avoir un impact sur l'efficacité du travail des secrétaires.

« *Je ne peux rien faire (en regardant le tel qui sonne sans répit)* » (S8, Cabinet E, Récit V2, 29).

Hormis les tâches d'ordre matériel, les secrétaires avaient un rôle important d'intermédiaire, que ce soit entre les patients et les médecins, entre les médecins eux-mêmes, ou entre les autres professionnels et les médecins. Leur rôle de « barrière » ou de « défenseur » ne pouvait pas être négligé dans le tri des DNSP.

Elles étaient également soumises au secret médical. Les médecins n'hésitaient pas à partager les informations médicales des patients avec les secrétaires. Le respect de ce secret médical était généralement observé, la seule entorse à ce secret relevait plus du manque de discrétion des secrétaires dans leur conversation avec les patients ou avec les médecins.

Bien que la plupart des secrétaires aient conscience de leur rôle et de leur absence de compétence sur les sujets d'ordre médicaux, certains dysfonctionnements ont été observés. En effet, certaines secrétaires se sont approprié des fonctions d'ordre médical telles que la délivrance de conseils médicaux, la prescription médicamenteuse ou l'orientation de patients vers d'autres structures sans avis médical.

2. Ressenti des secrétaires

- Appréciation de leur travail : dans l'ensemble, toutes les secrétaires appréciaient leur travail, ainsi que l'ambiance sur leur lieu de travail, et leur relation avec les médecins par leur sympathie et leur disponibilité. Le lien direct entre la secrétaire et le médecin-employeur était apprécié par la secrétaire (cabinet C) ;
- Charge de travail : la majorité des secrétaires appréciaient avoir une charge de travail importante car plus stimulante, moins ennuyeuse ; bien que parfois la fatigue pouvait prédominer, elles pouvaient également être saturées par le nombre important d'appels téléphoniques ;

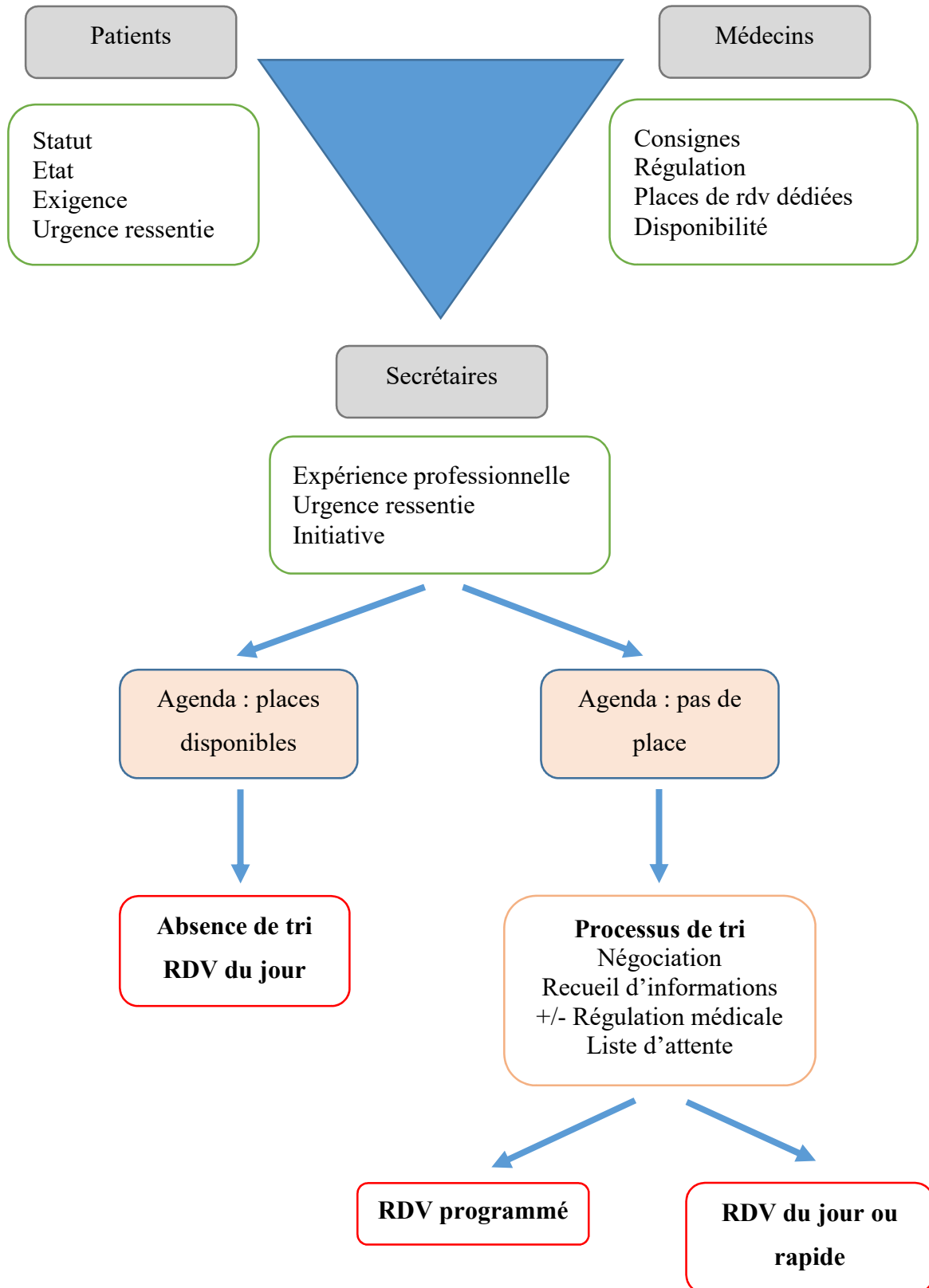
- Stress : dans l'ensemble, les secrétaires ont déclarées ne pas ressentir de stress dans leur travail. Cependant, en poussant un peu la question, on a pu constater qu'elle pouvait éprouver du stress surtout au début de leur activité, lorsque la charge de travail devenait importante ou lorsque les tâches étaient concomitantes, et lorsqu'elles avaient peur de faire des erreurs. Au contraire, ce stress pouvait être diminué grâce à leur expérience, à la présence des médecins et des consignes données ;

S7 est stressée surtout lorsqu'elle n'a « pas de place à proposer aux patients, pas de porte de sortie...c'est très très dur pour moi...quand je dois proposer aux patients un autre cabinet ou les urgences, c'est catastrophique pour moi !...et puis l'agressivité des gens, quand il n'y a pas de place, il n'y a pas photo ! Je dois négocier avec les gens ! Avec l'arrivée de P (prénom du Dr D1) en janvier (de cette année) puis H (prénom du Dr D2), ça a permis de souffler, ça va mieux, les gens se calment...je suis très très inquiète pour l'avenir, ça va recommencer ! » (S7, cabinet D, récit IV, 489-494)

- Satisfaction des patients : dans tous les cabinets, répondre à la demande des patients étaient considérées comme prioritaire, moins elles pouvaient satisfaire à leur demande, plus elles ressentaient du stress, de la pression venant des patients.
- Présence de secrétariat : toutes les secrétaires ne pouvaient entrevoir le fonctionnement d'un cabinet sans secrétariat.

E. Schéma récapitulatif des résultats

Schéma récapitulatif de la gestion des DSNP par la secrétaire en médecine générale



IV. Discussion

A. Forces et limites de l'étude

Nous avons utilisé l'observation ethnographique, méthode de recherche qualitative avec immersion du chercheur dans le milieu de travail des secrétaires médicales en médecine générale, pour étudier leur pratique de tri des DSNP, phénomène placé dans son contexte social. Cette méthode qualitative, maintenant largement utilisée en recherche médicale, nécessite de la rigueur de la part des chercheurs afin de garantir sa qualité scientifique qui est toujours remise en question par beaucoup de chercheurs.

La probabilité d'erreurs dans la recherche qualitative n'étant jamais nulle, il existe plusieurs façons d'améliorer sa validité, dont chacune exige l'exercice du jugement de la part du chercheur et du lecteur (12). Ce qui a amélioré la validité de notre étude :

- La réflexivité : avant de commencer nos observations, nous avons écrit ce que nous supposions savoir des secrétaires médicales. Cela nous a permis de nous rendre compte de nos idées préconçues de ces dernières. Nous nous sommes efforcées, par la suite, de tenir compte de notre statut de chercheur – médecin dans le recueil et l'interprétation des données. Cette démarche de réflexion à la manière dont les chercheurs, avec leurs hypothèses et expériences préalables, et le processus de recherche ont façonné les données recueillies, était importante pour renforcer la crédibilité des résultats.

- L'échantillon raisonné : malgré la petite taille de l'échantillon étudié, les cabinets observés ont été sélectionnés selon les critères d'un échantillon raisonné. Cela nous a permis d'avoir une diversité de profils de cabinets.

- Les secrétaires observées avaient l'habitude de travailler avec les internes, ce qui a facilité notre immersion dans leur milieu de travail, d'autant plus que nous étions toutes les deux discrètes.

- Lorsque la situation nous le permettait, les faits et l'interprétation des observations ont été vérifiés auprès des secrétaires le plus tôt possible après qu'ils avaient eu lieu.

- La triangulation des sources de données : les premières observations ont eu lieu dans deux cabinets par chacun des chercheurs, notre directrice de thèse travaille dans un de ces deux cabinets. Les récits d'observation devaient ensuite être compris par les deux

chercheurs et la directrice avant d'être codés. Nous avons également accordé plus d'importance aux données vérifiées par les deux chercheurs. Cela nous a permis de développer une interprétation générale, moins subjective.

- La triangulation d'analyse : chaque récit a été codé par chaque chercheur de manière séparée. Les codages ont été ensuite comparés afin de trouver un consensus.

- Le cas « déviant » : nous avons pu observer dans notre étude un cabinet où la secrétaire, en suivant la consigne des médecins, recueillait systématiquement le motif de demande de rendez-vous des patients, contrairement aux quatre autres cabinets. L'analyse de ce « cas déviant » était très importante à l'analyse globale car nous cherchions à expliquer toutes les facettes du phénomène utilisé.

- La saturation des données : aucune idée nouvelle n'a émergé au cours de l'analyse avec l'observation du cinquième cabinet. Cela nous a permis de limiter le risque d'interprétation subjective.

- La validation des résultats par les secrétaires médicales, preuve de fiabilité des données et de leur interprétation, a été réalisée. Chaque secrétaire a été contactée pour recueillir leurs avis concernant le schéma final des résultats. L'ensemble des secrétaires ont trouvé que le résultat correspondait à leur méthode de fonctionnement.

A côté de ces points positifs, notre étude a inévitablement des limites :

- Les secrétaires de trois cabinets n'ont été observées que par un seul chercheur. Nous avons procédé de la même manière que pour les deux premiers cabinets pour la compréhension et le codage des récits.

- Tous les cabinets observés se trouvaient à proximité d'un centre hospitalier doté de services des urgences. Par conséquent, nous risquions de ne pas pouvoir observer les situations de tri face à certaines demandes particulières de soins. Il s'agissait d'un biais de sélection.

- Ce type de recherche demande de la capacité à reconnaître la diversité ou la régularité d'un phénomène (5). Par conséquent, notre petite équipe de deux chercheurs avec le manque d'expérience en recherche qualitative associé au court temps d'immersion sur le terrain constituaient une limite importante. Nous nous sommes appliquées, afin d'améliorer notre recueil de données, à faire des observations systématiques pour ne pas omettre de

détails significatifs. Le guidage pas à pas en temps utile de notre directrice de thèse nous a permis de comprendre des notions en recherche qualitative et de les appliquer à notre étude.

B. Facteurs influençant le tri des DSNP

1. Facteurs liés aux médecins

Places de RDV dédiées aux demandes de soins du jour

Différentes stratégies mises en place dans les cabinets de médecine générale pour répondre aux DSNP ont été observées dans notre étude : RDV à réservation le jour même, créneaux « 45 », RDV en doublon. Les mêmes stratégies ont été observées dans d'autres cabinets de médecine générale en Haute Normandie (4). Cependant nous ne savons pas si ces stratégies existent dans tous les cabinets de médecine générale français car il n'existe pas d'organisation standardisée des cabinets ni d'étude sur les systèmes de rendez-vous de ces derniers.

Dans les cabinets en Angleterre et en Australie, des places de RDV dédiées aux demandes du jour ont été également observées (9,10). Cependant, de manière similaire qu'en France, il n'existe pas d'organisation standardisée des cabinets de médecine générale dans ces pays.

Consignes des médecins

Nous avons constaté dans notre étude l'existence des consignes données par les médecins sur la gestion des RDV qui étaient en pratique assez floues pour toutes les secrétaires et n'étaient souvent pas appliquées. Ces consignes de tri des DSNP, données de manière individuelle par chaque médecin en fonction de leurs besoins particuliers d'exercice, ne sont pas issues de travaux de recherche scientifique validés. Nous ne savons donc pas si elles sont valables et/ou applicables pour la gestion des DSNP des cabinets.

Les réceptionnistes en Angleterre et en Australie disposaient elles aussi de règles de négociation (9) ou des politiques de gestion des RDV du jour (10,11). Mais ces directives ne sont pas validées scientifiquement, tout comme en France. Et, il était difficile, d'après le

personnel de réception, de les mettre en œuvre car elles variaient et n'étaient pas toujours claires.

Le fait que les secrétaires/réceptionnistes prennent des initiatives dans la gestion des RDV (orientation vers d'autres structures de soins, liste d'attente informelle) pourrait être la conséquence de ces difficultés d'appliquer des directives données par les médecins.

Nous avons également constaté l'existence de consignes ponctuelles sur l'appel à la régulation médicale données par les médecins aux secrétaires. En fin de compte, la décision de faire appel ou non aux médecins face à une situation de tri appartient aux secrétaires. Dans les cabinets anglais et les cliniques australiennes, les réceptionnistes n'avaient pas non plus d'obligation en matière d'appel à la régulation médicale même si les politiques de gestion de RDV tentaient d'orienter la décision finale vers les médecins (10). La sécurité de la gestion des RDV des secrétaires/réceptionnistes médicales n'a pas été étudiée.

La particularité des cabinets/cliniques en Angleterre et en Australie est la présence des infirmières formées pour le tri des patients. La sécurité et l'efficacité du tri par des infirmières, formées à ce tri, ont été confirmées par des chercheurs anglais avec des essais contrôlés randomisés (12,13). Des recherches similaires pourraient être menées pour évaluer la sécurité du tri des DSNP des secrétaires médicales.

Interaction secrétaire – médecin

Il ressort de notre étude qu'un comportement attentionné des médecins envers les secrétaires (écoute, réassurance) avait un impact positif sur le vécu des situations de tri de ces dernières.

Hammond et son équipe ont également observé un effet positif de la présence fréquente des médecins à la réception sur les réceptionnistes (9). Des interactions positives entre les professionnels de santé et les réceptionnistes, notamment en présence des patients (le médecin prenant la défense des réceptionnistes face aux patients), ont été bénéfiques en légitimant la place des réceptionnistes au sein du cabinet. En revanche, des interactions

négatives (paroles de la réceptionniste avec le patient contredites par l'infirmière) ont eu un effet néfaste sur le travail des réceptionnistes.

2. Facteurs liés aux patients

Nous avons observé dans notre étude des phénomènes de transfert d'affects des patients aux secrétaires.

Les secrétaires se sont montrées très arrangeantes face aux patients ressentis comme fragiles (personnes âgées, enfants, patients ayant de lourds antécédents). Ce point est complètement partagé par les réceptionnistes australiennes (10) et anglaises qui ont souvent agi comme défenseurs en protégeant les patients considérés comme vulnérables contre ceux considérés comme abusants du système (9). D'autres études ont montré que les réceptionnistes considéraient le fait d'aider les patients comme une de leurs fonctions importantes voire une source de satisfaction au travail (14,15). L'urgence ressentie du patient est particulièrement sujette à ce phénomène de transfert. Nous avons constaté que le patient, en imposant son sentiment d'urgence aux secrétaires, obtenait souvent le RDV souhaité.

Nous avons observé qu'elles avaient souvent cédé à la pression des patients exigeants ou insistants mais non sans une certaine antipathie. Cela a parfois provoqué des jugements et des réactions négatifs voire pénalisants des secrétaires envers ces patients jugés abusifs.

Ces phénomènes de transfert d'affects des patients aux secrétaires ainsi que tout autre aspect de la relation patients – secrétaires constituent un univers complexe qui nous est encore inconnu. Cet univers mérite d'être exploré car sa connaissance nous aiderait à développer des stratégies de communication entre les secrétaires et les patients afin d'éviter de potentiels conflits entre eux.

3. Facteurs liés aux secrétaires

Expérience de la secrétaire

L'expérience professionnelle était systématiquement évoquée comme une ressource pour le tri des DSNP par toutes les secrétaires dans notre étude. Cette opinion est partagée

par les secrétaires médicales en Haute Normandie (4) et la plupart du personnel de réception des cliniques australiennes (10). L'écoute active et l'observation astucieuse étaient apparues comme une part importante du rôle de la réceptionniste.

Tous ces facteurs influençant le tri des DSNP des secrétaires, constituant le contexte du cabinet, peuvent réduire ou au contraire majorer les difficultés auxquelles les secrétaires doivent faire face (9).

C. Processus de tri et négociation

Nous avons constaté dans notre étude que le nombre de places de RDV du jour disponibles jouait un rôle décisif dans la mise en place du tri des demandes de soins. Finalement ce tri a été surtout observé lorsqu'il n'y avait plus de place de RDV du jour. Notre étude ne nous a pas permis de « quantifier » la fréquence de ce tri. Selon les projections de la DREES, l'effectif de médecins actifs (toutes spécialités confondues) devrait baisser de 10% entre 2009 et 2019 et reviendrait au même niveau de 2009 seulement qu'en 2030 (16). Dans le même temps, la population française devrait croître d'environ 10 % entre 2006 et 2030. Cela aurait pour conséquence l'augmentation des demandes de soins dont les DSNP auxquelles devront se confronter les cabinets de médecine générale.

La négociation secrétaire - patient est au cœur du processus de tri des DSNP. La secrétaire et le patient participent à cette négociation, chacun avec ses stratégies, afin de bien organiser le planning du cabinet pour l'un et d'augmenter sa chance d'avoir un RDV du jour pour l'autre. Le tri des réceptionnistes en Angleterre et en Australie s'opérait de la même manière avec des négociations réceptionnistes - patients (9,10). Nous avons observé que les secrétaires pouvaient débiter la négociation par des questions fermées du type « est-ce que c'est urgent ? » ou « est-ce que ça peut attendre ? ». Le même type de questions est utilisé par les réceptionnistes dans les cliniques australiennes ou même dans les bureaux de garderie en Angleterre (10,17). Ces questions ont en général entraîné un compte rendu assez détaillé du problème, avec lequel les réceptionnistes ont ensuite évalué le degré d'urgence. Cependant il n'y a pas dans la littérature d'étude sur les stratégies de recueil d'informations valables pour le tri des DSNP en médecine générale.

Certains patients ne voulaient pas donner des informations aux secrétaires sur leur état. Ceci pourrait être lié à plusieurs raisons : doute des patients sur la soumission des secrétaires au secret médical, sur les compétences médicales des secrétaires pour analyser leurs demandes, ou sur le rôle de blocage de l'accès aux médecins des secrétaires. Il serait pertinent d'étudier ces raisons ainsi que les stratégies de négociation des patients pour une meilleure communication secrétaires – patients et un tri satisfaisant les patients. Les chercheurs australiens proposent des stratégies afin d'améliorer cette problématique telles que l'affichage en salle d'attente des explications sur le fonctionnement de l'attribution des RDV, et une approche orientée vers le patient où la réceptionniste invite le patient à choisir de donner ou pas des renseignements et ce dernier n'est pas pénalisé s'il ne souhaite pas en donner (10).

En observant la gestion des RDV du jour, les chercheurs australiens ont identifié cinq catégories de besoins urgents définis par les patients (10) : médical, administratif, thérapeutique, logistique et émotionnel. Ces catégories de besoins urgents, en partie identifiables dans notre étude, sont utiles pour comprendre et mieux prioriser les demandes des patients.

La prise de RDV est un processus social complexe (10,18). Un résultat satisfaisant le patient et le cabinet, dépend de l'interaction de plusieurs facteurs, à savoir l'évolution de la maladie du patient, les attentes de ce dernier, les actions et les attitudes des réceptionnistes, la disponibilité des RDV, et le processus de négociation (18).

D. Conséquences du tri des DSNP des secrétaires

Nous n'avons pas observé de grave erreur de tri des demandes de soins des secrétaires. De bons réflexes dans certaines situations de tri ont été observés (suspicion d'AVC). Cependant, des limites en matière de compétences pour évaluer et repérer les urgences potentielles des secrétaires ont été observées dans notre étude. Dans les études sur les secrétaires médicales en Haute Normandie, les chercheurs ont constaté qu'une très large partie des secrétaires était amenée à prendre seules des responsabilités dans le tri des

demandes urgentes (6). La même problématique a été observée dans les cliniques australiennes où les réceptionnistes, étant en 1ère ligne face aux demandes de RDV des patients, disposaient à la fois de la responsabilité et du pouvoir décisionnel, même si c'était généralement non recherché et non désiré (10). La préoccupation est que dans l'esprit des médecins et des réceptionnistes, le risque de telle pratique est peu présent : les médecins d'un côté, sous le poids de la charge de travail croissant, n'hésitaient pas à déléguer des tâches cliniques aux réceptionnistes ; de l'autre côté certaines réceptionnistes trouvaient que les activités cliniques, dont l'évaluation de l'état des patients, étaient faciles et nécessitaient peu ou pas de formation (11). Le risque médico-légal de l'activité de tri des demandes de soins des secrétaires médicales n'est pas défini et n'a pas été étudié tant en France qu'à l'international. A noter cependant qu'en 2002, dans le cadre du procès d'un médecin généraliste et de sa réceptionniste, le Cour d'Appel de New South Wales (Australie) a statué qu'une réceptionniste avait une obligation de diligence d'évaluer l'état du patient, de déterminer l'urgence du cas et de donner un RDV basé sur l'urgence des symptômes du patient (19).

Dans notre étude, la majorité des secrétaires a déclaré ne pas ressentir de stress lié à leur travail et en l'occurrence au tri des DSNP. Les réceptionnistes interviewées par les chercheurs anglais ont, par contre, déclaré que les patients difficiles, la pression au travail, les problèmes de RDV, et le sentiment d'être pris entre les demandes des médecins et des patients étaient leurs principales sources de stress au travail (16). Il était communément admis dans cette étude que les médecins ne comprenaient pas la complexité et la pression du travail des réceptionnistes. Le stress de ces dernières pourrait être réduit lorsque les médecins comprennent et reconnaissent le caractère exigeant de leur travail.

E. Perspectives

D'autres études dans l'avenir seraient nécessaires pour explorer l'univers entourant la pratique de tri des DSNP des secrétaires qui nous est toujours inconnu. L'ampleur de cette activité de tri des DSNP dans les cabinets de médecine générale reste à évaluer, s'agit-il d'une pratique fréquente ? Des recherches scientifiques seraient nécessaires pour établir des consignes de tri des DSNP valables et applicables en médecine générale. Les phénomènes

de transfert d'affects et les stratégies de négociation patients – secrétaires sont autant de pistes de recherches. La sécurité de cette pratique pourrait être évaluée en nous inspirant des essais contrôlés randomisés réalisés chez les infirmières. Il serait également intéressant d'évaluer l'utilité des formations de secrétariat médical existantes en matière de tri des DSNP. Il serait aussi important d'examiner les activités des secrétaires en pratique afin d'identifier les risques médico-légaux potentiels.

Du côté des patients, il serait indispensable d'évaluer leur niveau de satisfaction avec leurs attentes du tri des demandes de soins des secrétaires. Les résultats de toutes ces études aideraient, en retour, à améliorer l'expérience du patient des secrétaires.

V. Conclusion

Plus de la moitié des médecins généralistes en France dispose d'un secrétariat médical. L'attribution de RDV par les secrétaires en fonction du niveau d'urgence des demandes des patients fait partie de leurs tâches et a été décrite comme un processus complexe dans la littérature internationale. En France cette pratique est mal connue.

Par une étude qualitative utilisant la méthode d'observation directe, ethnographique, participante, nous avons tenté de donner une description du processus de tri des DSNP des secrétaires médicales dans leur contexte de travail. Nous avons effectué 150 heures d'observations auprès de huit secrétaires dans cinq cabinets de médecine générale.

Le tri des DSNP des secrétaires médicales est incontestablement un processus complexe qui ne se met en place que lorsqu'elles n'ont plus de RDV disponible à proposer aux patients. Ce processus se déroule sous l'influence de multiples facteurs qui sont liés aux médecins (consignes, disponibilité), aux patients (état, comportement) et aux secrétaires elles-mêmes (expérience professionnelle, ressenti). Ces facteurs, constituant le contexte du cabinet, peuvent faciliter ou au contraire compliquer le tri des secrétaires.

Au cœur de ce processus de tri, la négociation se fait au travers de la confrontation des stratégies des secrétaires et de celles des patients. Le résultat de cette négociation, RDV du jour ou RDV différé, est souvent bien accepté par les patients. Ce processus de tri des secrétaires comporte cependant des points faibles sans conséquence majeure observée dans notre étude.

Les situations de demandes de soins sont tellement variées et imprévisibles en médecine générale, d'autres études seraient nécessaires pour éclaircir et sécuriser l'activité de tri des DSNP des secrétaires médicales (identifier les risques médico-légaux potentiels, étudier les phénomènes de transfert d'affects et les stratégies de négociation patients –

secrétaires, évaluer le niveau de satisfaction des patients et leurs attentes du tri des demandes de soins, établir des consignes de tri des DSNP valables et applicables).

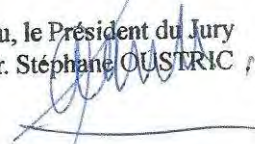
Toulouse, le 10 mai 2016

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
D. CARRIÈ



le 9/5/16,

Vu, le Président du Jury
Pr. Stéphane OUSTRIC,



Bibliographie

1. Jakoubovitch S, Bournot M-C, Cercier E, Tuffreau F. Les emplois du temps des médecins généralistes. *Études Résultats Fr Minist Health*. 2012;797:1–8.
2. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France), Gautier A. *Baromètre santé médecins généralistes 2009*. Saint-Denis: INPES éd.; 2011.
3. Faure Y, Guillaume C. 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. France; 2012.
4. Thiberville M. Le triage par les secrétaires médicales des demandes de soins urgents ou non programmés en médecine générale de ville [Reproduction de]. [France]: Université de Rouen; 2012.
5. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;84(19):142–5.
6. Arborio A-M, Fournier P, Singly F de. *L'observation directe*. Paris: Armand Colin; 2010.
7. Corbin J, Strauss AL. *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. Los Angeles, Etats-Unis d'Amérique: SAGE,; 2015.
8. Mays N, Pope C. Assessing quality in qualitative research. *BMJ*. 1 janv 2000;320(7226):50-2.
9. Hammond J, Gravenhorst K, Funnell E, Beatty S, Hibbert D, Lamb J, et al. Slaying the dragon myth: an ethnographic study of receptionists in UK general practice. *Br J Gen Pract*. 1 mars 2013;63(608):177-84.
10. Garth B, Temple-Smith M, Clark M, Hutton C, Deveny E, Biezen R, et al. Managing same day appointments--a qualitative study in Australian general practice. *Aust Fam Physician*. avr 2013;42(4):238-43.

11. Patterson E, Forrester K, Price K, Hegney D. Risk reduction in general practice and the role of the receptionist. *J Law Med.* févr 2005;12(3):340-7.
12. Lattimer V, George S, Thompson F, Thomas E, Mullee M, Turnbull J, et al. Safety and effectiveness of nurse telephone consultation in out of hours primary care: randomised controlled trial. The South Wiltshire Out of Hours Project (SWOOP) Group. *BMJ.* 17 oct 1998;317(7165):1054-9.
13. Thompson F, George S, Lattimer V, Smith H, Moore M, Turnbull J, et al. Overnight calls in primary care: randomised controlled trial of management using nurse telephone consultation. *BMJ.* 27 nov 1999;319(7222):1408.
14. Copeman JP, Van Zwanenberg TD. Practice receptionists: poorly trained and taken for granted? *J R Coll Gen Pract.* janv 1988;38(306):14-6.
15. Eisner M, Britten N. What do general practice receptionists think and feel about their work? *Br J Gen Pract.* 1999;49(439):103–106.
16. Barlet M, Fauvet L, Guillaumat-Taillier F, Oliet L. Quelles perspectives pour la démographie médicale. Insee Réf Fr Ses Régions Éditions [Internet]. 2010 [cité 20 avr 2016]; Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ref/fsr10g.PDF
17. Hall AS. Client Reception in a Social Service Agency. *Public Adm.* 1 mars 1971;49(1):25-44.
18. Gallagher M, Pearson P, Drinkwater C, Guy J. Managing patient demand: a qualitative study of appointment making in general practice. *Br J Gen Pract.* 2001;51(465):280–285.
19. MIGA - Medical Insurance Group Australia - About us - Medical receptionists and the law - Case study [Internet]. [cité 30 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.miga.com.au/Bulletin/BulletinDetails.aspx?p=82&id=55&i=5&c=1>

Annexes

Annexe 1 : Formulaire d'information pour la participation à une étude observationnelle

Présentation du cadre de recherche :

Cette recherche est réalisée dans le cadre du projet de thèse de Thu RAFFI et Catherine UNG, dirigée par le Dr PUECH, du département de Médecine Générale de l'université de Toulouse.

But de l'étude :

Observer la pratique de tri des demandes de soins non programmés des secrétaires médicales en cabinet de Médecine Générale.

Déroulement de l'étude :

Les médecins chercheurs Thu RAFFI et/ou Catherine UNG observeront en direct, et à découvert, le travail des secrétaires dans les cabinets de Médecine Générale, pendant une durée à convenir avec les secrétaires et les responsables du cabinet. Les chercheurs interféreront peu dans le travail des secrétaires, ils peuvent être amenés à leur poser des questions concernant leur tri. Les observations seront manuscrites.

Aucune conversation téléphonique ne sera ni écoutée ni enregistrée à l'insu des patients.

Participation volontaire et droit de retrait :

Vous êtes libres d'accepter ou de refuser de participer à ce projet. Si vous décidez de mettre fin à votre participation en cours d'étude, vous n'aurez pas à vous justifier et tous les renseignements vous concernant seront alors détruits.

Confidentialité :

Dans les travaux produits à partir de cette recherche (thèse, article, etc.), les données vous concernant seront anonymisées.

Remerciements :

Votre collaboration est très précieuse pour cette recherche, et nous vous remercions de votre participation.

Les résultats de la recherche seront disponibles courant 2016, si vous souhaitez recevoir un résumé des résultats, vous êtes invitées à communiquer vos coordonnées ci-après.

Annexe 2 : Formulaire de consentement pour la participation à une étude observationnelle

Je soussigné(e)
accepte de participer à la recherche « Comment les secrétaires médicales des cabinets libéraux de Médecine Générale trient-elles les demandes de soins non programmés ? ».

J'ai lu et compris l'objectif et les modalités de l'étude.

Je suis satisfait(e) des explications, précisions et réponses que le(s) chercheur(s) m'a fournies, le cas échéant, quant à ma participation à ce projet.

Date :

Signature du (de la) participant(e)

Signature des chercheurs

Signature du responsable du cabinet

Annexe 3 : Fiche d'approbation de la Commission Ethique du Département Universitaire de Médecine Générale de Midi-Pyrénées



Commission Ethique du Département de Médecine Générale de Midi Pyrénées

Secrétariat : *Dr Serge BISMUTH*

59 rue de la Providence – 31500 Toulouse

Tél. : 05.61.80.01.23 – 06.82.63.45.70- Fax 05.61.34.61.16 – dr-bismuth@wanadoo.fr

Président : Mme Laurencine

AVIS DE LA COMMISSION ÉTHIQUE DU DÉPARTEMENT DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Renseignements concernant les demandeurs :

Nom : RAFFI Thi-Kieu-Thu et UNG Catherine

Qualité : Médecine générale

Adresse : 21 Avenue de Millau 81430 Villefranche d'Albigeois

Et 5 place Francis Poulenc 78180 Montigny Le Bretonneux

Courriel : thikiethu.raffi@gmail.com, catherineung52@gmail.com

Numéro de téléphone : 0607545328 et 0627511979

Renseignements concernant le promoteur : Directeur de thèse

Nom : PUECH Marielle

Qualité : Docteur en Médecine générale

Adresse : Maison de santé du bassin, Avenue du 10 Aout, 12300 DECAZEVILLE

Courriel : marielle.puech31@wanadoo.fr

Numéro de téléphone : 05 65 63 96 40

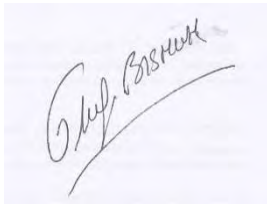
IDENTIFICATION DE LA RECHERCHE

Titre complet de la recherche : Comment les secrétaires médicales en cabinets de médecine générale trient-elles les demandes de soins non programmés ?

AVIS DE LA COMMISSION (Réservé à la Commission)

AVIS FAVORABLE donné le **15.06.2015**

Le secrétaire Dr Serge BISMUTH

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Serge Bismuth', with a long horizontal flourish underneath.

Annexe 4 : Grille d'observation

I. Caractères socio-professionnels de la secrétaire médicale

- Sexe, âge
- Statut marital, enfants
- Relation avec le médecin
- Formation de secrétariat médical
- Ancienneté
- Travail à temps partiel/temps plein

II. Description de l'espace de travail

- Type de cabinet : médecin seul, cabinet de groupe ; urbain/rural ; nombre total de secrétaires/cabinet
- Espace ouvert ou fermé, vue sur la salle d'attente, confidentialité ; passage des médecins
- Confort : éclairage, température ambiante, chaises, bureau, décoration
- Agenda informatique/papier, ordinateur
- Accès au dossier informatique/papier

III. Tri des demandes de soins non programmés

- Conditions de travail lors du tri : concomitance des tâches ; rupture dans le travail de la secrétaire
- « Effets indésirables » liés au tri
- Compter les heures d'observation par cabinet

Interactions

Interaction secrétaire – patient

- Secrétaire :
 - Types de questions posées au patient : questions systématiques (identité du médecin), recueil des symptômes/ATCD
 - Vocabulaire pour désigner les patients

- Mobilisation des ressources par la secrétaire pour répondre à la demande de soins : consultation dossier médical, consignes du médecin, expérience professionnelle/personnelle, intuition, appel au médecin, autres ressources
- Ressentis de la secrétaire : stress, confiance, responsabilité, etc.
- Patient :
 - Type de patient : patient du cabinet, proche ou ami de la secrétaire
 - Comportement du patient : désagréable, agressif ?
 - Face à la décision de la secrétaire : insatisfaction, refus

Interaction secrétaire – médecin

- Motifs d'appel ou de transfert immédiat d'appel au médecin
- Secrétaire – employée : à l'aise ou pas avec les médecins, ressenti face à la sollicitation des médecins

Interaction secrétaire – observateur

- Appel de la secrétaire à l'observateur : conseil médical, aide sur le tri ou sur les autres tâches

IV. Auto-observation de l'observateur

- Fatigue, concentration
- Accord ou désaccord avec la secrétaire

Annexe 6 : Tableau de catégorisation

THEMES	SOUS THEMES	CATEGORIES	SOUS CATEGORIES
CABINET OBSERVE	Localisation		
	Equipement		
	Organisation médicale	Caractéristiques des médecins	
		Equipe de médecins	
		Organisation de l'espace de travail des médecins	
		Horaire de travail des médecins	
	Type de patientèle		
	Problématique de démographie médicale		
	Plateau technique local		
LES SECRETAIRES	Caractéristiques socio- professionnelles	Formation	
		Niveau d'expérience	
		Evolution professionnelle	
	Personnalité		
	Habitudes particulières		

THEME	SOUS THEMES	CATEGORIES	SOUS CATEGORIES	
LE TRAVAIL DES SECRETAIRES	Aspect réglementaire	Mode de recrutement		
		Contrat de travail		
	Espace de travail	Organisation de l'espace de travail des secrétaires		
		Conséquence sur l'interaction secrétaires - patients	Espace semi ouvert	
			Espace fermé	
			Equipement	
		Horaires de travail		
	Tâches de secrétariat		Logistique	Gestion des consommables
				Gestion informatique
				Comptabilité
				Administratif/Dossier
				Organisation du planning de travail des médecins
				Accueil téléphonique des patients
				Accueil physique des patients
				Accueil d'autres interlocuteurs
				Fonctions annexes
				Tâche de liaison
	Spécificités du travail des secrétaires		Concomitance des tâches	
			Discontinuité du travail	
			Respect et conscience de leur limite	
			Soumission au secret médical	
			Rôle intermédiaire	
	Travail d'équipe		Interaction secrétaire-secrétaire	
			Déséquilibre	
			Organisation/partage du travail	
Dysfonctionnement		Appropriation de fonctions médicales		
		Entorse au secret médical fiche de travail		
		Appropriation de tâche en dehors de leur fiche de poste		
	Ressenti des secrétaires de leur travail			

THEME	SOUS THEMES	CATEGORIES	SOUS CATEGORIES
RELATIONS	Secrétaires - Médecins	Différents types de relations	-Employé/Employeur -Médecin/Malade -Familial -Amical
		Evolution professionnelle des médecins par rapport au secrétariat	-Avec/sans secrétariat -Changement de mode de consultation -Changement d'avis sur le secrétariat
		Interactions	-Positives -Négatives -Ambivalentes -Neutres
		Jugements des secrétaires vis-à-vis des médecins	
		Ressenti/Besoin	-Des secrétaires -Des médecins
	Secrétaires - Autres professionnels de santé	Rôle intermédiaire des secrétaires	
	Secrétaires - Patients	Interactions	
		Jugements des secrétaires vis-à-vis des patients	-Négatif / Antipathie -Positif / Neutre / Empathie
		Ressenti des patients	
		Ressenti des secrétaires	
	Triade secrétaire – patient - médecin	Rôles intermédiaire des secrétaires	Régulation de l'accès téléphonique
			Orientation des patients vers un des médecins
		Régulation ou limite des conflits secrétaires - patients par le médecin	
		Alliances	-Secrétaire – Médecin -Secrétaire – Patient -Patient – Médecin
	Médecins - Patients		

THEME	SOUS THEMES	CATEGORIES	SOUS CATEGORIES	
LE TRI DES DNSP	Ressources	Consignes des médecins	-Ecrites -Orales	
		Accès au dossier médical		
		Régulation des médecins	Immédiate	-Doute de la secrétaire -Demande de conseils des patients -Consignes des médecins -Echec de négociation
			Différée	
			Absence	
		Expérience professionnelle		
		Expérience personnelle		
		Ressenti des secrétaires	-Urgence ressenti -Intuition	
		Facteurs influençant le tri	Etat de l'agenda	
			Médecins	-Place de RDV dédiées -Interne/Remplaçant -Permanence téléphonique -Adaptation/Disponibilité
			Patients	-Statut -Etat -Exigence -Urgence ressentie
			Secrétaires	-Initiatives -Interactions secrétaire-médecin
			Orientation par autre professionnel de santé	
	Processus de tri	Négociation	Recueil d'informations -degré d'urgence -motif -symptôme -médecin consultant -disponibilité du patient	
		Critères de tri	Objectifs	
			Subjectifs	

		Motifs d'obtention de RDV	RDV du jour	
			RDV le lendemain/rapide	
			Absence de RDV du jour	
	Conséquences du tri	Mauvais tri	-Défaut d'information du médecin - Différence urgence médecin versus urgence secrétaire -Sentiment de dépit/insatisfaction du patient	
		Bon tri (exemple)		
		Limites des secrétaires en matière de tri		

THEME	SOUS THEMES	CATEGORIES	SOUS CATEGORIES
METHODOLOGIE D'ETUDE	Observation	Problèmes rencontrés	-Difficultés méthodologiques -Biais
		Ressenti des observateurs	-Des secrétaires -Du tri des DNSP -De la journée d'observation -Des patients -Des médecins
	Participation	Interactions observateurs - secrétaires	
		Interactions observateurs - patients	
		Gestion du tri par les observateurs	
	Ressenti des secrétaires par rapport au travail des observateurs/médecins		

TITRE : Comment les secrétaires médicales en cabinets de Médecine Générale trient-elles les demandes de soins non programmés ?

RESUME :

Contexte : 56% des médecins généralistes ont une secrétaire et dans 80 % des cas, il s'agit d'un secrétariat physique. Le travail et le rôle de la secrétaire dans l'attribution de rendez-vous du jour est encore peu étudié en France.

Objectif : Décrire le fonctionnement du tri des demandes de soins non programmés de secrétaires dans les cabinets de Médecine Générale, dans leur contexte de travail.

Méthode : Etude qualitative, observationnelle en direct, ethnographique, participante, effectuée par 2 chercheurs auprès de 8 secrétaires dans 5 cabinets de Médecine Générale. La collecte des données se faisait de manière exclusivement manuscrite, jusqu'à saturation des données. L'analyse des données était basée sur une analyse thématique avec début de théorisation ancrée.

Résultats : Le processus de tri ne se mettait en place que lorsque les secrétaires n'avaient plus ou très peu de places de rendez-vous à proposer. Ce tri était influencé par différents facteurs lié aux médecins, aux patients et aux secrétaires. Le processus de tri passait par la négociation entre les secrétaires et les patients, à travers le recueil d'informations, en premier lieu du degré d'urgence et du motif. A l'issue de ce processus, une réponse était systématiquement donnée, qu'un rendez-vous du jour soit attribué ou non.

Conclusion : Le processus de tri est un processus complexe, dépendant en premier lieu de la disponibilité des rendez-vous, et de la triade : médecin - patients - secrétaires. Des études plus approfondies seraient nécessaire pour clarifier et sécuriser l'activité de tri des demandes de soins non programmés des secrétaires.

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Mots clés : secrétaires médicales, médecine générale, tri, demandes de soins non programmés

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04-France

Directeur de thèse : Docteur PUECH Marielle

RAFFI Thu

UNG Catherine

Toulouse, 31 May 2016

TITLE : How receptionists in general practice sort patient's unscheduled care requests ?

ABSTRACT

Background : 56% of general practitioners have a receptionist, and in 80% of cases, it is a physical office. The work and the role of the receptionist, in the management of same day appointment is poorly studied in France.

Aim : To examine the triage of unscheduled care requests by receptionists in general practices in the working environment.

Method : Ethnographic observation, a qualitative research approach, was employed, and conducted by two researchers in five general practices. Eight receptionists were involved in this study. Handwritten field notes were exclusively collected, until data saturation. Data analysis was done applying thematic analysis and initiation of grounded theory.

Results : The triage process began when receptionist had no or only a few available appointments to propose. The triage was influenced by different factors depending on the general practitioners, the patients and the receptionists. The triage was performed via negotiations between the receptionists and patients, collection of information and, in first place, the urgency and the reason of the appointment requests. Receptionist always responded to patient's requests, whether an appointment for the same day was granted or not.

Conclusion : The triage process is complex. It depends in first place on the availability of appointments, and the triad : general practitioner - patient - receptionist. Further studies are needed to secure and clarify the triage process of unscheduled care requests by receptionists.

Administrative Discipline: GENERAL MEDICINE

Key words : receptionist, general practice, triage, same day appointment, unscheduled care request

Faculté de Médecine Rangueil –133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04-France

Supervisor : Doctor PUECH Marielle
