Université de Montréal

Les secrétaires médicales travaillant dans les cliniques médicales québécoises : « Jongler » entre les patients et les médecins

Par
Judith Lespérance

Département de sociologie, Faculté des Arts et des Sciences

Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de Maitre ès Sciences (M. Sc.) en sociologie

Juin 2025

© Judith Lespérance, 2025

© Judith Lespérance, 2025

Université de Montréal

Département de sociologie, Faculté des arts et des sciences

Ce mémoire intitulé

Les secrétaires médicales travaillant dans les cliniques médicales québécoises : « Jongler » entre les patients et les médecins

Présenté par

Judith Lespérance

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes

Stéphane Moulin, Président-rapporteur

Yanick Noiseux, Directeur de recherche

Natalie Stake-Doucet, Membre du jury

Résumé

Ce mémoire s'intéresse au travail des secrétaires médicales travaillant dans les cliniques médicales au Québec. À partir de la littérature existante et puisqu'aucune étude empirique n'a été réalisée sur le sujet, il se propose d'interroger à la fois leurs activités de travail et leurs relations au travail, et ce, dans le contexte particulier au Québec, des Groupes de médecine familiale (GMF). Adoptant une posture féministe, notre recherche cherche à répondre à la question suivante : quel rapport les secrétaires médicales entretiennent-elles avec leur expérience au travail? Pour ce faire, une analyse documentaire ainsi que huit entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de secrétaires médicales travaillant dans des cliniques médicales à Montréal. Au travers de leurs discours, nous avons cherché à identifier les tâches qui passaient inaperçues aux yeux des patients et des médecins afin de dégager le travail « réel » au-delà du travail « prescrit », et ce en préconisant l'approche de Dejours (2008). Ce mémoire montre que le travail « réel » des secrétaires médicales dans les cliniques médicales se présente en trois formes : travail de *care*, travail émotionnel (Hochschild, 1983) et travail clinique (Møller et Vikkelsø, 2012). Nous tirons comme première conclusion qu'étant donné que plusieurs de leurs tâches paraissent inaperçues auprès des patients et des médecins selon les secrétaires médicales, il existe une méconnaissance et une invisibilisation de leur travail auprès de ces derniers. En deuxième lieu, et découlant de notre première conclusion, ce mémoire présente les mécanismes et les modalités de la non-reconnaissance (ou, du moins, de la méconnaissance) et de l'invisibilisation de travail « réel » des secrétaires médicale, lesquels génèrent des frustrations et constituent un vecteur important de la pénibilité de leur travail, mais surtout de sa dévalorisation. En discutant des relations au travail des secrétaires médicales, nous avons pu expliquer cette dévalorisation et les frustrations associées à celle-ci comme étant le résultat d'une valorisation différenciée entre les métiers et professions au sein des cliniques médicales qui s'ancrent dans des constructions sociales et historiques distinctes. Celle-ci s'explique certes par la division sexuelle du travail, mais force est de constater que la « structure des GMF » reproduit à son tour cette division, ce qui n'est pas sans conséquence délétère pour les secrétaires médicales : leur invisibilisation et la dévalorisation de leur travail.

Mots-clés : Secrétaires, secrétaires médicales, GMF, cliniques médicales, *care*, travail émotionnel

Abstract

This research focuses on the work of medical secretaries employed in medical clinics in Quebec. Drawing from existing literature and given the absence of empirical studies on the subject, it aims to examine both their work activities and their relationships at work within the unique context of Family Medicine Groups (GMF) in Quebec. Adopting a feminist perspective, this research seeks to answer the following question: what is the relationship between medical secretaries and their work experience? To address this, eight semi-structured interviews were conducted with medical secretaries working in clinics in Montreal, preceded by a document analysis. Through their testimonies as workers, the first objective was to identify the tasks that go unnoticed by patients and physicians in order to distinguish "prescribed work" from "real work" as categorized by Dejours (2008). This research reveals that the "real work" of medical secretaries in medical clinics takes three forms: care work, emotional work (Hochschild, 1983), and clinical work (Møller and Vikkelsø, 2012). The first conclusion is that, according to the medical secretaries, many of their tasks go unnoticed by patients and physicians, leading to a lack of awareness and invisibilization of their work. The second conclusion builds on this finding, presenting the mechanisms and modalities of this lack of recognition (or, at least, misrecognition) and the invisibilization of the secretaries "real work". These dynamics generate frustration and are contributing to the hardship of their work, but more importantly, to its devaluation. By discussing the relationships at work of medical secretaries, this research explains this devaluation and the associated frustrations as resulting from a differentiated valorization of professions within medical clinics. This differentiation is rooted in distinct social and historical constructions. While this issue is partially explained by the sexual division of labor, it is evident that the "structure of GMF" perpetuates this division, which has deleterious consequences for medical secretaries: the invisibilization and devaluation of their work.

Keywords : secretary, medical secretary, GMF, medical clinic, care work, emotional work

Table des matières

Résumé **3**

Abstract **4**

Liste des tableaux **8**

Liste des figures **9**

Liste des acronymes **10**

Remerciements **12**

Introduction **14**

Chapitre 1 ..... **18**

Élément de contexte et revue de littérature **18**

1.1 Le milieu médical au Québec **18**

1.1.1 L'organisation des soins primaires au Québec 18

1.1.2 Les caractéristiques d'un GMF 23

1.1.3 Le bilan des GMF 20 ans après leur création 26

1.2 Les femmes dans le milieu médical **28**

1.3 Le métier de secrétaire **29**

1.3.1 Présentation du métier de secrétaire 30

1.3.2 Historique bref du métier de secrétaire 31

1.4 Le métier de secrétaire médicale **33**

1.4.1 Présentation du métier de secrétaire médicale 33

1.4.2 L'invisibilité du travail des secrétaires médicales 36

1.4.3 Les sources d'insatisfaction au travail des secrétaires médicales 39

1.4.4 L'identité professionnelle et de genre des secrétaires 40

1.5 Conclusion **42**

Chapitre 2 ..... **43**

Problématique et repères théoriques **43**

2.1 Retour sur la revue de littérature **43**

2.1.1 Premier constat : La spécificité de l'organisation des soins primaires au Québec, une considération à prendre pour s'intéresser au travail des secrétaires médicales 43

2.1.2 Deuxième constat : Appréhender le travail des secrétaires (médicales) comme un travail pensé par les hommes pour et réalisé par les femmes 48

2.1.3 Troisième constat : La nécessité de prendre en compte le croisement entre deux divisions sexuelles du travail 53

2.2 Question de recherche principale **55**

2.3 Première sous-question de recherche : Quelle est la nature du travail secrétaires médicales en clinique de type GMF ? **56**

2.3.1 Premier repère théorique : Le travail prescrit et le travail réel 58

2.3.2 Deuxième repère théorique : Le travail de care 60

2.3.3. Troisième repère théorique : le travail émotionnel 64

2.4 Deuxième sous-question de recherche : Comment l'environnement des cliniques médicales a-t-il un impact sur les relations que les secrétaires médicales entretiennent avec les professionnelles de la santé et les patients ? **65**

2.4.1 Premier repère théorique : Le modèle de structuration des systèmes sociaux 68
2.4.2 Deuxième repère théorique : La théorie des organisations genrées 71

2.5 Conclusion 75

Chapitre 3 76

Méthodologie 76

3.1 Le choix d'une recherche qualitative s'appuyant sur l'analyse documentaire et des entretiens semi-directifs 76
3.1.1 L'analyse documentaire 76
3.1.2 Les entretiens semi-directifs avec des secrétaires médicales 78

3.2 Précisions méthodologiques autour de la collecte du matériel de recherche auprès des secrétaires médicales 79
3.2.1 Le recrutement des participantes et leur profil 79
3.2.2 Portrait des participantes 80
3.2.3 Le contenu de la grille d'entretien et bref retour sur le déroulement des entretiens 82
3.2.4 Considérations éthiques 83

3.3 L'analyse des données 84

3.4 Posture épistémologique et pertinence scientifique et sociale de la démarche 85

3.5 Conclusion 86

Chapitre 4 87

Le travail des secrétaires médicales : entre travail de care, travail émotionnel et travail clinique 87

4.1 Le travail prescrit des secrétaires médicales en GMF 87

4.2 Le travail réel des secrétaires médicales en GMF 95
4.2.1 Les activités de travail des secrétaires médicales auprès des patients passant inaperçues 96
4.2.2 Les activités de travail des secrétaires médicales passant inaperçues auprès des médecins 99
4.2.3. Le travail de care : « on est là pour les aider » 102
4.2.4 Le travail émotionnel des secrétaires médicales : « on essaie de montrer aux patients qu'on les comprend » 111
4.2.5 Le travail clinique : une activité réelle du travail des secrétaires médicales 114

4.3 Conclusion 117

Chapitre 5 119

L'invisibilisation du travail des secrétaires médicales rime avec dévalorisation 119

5.1 La valorisation différenciée des métiers et professions au sein des cliniques médicales 119
5.1.1 « Les secrétaires attendent les médecins » 120
5.1.2 « Ce ne sont pas les mêmes règles entre les médecins et les secrétaires » 121
5.1.3. « Toi et moi, on est des humains, on est pareil, on est sur le même niveau » 123
5.1.4 « C'est vrai qu'ils travaillent beaucoup » 127

5.2 La valorisation différenciée des métiers et professions : qu'en est-il des patients ? 129

5.3 La structure des cliniques médicales ; un frein pour les secrétaires médicales et la cause de plusieurs irritants 133
5.3.1 « Tout le monde a son rôle » 133
5.3.2 « Le client, c'est le médecin » 137

5.4 Conclusion 140

Conclusion **144**
Retour sur les principales conclusions de ce mémoire **144**
Les points aveugles de ce mémoire **148**
Pistes de réflexion pour la suite **149**
Références bibliographiques **151**
Annexe 1 ..... **158**
La grille des entretiens **158**

Liste des tableaux

Tableau 1. — Comparaison entre le modèle des CLSC et le modèle des GMF (Plourde, 2017 : 11) ……... 25

Tableau 2. — Les participantes de notre recherche…….. 80

Tableau 3. — Les catégories et sous-catégories de notre cadre d'analyse…… 85

Liste des figures

Figure 1. — La structure du système de santé au Québec (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2019)…… 23
Figure 2. — Rôle des secrétaires médicales (Evers, 1977)…… 35
Figure 3. — Croisement entre la division sexuelle du travail du milieu médical et celui des affaires ……55
Figure 4. — Résumé des caractéristiques du travail de secrétaires médicales……. 57
Figure 5. — La théorie de la structuration (Giddens, 1987)……. 70
Figure 6. — Chaîne de travail prescrit entre les médecins et les secrétaires médicales (« tyding ») ……94
Figure 7. — Le travail prescrit des secrétaires médicales en GMF…….. 95
Figure 8. — La demande observée par les secrétaires médicales vs l'offre vécue par les médecins selon elles……... 101
Figure 9. — Le travail réel des secrétaires médicales en GMF……. 116
Figure 10. — Les liens de pouvoir entre les travailleuses au sein d'un GMF…… 138

Liste des acronymes

AMCLSCQ : Association des médecins de CLSC du Québec

CISSS : Centre intégré de santé et de services sociaux

CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

CLSC : Centres locaux de services communautaires

FMOQ : Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

INRS : Institut national de la recherche scientifique

GMF : Groupe de médecine familiale

GMF-U : Groupe de médecine familiale

MRQP : Médecins québécois pour le régime public

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

RAMQ : Régie de l'assurance maladie du Québec

Aux femmes que j'ai rencontrées dans le cadre de ce mémoire

Remerciements

Ce mémoire n'aura pas été possible sans le soutien de plusieurs personnes, à commencer par mon directeur, Yanick Noiseux, que je remercie sincèrement pour son soutien continu et ces encouragements tout au long de mon parcours à la maîtrise. Sa conviction quant à l'aboutissement de ce mémoire aura été, à certaines occasions, plus grande que la mienne et c'est grâce à ces encouragements que j'ai persévéré jusqu'à la fin. Notre collaboration aura été riche en discussions qui, à leurs tours, ont servi à nourrir ma réflexion. Le résultat de ce mémoire en est meilleur grâce à celles-ci. Nos discussions auront également débordé par moment sur le monde du travail et sur l'action communautaire. Celles-ci guideront les prochaines années de mon parcours professionnel, travaillant depuis le début de notre collaboration dans le milieu communautaire en tant que professionnelle en ressources humaines.

Je tiens également à remercier les huit secrétaires médicales qui ont accepté de participer à cette recherche. Votre rencontre a été marquante pour moi et pouvoir partager vos réflexions sur votre métier et sur les cliniques médicales m'a donné de la motivation lorsqu'elle était moins présente. Vous donner la parole aura été un moment fort de mon parcours à la maîtrise en sociologie.

Finalement, je ne peux terminer sans remercier mes proches pour leur soutien. À ma grand-maman, Alice, ce mémoire n'aurait pas été possible sans tes mots d'encouragement et ton amour. Nos réflexions sur le monde lors de nos repas partagés auront été témoin des balbutiements initiaux de ce mémoire. Merci d'avoir nourri ma curiosité intellectuelle et l'y avoir encouragée tout au long de mon parcours académique. Ta sagesse m'inspire à toujours continuer à apprendre et à me questionner sur notre monde.

À ma mère, qui même dans son incompréhension des réalités du monde universitaire, m'a encouragée à persévérer. Ton amour et ta fierté quant à mes réussites académiques m'ont fait traverser des moments de doutes et de questionnements.

À ma sœur, sans qui ce mémoire n'aurait pas été possible sans ses réflexions sur sa profession de secrétaire médicale. Merci de m'avoir ouvert les yeux sur une réalité que plusieurs autres secrétaires rencontrées dans la cadre de ce mémoire vivent dans leur travail.

Enfin, un dernier remerciement à mon partenaire Julien. Merci pour ta relecture attentive et tes commentaires, mais surtout pour ta bienveillance et tes mots rassurants durant les derniers mois de ma rédaction. Il est temps de commencer notre liste « lorsque Judith termine son mémoire » !

Introduction

Comme plusieurs étudiants et étudiantes aujourd'hui, ma sœur et moi avons occupé des emplois à temps partiel pendant nos études universitaires. Ceux-ci furent des premières expériences dans le monde du travail, enrichissantes au niveau professionnel, mais aussi au niveau personnel et académique. Au fil de notre parcours universitaire, le sujet de nos échanges a varié entre nos questionnements académiques (nombreux) et nos questionnements sur le monde du travail (également nombreux). C'est lors de ces échanges que ma curiosité est née quant au travail des secrétaires médicales, ma sœur occupant cet emploi depuis le début de ses études. Au fil de nos discussions autour de ses expériences en tant que secrétaire médicale, il m'est apparu pertinent d'approfondir ce sujet dans le cadre de mon mémoire afin d'en apprendre davantage, mais aussi de mieux comprendre « ce qui se cache » derrière les situations difficiles que ma sœur vivait au travail.

La littérature scientifique qui a étudié le travail des secrétaires médicales s'est intéressée à la nature du travail de ces femmes — parce que la très grande majorité des secrétaires médicales sont des femmes[1] —, à l'invisibilisation de leur contribution dans les systèmes de santé et à leurs sources d'insatisfaction. Rapidement, j'ai constaté que la majorité des études ont porté sur les secrétaires médicales travaillant en contexte hospitalier. Or — et c'est une chose que je savais grâce aux échanges avec ma sœur —, les secrétaires médicales au Québec sont aussi amenées à travailler en clinique médicale et, plus précisément encore, dans des GMF, des groupes de médecine familiale. Ces derniers sont des regroupements de médecins de famille qui rassemblent leur pratique au sein de plusieurs cliniques médicales. Cette structure permet notamment d'offrir aux patients du GMF des heures d'ouverture étendues. Pour les médecins de famille, cette structure offre un financement quant à l'embauche d'infirmières, mais surtout elle leur permet de regagner une certaine autonomie professionnelle qu'ils retrouvaient moins dans les Centres locaux de services communautaires (CLSC), l'organisation des soins primaires privilégiée précédemment. Cette spécificité de l'organisation des soins primaires — et de ses différentes configurations depuis la mise en place d'un système de santé publique — au Québec n'était donc pas à négliger dans l'élaboration de notre problématique, même si celle-ci est centrée autour des secrétaires médicales.

[1] Pour cette raison, nous utiliserons seulement le féminin lorsque nous ferons référence aux secrétaires et aux secrétaires médicales.

Un autre élément à ne pas négliger et dont nous avons tenu à tenir compte avant d'amorcer la réflexion que nous présentons dans cette recherche concerne l'évolution du métier de secrétaire « en général », le métier de secrétaire médicale étant une « spécialité » de cette première. C'est par un bref retour historique sur son évolution que nous mettrons d'abord en lumière certaines dynamiques qui baliseront l'analyse. Nous y constaterons deux éléments principaux. D'abord, le travail des secrétaires a été pensé *par* les hommes, *pour* et *réalisés par* les femmes. En s'intéressant à la transformation historique et sociale de ce métier — passant notamment d'un métier « d'apprentis » à un métier avec des compétences faisant écho aux « *type girl* » pour enfin devenir une « *dead-end job* » —, on y verra comment celle-ci a mené à une division sexuelle du travail des secrétaires tel que Kergoat (2012) l'a conceptualisé et comment cette évolution, telle que l'a aussi décrite Lockhart (2011), s'étend bien au-delà de la vie professionnelle de ces femmes. En effet, Lockhart avance que cette division sexuelle du travail observable chez le métier de secrétaire n'est en fait qu'une reproduction des rapports sociaux de genre transférés au monde du travail. Or, non seulement le travail de secrétariat médical est un emploi « féminin », mais il se situe au croisement de deux divisions sexuelles du travail : celle du milieu des affaires et celle du milieu médical[2]. En ce qui concerne la division sexuelle propre au milieu des affaires qui elle aussi sera importante afin de mener notre étude, les femmes travaillant en administration, la revue de littérature mettra en évidence que les femmes y ont occupé historiquement, des postes de support aux gestionnaires[3]. Transposé au monde médical, on verra que les femmes travaillant en santé ont occupé historiquement des postes d'appui aux médecins. Pour l'enquête que l'on propose par la suite, ce croisement entre ces deux divisions sexuelles du travail nous intéressera particulièrement, car, toujours selon la littérature consultée, ces deux dernières n'ont pas été construites historiquement et socialement de la même façon.

Prenant en compte ces éléments, mais également la spécificité des organisations des soins primaires au Québec, l'enquête menée cherche à répondre à la question principale de recherche suivante : quel rapport les secrétaires médicales entretiennent-elles avec leur expérience au travail? Pour y répondre, nous avons opté pour une approche qualitative combinant une analyse

[2] En raison de cette division sexuelle du travail associée au milieu médicale, nous utiliserons que le féminin lorsque nous ferons référence aux professionnelles de la santé. Ce choix sera justifié davantage au chapitre 1 et 3.
[3] En 2020, il était toujours possible d'y observer un écart de 12 % entre la proportion des femmes dans les emplois de gestion (direction) et leur poids dans l'emploi total (Gouvernement du Canada, 2023B).

documentaire et des entretiens semi-directifs, et dont le détail méthodologique sera discuté au chapitre 3. Les questions posées lors de nos entretiens nous ont permis d'explorer deux principaux thèmes avec les secrétaires médicales rencontrées : la nature de leur travail et leurs relations au travail avec les professionnelles de la santé et les patients.

Les chapitres 1 et 2 présenteront quant à eux quelques éléments de contexte, un état de la littérature et la problématique. Les deux derniers chapitres présenteront les résultats de notre enquête. L'analyse résultant de nos discussions avec les secrétaires médicales quant à la nature de leur travail sera exposée au chapitre 4. Nous y distinguerons le travail « prescrit » du travail « réel » des secrétaires médicales rencontrées en nous appuyant sur les propositions théoriques de Christophe Dejours (2008). On y verra que travail prescrit de ces dernières se rapportera à leurs activités de « *tyding* », c'est-à-dire des tâches qui permettent de contribuer à maintenir à jour les dossiers des patients, comme l'ont constaté d'autres chercheurs dans le cadre d'une recherche sur l'invisibilité du travail des secrétaires médicales dans les établissements de santé (Bossen et coll., 2013). Nos entretiens permettront d'associer plus précisément les activités de « *tyding* » au moment où les médecins « font leur bureau », c'est-à-dire lorsque les médecins consultent leurs messages et les résultats d'examen reçus. Quant au travail « réel », nous serons amenés à constater que celui-ci s'inscrit, et ce n'est pas une grande surprise, dans le prolongement de constats faits dans d'autres travaux féministes s'intéressant au travail des femmes. En effet, le travail des secrétaires médicales appelle au travail de *care* et au travail émotionnel, notamment lorsqu'il est question d'intervenir avec des patients « difficiles ». Finalement, nous constaterons aussi que le travail « réel » des secrétaires médicales peut être considéré comme du travail clinique, conformément à ce qui avait été avancé par Møller et Vikkelsø (2012) discuté dans notre revue de littérature (chapitre 1), en raison d'une forme de prétriage et de l'interprétation d'informations médicales qu'elles sont parfois amenées à réaliser.

Alors que le premier chapitre de résultats aura permis de conclure que le travail des secrétaires médicales est méconnu et que cette méconnaissance participe de l'explication de son invisibilisation, le chapitre 5, en posant notre regard plus spécifiquement sur les relations au travail des secrétaires médicales, permettra de constater que cette invisibilisation s'accompagne d'une dévalorisation, cette dernière dynamique devant se comprendre par le biais de leurs relations au

travail. En effet, les relations au travail des secrétaires médicales sont affectées par la valorisation différenciée — et hiérarchisées — des professionnelles de la santé travaillant dans les cliniques médicales. Qui plus est, la structure même des cliniques médicales, des GMF particulièrement, est « structurée » par cette valorisation différenciée, qui elle aussi la « structure » à son tour. Pour bien comprendre cette situation, nous mobiliserons la théorie de structuration de Giddens (1984), mais aussi la théorie des organisations genrées d'Acker (1990).

Chapitre 1

Élément de contexte et revue de littérature

Dans ce premier chapitre, notre objectif sera de mettre en contexte le sujet de notre mémoire. Dans un premier temps, nous nous intéresserons au milieu médical au Québec (1.1). Pour ce faire, nous avons retenu trois éléments qui nous semblaient les plus pertinents : l'organisation des soins primaires au Québec ; les caractéristiques du milieu de travail des secrétaires médicales, soit dans le cas qui nous intéresse ici, les cliniques médicales ; et la différenciation de genre au sein des différentes métiers et professions en santé au Québec. Dans un deuxième temps, nous nous intéresserons au métier de secrétaire. Ainsi, nous définirons le métier de secrétaire et reviendrons rapidement sur l'histoire de ce métier (1.2). Ensuite, nous définirons le métier de secrétaire médicale et présenterons une recension des écrits qui ont porté sur ce métier et qui sont les plus pertinents à ce mémoire (1.3).

1.1 Le milieu médical au Québec

Dans cette première section, nous présenterons différents éléments qui sont pertinents pour bien comprendre l'environnement dans lequel les secrétaires médicales évoluent au Québec. Nous commencerons par revenir sur l'histoire de l'organisation des soins primaires au Québec depuis le milieu du 20e siècle (1.1.1), et plus particulièrement sur son évolution au fil de plusieurs réformes, lesquelles ont notamment mené à la création des GMF que nous décrirons par la suite (1.1.2). Enfin, nous discuterons également de la différenciation de genre au sein des professionnelles de la santé (1.1.3), élément qui caractérise fortement le milieu médical au Québec.

1.1.1 L'organisation des soins primaires au Québec

Depuis le milieu du 20e siècle, l'organisation des soins primaires au Québec est sujette à de nombreuses réformes. C'est à partir de 1961 que le Québec adhère au programme de financement

public en santé du gouvernement fédéral canadien (Gouvernement du Québec, 2020)[4]. Adopté en 1957, ce programme repose sur la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* qui implante un partage des coûts des services rendus à l'hôpital entre le fédéral et les provinces et les territoires à la hauteur de 50 % (*Ibid.*). Ce programme organise les soins de santé principalement via les hôpitaux, accordant ainsi un soutien institutionnel aux activités cliniques des professionnelles de la santé (Breton & coll., 2011). Afin de répondre aux besoins de la population en matière de santé, le gouvernement québécois créa la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) en 1971 qui vint bonifier le régime d'assurance-hospitalisation universel du Canada en étendant la couverture de certains frais médicaux non couverts par ce dernier (Gouvernement du Québec, 2020). La RAMQ se veut donc un « régime universel, gratuit et équitable » (*Ibid.).* Ainsi, l'État québécois devient la seule entité publique à financer les prestations de service des médecins participant à la RAMQ et le financement inclura désormais l'honoraire des médecins en cabinet médical privé afin d'assurer le financement des frais de fonctionnement (Breton & coll., 2011). À cette époque, les cabinets privés des médecins étaient gérés par les médecins eux-mêmes et étaient financés selon les actes réalisés par les médecins (*Ibid.*). Les médecins exerçaient donc comme des travailleurs indépendants[5]. Dans cette configuration, l'État n'était pas impliqué dans l'organisation du cabinet médical. Les activités médicales qui y étaient réalisées étaient en marge du réseau public et chaque clinique déterminait son propre fonctionnement et ses propres politiques (Gauthier & Rheault, 2008).

[4] Avant que le gouvernement québécois adhère à ce programme, les soins médicaux au Québec étaient assurés par les communautés religieuses catholiques. En 1961, les religieuses étaient propriétaires ou assuraient la régie interne de 43% des hôpitaux et de 71% des lits (Charles, Guérard & Rousseau, 2003). Les congrégations religieuses étaient ainsi présentes dans les hôpitaux génériques et les hôpitaux spécialisés implantés sur le territoire urbain de l'époque. Certaines congrégations religieuses étaient alors propriétaires jusqu'à dix hôpitaux sur le territoire québécois (*Ibid.*). Outre les institutions gérées par les communautés religieuses, les soins primaires étaient aussi assurés par des médecins qui pratiquaient individuellement et privative sur le territoire québécois.

[5] Dès la Commission Castonguay-Nepveu en 1966, une commission d'enquête dont le mandat était d'étudier le bien-fondé de la mise en place d'un système public d'assurance maladie au Québec, il a été question de se pencher sur l'exercice de la médecine libérale, c'est-à-dire la pratique des médecins sous l'archétype « […] d'un entrepreneur indépendant, payé à l'acte, et sans autres contraintes que celles qu'il s'impose lui-même ou celles établies par ses pairs » (Facal dans Savard, 2017 : 755). Les conclusions de cette commission ont remis en question la pratique de la médecine libérale, car « [l]'autonomie dont disposent les médecins, notamment dans leur pratique hospitalière et leur mode de rémunération, contribue à l'inefficacité du secteur de la santé » (Demers dans Savard, 2017 : 757). Malgré ces critiques, « […] la forte résistance des médecins et plusieurs facteurs sociopolitiques se conjugueront et forceront le gouvernement à faire d'importantes concessions, ce qui laissera au corps médical une autonomie professionnelle importante » (Savard, 2018 : 757).

Au début des années 1970, le gouvernement provincial souhaitait créer une autre « porte d'entrée » au système de santé dont le financement et l'organisation seraient entièrement publics et directement sous la responsabilité du Ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS) : les centres locaux de services communautaires (CLSC) (Breton & coll., 2011). L'objectif du ministère était alors d'y rassembler les soins primaires et d'y intégrer un volet social en regroupant différents professionnels de la santé : médecins, infirmières, ergothérapeutes, physiothérapeutes, nutritionnistes et psychologue (*Ibid.*). Les CLSC avaient aussi comme mandat d'offrir des services cliniques préventifs et des services d'assistance comme le maintien à domicile (*Ibid.*). Toutefois, les associations des médecins se sont fortement opposées à cette structure notamment en raison de la rémunération à l'acte qui n'y était pas appliquée (*Ibid.*). Finalement, c'est seulement 20 % des médecins généralistes du Québec qui exerçaient dans les CLSC alors que le MSSS voulait que ceux-ci soient la porte d'entrée principale pour la population quant à l'accès aux soins primaires (*Ibid.*).

Outre la question de la rémunération, les chercheuses Anne Gauthier et Sylvie Rheault avancent que « l'isolement de longue date des cliniques médicales privées a créé un climat de méfiance entre les médecins et le réseau public » (Gauthier & Rheault, 2008 : 98). Pour de nombreux médecins, les centres de santé et services sociaux (CSSS), dont certains comprenaient plus d'un CLSC, représentaient « des organisations bureaucratiques dans lesquelles il est difficile de s'y retrouver » (*Ibid.*). C'est notamment pour cette raison que parallèlement à la création des CLSC, de nombreux médecins, avec le soutien de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), ont décidé d'exercer dans leur cabinet médical privé, et ce, sans soutien direct de l'État (Breton & coll., 2011). En effet, « voyant les CLSC comme une menace à leur statut et à leur autonomie professionnelle, les médecins, qui refusent de devenir des employé-e-s de l'État au même titre que les infirmières, ont choisi de boycotter les CLSC et de fonder leurs propres cliniques » (Plourde, 2016A). Pour Plourde (2017), c'est particulièrement « l'idée d'être subordonné·e·s, au sein des CLSC, à des conseils d'administration composés en bonne partie de leurs propres patient·e·s » qui ne plaira pas aux médecins omnipraticiens. Par exemple, en réaction au mode salarial de rémunération des médecins en CLSC, la fédération des médecins

omnipraticiens du Québec (FMOQ) met sur pied le projet « Objectif 73 »[6]. Concernant ce projet, la FMOQ, dans sa revue *Le Médecin du Québec* en 2014, précise :

> « Son but : empêcher que tous les omnipraticiens travaillent dans les CLSC. Le ministère de la Santé et des Services sociaux, qui venait de créer ces établissements de soins, voulait en faire la porte d'entrée du nouveau système de santé du Québec. Il désirait en outre transformer les médecins en salariés. Les enjeux étaient importants. [...] La Fédération a contre-attaqué. Il fallait éviter que le système de santé devienne un grand réseau communautaire. La solution résidait dans le regroupement des médecins de famille et la création de cliniques » (FMOQ, cité par Plourde, 2017).

Or, les CLSC n'ont pas été délaissés seulement par les médecins, mais aussi par les différents gouvernements dès les premières années suivant leur création. D'abord, il a ainsi été possible d'observer un manque de volonté politique des ministres suivant la création des CLSC, possiblement afin d'éviter un nouvel affrontement avec les médecins étant donné que celui ayant eu lieu lors de l'adoption de l'assurance maladie était encore assez récent (Plourde, 2016B). Toujours selon Plourde, l'abandon des CLSC — malgré une reconnaissance à l'international quant aux vertus de ce modèle, et outre un préjugé favorable pour le secteur privé — s'explique parce que ceux-ci sont des organisations qui dérangent par leur caractère démocratique et leur orientation communautaire. En effet, les CLSC deviennent des « lieux d'organisation et de mobilisation populaires » où il y aura notamment une conception de la santé similaire à celle des cliniques populaires où la prévention passera par une mobilisation de la population à agir sur les causes sociales de la maladie. Selon Plourde, « une telle conception est difficilement compatible avec la remise en question des acquis sociaux mise de l'avant par tous les gouvernements depuis la fin des "trente glorieuses" » (*Ibid.*). Plus récemment, le ministre Gaétan Barrette, afin de justifier le transfert de ressources des CLSC vers les GMF, qualifiera les CLSC "d'échec" » en 2016 (Plourde, 2017).

---

[6] L'historien Georges Desrosiers nuance : « Dès 1933, des représentants autorisés de la profession s'exprimaient en ce sens [de garder leur autonomie professionnelle et leur pratique d'une médecine libérale] devant la Commission des assurances sociales (Commission Montpetit). […] Il faut mentionner une exception notoire, la Fédération des omnipraticiens du Québec, fondée en 1962, qui, dès 1966, se prononçait pour un régime obligatoire, assorti cependant de recommandations visant à préserver l'autonomie des médecins à l'intérieur du régime (Desrosiers, Gaumer et Grenier, 1996). De fait, le régime adopté en 1970 ne prévoyait aucun changement au statut des médecins à l'hôpital et dans les cabinets. Il maintenait une forme de médecine libérale à l'intérieur d'un régime conventionnel de tiers payant » (Desrosiers, 2002 : 12).

Les CLSC étant délaissés tant par les médecins omnipraticiens et que différents gouvernements, la Commission Clair proposa un nouveau modèle en 2000 : les groupes de médecin de famille (GMF)[7]. Lors de leur mise en œuvre en 2001-2002, les GMF sont définis comme « un regroupement de médecins — l'intégration d'infirmières est encouragée, mais non obligatoire jusqu'en 2015-2016 — œuvrant au sein d'une même clinique ou réparti·e·s sur plusieurs sites [et ce] dans un cadre privé, public ou "mixte" » (Plourde, 2017).

Les GMF devaient répondre à deux exigences. D'abord, quant à leurs heures d'ouverture, ils doivent assurer un service de 12 heures par jour en semaine et 4 heures par jour la fin de semaine et les jours fériés (*Ibid.*). Ensuite, quant au nombre de patients inscrits, ceux-ci se devaient d'être au minimum 9 000. Depuis la révision du cadre de gestion des GMF en 2015-2016 menée par l'ex-ministre de la Santé Gaétan Barrette, les GMF doivent désormais répondre aux exigences suivantes : « respecter un taux d'assiduité minimal de 80 %, respecter certaines exigences quant à l'informatisation des dossiers médicaux [...] [et] intégrer un nombre minimal de ressources professionnelles (infirmières, ergothérapeutes, travailleuses sociales, etc.) » (*Ibid.*). En contrepartie du respect de ces critères, les GMF reçoivent du financement supplémentaire — outre la rémunération, par la RAMQ, des médecins pour les actes médicaux posés — et des ressources professionnelles. Le schéma ci-dessous illustre plus globalement la structure du système de santé et des services sociaux actuels. On y remarquera notamment que les GMF sont affiliés à des CISSS/CIUSSS.

[7] Les CLSC font encore partie aujourd'hui du système de santé au Québec. Selon le président de l'Association des médecins de CLSC du Québec (AMCLSCQ), Dr Sylvain Dion, la pratique de la médecine familiale en CLSC se distingue par leurs valeurs. « Par exemple, les médecins en CLSC tiennent à la primauté d'un système de santé universel et public, à l'accès des personnes plus vulnérables aux services de santé, à la collaboration interprofessionnelle, aux liens avec les collectivités et les organismes communautaires, à la prévention, etc. » (Vallerand, 2021). Selon Dr Dion, « on observe une baisse des effectifs médicaux dans les CLSC et que le recrutement y est difficile », notamment en raison que « beaucoup de médecins prennent leur retraite, des gens qui, souvent, travaillaient en CLSC depuis les années 1970 ou 1980 [et qu'] ils ne sont pas remplacés en nombre suffisant » (Vallerand, 2021).

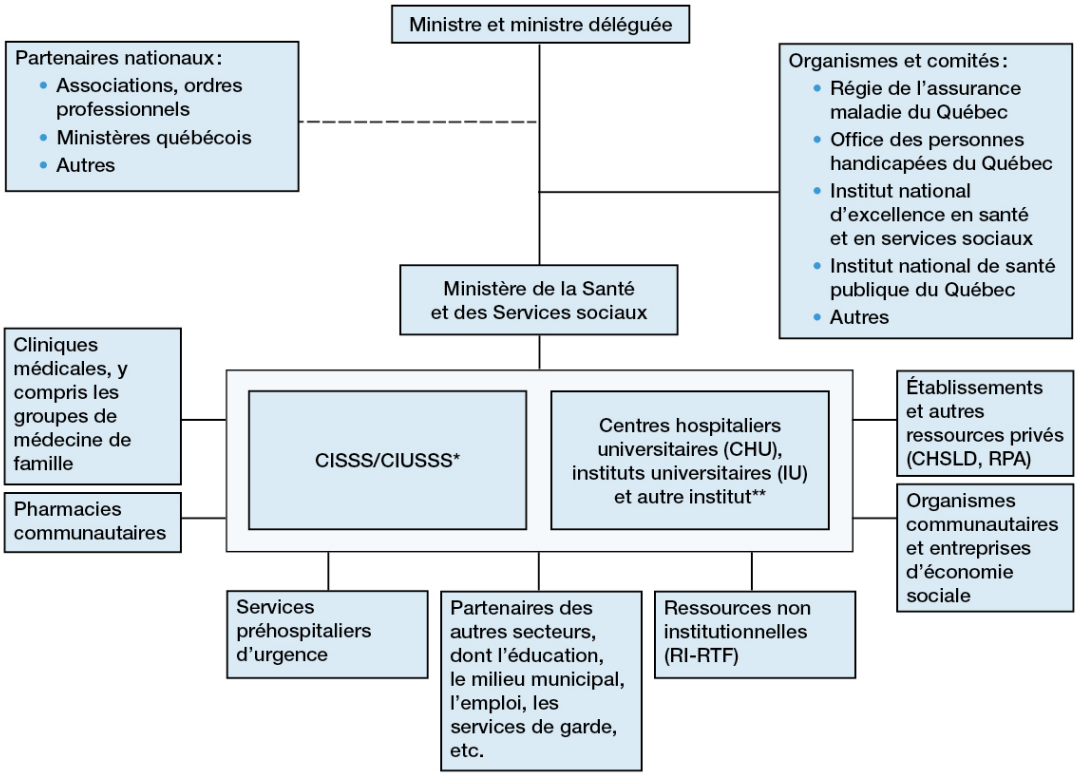

Figure 1. — La structure du système de santé au Québec (MSSS, 2019).

1.1.2 Les caractéristiques d'un GMF

L'une des premières caractéristiques d'un GMF, et cela est important à noter dans le cadre de notre étude comme nous le verrons dans les chapitres présentant les résultats, est que ceux-ci sont détenus par des omnipraticiens, c'est-à-dire qu'elles n'appartiennent pas à l'État. Elles ne sont pas, non plus, gouvernées par celui-ci. « Cela signifie que même si ces établissements sont entièrement financés par l'argent public, leur gestion est entièrement privée : ce sont les médecins qui gèrent eux-mêmes et elles-mêmes "leur" clinique » (Plourde, 2016A). Les GMF sont donc une « production privée financée par un régime public » (Breton & coll., 2011 : 103). En effet, c'est par la rémunération des médecins du GMF principalement à l'acte[8], comme tous les médecins

[8] Dans le cadre de ce mémoire, nous retiendrons seulement que les médecins sont rémunérés principalement à l'acte, c'est-à-dire au nombre et type d'actes médicales réalisés. Les médecins ne sont donc pas des salariés comme les autres professionnelles de la santé. C'est cette différence que nous souhaitons souligner et qui nous semble pertinente afin de

affiliés au régime public, qu'une grande partie des activités de la clinique sont subventionnées (*Ibid.*). Cela est rendu possible par le fait que le financement « à l'acte » en GMF est majoré pour tenir compte des frais d'exploitation de la clinique, soit les activités administratives et locatives, alors que dans les établissements publics, « le gouvernement absorbe l'ensemble des frais administratifs, d'immobilisations, d'équipement ou de matériel médical, de personnel de soutien, etc. Autrement dit, dans les cliniques privées, ceux-ci sont assumés directement par les médecins à même leur rémunération [majorée] » (Plourde, 2017). Outre la rémunération des médecins à l'acte, les GMF reçoivent par ailleurs du financement supplémentaire pour leur démarrage ; leur aménagement et le réaménagement de ses locaux ainsi que pour son fonctionnement, incluant « l'embauche et la rémunération du personnel administratif, l'achat de mobilier, le coût de location des espaces requis, l'informatisation du GMF, etc. », et les services d'un pharmacien (Plourde, 2017 : 8).

Une deuxième caractéristique des GMF renvoie à l'aide financière obtenue pour l'embauche d'infirmière, déterminée en fonction du nombre de personnes inscrites (Breton & coll., 2011). Lors du passage au système des GMF, l'ajout d'infirmières au sein des cliniques est considéré comme un véritable changement dans l'organisation des soins primaires prodigués dans les cliniques, car elle favoriserait une plus grande collaboration entre les omnipraticiens et les infirmières malgré qu'un certain temps d'adaptation fût nécessaire pour qu'une confiance s'installe entre eux et elles (*Ibid.*). Or, une fois que le rôle des infirmières au sein des cliniques a été défini et que leurs compétences ont été reconnues, elles ont pu avoir un rôle élargi et novateur au sein des GMF — particulièrement lorsqu'on compare le rôle des infirmières en GMF avec celui qu'elles occupent dans le reste du réseau public, notamment en ce qui a trait à l'appui aux tâches médicales, notamment le suivi des maladies chroniques (*Ibid.*).

Une troisième caractéristique distinguant les GMF des CLSC concerne les engagements que les médecins doivent respecter par rapport à leur offre de services[9]. Cela implique notamment « d'étendre les heures d'ouverture », de « rendre les médecins de famille plus disponibles grâce au

mettre en lumière la disparité dans les conditions de travail des différentes professions dans le système de santé au Québec.

[9] Les conditions entourant leur offre de service ont été précisé lors de la révision du cadre de gestion des GMF en 2015-2016 (Plourde, 2017).

travail en groupe et au partage des activités avec les infirmières, de même qu'à améliorer le suivi médical des patients et la continuité des services » (Breton & coll., 2011 : 105)[10]. Également, dans un GMF, les médecins ont une « responsabilité partagée » quant aux patients de leur clinique, c'est-à-dire qu'ils doivent offrir en priorité des services de médecine de famille à ces personnes.

Dans le tableau ci-dessous, les caractéristiques des GMF sont résumées et comparées au modèle des CLSC.

Tableau 1. — Comparaison entre le modèle des CLSC et le modèle des GMF (Plourde, 2017 : 11)

	CLSC	GMF
	Services de santé et services sociaux courants	Axée sur l'accessibilité accrue aux services médicaux courants
	(Action communautaire)	
	Services curatifs, prévention de la maladie et santé publique (promotion de la santé)	Essentiellement médicale et curative
Mission	Responsabilité populationnelle	Responsabilité limitée aux patient·e·s inscrit·e·s
	Entièrement public	Entièrement public
	Rémunération mixte = horaire + à l'acte	Rémunération à l'acte
	(Rémunération à honoraires fixes = salariat)	Financement supplémentaire : démarrage ; réaménagement ; fonctionnement ; pharmacien·ne
Financement	(Tarif horaire = vacation)	Financement indirect : ressources professionnelles
	Propriété publique	Propriété privée (69 %), mixte (23 %) ou publique (< 10 %)
		Sites privés ne sont pas des OBNL
	Gestion publique = CA	Gestion privée = Médecin responsable
	(Gestion démocratique et autonome)	(Contrat d'association entre médecins)
Propriété et gestion	Gestion des fonds publics, décisions sur le fonctionnement et l'organisation du travail = CA, direction et personnel d'encadrement des CI(U)SSS	Organisation de la gestion interne à l'entière discrétion des médecins (limitée en théorie par les exigences ministérielles)
	Travail en équipes multidisciplinaires	Pratique médicale de groupe + collaboration interprofessionnelle = interdisciplinarité ?
	(Organisation du travail peu hiérarchisée)	
	(Aucune autorité formellement reconnue aux médecins sur les autres professionnel·le·s)	Rapports d'autorité entre les médecins et les autres professionnel·le·s
	2016 : « Cogestion » entre cadres intermédiaires et médecins = autorité fonctionnelle des médecins sur le personnel de soutien administratif et les professionnel·le·s de la santé	Autorité fonctionnelle et hiérarchique des médecins sur le personnel de soutien administratif
Organisation du travail	Professionnel·le·s des services sociaux préservent leur autonomie	Autorité fonctionnelle des médecins sur l'ensemble des ressources professionnelles, y compris les ressources psychosociales

NOTE Les parenthèses indiquent des éléments du modèle qui ont été remis en question ou qui ne s'appliquent plus.

[10] En échange du respect de ces conditions, les GMF reçoivent un financement annuel du MSSS pour l'embauche des infirmières et pour leur frais d'administration et d'opération (Plourde, 2017).

1.1.3 Le bilan des GMF 20 ans après leur création

Comme mentionné précédemment, les GMF constituent désormais le modèle d'organisation des soins primaires privilégiés au Québec. Ce modèle est en quelque sorte un compromis entre l'ancien modèle des cliniques privées (non intégrée aux réseaux publics) et le modèle des CLSC (complètement intégrés aux réseaux publics). Ce modèle semble également le fruit d'un compromis permettant d'aligner certaines valeurs professionnelles médicales (Breton & coll., 2011) et les objectifs du MSSS. Ainsi, « la forme contractuelle introduirait une logique de négociation où, de part et d'autre, les interlocuteurs ont la possibilité d'agir avec des conditions acceptables pour les deux parties » (Gauthier & Rheault, 2008 : 100). Par cette organisation et cette forme contractuelle, le MSSS arriverait à mieux répondre à ses objectifs quant à l'accès au soin primaire pour la population, notamment en soumettant les cliniques médicales à diverses conditions à respecter quant à leur offre de services. On notera enfin que les GMF obtiennent leurs accréditations pour une période de trois ans, période durant laquelle ils s'engagent à offrir une gamme définie de services de santé en échange de ressources avec le réseau public[11] (*Ibid.*).

Selon le MSSS (2023), « l'organisation du travail dans les GMF permet aux patients qui ont un médecin de famille d'avoir plus facilement accès à des soins de santé et de services sociaux ». Or, il y a débat quant à la capacité de ce modèle à répondre à ces objectifs. Selon l'IRIS, dans son *Bilan des groupes de médecine (GMF) de famille après 20 ans d'existence — Un modèle à revoir en profondeur*, paru en 2022, ce modèle n'a pas atteint ces objectifs, c'est-à-dire notamment celui d'« accroître l'accès de la population aux médecins de famille, favoriser le désengorgement des urgences et améliorer l'accès aux services psychosociaux de première ligne » (Plourde, 2022). Au contraire, ce modèle aurait mené à « la consolidation d'une "médecine inc." de première ligne » caractérisée par le développement de véritables entreprises médicales capitalistes (et parfois même de chaînes d'entreprises[12]) » (*Ibid.*). L'IRIS rapporte également un autre enjeu important et découlant de l'adoption, en 2007, du *Règlement sur l'exercice de la profession médicale en société*

[11] Les GMF reçoivent du public, c'est-à-dire du MSSS, des ressources professionnelles (infirmières, travailleuses sociales, etc.) qui étaient précédemment affiliées à des CLSC (Plourde, 2017).

[12] Selon l'IRIS, il y a au moins 12 chaînes de GMF, c'est-à-dire que plusieurs GMF (qui peuvent représenter plusieurs cliniques médicales) sont la propriété de mêmes médecins-entrepreneurs, et ce parfois en partenariat avec des investisseurs qui ne sont pas des médecins (Plourde, 2022). Certaines de ces chaînes intègrent des GMF financés publiquement et « différents types de services de santé privés (radiologie, pharmacie, physiothérapie, etc.) qui peuvent être couverts ou non par la RAMQ » (*Ibid.*).

permettant aux médecins de pratiquer dans une société par actions ou une société en nom collectif à responsabilité limitée (*Ibid.*). D'une part, ce règlement permet aux médecins de bénéficier d'avantages fiscaux considérables[13]. D'autre part, ce règlement pose des limites quant à la pratique en société, soit que « les administrateurs du conseil d'administration de la société par actions, ainsi que les associés ou les administrateurs nommés par les associés pour gérer les affaires de la société en nom collectif à responsabilité limitée ne peuvent être que des médecins » (*Règlement sur l'exercice de la profession médicale en société*, article 3). Or, dans les faits, l'IRIS rapporte le bilan suivant :

> « […] [S]ur les 50 GMF-R privés ou mixtes existants, près des deux tiers (31) comptent au moins un·e actionnaire, associé·e ou dirigeant·e qui n'est pas médecin, et près du quart (12) ne comptent aucun·e médecin parmi leurs actionnaires, associé·e·s ou dirigeant·e·s. Une partie importante des médecins pratiquant en GMF-R dépend donc au moins partiellement des décisions d'investissement prises par des individus (ou des entreprises, comme nous le verrons) dont l'intérêt premier à posséder une clinique est de générer des profits, et non de disposer d'un lieu pour exercer leur propre pratique médicale. En cela, et bien que le *Règlement sur l'exercice de la profession médicale en société* ne s'applique pas aux GMF, mais plutôt aux entreprises dans lesquelles les médecins incorporent leur pratique médicale, on peut se demander si les modèles d'entreprise présentés dans cette section respectent l'esprit de l'article 3 de ce règlement » (Plourde, 2022).

En somme, le bilan que l'IRIS pose sur les GMF démontre non seulement qu'ils ne répondent pas à leurs objectifs, mais qu'ils ont mené à la création d'une « médecine inc. » s'appuyant sur des partenariats d'affaires qui engendrent différents enjeux éthiques « en plus d'avoir potentiellement des conséquences réelles sur l'offre de services médicaux et sa répartition territoriale, voire sur la pratique médicale elle-même » (Plourde, 2022). Le regroupement Médecins québécois pour le régime public (MQRP) soulève aussi l'enjeu que représente le nouveau modèle d'affaires qui se met en place dans les GMF dans le cadre d'une étude sur les structures corporatives des GMF de l'île de Montréal. Ils résument :

[13] Selon l'autrice, ce règlement a pour conséquence « des pertes de revenus importantes pour les gouvernements provincial et fédéral, revenus qui ne sont plus disponibles pour financer le système de santé » (Plourde, 2022).

> « Le développement des GMF, empruntant généralement le statut de société par actions tel que démontré dans ce projet de recherche, ne change pas le fait que les soins médicaux de première ligne demeurent financés publiquement et prodigués privément. Ce qui attire notre attention, c'est le mode de propriété privée qui se développe au sein des GMF, en particulier l'émergence de grandes entreprises privées (à but lucratif) qui occupent désormais une place importante au sein de notre système de santé. En effet, le développement des GMF s'accompagne d'un changement majeur dans le type d'entreprise privée appelé à occuper une place de plus en plus grande dans la prestation de soins médicaux de première ligne : on passe d'un cabinet administré par un ou quelques médecins (une petite entreprise) à des GMF au sein desquels exercent des dizaines de médecins, ainsi que plusieurs autres techniciens et professionnels » (MQRP, 2017 : 13).

D'ailleurs, ces craintes semblent se confirmer au moment où nous terminions la rédaction de ce mémoire. En effet, *La Presse* publiait une série d'articles concernant la fermeture de cliniques médicales à la suite de la faillite du Groupe ELNA, l'entreprise à laquelle elles appartenaient. Un des articles cite le Dr Marc-André Amyot, président de la FMOQ, à ce sujet : « L'omnipraticien rappelle avoir prévenu le ministre de la Santé et la présidente du Conseil du trésor contre la concentration de cliniques aux mains de non-médecins "qui cherchent à faire de l'argent". "Mais personne ne nous a écoutés." » (Joncas et Malboeuf, 2024).

1.2 Les femmes dans le milieu médical

Dans le cadre de ce mémoire, un autre élément qui nous parait particulièrement pertinent concernant le milieu médical renvoie à la différenciation de genre au sein des travailleurs et travailleuses dans le secteur de la santé. Au Québec, près de 80 % des personnes qui travaillent dans le secteur de la santé sont des femmes (Institut de la statistique du Québec, 2024A). Les femmes y sont donc largement plus présentes que les hommes alors que leur taux d'emploi[14], dans l'ensemble de l'économie, est similaire à celui des hommes. En effet, basé sur les enquêtes de la population active réalisées par Statistique Canada, le taux d'emploi des femmes au Québec en 2023 était de 59 %, alors que celui des hommes était de 65,1 % (*Ibid.*). Concernant la proportion

[14] Le taux d'emploi correspond à la « proportion de la population ayant fait un travail quelconque contre rémunération ou en vue d'obtenir un bénéfice, ou étant absente de son travail en maintenant un lien d'emploi » (Institut de la statistique du Québec, 2024B).

des femmes dans les corps de métier en santé, on notera, dans le cas de la médecine, qu'en 2022, 54 % des médecins au Québec étaient des femmes (Collège des médecins, 2023). Cette proportion est encore plus grande si on s'intéresse à la proportion d'étudiantes dans le programme de médecine : 63 % étaient des femmes en 2018 (Touzin, 2018). D'ailleurs, selon le Collège des médecins, cette proportion augmente d'environ 1 point de pourcentage par année[15] (*Ibid.*). Dans les autres professions en santé, les écarts sont encore plus marqués. Par exemple, en 2020-2021, seulement 11,6 % de l'effectif infirmier était constitué d'hommes (Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec, 2021). Quant au métier de préposée aux bénéficiaires, selon Guichet-Emplois, elle était également largement féminisée, les hommes n'occupant que 17 % des postes en 2023. Quant au métier de secrétaire médicale, celle qui nous intéressera tout particulièrement et toujours selon Guichet-Emplois, elle est féminisée à 95 %.

On notera, qui plus est, que malgré qu'elles soient présentes en plus grand nombre dans le secteur de la santé, les femmes sont sous-représentées dans les postes de direction. À titre d'exemple, elles occupent moins de 30 % des postes de direction des hôpitaux et des organismes de soins de santé […] » (Bourgeault, 2018). Cette situation, qui renvoie « à des présupposés culturels sur les capacités des femmes en matière de leadership qu'à des obstacles systémiques fondés sur le sexe » (*Ibid.*), est communément expliquée par l'existence d'un « plafond de verre ». La chercheuse Ivy Linn Bourgeault (2018) ajoute : « L'invisibilité de la distinction en fonction du sexe des emplois en santé, selon laquelle les tâches et les compétences traditionnellement féminines sont moins valorisées que les postes traditionnellement masculins, a également des conséquences sur l'équité salariale ». Dans le secteur de la santé, l'écart de rémunération entre les hommes et les femmes s'élève à plus de 25 % (*Ibid.*).

1.3 Le métier de secrétaire

Dans cette section, nous nous intéresserons au métier de secrétaire en général, c'est-à-dire aux secrétaires qui travaillent dans différents milieux : entreprise, cabinet de professionnels,

[15] La profession de médecin est celle où il y a une proportion d'homme encore la plus élevé. En comparaison, en 2020-2021, 88% des infirmières (Gouvernement du Canada, 2024A) et 83% des préposés aux bénéficiaires étaient des femmes (Gouvernement du Canada, 2024B).

gouvernements, etc. Nous proposerons quelques éléments de définition autour de ce métier (1.3.1) et ferons un bref survol historique (1.3.2).

1.3.1 Présentation du métier de secrétaire

Qu'est-ce qu'une secrétaire ? Le site *EmploisSecrétaire.ca* (2021) propose une définition simple, mais, à notre avis, plutôt satisfaisante : un emploi de secrétaire « fournit un soutien administratif aux professionnels, soit en équipe, soit individuellement ». Selon les organisations, le titre du poste peut ainsi varier : secrétaire, adjointe administrative, adjointe à la direction, assistante administrative, etc. Les secrétaires « sont impliqués dans la coordination et la mise en œuvre des procédures de bureau et ont souvent la responsabilité de projets et de tâches spécifiques » (EmploisSecrétaire.ca, 2021). Pour la majorité des secrétaires, leurs tâches demandent des aptitudes en communication, en traitement de texte et en dactylographie (*Ibid*., 2021). Ce métier nécessiterait également des compétences informatiques, organisationnelles et de présentation (*Ibid.*, 2021).

Le rôle des secrétaires varie selon le secteur, la taille de l'entreprise et les niveaux de responsabilités. Selon le *Department of Labor, Bureau of Labor Statistics of the United States*, le poste de secrétaire regrouperait deux types (Lockhart, 2011). D'abord, il y a les « secrétaires régulières » qui font du travail clérical et administratif tel que la prise de rendez-vous, la gestion de la correspondance, l'archivage, etc. Ensuite, il y a les secrétaires administratives dont les tâches impliquent un plus grand support administratif. Par exemple, les secrétaires administratives peuvent être amenées à effectuer des recherches, préparer des rapports statistiques, etc. Toutefois, dans les deux cas, les secrétaires sont amenées à offrir du support aux gestionnaires et aux professionnels. Outre les tâches particulières liées à ces deux « types », le travail de secrétariat peut varier selon le secteur, leur octroyant ainsi une « spécialité ». À cet égard, on note ainsi l'existence des secrétaires juridiques, des secrétaires dentaires et des secrétaires médicales. Ces « spécialisations » demandent certaines connaissances spécialisées et des qualifications particulières, attestées par différents diplômes d'études professionnels. À Montréal, l'École des

métiers de l'informatique, du commerce et de l'administration (EMICA) offre ainsi un programme de spécialisation en secrétariat médical d'une durée de 450 h (Gouvernement du Québec, 2021).[16]

1.3.2 Historique bref du métier de secrétaire

Pour bien comprendre le métier de secrétaire et comment celle-ci occupe l'espace professionnel, il faut la replacer dans son histoire. Au 19e siècle, la majorité des secrétaires, alors appelés « commis », était des jeunes hommes provenant de famille de marchand ou de propriétaires (Davies, 1982). Ils étaient considérés comme des apprentis et avaient généralement l'ambition de reprendre l'entreprise de leur patron (*Ibid.*). Cet emploi pouvait donc mobiliser une variété de tâches telles que la tenue des livres et la correspondance (*Ibid.*). C'est entre la fin du 19e siècle et les années 1930 que les femmes investissent, jusqu'à former la majorité, dans le métier de secrétaire. À cet égard, on notera que les patrons en seraient arrivés aux conclusions suivantes, lesquelles permettraient de mieux comprendre la féminisation rapide de le métier : « Workers were needed, women were capable of performing some of the routine tasks that were needed and female labor was considerably cheaper » (Lockhart, 2011: 35). On notera toutefois que durant la même période le métier passa du modèle du « business-apprentice » à un rôle simplifié dont les tâches étaient cléricales (Kanter, 1977), les femmes, on le comprendra, n'étant plus envisagées comme les patronnes de demain.

En parallèle, l'arrivée de la machine à écrire bouleversa également le métier de secrétaire. Les compétences liées à l'utilisation de cette machine deviennent particulièrement attirantes et parfois nécessaires pour effectuer certaines tâches routinières. On notera par ailleurs que les démonstrations en magasins de la machine à écrire étaient souvent réalisées par une femme, d'où l'expression *type girl* (Davies, 1982). Ainsi, alors que les employeurs considéraient investir dans cette technologie, ils considéraient également le besoin d'embaucher une *type girl*. Cette idée était par ailleurs renforcée par le fait que les femmes étaient considérées comme davantage « *manually dexterous and tolerant of routine than men* » (Lockhart, 2011 : 35).

[16] Selon EMICA (2021), le taux de placement des diplômés est de 96 % et le salaire annuel varie entre 41 000 et 55 000 $ (Gouvernement du Québec, 2021).

Mises bout à bout, ces évolutions firent en sorte que le métier de secrétaire devint « parfaite » pour les femmes : un emploi routinier, de plus en plus centré autour de la machine à écrire et éloigné des aspects plus « sordides » du monde des affaires (Davies, 1982). On notera par ailleurs à cet égard, comme le souligne Braverman, que la diminution des compétences exigées dans le travail clérical, comme celui fait par les secrétaires, est un exemple du *principe de Babbage* qui explique que le travail et les salaires devraient être assignés selon le niveau de compétence afin d'éviter un « gaspillage » des ressources (Lockhart, 2011). En effet, selon ce principe, le travail nécessitant moins de compétences devrait être relayé à des employées ayant moins de compétences et donc un salaire moins élevé (Braverman, 1974). Les femmes étant considérées à cette époque comme ayant moins de compétence sur le marché du travail et pouvant être moins bien payée, notamment en raison que leur salaire n'était pas celui qui devait supporter une famille, ils paraissaient donc naturels par exemple d'assigner les femmes au métier de secrétaire, un métier qui était devenu routinier avec des tâches simples et sous l'autorité de patrons (Lockhart, 2011).

On notera enfin qu'au fil du temps, avec notamment l'arrivée des sciences de la gestion, des distinctions plus grandes ont été solidifiées entre les gestionnaires (ceux qui pensent) et les ouvriers (ceux qui exécutent) (Taylor, 1997 [1911]). Or, celle-ci s'opéra aussi dans les bureaux où s'exercent les secrétaires :

> « *The effect of scientific management in the office meant that true managers and executives were now considered distinct form, and superior to, the workers who carried out the routine clerical tasks (Hartman-Strom, 1992). Giver the already ambivalent attitudes of male managers toward the incorporation of female office workers, the transition to scientific management in the office was welcomed as it reinforced the status division between men and women. Clear divisions of labor ensured that women could remain confined to routine work assisting men – rather than directing them (Crompton & Jones, 1984)* » (Lockhart, 2011: 37).

En somme, l'arrivée des femmes dans les bureaux a commencé avec l'expansion des entreprises qui avait besoin d'un nombre important de travailleurs qui ne coutaient pas cher. Bien qu'il y ait eu une résistance au début, leur arrivée a été encouragée, car les femmes étaient perçues comme « *compliant, cheerful, and non-competitive for male position* » (Wichroski, 1994 : 33). Le

métier de secrétaire s'est ainsi construite autour des stéréotypes féminins ce qui a contribué au transfert du rôle traditionnel de la femme dans le milieu professionnel (*Ibid.*)[17].

1.4 Le métier de secrétaire médicale

Dans cette section, nous nous concentrons spécifiquement sur les secrétaires qui travaillent dans le milieu médical. Après avoir présenté le métier de secrétaire médicale, nous présenterons une revue de littérature au sujet de celle-ci regroupée en trois thèmes : la présentation du travail des secrétaires médicales (1.4.1), l'invisibilité du travail des secrétaires médicales (1.4.2), les sources d'insatisfaction au travail des secrétaires médicales (1.4.3) et l'identité professionnelle et de genre des secrétaires (1.4.4).

1.4.1 Présentation du métier de secrétaire médicale

Ce projet de mémoire s'intéresse spécifiquement aux secrétaires médicales. Si l'on se fie sur le site québécois *Secrétaire-inc* (et sur ce que nous ont décrit les personnes rencontrées dans le cadre de cette étude), les secrétaires ne chôment pas, et ce, notamment dans le milieu médical. Dans un article y décrivant une journée typique d'une adjointe, la secrétaire médicale Véro DG, travaillant dans une centrale de rendez-vous d'hôpital, énumère ses tâches : « traiter les urgences et autres situations, gestion de courriels tout au long de la journée, prendre la ligne téléphonique et documenter correctement les conversations, combler les horaires des médecins spécialistes, impression des horaires [et] ajout de clinique ou annulation » (Tison, 2018). Les secrétaires médicales doivent également veiller à assurer la confidentialité des dossiers des patients et doivent avoir un système qui facilite la gestion de ceux-ci (Gouvernement du Québec, 2023). Selon les secrétaires médicales Julie Gauthier et Chantale Ruel, les secrétaires médicales doivent également avoir les qualités suivantes : l'empathie, la discrétion, l'organisation, la débrouillardise et la concentration (Tison, 2018). Au sujet de l'empathie, la seconde précise : « Le côté humain est des fois aussi, sinon plus important que le côté clérical. Ça prend une bonne approche, il faut savoir rassurer. Ces personnes-là (les patients) sont inquiètes et nerveuses. Il faut savoir tout simplement leur sourire et les accueillir. » (*Ibid.*). Quant à la capacité d'organisation, elle ajoute qu'« il faut

[17] Nous y reviendrons au chapitre 2.

être capable de gérer plusieurs choses à la fois » (*Ibid.*) et qu'« il faut quasiment être une pieuvre » (*Ibid.*). Plus encore, comme en fait état le site *Avenir en santé* (Gouvernement du Québec, 2023A), les secrétaires médicales doivent avoir les aptitudes et les intérêts suivants :

- Aimer accomplir des tâches répétitives, selon des normes établies ;
- Aimer travailler en contact avec le public ;
- Aimer travailler physiquement ou manipuler des instruments ;
- Avoir de la facilité à communiquer ;
- Être responsable et organisé ;
- Faire preuve d'initiative et être autonome ;
- Faire preuve de discrétion.

Dans une étude britannique traitant des sources de non-satisfaction des secrétaires médicales, la chercheuse Helen Evers divise leur travail en trois volets : 1) *information processing*, c'est-à-dire que les secrétaires médicales s'assurent du transfert des informations à l'intérieur ou à l'extérieur de l'hôpital ; 2) *formation monitoring*, soit que les secrétaires médicales assurent le suivi des rendez-vous et gèrent l'agenda du ou des médecins ; 3) *boundary controlling*, c'est-à-dire que les secrétaires médicales agissent à titre de médiateur entre les différents intervenants et l'environnement (Evers, 1977). Ainsi, comme l'illustre le schéma ci-dessous, les secrétaires médicales occupent un rôle de pivot entre les patients, les médecins, les hôpitaux, les laboratoires, les pharmaciens, les infirmières, etc.

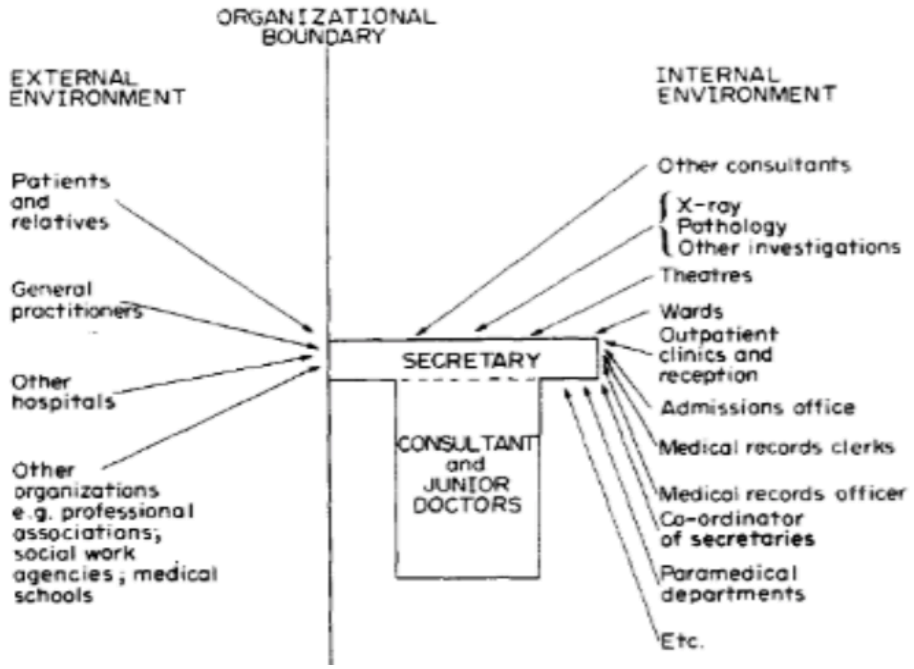

Figure 2. — Rôle des secrétaires médicales (Evers, 1977).

Pour Bossen & coll. (2013), le travail des secrétaires médicales inclut un travail « d'articulation », l'archive d'information et la recherche d'information. Il n'implique pas seulement d'apporter du support aux professionnelles de la santé, mais il contribue également à l'aiguillage des trajectoires des patients et des processus organisationnels au sein des établissements de santé. Les secrétaires médicales sont donc amenées à aider les patients à naviguer dans le système.

Selon Møller et Vikkelsø (2012) les secrétaires médicales sont également les bras droits des professionnelles de santé, en s'assurant que les médecins, les résultats d'examen et de test et que les patients soient au bon endroit et au bon moment. D'ailleurs, elles seraient à l'intersection entre l'administratif et l'aspect clinique, car elles sont impliquées dans la gestion des dossiers des patients (*Ibid.*, 2012). Dans leur étude sur l'expérience des secrétaires médicales suédoises dans un contexte de restructuration, Hertting et coll. (2003) vont dans le même sens en parlant de deux « *energy givers* » qui motiveraient les secrétaires médicales. D'abord, il y a la fierté professionnelle ; les secrétaires médicales mentionnant la fierté qu'elles ressentent quand elles sont capables de terminer certaines tâches avant la fin de leur journée. Elles mentionnent également le travail bien fait, et ce, même s'il n'est pas toujours reconnu. Ensuite, il y a leur participation à la

chaîne de soins qui motiveraient les secrétaires médicales. En effet, l'opportunité de pouvoir faire partie de l'administration des soins de santé et de contribuer ainsi aux soins des patients donne un sens au travail des secrétaires médicales. En somme, « *the women's sense of coherence was connected with the work itself and amplified by increased responsibilities for patients, and their articulated appraisal of having access to a supportive surrounding* » (Hertting et coll., 2003).

1.4.2 L'invisibilité du travail des secrétaires médicales

Les études réalisées sur le métier de secrétaire médical ont porté majoritairement sur leur travail en contexte hospitalier. Ces études ont ainsi souvent été reliées de près à l'adaptation des secrétaires médicales à de nouveaux modes de gestion ou de nouveaux outils de travail. Par exemple, une étude s'est penchée sur l'impact que l'implantation d'un système informatique des dossiers des patients a eu sur la charge de travail des secrétaires médicales dans deux départements hospitaliers danois (Bossen et coll., 2013). Cette étude a permis de mettre en lumière la nature collaborative et l'importance du travail des secrétaires médicales. Également, cette étude a abordé un des éléments récurrents dans la littérature sur le sujet : l'invisibilité et le manque de reconnaissance du travail des secrétaires médicales. D'abord, toujours selon cette étude, l'invisibilité du travail des secrétaires médicales s'expliquerait par le fait qu'il apparaitrait comme routinier, nécessitant peu de compétences et de connaissances (*Ibid.*). Ensuite, rappelant que dans le secteur de la santé, les métiers sont caractérisés par une division sexuelle du travail et une forte hiérarchie, l'étude danoise explique que le travail des secrétaires médicales est perçu comme étant à l'arrière-plan, et donc moins important (*Ibid.*, 2013). Même si les secrétaires médicales sont au centre de l'organisation des soins de santé en les coordonnant ou en y favorisant la communication, leur contribution semble passer inaperçue. Ce sont à la fois les secrétaires médicales en tant que travailleuses, mais aussi leur travail, qui paraissent inaperçus, car leur travail porterait sur des étapes abstraites sur lesquels reposent l'allocation des ressources et la prise de décision dans l'organisation des soins de santé (*Ibid.*, 2013). Les auteurs ajoutent que les secrétaires médicales ne sont pas perçues pour ce qu'elles font, mais pour ce qu'elles sont. « *The person rather than the work receives attention, and probably for the same reason, public stereotypes of secretaries as 'office wives', or 'sexy' are prevalent (Pringle 1988)* » (*Ibid.*, 2013 : 102).

Pour sa part, Wichroski (1994) explique l'invisibilité du travail des secrétaires par sa nature. Pour cette dernière, le travail de secrétaire est aussi ambigu que celui de l'épouse. Elle explique : « *Much of her role goes unnamed and uncategorized, a problem that is exacerbated by the difficulty of super-imposing an economic model onto work tasks that are not considered labor* » (Wichroski, 1994: 34). Wichroski précise que le travail invisible effectué par les femmes à la maison est ainsi transféré dans le monde du travail. Selon elle, pour mieux comprendre le travail invisible des secrétaires, il faut s'intéresser aux différents types de travail. D'abord, il y a le « travail rationnel », c'est-à-dire le travail visible et souvent inscrit dans les descriptions d'emploi. Il peut s'agir d'écrire un contrat, de répondre à la correspondance, de gérer un agenda, etc. À ce sujet, Wichroski rappelle qu'il ne faut pas sous-estimer le fait que les secrétaires doivent s'adapter constamment aux changements technologiques notamment l'apprentissage de nouveaux logiciels et programmes. Ensuite, il y a le « travail politique » qui correspond aux tâches qui demandent du tact, de la loyauté et de la confidentialité. Cela peut impliquer par exemple de « couvrir » son gestionnaire lors de ses absences. Ce type de travail serait davantage présent chez les secrétaires médicales, car celle-ci est le premier contact avec le patient. Et si celui-ci a une impression défavorable, la confiance envers le médecin peut en être affectée :

> *« The atmosphere of the medical office should inspire confidence in the professional, and so a happy atmosphere is required which adds to the sense that one is being well taken care of. That atmosphere allows patients to relax and to fell that people care about their problems, thus fulfilling a professional and/or organizational goal. In the process, the emotions of the worker as well as the consumer are being altered. »* (Wichroski, 1994 : 36).

Ces travaux évoquent également la question du travail latent qui correspond aux pratiques informelles et aux procédures qui permettent aux secrétaires d'effectuer leurs tâches. Celui-ci implique souvent des interactions sociales sous la forme de conversation et d'échange d'information avec des collègues, des gestionnaires ou des professionnels. Ce type de travail implique souvent de trouver des solutions à des problèmes notamment lorsqu'il s'agit de « couvrir » le patron. Dans ces cas-là, les secrétaires doivent avoir des compétences en négociation et faire preuve de tact et de diplomatie lorsqu'elle partage des informations. De plus, étant sujet à des changements fréquents, le travail latent amène les secrétaires à être sur le qui-vive, car elles doivent anticiper les problèmes, ce qui demande de l'énergie mentale et émotionnelle afin de les

résoudre. Le travail latent fait ainsi écho à ce que Arlie Russel Hochschild avait déjà conceptualisé en 1983 dans son livre *The Managed Heart* avec la notion de travail émotionnel, soit la capacité à contrôler et à adapter les émotions pour être conforme à l'état d'esprit adéquat du milieu du travail (Hochschild, 2017).

Wichroski (1994) évoque un autre type de travail, celui lié au support social, c'est-à-dire le support qu'elles effectuent pour l'ensemble de leurs collègues et qui contribue à la productivité de l'organisation. « *Medical secretaries provide comfort to patients, and they support each other in dealing with personal problems as well as job-related ones* » (Wichroski, 1994: 37). Le support social effectué par les secrétaires selon Wichroski contribue aux objectifs personnels et professionnels, mais il contribue davantage à l'efficacité de l'organisation.

Enfin, le dernier type de travail qui caractérise le métier de secrétaire serait le « travail périphérique », c'est-à-dire celui qui répond aux objectifs personnels de l'employeur (Wichroski, 1994). La sociologue explique : « *Peripheral labor involves specific physical tasks associated with gender "skills" and expectations rather than clerical tasks or professional management of people* » (*Ibid. :* 38). Le travail périphérique peut inclure par exemple de servir le café, de nettoyer les bureaux ou encore de de faire des courses pour le patron. Ces tâches peuvent ainsi être comparées à celles d'une « *office wife* », car elles sont généralement considérées comme un « travail de femme » et sont déterminées selon la relation entre la secrétaire et le patron. En somme, le travail périphérique se différencie des autres types de travail, car les objectifs sont personnels. Il devient visible seulement quand le travail n'est pas réalisé. Par exemple, si la secrétaire a l'habitude de préparer le café lors de réunion et que lors d'une occasion elle ne le fait pas, il y a de fortes chances que son patron lui mentionne que cette tâche n'est pas accomplie et donc que celle-ci fait partie de son travail. En effet, « *the service portion of the secretary's work sometimes overshadows the clerical aspects, as the waitressing duties of the female flight attendant take precedence over her abilities to facilitate safety procedures* [Hochschild, 1983:120-121] » (*Ibid.* : 38).

1.4.3 Les sources d'insatisfaction au travail des secrétaires médicales

Enfin, un autre aspect étudié dans la littérature scientifique concerne les sources d'insatisfaction des secrétaires médicales en égard à leur travail. Une étude suédoise présente trois principales sources d'insatisfactions — qu'elle nomme aussi comme étant des « *energy thieves* » (voleurs d'énergies) chez les secrétaires médicales, soit : la surcharge de travail, le manque de reconnaissance et le dilemme entre la santé, la famille et les finances (Hertting et coll., 2003). Le premier « *energy thief* » est le manque de ressources qui causerait une charge de travail déraisonnable pour les secrétaires médicales. Les secrétaires médicales doivent souvent travailler à plusieurs tâches en même temps ce qui les amènerait à penser qu'elles ne finiront jamais tout leur travail et qu'elles seront toujours en retard. Lorsque la charge de travail ne diminue jamais en raison d'un manque de ressources, les secrétaires médicales sont obligées d'effectuer leur travail en établissant un ordre de priorité. Or, les secrétaires médicales sont les premières affectées par le manque de ressources dans les établissements, car elles sont en contact avec les patients non satisfaits. Cela renvoie donc à ce qui a été mentionné au début de cette section : les secrétaires médicales ne chôment pas. Le deuxième « *energy thief* » s'alimente du manque de reconnaissance qui se traduit notamment dans leur condition de travail. « *The medical secretaries perceived a "degrading service role" when their work was often interrupted and they were asked to help others on the spur of the moment* » (*Ibid.* : 165). De ce fait, le travail des secrétaires médicales paraissant moins important, il devient en quelque sorte légitime qu'elles puissent être interrompues dans leur tâche en tout temps afin de répondre aux demandes impromptues. Le troisième « *energy thief* » renvoie au dilemme santé, famille et finance, c'est-à-dire au fait que les secrétaires médicales ont l'impression de travailler « trop » ce qui affecte leur bien-être et celui de leur famille, mais « pas assez » par rapport à leur capacité d'atteindre une certaine autonomie financière en raison de leur faible rémunération. Dans ces circonstances, les secrétaires médicales sont anxieuses à l'idée qu'elles devront payer de leur santé la charge de travail trop élevé qu'elles ont sur leur épaule. Bref, les auteurs résument que ces *energy thieves* présentent le métier de secrétaire médicale comme un travail où la charge est élevée, mais où le contrôle qu'elles ont sur celle-ci est minime.

Cette étude discute également des façons dont les secrétaires médicales gèrent ces aspects dans le cadre de leur travail. Celles-ci sont de l'ordre de la communication, de la passivité ou de

la résignation (*Ibid.*). Ainsi, les secrétaires médicales vont parfois « se soumettre », parfois décider d'intervenir. Toutefois, toutes les secrétaires médicales de l'étude rapportent que la culture organisationnelle traditionnelle et très hiérarchisée est l'élément le plus difficile à gérer (*Ibid.*). Bref, cette étude associe également l'insatisfaction des secrétaires médicales à l'organisation du travail, laquelle serait un des éléments qui influencent le plus le bien-être au travail des employés (Deslaurier, 2016).

On notera enfin que pour Wichroski (1994), les sources d'insatisfaction des secrétaires s'expliquent, plus globalement, par la nature du travail. « *Satisfaction with work itself centered around the clinical context: contact with patients, handling "people" problems, feelings of identity with and loyalty to the consultant and his unit, feelings of responsibility and of doing a worthwhile job* » (Wichroski, 1994: 291). La sociologue ajoute ainsi que la nature routinière du travail et la difficulté de planifier les activités de l'organisation contribuent à leur insatisfaction (*Ibid.*). Cela va par ailleurs dans le sens des constats faits par Evers (1977) qui avait déjà noté que la difficulté à planifier la charge de travail et l'aspect routinier d'une partie de leur travail sont des sources d'insatisfaction pour les secrétaires médicales. *A contrario*, la satisfaction au travail des secrétaires médicales en clinique se concentre principalement sur les éléments suivants : les contacts avec les patients, le fait d'aider à résoudre les problèmes des patients, avoir un sentiment d'appartenance et de loyauté envers la clinique ou le médecin, avoir un sentiment de responsabilité et de faire un bon travail en général (Evers, 1977).

1.4.4 L'identité professionnelle et de genre des secrétaires

Un dernier élément qui ressort de la littérature et qui semble pertinent à relever dans le cadre de la réflexion que nous comptons mener dans ce mémoire est la relation entre la carrière et l'identité des secrétaires et des assistantes administratives dans un contexte de milieux de soins marqués par la division sexuelle du travail. Wichroski explique que l'invisibilité du travail des secrétaires s'explique par le fait qu'il existe une ambiguïté concernant les « attentes de genre » (Wichroski, 1994).

À ce sujet, Lockhart (2011) identifie quatre modèles d'identité et de carrière qui caractérise la façon dont ses femmes se voient dans la cadre de leur travail. Premièrement, il y a le modèle *integrated mothering* où ces travailleuses se voient d'abord comme une mère et vont intégrer cette identité dans leur rôle professionnel. Il s'agirait alors d'une forme d'extension du rôle privé de mère qui vient s'intégrer au rôle public de secrétaire. Ce modèle fait référence notamment à la nécessité « d'être multitâches » tant dans le travail de secrétaires que dans le rôle de mère. Pour Lockhart, cette intégration du rôle de la mère à celui de la secrétaire permet aux secrétaires d'utiliser les compétences qu'elles ont développées en tant que mères dans le cadre de leur travail. Or, ces compétences « dites féminines » ne sont pas reconnus au même titre que les « compétences masculines » qui, elles sont reconnues — et compensées financièrement — dans le milieu du travail. En d'autres mots, cela pose une dynamique unique où les compétences développées en tant que mère sont utiles aux secrétaires dans le cadre de leur travail — et leur permet de mieux jongler avec les tâches multiples de celui-ci —, mais celles-ci ne sont pas reconnues dans les organisations. Lockhart évoque également le modèle du *public servant* ; lequel s'appuie sur le fait que les secrétaires considèrent leur rôle au sein des organisations comme étant un service au public. Ce modèle fait référence à « l'éthique du service » où l'importance de l'industrie du milieu de travail est un facteur important pour choisir un métier. Dans cet esprit et montrant l'importance de cet élément, les secrétaires vont ainsi parler de leur travail en faisant référence au sens qu'elles donnent à celui-ci et à son utilité. Troisièmement, il y a le modèle d'*emerging leader* où les secrétaires vont avoir une vision du travail de secrétaire qui va au-delà des tâches cléricales. Pour ces secrétaires, ce métier demande d'être un leader et elles dépassent ainsi les attentes traditionnelles associées à celle-ci. Or, pour Lockhart, même s'il est possible d'observer des possibilités d'avancement chez les secrétaires, celles-ci sont encore confrontées à des barrières et rendent difficile la réalisation de cette vision du travail de secrétaire. Quatrièmement, il y a, enfin, le modèle de dissociation où les secrétaires vont expliquer que leur choix de carrière est un accident, le fruit du hasard ou un choix pragmatique. Lockhart explique : « *For the women in this study, an alternative view may be that some women choose to dissociate from their work, not as passive acceptance but as conscious resistance to identifying themselves with their careers* » (Lockhart, 2011: 204-205).

En résumé, nous retiendrons que ces modèles illustrent le fait que les secrétaires et les assistantes administratives ont, à la fois, adopté dans un premier temps et résisté ensuite aux attentes sexospécifiques de leurs rôles dans un deuxième temps (Lockhart, 2011). En effet, certaines femmes ont expliqué la prédominance des femmes dans les rôles de secrétariat en identifiant les qualités féminines comme des forces pour ce genre de travail (*Ibid.*). Toutefois, la plupart des secrétaires rencontrées lors de son étude vont résister à ces attentes en précisant que la division sexuelle du travail observable dans leur métier est en raison des forces et des pressions extérieures, incluant les opportunités et l'accès limités des femmes dans la société et non en raison de caractéristiques fondés sur le sexe (*Ibid.*).

1.5 Conclusion

Dans ce chapitre, nous avons mis en contexte le sujet de ce mémoire, soit les secrétaires médicales travaillant dans les cliniques médicales au Québec. D'abord, nous avons présenté les éléments pertinents afin de comprendre l'organisation des soins primaires au Québec. Cela nous a permis d'aborder les cliniques médicales, et plus précisément les GMF, l'environnement de travail qui est étudié dans ce mémoire. Ensuite, nous avons présenté le métier de secrétaire en la définissant et en offrant son portrait historique. C'est ce qui nous a amenés à présenter les secrétaires médicales, une spécialisation du métier de secrétaire. Nous avons ainsi présenté les études pertinentes à notre sujet de mémoire. Le prochain chapitre reprendra une partie de cette réflexion en les intégrant à notre problématique et à l'appareillage théorique qui balisera la réflexion présentée dans le mémoire.

Chapitre 2

Problématique et repères théoriques

Dans ce chapitre, nous commencerons par faire un retour sur la revue de littérature (2.1). Ce retour nous permettra de délimiter notre problème de recherche et de formuler une question de recherche principale (2.2). Nous préciserons par ailleurs l'orientation de cette recherche grâce à des sous-questions qui reflèteront les thèmes abordés dans nos résultats (2.3). Pour chacun des thèmes sous-adjacents à ces sous-questions, nous présenterons les repères théoriques que nous mobiliserons également lors de la présentation des résultats au chapitre 4 et 5.

2.1 Retour sur la revue de littérature

La revue de littérature présentée dans le premier chapitre nous a permis de dresser une première série de trois constats, que nous présentons ici et qui, ensemble, en sont venus à baliser notre problématique.

2.1.1 Premier constat : La spécificité de l'organisation des soins primaires au Québec, une considération à prendre pour s'intéresser au travail des secrétaires médicales

Au regard de la revue de littérature, le premier élément qui retient notre attention concerne le contexte des études réalisées sur le travail des secrétaires. Les quatre recherches portant exclusivement sur les secrétaires médicales et présentées au chapitre précédent se sont intéressées strictement au travail des secrétaires médicales en milieu **hospitalier.** Par exemple, l'étude danoise portant sur l'implantation d'un système informatique des dossiers de patient dans deux départements hospitaliers a relevé que celui-ci a causé quelques difficultés pour les secrétaires notamment du fait que les médecins et les infirmières n'avaient pas toujours le temps de remplir le dossier électronique du patient et de le mettre à jour au fur à mesure de l'administration de nouveaux soins (Bossen et coll., 2013 : 99). En effet, le travail des secrétaires ne concerne pas en lui-même les plans de traitements ni les diagnostiques, mais vise plutôt à s'assurer que ceux-ci ont été dûment enregistrés dans le système, c'est-à-dire, plus précisément, qu'il consiste à vérifier à ce que le dossier des patients contienne toutes les informations transmises par les autres professionnels

de la santé (*Ibid.*). Le dossier des patients est d'ailleurs leur principal objet de travail et l'étude danoise qualifie cette partie du travail de « *tidying* », lequel renvoie à toutes les tâches qui permettent de contribuer à maintenir à jour les dossiers des patients afin que ceux-ci restent des outils fonctionnels et optimaux pour les médecins et les infirmières (*Ibid.*). Le *tidying* prend donc tout son sens lorsqu'il est question de maintenir une collaboration efficace entre toutes les intervenantes. En d'autres mots, il est possible d'affirmer que, par le travail de *tidying,* les secrétaires ont ainsi un rôle essentiel à jouer pour permettre une collaboration efficace entre les intervenantes et, par le fait, même dans le traitement des patients. Nous pourrions même aller jusqu'à dire que puisqu'elles sont les « gardiennes » des dossiers des patients, elles sont aussi les « gardiennes » de la collaboration au sein des institutions de santé.

Le *tidying* concerne également les secrétaires médicales travaillant en GMF étant donné que l'utilisation du dossier médical électronique est une exigence à laquelle les GMF doivent répondre. Or, il semble prudent de croire que celui-ci y est peut-être plus facile à gérer étant donné que le nombre de collaboratrices au dossier électronique est moins élevé qu'en milieu hospitalier. Par exemple, le dossier d'un patient de l'urgence implique probablement plusieurs médecins et infirmières différents, travaillant à des moments différents, et ce possiblement dans plusieurs départements, alors que dans un GMF il n'y a aura probablement que le médecin assigné au patient et l'infirmière présente ce jour-là qui inscrivent leurs notes lors de leur rencontre avec le patient (ou peu de temps après celle-ci). D'ailleurs, Evers (1977) a bien illustré cette multitude d'intervenantes avec lesquelles les secrétaires médicales interagissent dans le cadre de leur travail au sein d'un hôpital. C'est pour cette raison que les secrétaires médicales ont un rôle de pivot et agissent à titre de « *communication filter, and in the absence of specific guidance from the consultant, must exercice considerable discretion in judging whether or not she should attempt to facilitate or block the communicator's access to the consultant* » (Evers, 1977: 290).

Dans l'étude danoise portant sur le rôle clinique des secrétaires médicales lorsqu'il s'agit d'un patient ayant reçu un diagnostic de cancer, Holten Møller et Vikkelsø (2012) ajoutent pour leur part que ces interactions s'expliquent notamment par le fait que les secrétaires médicales sont à l'intersection entre le travail administratif et le travail clinique. Selon Bardram, le travail clinique renvoie à cinq activités : examiner l'état du patient ; demander et interpréter les informations

médicales ; prendre des décisions concernant la maladie et la condition du patient ; prendre des décisions quant aux traitements futurs ; monitorer les résultats des traitements (Bardram [1997] dans Holten Møller & Vikkelsø, 2012 : 36).

Selon Holten Møller et Vikkelsø, les secrétaires sont appelées à intervenir dans quatre de ces activités. Premièrement, les secrétaires médicales d'un département médical sont amenées à examiner la condition des patients lorsqu'elles reçoivent les demandes de consultation ou les références (et à évaluer si la demande est urgente, ou non, ou si elle est encore d'actualité selon le dossier électronique du patient). Deuxièmement, les secrétaires médicales vont être amenées à interpréter des informations médicales. À titre d'exemple, les secrétaires médicales dans un département de radiologie sont amenées à lire les requêtes du médecin précisant les types et les objectifs des examens requis. Selon les précisions du médecin, elles doivent alors déterminer le protocole et la séquence associés aux différents types de radiographies afin de programmer la bonne radiographie à l'horaire. Les chercheurs racontent d'ailleurs que les secrétaires médicales au Danemark utilisent les mêmes fiches décrivant les protocoles qui sont affichés dans le bureau du radiologue. Troisièmement, les secrétaires médicales vont aussi monitorer tous les résultats des patients reçus et vont faire des validations avec d'autres médecins de garde si le médecin associé à un patient n'est pas présent. Ce suivi devient particulièrement crucial lorsqu'il s'agit de résultat confirmant des diagnostics où le patient doit être traité le plus rapidement possible. Quatrièmement, les secrétaires médicales sont impliquées dans la fermeture de dossier au sein de leur département. Cette fermeture de dossier peut indiquer deux choses : un transfert de responsabilité du patient vers un autre département et une indication à l'effet que le patient n'aura plus à être suivi par le département. Dans le dernier cas, la secrétaire pose donc, en quelque sorte, le « dernier » diagnostic.

Les dynamiques de collaboration et les interactions entre les secrétaires médicales et les professionnelles de la santé en contexte hospitalier semblent ainsi primordiales à considérer lorsqu'il est question de s'interroger sur le travail des secrétaires médicales, car ces deux éléments font partie intégrante de leur travail et peuvent notamment avoir un impact sur les relations qu'elles entretiennent avec les autres travailleuses. Elles sont donc de véritables « collègues » de travail au sens où elles partagent les mêmes objectifs, c'est-à-dire de soigner les patients, où elles partagent les mêmes lieux physiques et, enfin et peut-être surtout, où elles font en quelque sorte partie, par

extension de « l'équipe soignante ». Comme l'illustre l'exemple évoqué plus haut, les secrétaires ont un rôle clinique, notamment en s'assurant que les dossiers des patients soient à jour et disponibles pour les autres professionnelles de la santé. C'est pour cette raison aussi que plus haut nous avons qualifié les secrétaires médicales de « gardiennes » des dossiers des patients. D'autant plus que sans cet outil de travail, les autres professionnelles de la santé n'ont pas les informations quant aux patients (les derniers résultats, la date de leur dernier examen, les notes du médecin spécialiste, etc.). C'est pourquoi nous avons aussi avancé plus haut qu'elles sont les « gardiennes » de la collaboration entre les professionnelles de la santé, car les secrétaires médicales travaillent main dans la main avec les autres professionnelles de la santé. En d'autres mots, elles participent aussi à la chaîne de soins et en ce sens, nous suggérons que leur contribution a un véritable impact sur la qualité des soins.

Or, cette collaboration et ce travail d'équipe nous semblent encore plus évidents et perceptibles dans le contexte d'une clinique médicale (notamment de type GMF), car il s'agit généralement d'un lieu clos où les équipes sont plus petites qu'en milieu hospitalier[18]. Notre intuition est que le travail des secrétaires y est davantage imbriqué à celui des autres professionnelles de santé, car nous croyons qu'il y a une plus grande collaboration et davantage de travail d'équipe entre les secrétaires médicales et les autres professionnelles de la santé en raison de la structure et du fonctionnement même d'un GMF, soit la forme que prend principalement, comme nous l'avons vu au premier chapitre, l'organisation des soins primaires au Québec.

On se rappellera par ailleurs que l'intégration des GMF et des cliniques médicales au système de santé se matérialise par leur affiliation à des CISSS ou à des CIUSSS et que les cliniques médicales comme les GMF sont des propriétés détenues par des omnipraticiens et sont principalement subventionnés par le MSSS selon les actes médicaux réalisés. Il s'agit donc de structures gérées majoritairement par des médecins. La différence entre les cliniques médicales et les GMF concerne leur financement. Les GMF doivent respecter des engagements par rapport à leur offre de service afin d'être en adéquation aux objectifs du MSSS quant à l'offre des services primaires à la population québécoise. En contrepartie, les GMF reçoivent différentes aides

[18] C'est d'ailleurs pour cette raison que nous nous attardons seulement au milieu des cliniques médicales dans ce mémoire.

financières tels que celle accordée pour l'embauche d'infirmières et une majoration du financement de leurs activités pour tenir compte de leurs frais d'exploitation. Pour cette raison, il existe une logique de négociation entre chaque GMF et le MSSS (Plourde, 2022). Pour résumé, et c'est ce que nous voulons mettre en relief ici, nous pouvons présenter le GMF comme une clinique ou un rassemblement de plusieurs cliniques où les médecins et les gestionnaires ont une certaine autonomie sur leur gestion tant qu'ils respectent l'offre de service entendue dans leur contrat, car dans le cas contraire, ils viendraient à perdre leur financement qui est évalué selon leur offre de service.

Cette dynamique nous intéresse particulièrement dans le cadre de ce mémoire, car nous posons comme hypothèse qu'elle influencera le travail des secrétaires médicales, notamment en ce qui a trait à leur condition de travail et à leur relation avec les autres intervenantes du GMF. D'abord, en lien avec leur condition de travail, rappelons également que le financement des GMF repose principalement sur la rémunération à l'acte des médecins qui est majoré pour couvrir les frais d'exploitation du GMF, mais que les GMF reçoivent également du financement pour leur fonctionnement et pour couvrir le salaire des ressources professionnelles ainsi que du « financement lié au soutien à la pratique dans le contexte du mécanisme d'accès aux services de première ligne pour la population sans médecin de famille » (MSSS, 2022 : 1). Par le fonctionnement de certains de ces financements, il est possible de mettre de l'avant que les gestionnaires ont une certaine flexibilité quant à leur distribution affectant leurs activités administratives et opérationnelles, notamment en ce qui a trait de la rémunération des secrétaires médicales.

Ensuite, en ce qui a trait aux relations avec les autres intervenantes du GMF, ceux-ci étant généralement de petit milieu de travail (en termes d'espace physique et de la taille de l'équipe de travail lorsqu'on les compare au milieu hospitalier par exemple), il nous semble fort probable qu'il existe une plus grande proximité entre les secrétaires médicales et les professionnelles de la santé ainsi qu'avec leur(s) gestionnaire(s). On peut donc estimer que les liens entre ces différentes intervenantes y soient plus directs, voire relativement familiers, car l'ensemble des travailleurs et des travailleuses sont amenés à travailler ensemble et à se côtoyer de près, souvent dans le même créneau horaire, ce qui distingue également cet environnement du milieu hospitalier.

En somme, comme nous avons cherché à l'illustrer ici, et cela renvoie à notre premier constat, les milieux de travail hors de l'hôpital pour les secrétaires médicales ont jusqu'ici été moins étudiés et il faut donc être en mesure d'en apprécier les particularités afin d'ajuster la démarche de recherche. Force est aussi de constater qu'à notre connaissance, aucune étude sur les secrétaires médicales n'a été réalisée au Québec.

Cela étant dit, il est important de souligner certaines similarités qu'il est possible d'observer avec l'étude suédoise et les études danoises citées plus haut. Ces deux nations appliquent une politique dite « social-démocrate » et leur système de santé est également financé par l'État, tout comme au Québec. Toutefois, aucune des études ne s'est intéressée aux secrétaires médicales qui travaillent dans des cliniques pouvant être assimilées aux GMF. Cet élément n'est pas une surprise étant donné que les GMF sont un modèle d'organisation des soins primaires uniques au Québec. Au final, bien que le travail des secrétaires médicales dans les hôpitaux suédois et danois puisse s'apparenter à celui des secrétaires médicales en GMF, le fonctionnement de ces organisations de soins primaires pose probablement des enjeux différents quant au contexte de travail et aux conditions de travail des secrétaires médicales. C'est pourquoi nous considérons ces études pertinentes pour notre recherche seulement quant à la présentation du travail des secrétaires qui y est faite et permettant de décrire la nature du travail de ces dernières.

2.1.2 Deuxième constat : Appréhender le travail des secrétaires (médicales) comme un travail pensé par les hommes pour et réalisé par les femmes

Même si plusieurs études se sont intéressées à la nature du travail des secrétaires médicales, peu d'études ont relié l'expérience professionnelle des secrétaires médicales à ce qu'on évoque plus largement comme l'expérience féminine, et spécifique, du travail, c'est-à-dire qu'il est vécu, mais surtout perçu, comme un travail féminin. Lorsque cela a été fait, il s'agissait généralement d'une explication subsidiaire et non d'un point d'entrée balisant l'orientation de la recherche. En effet, comme nous l'avons vu, Lockhart (2011) et Bossen et coll. (2013) ont spécifié, respectivement, que la nature du travail des secrétaires médicales permet de répondre aux attentes sexospécifiques associées à leur genre. De plus, certaines études ont démontré que la nature de leur travail est source de certaines de leurs insatisfactions. Pour Hertting et coll. (2002), Bossen et

coll. (2013) et Wichroski (1994), cette situation s'expliquerait ainsi, rappelons-le, par l'invisibilité de leur travail. Bref, la féminisation du métier y est considérée comme un élément explicatif de l'invisibilité de leur rôle et de leur manque de reconnaissance.

Or, le travail des secrétaires et des secrétaires médicales n'y a pas été frontalement appréhendé comme un travail pensé *par* les hommes *pour* les femmes et principalement *occupé par* des femmes. En effet, le métier des secrétaires a grandement évolué depuis ses débuts. Avant le 19e siècle, il s'agissait de jeunes hommes qui aspiraient à devenir des patrons qui occupaient les postes de secrétaire, appelés commis à cette époque (Davies [1982] dans Lockhart, 2011). À cette époque, le métier des secrétaires avait été pensé ***pour* ces hommes** : les tâches qui leur étaient assignées étaient ce qu'on pourrait assimiler aujourd'hui à une formation d'apprenti. Bien que les patrons se devaient d'engager des commis pour accomplir tout le travail nécessaire à la gestion d'une entreprise, il s'agissait surtout d'une occasion pour les commis d'apprendre le métier de gestionnaire d'entreprise. Pour ces jeunes hommes provenant de familles de marchand et de propriétaire, être commis n'était qu'une étape nécessaire dans leur parcours professionnel pour atteindre leur objectif (*Ibid*.). En effet, l'objectif à long terme de ces jeunes hommes ultimement était de devenir eux-mêmes un patron. On rappellera donc que c'est seulement au début du 20e siècle que le métier se féminisa et devint un poste caractérisé par le travail clérical et l'utilisation de la machine à écrire (Lockhart, 2011).

Cette féminisation fut en outre renforcée par le principe de *Babbage*[19] et l'arrivée des sciences de la gestion (*Ibid*.). Ainsi, ces changements autour du métier de secrétaires furent pensés et orchestrés ***par* des hommes** — ceux vendant les machines à écrire, autour de l'idée d'avoir une *type girl* (Davies [1982] dans Lockhart, 2011) — cherchant à rationaliser ce type de travail, notamment en le transformant afin qu'il devienne mieux « adapté » aux capacités des femmes et donc moins onéreux pour les entreprises (*Ibid*.). Cette nouvelle conception du métier de secrétaire, et cela nous apparait particulièrement important à relever en amont de la recherche, a donc été **pensée *pour* elles**. D'abord, ce travail devint routinier et les gestionnaires étaient d'avis que les femmes seraient plus tolérantes à cet aspect. Ensuite, ce travail demanderait désormais d'être

[19] Le principe de *Babbage* « *held that work and wages should be assigned according to skill level so as to prevent the waste of skilled labor on simple, routine functions that could be delegated to workers at lower wages* » (Braverman [1974] dans Lockhart, 2011: 36).

habile et méticuleux, une habilité qui fut associée à l'image de la *type girl (Ibid.)*. Au début, la machine à écrire apparut comme une technologie difficile à maîtriser pour les hommes d'affaires. Quand ils vinrent pour l'acheter, voyant les démonstrations offertes dans les magasins où ils virent ces *types girls* les maîtriser, les femmes étant utilisées depuis longtemps pour vendre des produits (Davies [1982] dans Lockhart, 2011 : 35), les hommes d'affaires ont rapidement considéré le besoin de la machine et de celle qui pouvait l'opérer. Bref, « *in a short amount of time, myriad social justifications for utilizing women as typists emerged, including the general belief that women were more manually dexterous and tolerant of routine then men* » (Davies [1982] dans Lockhart, 2011 : 35).

Par ailleurs, cette féminisation du métier était une façon pour les gestionnaires de s'assurer que les femmes restent éloignées des affaires sordides reliées au monde du travail et qu'elles soient, comme nous l'avons déjà évoqué, protégées du « *harsh, competitive climate of the male business world* » (Kanter [1977] dans Lockhart, 2011 : 34). Or, cela a aussi pour conséquence de les dépourvoir de pouvoir décisionnel sur la gestion des entreprises, car leur rôle fut pensé par les gestionnaires comme un rôle visant non pas à diriger, mais à assister les hommes (Compton & Jones [1984] dans Lockhart, 2011 : 37). Dégagée de toutes responsabilités, pouvoirs décisionnels et autonomie professionnelle, le métier de secrétaire devint un emploi peu attirant pour les hommes souhaitant accéder aux postes de gestionnaire. Même si les hommes étaient réfractaires à l'arrivée des femmes au sein des entreprises et plus particulièrement dans les bureaux, et ce malgré les avantages financiers, ils ont donc trouvé un moyen, en redéfinissant le métier, de non seulement cantonner les femmes dans un rôle subalterne où les femmes secrétaires assistent les hommes gestionnaires, mais également de s'assurer que ces dernières restent assignées à des postes qui ne menacent pas ceux des hommes gestionnaires[20].

Plus près de notre objet de recherche, on notera par ailleurs que l'arrivée des femmes occupant des postes de secrétaire dans les bureaux marque une plus grande reconnaissance de leur

[20] Il faut toutefois souligne ici que pour ces femmes, l'accès au monde du travail constituera tout de même un pas en avant vers une plus grande égalité et liberté. Rappelons-nous que lors des grandes guerres, les hommes étant partis au front, les femmes ont été appelées à rejoindre davantage le marché du travail en raison d'une pénurie de main-d'œuvre. Ce nouvel accès au monde du travail étant un gain à lui seul, il ne faut toutefois pas occulter que le cantonnement des femmes dans des postes subalternes et ayant peu de pouvoirs décisionnels ne sera qu'un des enjeux relevés plus tard dans les recherches féministes.

contribution au sein des entreprises. Les *types girls* arrivaient avec une expertise : celle de maîtriser la machine à écrire. Comme expliqué précédemment, il est possible de mettre des bémols à cette reconnaissance notamment en considérant l'intérêt financier à engager des femmes au lieu des hommes et le fait que le métier de secrétaire a été pensée comme un poste où elles restaient en tutelle, car elles étaient aux services des hommes patrons. Toutefois, il faut relever que ce fut l'une des premières portes d'entrée pour de nombreuses femmes dans le milieu des affaires ou encore, plus modestement, dans le milieu dit des « cols blancs »[21]. De plus, force est également de constater que cela ne changeait pas grand-chose à la dynamique auxquelles elles étaient exposées dans leur vie privée. Elles retrouvaient dans les bureaux des dynamiques reproduisant des rapports sociaux, inégalitaires, de genre, au sein de l'espace domestique et qui se matérialisant désormais dans le monde du travail. Lockhart résume :

> « *Although a rational task, such as typing, may not seem gendered when devoid of social context, the arrangement of rationalized tasks is seen as gendered when compared to other forms of labor division. For instance, a secretary's work is often compared to the housekeeping responsibilities expected of the wife: The role of the women is to take care of details and miscellany so that's the man's work, wich is considered the primary tars at hand can flow seamlessly and efficiently (Benet, 1972; Kanter, 1977; Tuss et al., 1996).* » (Lockhart, 2011: 40).

Pour toutes ces raisons, le travail de secrétaire en général — et de secrétaires médicales en particulier — doit être pensé comme **un travail typiquement féminin**. Ainsi, pour l'analyser dans une perspective féministe comme c'est le cas dans ce mémoire, il faut reconnaître que le travail de secrétaires et celui de secrétaires médicales s'inscrivent dans une « division sexuelle du travail » tel que le conceptualise notamment Kergoat (2012) :

> « La forme de division du travail sociale découlant des rapports sociaux de sexe ; cette forme est modulée historiquement et socialement. Elle a pour caractéristique l'assignation prioritaire des hommes à la sphère de production ainsi que, simultanément, la captation par les hommes des fonctions à forte valeur sociale ajoutée (politique, religieuses, militaires, etc.) » (Kergoat, 2012 : 214).

[21] Au Québec, il faut quand même souligner les percées réalisées par les religieuses. L'étendue de leurs activités, du domaine de la santé en passant par celui de l'éducation et les services sociaux, leur ont permis d'occuper une place importante dans la société québécoise jusqu'aux années 60 (Laurin et Duchesne, 1993 : 65).

Pour Kergoat, cette division sexuelle du travail s'organise grâce à deux principes. En premier lieu, il y a un principe de séparation où il y a des métiers qui sont assignées à un genre. En deuxième lieu, il y a un principe hiérarchique où un travail d'homme « vaut » plus qu'un travail de femme. Kergoat ajoute que ces principes s'observent dans toutes les sociétés connues, mais que ce sont leurs modalités qui vont varier dans le temps et l'espace.

De plus, lorsqu'il est question de comprendre les mécanismes de la division sexuelle du travail de « cols blancs », nous retenons les travaux sur la relation entre le genre, l'identité et la carrière dans un contexte de métier dit féminin de Lockhart (2011) qui a cherché à comprendre comment celle-ci se reproduisait dans le temps dans les postes, plus spécifique et genrée, de « support administratif ». Cette autrice a commencé par retracer son histoire afin de mettre de l'avant les facteurs sociaux et économiques qui expliquent la féminisation du métier de secrétaire. Ensuite, elle a proposé de revenir sur les analyses féministes du travail de secrétaire comme nous l'avons fait au chapitre précédent en citant notamment les travaux de Wichroski (1994). Elle est donc partie du postulat que les métiers de « support administratif » impliquent une expérience féminine du travail.

En s'intéressant à la jonction entre la vie professionnelle et la vie personnelle des secrétaires médicales, tel que mentionné au chapitre 1, elle est par ailleurs arrivée à développer quatre modèles d'identité et de carrière qui regroupent les différentes perceptions des secrétaires par rapport à leur travail et que nous rappelons rapidement ici. Premièrement, le modèle d'« *integrated mothering* » présente le travail de secrétaire comme une extension naturelle du rôle de mère. Deuxièmement, le modèle de « *public service* » met en lumière le sens que les secrétaires attribuent à leur travail, perçu comme une opportunité d'avoir un impact positif sur leur communauté. Troisièmement, le modèle d'« *emerging leader* » illustre des secrétaires qui remettent en question le rôle traditionnel associé à leur métier et la considèrent comme un tremplin vers des postes avec davantage de responsabilités. Enfin, le modèle de « dissociation » regroupe les secrétaires ayant choisi ce métier non par vocation ou identification, mais pour des raisons essentiellement pragmatiques. Cela dit, si Lockhart a étudié l'intersection entre la carrière des secrétaires et leur identité, son travail ne s'est toutefois pas intéressé aux dynamiques et aux rapports de pouvoir sous-jacents qui peuvent en découler dans les milieux de travail. Dans le cadre

de ce mémoire, nous retiendrons principalement les liens qu'elle parvient à faire entre ces modèles et la division sexuelle du travail, mais chercherons à le bonifier en nous intéressant également à ces dynamiques.

Ce détour par la littérature nous amène donc à notre deuxième constat, à savoir que le travail des secrétaires et des secrétaires médicales, sous la forme que nous connaissons aujourd'hui, a été pensé *par* les hommes, *pour* et *réalisé par* les femmes. En rappelant la modulation historique et sociale de ce métier, nous avons pu démontrer comment celle-ci à mener à une division sexuelle du travail des secrétaires tel que Kergoat l'a conceptualisé et comment cette modulation, telle que l'a décrite Lockhart, s'étendait bien au-delà de la vie professionnelle de ces femmes. En effet, Lockhart avance que cette division sexuelle du travail observable chez le métier de secrétaire n'est en fait qu'une reproduction des rapports sociaux de genre transférés au monde du travail. Ces éléments de réflexion vont baliser notre démarche de recherche et la présentation de nos résultats.

2.1.3 Troisième constat : La nécessité de prendre en compte le croisement entre deux divisions sexuelles du travail

Comme nous venons de le souligner, dans ce mémoire, nous serons plus spécifiques quant au milieu de travail que dans la recherche de Lockhart. En effet, celle-ci a interrogé des secrétaires travaillant dans le secteur public aux États-Unis, et ce, dans différents milieux de travail : des écoles primaires, des collèges publics, des agences gouvernementales, etc. Bien que dans notre enquête, nous nous intéressons aussi aux travailleuses du secteur public, au Québec cette fois-ci, nous nous limiterons aux secrétaires médicales. En raison notamment des dynamiques propres à la configuration du système de santé privé aux États-Unis d'Amérique, Lockhart n'a pas pu rencontrer des secrétaires travaillant dans des hôpitaux ou des cliniques médicales. En nous concentrant sur les secrétaires médicales travaillant dans des cliniques, nous croyons que notre recherche se distinguera de celles réalisées précédemment, car le métier de secrétaire médicale se situe au croisement entre deux divisions sexuelles du travail : soit celle propre au milieu des affaires et celle propre au milieu médical. En ce qui concerne la division sexuelle dans le milieu des affaires, comme nous l'avons rappelé précédemment, les femmes travaillant en administration

ont occupé historiquement, des postes de support aux gestionnaires[22]. En ce qui concerne la division sexuelle dans le milieu médical, les femmes travaillant en santé ont occupé historiquement des postes d'appui aux médecins. En effet, comme les dynamiques entre les postes de secrétaires et de gestionnaires décrites précédemment, il existe une importante différenciation de genre entre les différentes métiers au sein du milieu médical. Les femmes sont depuis longtemps surreprésentées dans le milieu médical. Certains métiers y sont donc traditionnellement vues comme des emplois féminins : les infirmières, les secrétaires médicales, les préposés aux bénéficiaires, etc. Dans son travail sur les préposés aux bénéficiaires, Laurence-Ruel (2019) met en lumière une partie de cette division sexuelle du travail en posant notamment son regard sur l'époque où les soins de santé étaient pris en charge par les femmes dans le domaine privé et par les religieuses dans le domaine public :

> « Avant les années 1960, les soins pour les personnes âgées (comme l'ensemble des soins de santé d'ailleurs) ne font pas l'objet d'une organisation institutionnelle soutenue par l'État. La grande majorité des soins et du travail de prise en charge des aînées sont réalisés gratuitement par les femmes (épouses, filles, cousines, tantes, voisines, etc.) dans le cadre de la famille (Boivin, 2013). Une part de ce travail est néanmoins prise en charge et réalisée par les institutions catholiques où ce sont les religieuses qui y sont affectées et qui accomplissent le travail de soin et de santé, mais aussi celui qui consiste à organiser et à diriger des établissements (Juteau et Laurin, 1997 ; Boivin, 2013) » (Laurence-Ruel, 2019 : 4-5).

Ce croisement entre deux divisions sexuelles du travail chez les secrétaires médicales nous intéresse, car à notre connaissance, il n'a pas été mis de l'avant dans les recherches consultées. Ce croisement nous semble particulièrement pertinent à étudier pour les secrétaires médicales, car il semble probable qu'une tension existe entre les deux étant donné que les deux divisions sexuelles ne se sont pas construites socialement et historiquement de la même façon. Par exemple, le milieu des affaires a été longtemps caractérisé comme étant un milieu d'hommes. Et les « sciences » de la gestion au 20e siècle ont, au moins depuis les travaux classiques de Taylor, renforcé les écarts entre les postes de « ceux qui pensent » et « ceux qui exécutent » (Lavoie et Guberman, 2007). Quant au milieu médical, il hérite aujourd'hui non seulement d'un passé où il était organisé par

[22] En 2020, il était toujours possible d'y observer un écart de 12 % entre la proportion des femmes dans les emplois de gestion (direction) et leur poids dans l'emploi total (Gouvernement du Canada, 2023B).

les institutions religieuses (Boivin, 2013), mais aussi du tournant néolibéral des années 1970 et 1980 (Lavoie et Guberman, 2007). Nous schématisons ce croisement entre ces deux divisions sexuelles du travail de la façon suivante :

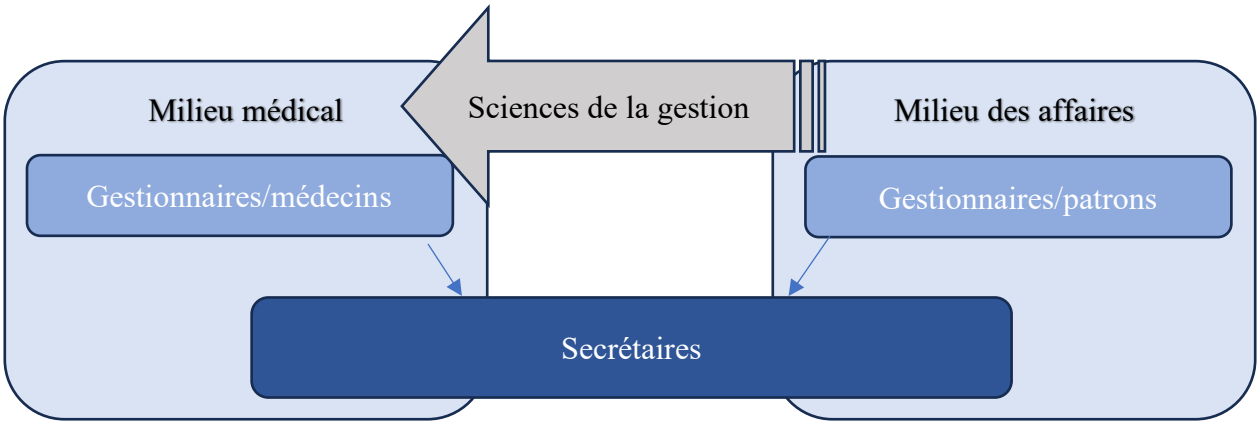

Figure 3. — Croisement entre la division sexuelle du travail du milieu médical et celui des affaires

2.2 Question de recherche principale

Rappelons d'abord qu'aucune étude empirique n'a porté sur le travail de secrétaire ou de secrétaires médicales au Québec. Plus encore, aucune étude empirique n'a été réalisée dans des cliniques médicales telles qu'on les connaît au Québec. Les travailleuses dans les GMF n'ont pas été non plus étudiées, mais l'efficacité des GMF a cependant été plusieurs fois analysé, notamment par l'IRIS, mais aussi par le MSSS et a été ainsi sujet à plusieurs réformes depuis la création de ce modèle en 2002. Ce mémoire a pour objectif de contribuer à la sociologie du travail en étudiant les secrétaires médicales travaillant dans des cliniques médicales au Québec. Il repose sur les trois constats évoqués ci-haut et que nous rappelons ici :

- Premier constat : L'absence de recherches portant sur les cliniques médicales et les GMF ;
- Deuxième constat : Considérer le travail des secrétaires (médicales) pensé par les hommes pour et réalisé par les femmes ;
- Troisième constat : Croisement entre deux divisions sexuelles du travail.

Découlant de cette mise en contexte notre question de recherche principale est la suivante : **quel rapport les secrétaires médicales entretiennent-elles avec leur expérience au travail?** La pertinence de ce projet de mémoire repose sur le fait, comme souligné précédemment, de s'intéresser aux secrétaires médicales qui travaillent en clinique médicale au Québec et plus particulièrement dans les cliniques qui font partie d'un GMF. L'enquête s'inscrit par ailleurs dans une démarche compréhensive où nous donnerons la parole aux secrétaires médicales afin qu'elles nous partagent leur expérience du travail de secrétaires médicales. Nous tenterons de répondre à notre question principale de recherche en la divisant en sous-questions renvoyant aux trois constats tirés de notre revue de littérature. Dans les sections suivantes, nous présenterons d'abord ces sous-questions en les situant dans la littérature et par rapport à ces constats. Ensuite, nous présenterons les repères théoriques que nous mobiliserons afin de répondre à ces sous-questions.

2.3 Première sous-question de recherche : Quelle est la nature du travail secrétaires médicales en clinique de type GMF ?

Le premier thème de cette recherche concerne la nature du travail des secrétaires médicales. Celle-ci a été décrite plusieurs fois dans la littérature et nous avons démarré notre réflexion avec une connaissance non négligeable de celle-ci. Nous pouvons donc résumer le travail des secrétaires médicales comme un travail regroupant ces caractéristiques :

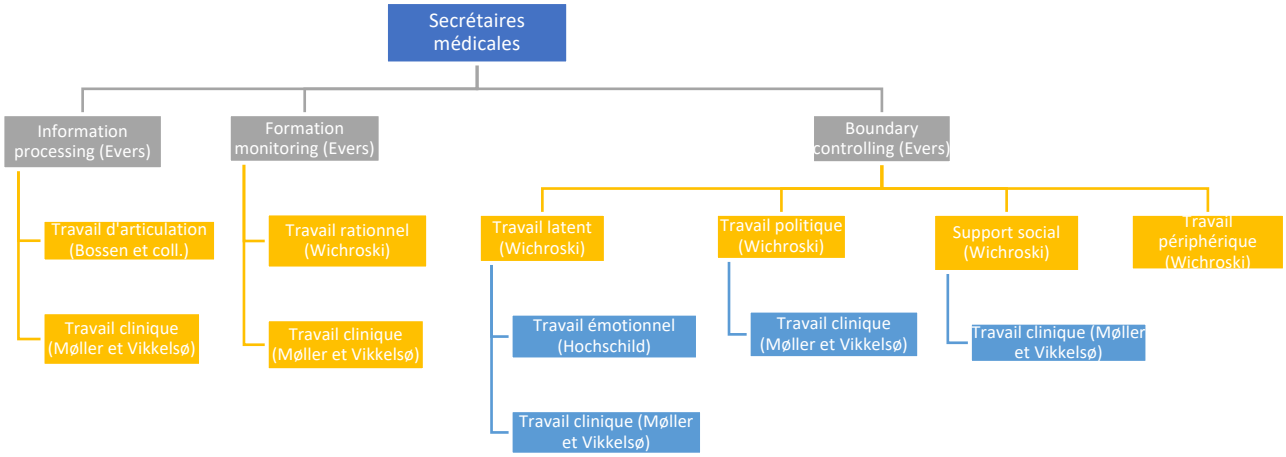

Figure 4. — Résumé des caractéristiques du travail de secrétaires médicales

Ces caractéristiques ont toutefois été identifiées dans le cadre d'études sur les secrétaires et les secrétaires médicales en contexte hospitalier. Or, qu'en est-il pour les secrétaires médicales travaillant dans des cliniques ? Est-ce les mêmes ou en existe-t-il des différentes ? Est-ce que certains aspects de leur travail apparaissent inaperçus auprès des autres professionnelles de la clinique (et auprès des patients) ? **En somme, quel est le travail réel des secrétaires médicales en clinique, et quel est l'ensemble des formes qu'il peut prendre ?** Ces questions font écho au premier constat de notre revue de littérature, à savoir qu'il y a un besoin de connaissance portant sur le travail des secrétaires médicales travaillant spécifiquement dans des cliniques médicales faisant partie d'un GMF. C'est d'ailleurs pour cette raison que nous avons estimé important, au début de ce mémoire, de présenter les caractéristiques d'un GMF. Nous estimions donc que comprendre la nature de leur travail passait d'abord par la compréhension du fonctionnement des GMF, de son organisation et de sa structure, du moins minimalement, et de comprendre les grandes orientations du MSSS lors de leurs mises en place.

2.3.1 Premier repère théorique : Le travail prescrit et le travail réel

Pour analyser la nature du travail des secrétaires médicales dans sa forme la plus simple, nous mobiliserons dans un premier temps la distinction que Christian Dejours a repris dans son livre *Travail : usure mentale* (2008 [1980]). Reprenant une catégorisation déjà discuté en sociologie du travail et en ergonomie, Dejours avance que dans chaque travail, il y a une partie de celui-ci qui est « prescrit », c'est-à-dire celui qui concerne « les objectifs à atteindre et le chemin à parcourir pour atteindre ces objectifs que l'on désigne sous le nom de "mode opératoire prescrit" ou "tâches" » (Dejours, 2017 : 12). Le travail prescrit concerne donc les prescriptions, les consignes et les procédures tel que prescrit par l'organisation formelle du travail. Il s'agit du travail « prévu » en ce sens où il est formellement prescrit par l'organisation formelle du travail. Le travail prescrit fait donc partie ainsi d'une organisation du travail, c'est-à-dire qu'il est le résultat d'une assignation des tâches nécessaires à la réalisation de la mission de l'organisation entre les différents travailleurs selon leur poste auquel ils sont assignés. N'ayant pas accès aux descriptions de poste des secrétaires médicales rencontrées, pour dégager ce travail prescrit, soit les tâches prévues des secrétaires médicales, nous leur avons demandé lors de nos entretiens de nous décrire une journée typique de travail. Nous leur avons ainsi demandé quelles sont les tâches qu'elles devaient accomplir lors d'une journée de travail et avons retenue celles qui leur avaient été assignées formellement par leurs gestionnaires ou, en d'autres mots, celles qui étaient prévues dans une journée de travail type.

Dans un deuxième temps, toujours selon Dejours, il y a également une partie du travail, nommé le « travail réel », et qui renvoie à l'activité de travail réalisé concrètement par les travailleurs. Pour Dejours, les travailleurs ne peuvent pas seulement réaliser les prescriptions de travail, car « ils les réaménagent et travaillent concrètement en utilisant des modes opératoires remaniés qu'on désigne sous le nom « d'activité, différente donc de la tâche » (Dejours, 2013 : 12). Ces réaménagements et remaniements sont nécessaires, rappelle Dejours, car le procès de travail est sujet à des anomalies qui prennent différentes formes : des imprévus, des incidents, des dysfonctionnements, des pannes, des problèmes informatiques, etc. Bref, le travail réel est ce qu'on pourrait considérer comme les « aléas du travail » qui viennent bouleverser l'ordre du travail. Dejours précise que ces anomalies constituent le travail réel, car c'est dans les réaménagements et les remaniements qu'imposent celles-ci qu'il est possible de distinguer « la résistance à la maîtrise

technique du procès de travail » des travailleurs (Dejours, 2013 : 12)[23]. Bref, le travail réel représente les tâches « en plus » du travail prescrit afin de pallier aux « aléas du travail ».

Quoiqu'ils n'aient pas été présentés comme étant le « réel » du travail des secrétaires, plusieurs activités de travail des secrétaires dégagées dans la littérature peuvent être considérées comme du travail réel lorsqu'envisagées au prisme de la définition de Dejours. Dans la littérature, la non-reconnaissance du travail des secrétaires a été de nombreuses fois évoquée. Bossen et coll. (2013) a ainsi expliqué que puisque leur travail paraissait routinier, nécessitant peu de compétences et de connaissances, leur travail (et elles-mêmes) devenait une étape abstraite et à l'arrière-plan (Bossen et coll., 2013). Plus concrètement, Wichroski (1994) a expliqué quant à elle la non-reconnaissance du travail des secrétaires par le fait que plusieurs dimensions sont « *unnamed* » et « *uncategorized* ». Elle a ainsi cherché à mettre en lumière ce travail non reconnu, mais bien réel, en identifiant ces dimensions. C'est par son exposition de ce qu'elle appelle le « travail politique », le « travail latent » et le « travail périphérique » que Wichroski a fait ressortir le type de tâches ou de comportements n'étant pas reconnu et constituant ce que Dejours inclurait dans le « travail réel » et débordant ainsi du « travail prescrit ». Par exemple, elle explique que le travail périphérique devient « réel » seulement quand celui-ci n'est pas réalisé. Autrement dit, le travail périphérique « fait partie du décor » et il faut qu'il disparaisse pour que les autres travailleuses se rendent compte que cela fait partie de celui-ci. Enfin, on rappellera que selon Wichroski, la non-reconnaissance derrière certaines de ces dimensions s'explique par l'ambiguïté avec les attentes de genre. En effet, cela fait écho à l'idée que les secrétaires médicales sont considérées comme des « *office wives* » (Lockhart [2011], Bossen et coll. (2013) et Wichroski [1994]). Pour ces raisons, il nous semblait naturel de reprendre ces éléments et de les rassembler dans une seule catégorie, soit le travail réel, que celui-ci soit visible ou pas. Bien que le travail réel ne soit pas toujours un travail reconnu pour les pairs, il nous semblait prudent d'avancer que derrière ce travail non-reconnu se cache la réelle « maîtrise technique du travail », soit les ajustements ou les manipulations du travail que les secrétaires développent dans les débordements des tâches qui leur sont prescrites.

[23] Pour dégager le travail réel des secrétaires médicales, il a été possible de le faire grâce à la souplesse que les entretiens semi-directifs permettent. Nous en discuterons au chapitre 3.

2.3.2 Deuxième repère théorique : Le travail de *care*

Plusieurs des activités de travail des secrétaires que nous venons de souligner comme faisant partie du travail réel des secrétaires médicales s'inscrivent dans un travail de *care*, car elles en partagent plusieurs similarités. Le concept de *care* est défini par Tronto comme une « activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre monde, de sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible » (2009 [1993] : 143). Molinier, Laugier et Paperman, reprenant cette définition, décrivent quant à elles le travail de *care* comme un ensemble d'activités matérielles, techniques et relationnelles visant à répondre aux besoins des autres (Molinier, Laugier et Paperman, 2009 : 11). Cette vision met en lumière les liens étroits entre l'éthique et les pratiques du *care* en mettant en avant la dépendance et le souci des autres. Ainsi, le travail de *care*, rémunéré ou non, serait intrinsèquement lié à une « éthique du *care* », soit des normes morales centrées sur le souci des autres (Molinier, 2013). Selon Dussuet (2017), ce concept relie les différentes formes de travail, rémunéré ou non, surtout effectué par des femmes, pour répondre aux besoins des autres. Il met l'accent sur le sens des tâches, leur dimension relationnelle et les « spécificités en termes de posture et de liens sociaux que ces tâches impliquent » (*Ibid.* : 109). Les études portant sur le travail du *care* dénoncent sa dévalorisation et son manque de reconnaissance, notamment en mettant en avant les aspects émotionnels et relationnels du travail, ainsi que la concentration des femmes déclassées et racisées dans ces métiers (Laurence-Ruel, 2019).

Fait intéressant à noter, le travail du *care* a abondamment été étudié dans le milieu médical. Pascale Molinier (2013) l'a notamment fait dans son étude sur le travail quotidien des soignantes dans une maison de retraite de la région parisienne où elle souhaitait « comprendre le *care* comme travail et de questionner le travail à partir du *care* (Molinier, 2013 : 12). Ce type d'analyse du travail de *care* aboutit généralement à deux conclusions majeures. Tout d'abord, elle met en lumière le caractère non spécialisé de ce travail, remettant en question l'adéquation des concepts traditionnels de la sociologie du travail tels que la professionnalisation, la qualification, les compétences ou la spécialisation pour appréhender le travail de *care* (Laurence-Ruel, 2019). Comme l'explique Molinier, « le *care* est une activité non spécialisée qui ne relève ni des bonnes pratiques ni d'une compétence, pas même, parfois, d'un savoir-faire. Il s'agit bien d'un savoir,

pourtant, qui s'exerce, se déploie et même se partage et se transmet, mais il défie tous les cadres de pensée fondés sur l'idée de spécialisation » (Molinier, 2013 : 71).

Ce constat engendre cependant un paradoxe : alors que le travail de *care* est perçu comme non spécialisé, il opère dans des environnements de travail hautement hiérarchisés et spécialisés. En effet, le travail des soignantes est structuré selon une division du travail basée sur la spécialisation et subit une professionnalisation intense, que Molinier critique vigoureusement. Les conséquences de cette « hyperspécialisation » posent un problème, car « le sale boulot, plus largement les activités qui sont les moins spécialisées, celles que tout le monde pourrait faire, continuent d'être l'objet d'une lutte quotidienne entre les personnels professionnalisés et ceux qui le sont moins » (*Ibid.* : 153). En d'autres termes, comme le notent plusieurs autrices, « les divisions de classe, de couleur de peau, de métier, tel qu'elles s'organisent aujourd'hui entre des femmes, repoussent toujours plus bas vers les femmes les plus précaires, les sales besognes et les servitudes, les mauvaises conditions de vie et la dépréciation morale » (*Ibid.* : 171). Molinier critique donc le transfert des tâches dévalorisées vers des groupes de travailleuses moins privilégiés.

Pour comprendre ces dynamiques de hiérarchisation du travail, l'autrice suggère de les replacer dans le cadre de la « division sexuelle du travail » théorisée par Danièle Kergoat (2012) et surtout, dans celui de la division hiérarchique du travail entre femmes positionnées différemment dans les rapports sociaux de classe et de race. Elle indique que le travail de *care* est « en majeure partie l'œuvre de femmes et de plus en plus celui d'un salariat féminin surexploité, sous-payé, stigmatisé par sa couleur de peau ou ses origines » (*Ibid.* : 12) et qu'il se déroule dans « un rapport social explosif ou pour le moins tendu entre des femmes qui n'occupent pas les mêmes positions sociales, patronnes ou subordonnées, qualifiées ou non, citoyenne ou "sans papières", etc. » (*Ibid.* : 18). Ces relations « entre femmes » concernant la division du travail de *care* posent un problème politique de fond selon Molinier, car « à un niveau plus global, le travail fait par les uns contribue directement à l'émancipation des autres » (*Ibid.* : 172). Dans cette optique, Molinier défend l'idée d'une « société du *care* » qui passerait par une déhiérarchisation des milieux de travail et une critique fondamentale de la spécialisation.

Le travail de *care* est par ailleurs indissociable de sa dimension éthique. En effet, Molinier (2013) observe que, dans l'exercice de leur métier, les soignantes développent et mobilisent une « éthique de *care* » faisant appel à l'amour et à l'affection. Les travailleuses expriment « aimer les personnes » et « travailler avec amour », malgré les défis et la pénibilité évidente de leur travail. Ainsi, ces travaux mettent en lumière la forte charge affective du travail de soin. De plus, l'amour est considéré comme une conséquence du travail : « le "chérissement" n'a rien de naturel » (*Ibid.* : 14), mais plutôt, selon Molinier, le discours sur l'amour « peut participer d'une défense contre un déficit chronique de reconnaissance du travail » (*Ibid.* : 21). Pour les travailleuses, c'est une stratégie pour surmonter les difficultés et la pénibilité du travail en lui-même. En somme, il faut « enjoliver » pour « taire » le négatif.

D'autre part, la sociologue Efthymia Makridou a également exploré les enjeux de hiérarchisation dans le travail de *care*. Dans sa thèse, Makridou (2014) s'est penchée sur les processus de classement internes à l'organisation du travail de *care* dans divers environnements professionnels (institutions, domicile, secteurs public, privé et associatif). À travers une approche comparative et une enquête qualitative auprès d'employées travaillant dans ces différents cadres, elle a examiné les pratiques et conditions de travail, ainsi que la division contemporaine du travail de soin pour les personnes âgées. Son étude a analysé les aspects qualifiés et non qualifiés, formels et informels du travail, cherchant à comprendre les logiques de division et de hiérarchisation des tâches dans chacun de ces contextes. Elle a établi des liens significatifs entre la fragmentation du travail de *care*, sa hiérarchisation et la délégation des tâches considérées comme moins valorisées. En comparant ces schémas dans différents milieux professionnels, elle a constaté que « la délégation du "sale boulot" est plus prononcée là où le processus du *care* est plus morcelé » (*Ibid.* : 346). Elle explique que la distance entre les différentes catégories de travailleurs, résultant d'une forte hiérarchisation des fonctions, entraîne « l'ignorance » de la part des supérieurs hiérarchiques de la charge de travail subalterne (*Ibid.* : 346). Elle conclut que la conception fragmentée du travail de *care* contribue à sa dévalorisation et à sa déqualification : « la qualification des unes est inévitablement liée à la déqualification des autres » (*Ibid.* : 347).

En outre, Makridou (2014) a souligné l'importance de la relation entre les dispensateurs de soins et les bénéficiaires, qu'elle a qualifiée de « relation active » de *care*, et elle a éclairé les

modalités de son développement. Elle observe ainsi que plus le travail est fractionné, plus la relation entre les employées et les bénéficiaires se détériore. Par exemple, dans les institutions privées, « la multitude des tâches réalisées par les aides-soignantes ne s'inscrit pas dans une continuité de relation avec un groupe spécifique de résidents » (*Ibid.* : 350). En revanche, « l'appropriation d'une grande partie du processus de *care* par les assistantes de vie se réalise dans le cadre du développement d'une relation avec les bénéficiaires » (*Ibid.* : 350).

Par ailleurs, la sociologue Annie Dussuet (1997 ; 2005a ; 2008a) a également étudié le travail de *care* en analysant « [l]es liens entre la non-reconnaissance, la dévalorisation et l'invisibilisation des compétences des métiers dits "féminins" en insistant sur leur association au travail domestique effectué dans la sphère dite "privée" » (Laurence-Ruel, 2019 : 22). Ainsi, Dussuet propose de considérer les « métiers du *care* » comme une part du marché de l'emploi caractérisée par l'incorporation des principes de don et de travail gratuit qui sont prédominants dans le domaine domestique. Le travail rémunéré dans le secteur du *care* est affecté et déprécié en raison de la prévalence du modèle de travail domestique (1997) dans le cadre du travail rémunéré des femmes. Les emplois liés au *care* sont constamment associés au travail domestique non rémunéré, ce qui entraîne une non-reconnaissance des compétences nécessaires dans ces métiers, mais plutôt une attribution à une nature féminine. On suppose donc l'utilisation de qualités pensées comme étant « innées » plutôt que de qualifications professionnelles dans ces rôles.

Tout comme Molinier, Dussuet (2005b) souligne le conflit entre l'affection et les défis liés à la pénibilité inhérente au travail, qu'elle observe à la fois dans ses études sur le travail domestique rémunéré et non rémunéré. Malgré les difficultés et les aspects parfois rebutants du travail, elle remarque que les travailleuses expriment un sentiment d'amour dans le cadre de la réalisation de leur tâche (pour leur famille, les personnes âgées, autrui, ou même pour leur métier). Dussuet fait remarquer que « l'amour semble être une condition indispensable au travail » (*Ibid.* : 92). Bien que cette façon d'exprimer leurs sentiments permette aux travailleuses de transcender la nature pénible du travail peu gratifiant, elle contribue paradoxalement à les enfermer dans un « cercle du don ». Ce cercle empêche la reconnaissance de leur investissement émotionnel et celui lié à la personnalisation des services, masquant ainsi les compétences requises pour réaliser ce travail. En d'autres termes, « exprimer de l'amour » équivaut à « taire la nature du travail » : « Cela pourrait

être la racine de la dépréciation du travail domestique et, à travers des mécanismes de dissimulation, une condition pour maintenir la division sexuelle du travail. En ce sens, l'amour contribue à perpétuer les rapports de domination entre les sexes, aussi bien dans le cadre privé que publique » (*Ibid.* : 89). En résumé, toujours selon Dussuet, l'investissement émotionnel des travailleuses et leur amour envers les personnes pour lesquelles elles travaillent sont des aspects caractéristiques des métiers du *care*. Bien que cela les aide à faire face aux difficultés du travail, cela a pour conséquence délétère de contribuer à naturaliser les compétences effectivement utilisées, ce qui occulte, rend invisible et dévalorise le travail (Dussuet, 2008b).

On retiendra ici que la perspective du travail de *care* est pertinente pour aborder notre première sous-question, car elle regroupe les différents éléments qui permettent de comprendre l'invisibilisation, la dévalorisation et la non-reconnaissance qui est caractéristique des métiers dits « féminins ». D'ailleurs, dans la littérature citée portant spécifiquement sur les secrétaires médicales, ces questions ont été abordées en conclusion de certaines études (Wichroski (1994); Bossen et coll. (2013) ; Lockhart (2011). Cette perspective nous permet aussi de prendre une posture féministe, créant ainsi un pont entre le concept de travail réel et les prochaines orientations, à savoir de penser le travail des secrétaires médicales comme un travail pensé *par* les hommes qui s'est depuis construit historiquement et socialement comme un travail pensé *pour* les femmes et réalisé *par* les femmes. En effet, le travail réel comme le conçoit Dejours s'applique à tout type d'emploi, et ce peu importe qui occupe celui-ci. Or, dans le cadre de ce mémoire, nous partons de la prémisse que le travail des secrétaires médicales est vécu, mais surtout perçu comme un travail féminin, et que, par conséquent, le travail réel de ces dernières doit prendre en considération les implications que celui-ci pose en termes de dévalorisation et d'invisibilisation notamment.

2.3.3. Troisième repère théorique : le travail émotionnel

Lorsqu'il est question d'investissement émotionnel dans le travail de *care*, il est impensable de ne pas citer les travaux fondateurs d'Arlie Russel Hochschild (1983) sur le travail émotionnel que nous avons brièvement cité au chapitre 1. Nous retiendrons à leurs égards que le travail émotionnel y est notamment conceptualisé comme renvoyant à la capacité ou aux efforts des travailleurs, mais surtout des travailleuses, d'exprimer, de moduler ou de réprimer leurs véritables

émotions dans l'exécution de leurs tâches afin qu'elles soient en adéquation avec les normes sociales, ce que Hochschild fait référence en discutant de « règles de sentiment ». Qui plus est, l'autrice propose de repenser les émotions, car elles sont influencées par la culture et ce qu'elle appelle « l'aspect substantiel ». Elle explique ainsi que la gestion des émotions est présente dans deux types de jeu : celui « de surface » et celui « en profondeur ». Dans le premier cas, l'acteur est amené à jouer en se « détachant », par une mise à distance, de la situation. Il ne ressent pas réellement les émotions, l'interprétant pour que les autres le pensent. Dans le deuxième cas, l'acteur est amené à transmuter intimement ses émotions pour ressentir celle appropriée à la situation. Pour y parvenir, selon Hochschild, l'acteur se remémore des souvenirs afin de véritablement ressentir l'émotion appropriée et non de s'y conformer seulement « en surface ». Il s'agit là de sentiment réel, car l'individu est conscient d'agir sur ceux-ci. C'est ce que la sociologue appelle le travail émotionnel. Les métiers qui demandent du travail émotionnel ont trois caractéristiques selon Hochschild (1983) : il y a un contact avec le public, une contrainte à produire un état émotionnel précis chez un tiers et un contrôle des employeurs sur les activités émotionnelles des employés. Toutefois, l'autrice nuance en expliquant que des « fardeaux émotionnels » ne sont pas toujours reliés au travail émotionnel, mais qu'il s'agit aussi d'une affaire de classe. Pour ce mémoire, nous retiendrons particulièrement la définition et les caractéristiques du travail émotionnel, mais aussi comme le souligne Hochschild, que la gestion de ses propres émotions est au cœur même des aptitudes nécessaires dans certains métiers.

2.4 Deuxième sous-question de recherche : Comment l'environnement des cliniques médicales a-t-il un impact sur les relations que les secrétaires médicales entretiennent avec les professionnelles de la santé et les patients ?

Comme nous avons eu l'occasion de le souligner, le deuxième thème central abordé dans le cadre de cette recherche renvoie aux relations au travail des secrétaires médicales. Celles-ci ont été brièvement abordées dans les travaux d'Evers [1977] notamment lorsqu'elle précise que les secrétaires médicales sont amenées à jouer le rôle de médiateur entre les différents intervenants du milieu médical et l'environnement, ce qu'elle appelle du *boundary controlling*. Evers ajoute :

> « *The environment can be thought of as consisting of other individuals and groups external to the unit but within the hospital, as well as people and groups external to*

the hospital, who wish to communicate with the consultant. The secretary acts as a communications filter, and in the absence of specific guidance from the consultant, must exercise considerable discretion in judging whether or not she should attempt to facilitate or block the communicator's access to the consultant » [Evers, 1977 : 290].

Pour leur part et comme nous l'avons également entrevue, Møller et Vikkelsø [2012] ont également exploré les relations au travail des secrétaires médicales en précisant qu'elles agissaient à titre de « bras droit » de professionnelles de la santé, car elles sont à l'intersection entre l'aspect clinique et le travail administratif. Ces chercheurs discutent également des relations qu'elles entretiennent avec les patients, notamment en ce qui a trait à l'accompagnement des patients tout au long de leur parcours dans le système de santé. Bref, elles offrent du support et de l'aide à la navigation du système de santé. Par ailleurs, la relation des secrétaires médicales avec les patients a été abordée souvent sous l'optique des compétences qu'elles doivent mobiliser lors de leurs interactions avec eux. Décrivant le « travail politique », Wichroski (1994) souligne ainsi notamment le « tact nécessaire » et le « respect de la confidentialité ». Wichroski (1994) insiste sur le fait que les secrétaires médicales réalisent un travail de « support social », car il existe une relation d'aide entre les secrétaires et les patients. En effet, par leur écoute, elles sont amenées à réconforter ou à rassurer les patients.

Plus largement, la littérature montre bien que les secrétaires médicales ont à intervenir avec plusieurs individus dans le cadre de leur travail. Elles échangent certes avec les patients, soit les individus qui se présentent dans les établissements de santé afin d'y recevoir des soins ou des traitements, ou d'y passer des examens, mais elles collaborent aussi avec différentes professionnelles dans la réalisation des activités médicales. Or, **comment pouvons-nous qualifier et comprendre les relations que les secrétaires médicales entretiennent avec les professionnelles de la santé et avec les patients ? Et, comme avancé précédemment, comment l'environnement des cliniques médicales a-t-il un impact sur ces relations ?** Ces questions nous permettront de répondre au deuxième et troisième constat identifié à partir de la revue de littérature et présenté en première partie de ce chapitre, à savoir, qu'il est nécessaire de considérer le travail des secrétaires médicales comme un travail pensé par les hommes pour les femmes et réalisé par les femmes d'une part. et d'autre part, que le travail des secrétaires médicales doit être envisagé comme étant au croisement de deux divisions sexuelles du travail.

Plus précisément, nous estimons que pour analyser les relations au travail de ces dernières, il faut d'abord considérer ces trois éléments reliés au deuxième constat : 1) le travail ayant été pensé par les hommes, puisque c'est eux qui ont posé le cadre et ont déterminé les règles, les normes et les pratiques ; 2) le travail ayant été pensé pour les femmes implique que les interactions des secrétaires médicales reproduisent celle des femmes dans les espaces publics, voire privés ; 3) le travail est réalisé par les femmes, c'est-à-dire que la grande majorité des secrétaires médicales sont des femmes, ainsi les attentes des professionnelles de la santé et des patients sont que les secrétaires médicales soient des femmes et correspondent aux normes et stéréotypes féminins. Ainsi la première question ci-haut doit être comprise dans le sens suivant : **Comment pouvons-nous qualifier les relations que les secrétaires médicales entretiennent avec les professionnelles de la santé et avec les patients sachant que leurs attentes s'inscrivent dans une reproduction des interactions attendues des femmes dans les espaces publics, voir privés ?**

Ensuite, et toujours avec comme objectif d'analyser et comprendre les relations au travail des secrétaires médicales, nous estimons qu'il faut considérer en lien avec le troisième constat les éléments suivants : 1) la division sexuelle du travail dans le milieu des affaires positionne les secrétaires dans des postes de support aux gestionnaires — historiquement des hommes —, mais où elles sont désormais dégagée de toutes responsabilités, pouvoirs décisionnels et autonomie professionnelle ; 2) la division sexuelle du travail dans le milieu médical — un milieu où il y a une forte différenciation de genre entre les différents métiers malgré que la majorité des personnes qui y travaillent sont des femmes comme rappelé au chapitre 1 — positionne les secrétaires médicales dans des postes de support aux médecins — historiquement des hommes. Ainsi, la deuxième question ci-haut doit être comprise dans le sens suivant : c**omment l'environnement des cliniques médicales qui est au croisement entre deux divisions sexuelles du travail a-t-il un impact sur les relations au travail des secrétaires médicales et exacerbe ces attentes et cette reproduction genrée ?**

2.4.1 Premier repère théorique : Le modèle de structuration des systèmes sociaux

Pour analyser la façon que les relations de travail des secrétaires médicales se (re)produisent et s'articulent dans les cliniques médicales, nous mobiliserons le modèle de structuration des systèmes sociaux d'Anthony Giddens élaboré dans son ouvrage *The constitution of society : Outline of the theory of structuration* en 1984. Dans cet ouvrage, Giddens examine la manière dont les individus, à travers leurs actions, contribuent simultanément à reproduire et à transformer les structures sociales dans lesquelles ils évoluent. C'est ce que Giddens appelle la « dualité structurelle » que nous pourrions résumer ainsi : les structures sociales influencent les actions des individus et les actions des individus influencent les structures sociales.

> « […] les structures, parce qu'elles sont produites et reproduites, sont simultanément constituées et constituantes. D'une part, la structure n'est donc pas "extérieure" aux individus ; elle est constitutive de leurs actions. D'autre part, elle est le cadre qui permet cette action. Dans les termes de Giddens, le structurel n'est pas qu'une contrainte, "il est à la fois contraignant et habilitant" (1987 : 75) » (Kechidi, 2005 : 349).

Pour résumer, les structures, en tant qu'un ensemble de règles et de ressources, organisent les actions tout autant que les actions, produites et reproduites dans les interactions sociales, les organisent et leur donnent du sens et une finalité (Kechidi, 2005). Par conséquent, la structure permet l'interaction entre des acteurs. Pour Giddens :

> « L'étude de la structuration des systèmes sociaux est celle des modes par lesquels ces systèmes s'ancrent dans les activités d'acteurs compétents, situés dans le temps et dans l'espace et faisant usage des règles et des ressources dans une diversité de contextes d'action, sont produits et reproduits dans l'interaction de ces acteurs, et par elle » (Giddens, 1987 : 74).

Par ailleurs, chez Giddens, le « structurel » se définit par trois dimensions : une dimension sémantique, une dimension de pouvoir et de domination, et une dimension de légitimation de l'action (Giddens, 1987). D'abord, la dimension sémantique permet aux acteurs de donner un sens à leurs actions, mais aussi à leurs relations (*Ibid.*). Ce sens donné permet de réduire une incertitude quant aux comportements à adopter. Dans la même mesure, les règles permettent « une

compréhension mutuelle entre les participants à l'interaction » et « sont le support de la communication ; elles induisent des schèmes d'interprétation communs » (Kechidi, 2005 : 350). Giddens définit ces derniers comme des « modes de représentation et de classification qui sont inhérents aux réservoirs de connaissance des acteurs et que ceux-ci utilisent de façon réflexive dans leurs communications » (Giddens, 1987 : 79). Ensuite, il y a une dimension de pouvoir et de domination, car derrière l'action humaine se cache le pouvoir, c'est-à-dire la faculté de « déployer continuellement, dans la vie quotidienne, une batterie de capacités causales, y compris celle d'influencer les capacités causales déployées par d'autres agents » (Giddens, 1987 : 63). Le pouvoir derrière l'action humaine se matérialise notamment dans l'élaboration des règles de comportement et dans le contrôle des ressources de l'action. En effet, les règles, par leur nature normative, car elles sont des structures d'action plus ou moins définies, influencent à un certain niveau les comportements. Enfin, il y a une dimension de légitimation de l'action, puisque « le respect de la règle devient un moyen de légitimation de l'action » (Kechidi, 2005 : 350). Cela implique une interaction qui se joue sur deux volets : un volet structurel et un volet systémique. Le volet structurel se rapporte à la manière dont des modèles régularisés de relations se développent dans l'espace et le temps pour reproduire les actions individuelles et collectives. Tandis que le système représente l'aspect visible de l'organisation où les êtres humains interagissent, le côté structurel, quant à lui, englobe « l'ensemble des règles et des ressources organisées de façon récursive » (Giddens, 1987 : 74) que les acteurs utilisent concrètement pour créer et maintenir leurs interactions. Le volet systémique identifie le système comme étant « l'espace organisé des relations récurrentes entre des acteurs individuels ou collectifs » (Kechidi, 2005 : 351). Ces relations « reproduites et organisées en tant que pratiques sociales régulières » (Giddens, 1987 : 74) émergent des activités des acteurs. En d'autres termes, un système social — un espace organisé d'interactions sociales — prend forme grâce aux actions des individus qui le composent, ces actions contribuant à la création et à la perpétuation du système. Le schéma suivant résume :

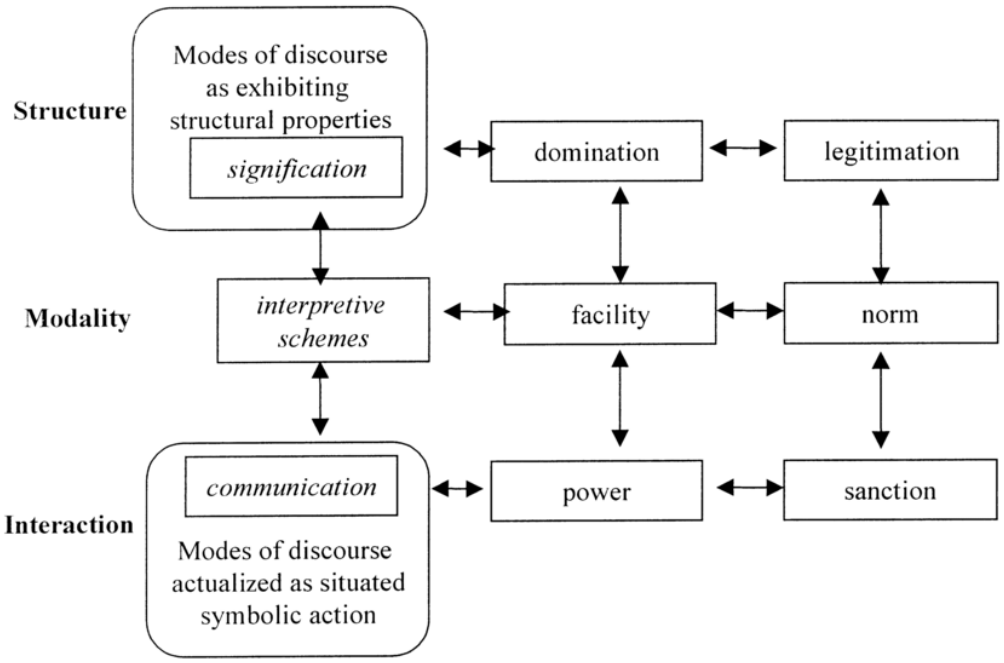

Figure 5. — La théorie de la structuration (Giddens, 1987)

Commentant les travaux de Giddens, Kechidi ajoute que sa théorie de la structuration peut être appliquée aux organisations, car « leur structure n'existe pas indépendamment des activités des individus qui les investissent » (Kechidi, 2005 : 352). En effet, sans les travailleurs, l'organisation ne pourrait pas fonctionner et viendrait à cesser d'exister. Selon Giddens (1987), l'interdépendance entre les individus dans les microsystèmes est donc influencée par la structure sociale qui fournit un cadre et des contraintes pour les interactions. Les individus agissent à l'intérieur de ces cadres, mais en même temps, leurs actions peuvent influencer la reproduction ou la transformation de ces structures sociales. Cela crée une dynamique où l'interdépendance et l'interaction sont façonnées par les structures sociales, tout en étant aussi des éléments qui contribuent à leur maintien ou à leur changement.

Dans un même ordre d'idée, la théorie de la structuration de Giddens peut être mobilisée pour comprendre l'action managériale, « car [elle] montre que les organisations sont capables d'être gouvernées simultanément par objectifs et par réflexivité » (Husser, 2010 : 40). Husser explique :

> « Les structures ne sont pas animées par une force unique, mais par la complexité et la contradiction. La théorie de la structuration peut se concevoir non pas dans une relation de la structure sur l'action ou inversement, mais dans une "organis-action" qui préconise une récursivité de l'action et de la structure. Cette approche peut être envisagée en espace de gestion rapproché et ouvre des perspectives d'analyse loin des considérations macro-sociales » (*Ibid*.).

La théorie de la structuration de Giddens a ici été choisie pour baliser en partie notre réflexion, car elle permet de mettre en lumière l'interdépendance entre les travailleurs et les liens de ceux-ci avec la structure de l'organisation. Lorsque nous avons précisé le premier constat découlant de notre revue de littérature, nous avons spécifié en quoi la clinique médicale comme milieu de travail posait selon nous une perspective différente de ce qui avait été envisagé auparavant dans les études sur les secrétaires médicales. Nous avons également soutenu l'idée qu'il nous semblait important de bien comprendre le fonctionnement des GMF. Cela nous a permis de mettre un « contexte » et des caractéristiques à la structure de l'organisation qu'est un GMF. Or, la théorie de la structuration nous permet de considérer aussi les actions des travailleuses comme des éléments « structurants » de l'organisation. Cette distinction nous semble pertinente pour notre analyse, surtout en ce qui a trait à la fonction « structurante et structurée » des interactions des secrétaires médicales avec les professionnelles de la santé et avec les patients. Ainsi, l'intuition que nous suivons est que les secrétaires médicales, mais aussi les autres professionnelles de la santé, « structurent » l'organisation des cliniques médicales, mais que l'organisation actuelle des cliniques médicales « structure » les relations au travail des secrétaires médicales et des professionnelles de la santé. Ce que nous entendons par ce dernier élément est que nous estimons qu'il est possible que l'organisation actuelle des GMF puisse expliquer, du moins en partie, la nature des relations entre les secrétaires médicales et les médecins et possiblement entre les secrétaires médicales et les patients.

2.4.2 Deuxième repère théorique : La théorie des organisations genrées

Pour nuancer — et peut-être surtout bonifier — la théorie de structuration dans le contexte des organisations, nous mobiliserons la théorie des organisations genrées telle que théorisée par la sociologue américaine Joan Acker (1990). Son travail sur les « structures de genre » examine comment les organisations, grandes ou petites, reflètent et perpétuent les inégalités entre les

hommes et les femmes à travers des pratiques organisationnelles, des politiques et des cultures spécifiques (Acker, 1990). Ainsi, Acker pense le genre comme une structure sociale ou plus précisément comme une sous-structure au sein des organisations. Selon elle, « le caractère abstrait des emplois et de la hiérarchie, qui renvoient à des postes et non à des personnes, gouverne les organisations et la perception qu'on en a » (Angeloff et Laufer, 2007 : 22). Par exemple, certains postes sont pensés d'abord comme correspondant implicitement à un salarié masculin centré sur son emploi (Acker, 1990). Quant aux femmes, selon Acker, ayant d'autres obligations légitimes, elles ne correspondent alors pas au poste tel qu'il est pensé abstraitement.

> « Ainsi, l'abstraction renvoie implicitement et inconsciemment à un travailleur dont le genre est masculin et, par là même, marginalise les femmes tout en contribuant au maintien de la ségrégation entre les sexes dans les organisations. Pour Joan Acker, la neutralisation du genre et les structures "désincarnées" et "désexualisées", dans les organisations, font partie d'une stratégie de contrôle des sociétés capitalistes industrielles et post-industrielles qui reposent sur la différence hiérarchisée des sexes » (Angeloff et Laufer, 2007 : 22).

En effet, selon Acker, la conception des emplois et leur évaluation ne reposent pas sur l'idée qu'un homme ou une femme puisse l'occuper. Les emplois seraient donc neutres, car le travailleur ou la travailleuse est réduit à sa capacité à effectuer les tâches reliées au poste. Pour respecter la rationalisation de l'organisation du travail, les postes sont alors évalués comme si celui ou celle qui l'occupe n'a ni de sexualité, ni d'émotion, ni l'envie d'être parent. Or, « *the abstract worker is actually a man, and it is the man's body, its sexuality, minimal responsability in procreation, and conventional control of emotions that pervades work and organizational processes* » (Acker, 1990: 152).

Par sa théorie des organisations genrées, Acker arrive à synthétiser plusieurs conclusions d'études portant sur les femmes dans les organisations. Par exemple, elle fait notamment référence aux travaux de Rosabeth Moss Kanter (1975) qui se sont intéressés à la place des femmes dans les structures organisationnelles. Kanter y explique que les différences de genre dans les comportements organisationnels s'expliquent plutôt par la structure, et non les caractéristiques du genre féminin et masculin auxquelles les individus s'identifient. Les différences de genre dans les organisations sont donc le produit de la structure bureaucratique (Angeloff et Laufer, 2007). En

d'autres mots, l'enjeu auquel les femmes font face dans les grandes organisations relève plutôt de leur position au sein de la structure de l'organisation, soit qu'elles sont souvent enfermées dans des « *dead-end jobs* » et qu'elles sont considérées, par les dirigeants qui sont au sommet de la structure hiérarchique des organisations, comme des pions au sein de postes interchangeables, voir invisibles et, ainsi, éjectables (Kanter, 1977). Ainsi, Kanter reconnait que le genre a été un facteur qui a déterminé et construit les modèles d'organisation tels qu'on les connaît aujourd'hui. Cela s'illustre notamment par une « éthique masculine » qui serait observable dans la construction des postes de gestionnaires :

> « *A "masculine ethic" of rationality and reason can be identified in the early image of managers. This "masculine ethic" elevates the traits assumed to belong to men with edeucational advantages to ncessities for effective organizations: a though-mind approach to problems; analytic abilities to absetract and plan; a capacity to set aside personal, emotional considerations in the interest of task accomplishment; a cognitive superiority in probem-solbing and decision making* » (Kanter, 1975: 43).

En somme, Kanter précise que « *while organizations were being defined as sex-neutral machines, masculine principales were dominating their authority structures* » (Kanter, 1977:146). Or, selon Acker, Kanter ne parvient pas à intégrer le genre à même les structures des organisations, car elle conçoit le genre comme un élément extérieur. Pour Acker, les deux vont ensemble : les structures des organisations ont été construites à partir d'un modèle où ce sont des individus masculins qui occupent les postes. C'est aussi dire que c'est dans la définition même d'un emploi et dans l'organisation des tâches qu'il est sous-entendu qu'il s'agira d'hommes qui occuperont ces emplois et accompliront ces tâches. Bref pour elle, les emplois ont donc toujours été genrés. Et il faudrait donc, comme nous le ferons dans ce mémoire, partir de ce postulat pour comprendre les structures et leur reproduction dans les organisations.

Acker parvient aussi, à travers la construction de sa théorie des organisations genrées, à aborder les questions de pouvoir au sein des organisations en citant les travaux de Ferguson (1984). Pour Ferguson, la bureaucratie est une construction du travail permettant la domination masculine. La bureaucratie selon elle est une organisation d'un pouvoir oppressif. Plus encore, elle est « *mystified and constructed through an abstract discourse on rationality, rules, and procedures* » (Acker, 1990 : 144). Citant les travaux de Cockburn (1983) et d'Hacker (1981) en précisant que

« *the recontruction of gender segregation is an integral part of the dynamic of technological and organizational change* » (Acker, 1990 : 145). Acker rappelle par ailleurs que les hommes individuellement et certains groupes d'hommes ne l'emportent pas toujours dans ces processus, mais que la masculinité semble toujours symboliser l'estime de soi pour les hommes en bas de l'échelle sociale et le pouvoir pour les hommes au sommet, tout en confirmant, tant pour ceux d'en haut que d'en bas, la supériorité de leur genre (*Ibid.*).

Sans surprise et dans le prolongement de ce que nous venons d'évoquer, et c'est ce qui nous intéresse particulièrement, la théorie des organisations genrées telle que présentée dans les travaux d'Acker articule la notion de genre avec la notion de pouvoir au sein des organisations. Acker souligne ainsi l'importance de la redéfinition du genre, comme le fait Joan Scott (1986), en mettant en avant deux propositions essentielles : le genre est fondamental dans les dynamiques sociales basées sur les différences entre les sexes, et il constitue le principal moyen de signaler les rapports de pouvoir (Scott [1986] dans Angeloff et Laufer, 2007). Cette révision conceptuelle place donc le pouvoir au centre de l'analyse, incitant les théories féministes à établir un lien logique avec les structures bureaucratiques et organisationnelles (Angeloff et Laufer, 2007).

L'originalité des travaux de Acker réside dans le fait qu'ils considèrent les disparités de genre au sein des organisations comme étant le produit de leur structure bureaucratique plutôt que des caractéristiques individuelles des hommes et des femmes (Acker [1990] dans Angeloff et Laufer, 2007). Acker va plus loin en intégrant la sexualité des individus dans le contexte organisationnel, un aspect souvent négligé. Elle affirme que les organisations de travail ne sont ni neutres ni dépourvues de sexualité, et que la sexualité, qu'elle soit perçue comme une image de la virilité ou comme un processus reproductif, influence la structuration des hiérarchies et des postes (*Ibid*.).

La théorie des organisations genrées d'Acker a été mobilisée dans le cadre de ce mémoire, car elle permet de mettre en lumière comment la structuration au sein des organisations, mais surtout dans leur hiérarchie, est construite historiquement et socialement par les dynamiques de genre au sein de nos sociétés et que celles-ci sont intimement liées à des dynamiques de pouvoir. Ainsi, cette théorie fait grandement écho au deuxième et troisième constat de notre revue de

littérature. Comme nous l'avons bien mis de l'avant, le travail des secrétaires médicales est pensé par les hommes pour et réalisé par les femmes. Les postes ont été construits historiquement et socialement autour du genre des personnes qui y étaient assignées, mais aussi du genre des personnes qui les assignaient, ce qui, inévitablement, renvoie à la notion de pouvoir, laquelle s'avère fondamentale pour analyser les relations au travail des secrétaires médicales. Également, comme nous l'avons mis de l'avant au troisième constat, le métier de secrétaire médicale, au croisement de deux dynamiques de divisions sexuelles du travail, s'expose à des tensions en raison que celles-ci se sont construites de manière différenciée socialement et historiquement, tel que décrit au chapitre 1 et 2. Ainsi, notre intuition est que les relations au travail des secrétaires médicales s'inscrivent dans des dynamiques de genre où elles occupent une position en support aux hommes, et ce, même si les médecins ne sont plus encore majoritairement des hommes[24].

2.5 Conclusion

Dans ce chapitre, il a été question de présenter notre question de recherche construite à partir des constats que nous avons pu tirer de notre revue de littérature. Celle-ci s'est ensuite déclinée en deux sous-questions faisant chacune à leur tour écho aux constats émanant de notre revue de littérature. Ces sous-questions ont été enfin situées grâce à des repères théoriques qui nous permettront d'analyser nos résultats présentés au chapitre 4 et 5. Toutefois, avant de discuter de ceux-ci, nous présenterons au chapitre 3 la méthodologie utilisée dans le cadre de ce mémoire et présenterons notre démarche d'analyse plus en détail.

[24] On soulignera tout de même ici que c'est chez les médecins que l'on retrouve la plus importante part d'homme dans l'effectif lorsqu'on compare cette profession aux autres catégories de professionnelles de la santé.

Chapitre 3
Méthodologie

Nous avons jusqu'ici présenté les principaux éléments de contextualisation qui nous ont permis d'aboutir aux trois constats ayant permis de baliser la réflexion que nous présenterons dans les chapitres subséquents. Au précédent chapitre, nous avons présenté les orientations de notre recherche, notre question principale et nos trois sous-questions, ces dernières s'articulant autour de repères théoriques. Quant à ce court chapitre, il portera sur la méthodologie utilisée dans le cadre de cette recherche. Nous commencerons par présenter notre démarche méthodologique, ce qui nous permettra par la même occasion de réitérer les ambitions de cette recherche. Par la suite, nous aborderons les modalités de recrutement des participantes et les enjeux associés à celui-ci. Enfin, nous expliquerons la méthode utilisée pour l'analyse de notre matériau de recherche et terminerons en discutant des limites de notre méthodologie.

3.1 Le choix d'une recherche qualitative s'appuyant sur l'analyse documentaire et des entretiens semi-directifs

Dans le cadre de cette recherche, nous avons privilégié une approche qualitative, car elle « met à profit les capacités naturelles de l'esprit du chercheur et vise la compréhension et l'interprétation des pratiques et des expériences plutôt que la mesure de variables à l'aide de procédés mathématiques » (Paillé, P., Mucchielli, A., 2021 : 15). En effet, notre recherche vise à comprendre en profondeur le sens que les participantes de la recherche — ici les secrétaires médicales — attribuent à leur expérience. Il existe plusieurs méthodes de récolte des données possible en recherche qualitative. Nous avons retenu l'analyse documentaire (3.1.1) et, surtout, les entretiens semi-directifs (3.1.2).

3.1.1 L'analyse documentaire

L'analyse documentaire est une « opération dont le double objectif est de déterminer les éléments d'information pertinents dans un document ou une collection de documents et de les représenter sous une forme concise et non ambiguë pour en faciliter le repérage ultérieur »

(Hudon, 2013 : 264). Au chapitre 1, nous avons mobilisé plusieurs sources pour construire notre analyse documentaire. En premier lieu, afin de mieux comprendre le milieu de travail des secrétaires médicales et ses enjeux, nous avons commencé par consulter plusieurs documents étatiques produits par le MSSS, les considérant comme point de départ à notre compréhension du système auxquelles appartiennent les cliniques médicales. Or, sachant qu'il existe une possibilité que ces documents soient politisés (notamment quant à l'évaluation de leur efficacité à répondre à leurs objectifs), nous les avons considérés pour leurs éléments « descriptifs », c'est-à-dire lorsqu'ils présentent le système de santé, sa « mission » officielle ou encore lorsqu'ils présentent les intentions des gouvernements lors de la mise en place initiale ou encore à l'occasion de réformes. Étant conscientes que, dans les faits, le résultat concret peut être très différent des intentions ou des ambitions annoncées, et ce pour de multiples raisons parfois hors contrôle du pouvoir d'agir du gouvernement, nous avons tenu à complémenter ces documents « descriptifs » avec d'autres perspectives. Ainsi, nous avons consulté certains travaux de L'IRIS — notamment les travaux d'Anne Plourde — et d'autres chercheurs portant sur les GMF afin d'avoir un point de vue extérieur sur le système de santé au Québec. Nous avons également tenu à consulter certaines publications du MQRP, le regroupement Médecins québécois pour le régime public, et de l'Association des médecins de CLSC du Québec (AMCLSCQ) afin d'avoir d'autres points de vue de l'intérieur. En troisième et dernier lieu, nous avons voulu dresser un bref portrait statistique du milieu médical québécois, notamment quant à la différenciation de genres au sein des différents métiers en santé, et ce, afin de confirmer entre autres la pertinence de la posture féministe choisie dans le cadre de cette recherche. Pour ce faire, nous avons principalement consulté les enquêtes de *Statistique Canada* et celles de l'Institut de la statistique du Québec ; le site web de *Guichet-Emplois*, le service national de l'emploi du Canada ; et différents rapports d'ordre professionnel tels que le Collège des médecins et l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec.

Cette analyse documentaire a représenté la première étape, non négligeable, de notre recherche qualitative. Elle nous a permis d'orienter notre recherche afin de ne pas négliger l'aspect « structurel » du travail des secrétaires médicales. Cela a ainsi influencé notre méthode principale de récolte de données, soit nos entretiens semi-directifs, lesquels seront discutés à la section suivante.

3.1.2 Les entretiens semi-directifs avec des secrétaires médicales

Afin de sonder les secrétaires médicales quant à leur expérience et leur perception de leur métier et de leur milieu de travail, nous avons fait le choix de recourir à des entretiens semi-directifs. Ce type d'entretien se distingue par sa capacité à offrir une structure à l'échange tout en valorisant l'expression individuelle. Les subjectivités, les discours, les significations et les perceptions des secrétaires médicales à propos de leur métier et de leur environnement de travail constituent le cœur de l'analyse de ce mémoire. Ces entretiens visent à éclairer les mécanismes par lesquels ces représentations sont assimilées et influencent les pratiques professionnelles des secrétaires médicales. Ils permettent également d'explorer la diversité des expériences personnelles et des perspectives liées à notre sujet de recherche. Ce type d'entretien s'est avéré particulièrement pertinent pour alimenter notre démarche compréhensive, car il « vise à mettre en lumière un aspect d'une situation donnée, il se centre sur un point précis et tend à en tracer les pourtours, à en dégager le sens et la portée et peut être mené auprès d'une personne ou d'un groupe de personnes » (Boutin, 2000 : 27). De plus, cette méthode de récolte de donnée repose généralement sur l'utilisation d'un guide d'entretien, un outil essentiel qui structure les principaux thèmes à aborder tout en offrant une certaine souplesse. Ce guide, présenté à l'annexe 1, s'est voulu suffisamment précis pour garantir l'exploration de toutes les dimensions pertinentes du sujet, tout en laissant place à une conversation spontanée. Bien qu'il cadre le processus d'enquête, le guide d'entretien permet ainsi au chercheur de conserver une marge de liberté quant à la conduite, au contenu et à l'approche des rencontres (Combessie, 2007).

Pour des raisons de logistique, mais surtout pour faciliter le recrutement, la majorité de nos entretiens ont été effectués par visioconférence (par l'intermédiaire de l'application *Teams)*. Ces entretiens semi-directifs se sont avérés être une méthode efficace pour encourager une réflexion approfondie chez des individus qui, parfois, n'ont jamais exploré par eux-mêmes les aspects des thèmes abordés lors de l'échange. La durée moyenne des entretiens semi-directifs a été d'environ 1 h 15. Au début des entretiens, le contexte de la recherche a été abordé ainsi que les dimensions éthiques. Chaque participante a reçu le formulaire de consentement par courriel avant l'entretien et celui-ci a été revu avec les participantes avant le début de l'entretien.

3.2 Précisions méthodologiques autour de la collecte du matériel de recherche auprès des secrétaires médicales

Dans cette section, nous préciserons d'abord le déroulement de notre recrutement (3.2.1) et le profil des participantes de notre recherche (3.2.2). Nous poursuivrons en présentant notre grille d'entretien et discuterons du déroulement de nos entretiens (3.2.3). Nous terminerons en abordant des dimensions éthiques découlant de façon dont la collecte de notre matériel de recherche a été effectuée (3.2.4).

3.2.1 Le recrutement des participantes et leur profil

Au niveau du recrutement, comme mentionné dans le chapitre d'introduction, il a été possible de commencer en explorant le réseau social de ma propre sœur qui travaillait dans une clinique médicale. Nous avons également publié une affiche de recrutement sur le groupe Facebook « Emploi Secrétaire, Adjoint(e) médicale, dentaire, Admin, MONTRÉAL, QC, CANADA ». Une affiche de recrutement a ensuite été diffusée auprès d'une vingtaine de cliniques médicales de la grande région métropolitaine de Montréal par le biais de leur adresse courriel. Au moment où nous avons débuté le recrutement, en mars 2022, et jusqu'à la fin de la première phase de recrutement, en juillet 2022, nous n'avons pu recruter que trois participantes pour notre recherche, et ce, malgré la pluralité des méthodes utilisées. Au printemps 2023, nous avons repris notre recrutement, mais cette fois-ci en offrant une compensation financière de 50 $ par participante. Nous avons donc publié à nouveau notre affiche de recrutement dans le groupe Facebook et partagé celle-ci aux différentes cliniques médicales via leur adresse courriel. Peut-être en raison de cette compensation, mais également, et possiblement surtout, due à la temporalité de la nouvelle période d'envoi de notre affiche de recrutement — la pandémie de la COVID-19 tirant à sa fin —, cette deuxième phase de recrutement nous a permis de recruter cinq autres participantes. Parce que nous avons connu plusieurs difficultés lors de notre recrutement, nous avons aussi choisi d'élargir nos critères de sélection. Au départ, le profil des secrétaires médicales que nous souhaitions rencontrer était le suivant :

- Expérience dans une clinique médicale publique de médecine familiale de plus de six mois ;
- Occupant un poste à temps plein au moment de l'entretien dans une clinique médicale.

Nos critères de sélection ont ensuite été étendus pour que toutes secrétaires médicales ayant travaillées au moins depuis six mois dans une clinique médicale — privée ou publique —, de médecine familiale ou non, soit éligible à notre recherche. Cela dit, en rétrospective, nous estimons que l'élargissement de nos critères de sélection a eu un impact négligeable sur les résultats de cette recherche.

3.2.2 Portrait des participantes

Afin de préserver l'anonymat des secrétaires médicales rencontrées, les données ont été anonymisées. Nous avons donc attribué un pseudonyme à chacune d'entre elles. Le tableau suivant résume les caractéristiques que nous estimons pertinentes afin de mieux situer les points de vue exprimés par les huit secrétaires médicales rencontrées et dont nous rendons compte dans les chapitres suivants :

Tableau 2. — Les participantes de notre recherche

Pseudonymes	Âge	Années d'expérience	Nombre et type de clinique dans laquelle elle a travaillé	Formation	Raison derrière le choix du métier	Poste occupé
Mélanie (mère)	45	15	2 (dont un GMF universitaire)	Diplôme d'études secondaires	Pauvreté financière	Réceptionniste
Nadège (mère)	35	7	1 (GMF)	Diplôme d'études secondaires	Bouche-à-oreille	Réceptionniste
Léa (étudiante universitaire)	24	5	3 (dont une clinique de spécialistes)	Diplôme d'études secondaires et technique en graphisme	Job payante pendant ses études et bouche-à-oreille	Réceptionniste
Johanne (mère)	42	15	1 (GMF)	Diplôme d'études secondaires et diplôme en secrétariat dentaire	Horaire régulier et emploi de jours en semaine	Téléphoniste

Nour (étudiante universitaire)	24	4	1 (clinique de spécialiste)	Diplôme d'études secondaires	Job payante pendant ses études et bouche-à-oreille	Téléphoniste
Louise (mère)	35	15 ans	1 au Québec (GMF)	Baccalauréat (équivalent au diplôme d'études secondaires au Québec) et diplôme en secrétariat médical en France	Formation de courte durée	Conseillère en ressources humaines depuis 2 ans (auparavant 6 ans comme coordonnatrice de l'équipe de secrétaire médicale et 7 ans comme réceptionniste)
Adrianna	37	13	4 (dont un GMF et trois cliniques de spécialiste)	Diplôme d'études secondaire	Bouche-à-oreille	Réceptionniste
Aya (mère)	31	3	1 (GMF)	Diplôme d'études secondaires	Bouche-à-oreille	Réceptionniste

À cet égard, nous tenons d'abord à souligner que toutes les secrétaires médicales rencontrées étaient des femmes. Cela n'est pas surprenant considérant que le métier a été construit historiquement et socialement comme un emploi « féminin ». D'ailleurs, lors de nos discussions avec les secrétaires médicales rencontrées, elles nous ont confirmé qu'il y a en effet qu'une très petite minorité d'hommes qui occupent des postes de secrétaires médicales et que ceux-ci, du moins selon Louise, travaillent surtout dans les milieux hospitaliers où les postes de secrétaires médicales portent le nom d'« adjoint administratif ».

Les participantes de notre recherche font principalement partie de deux groupes d'âge. Le premier regroupe les étudiantes universitaires et le deuxième les femmes avec enfants. N'ayant pas terminé leur étude, leur emploi en secrétariat médical est particulièrement avantageux pour les étudiantes universitaires en raison du salaire et de la flexibilité des horaires. Elles y travaillent à temps partiel pendant leur session universitaire (parfois de jour dans des cliniques de spécialistes, mais le plus souvent le soir et les week-ends) et à temps plein durant les vacances estivales ou pendant la période des fêtes. Pour les femmes avec enfant, l'horaire de jour en semaine est un avantage non négligeable pour concilier leur vie professionnelle et leur vie familiale. La majorité

des secrétaires médicales rencontrées dans le cadre de cette recherche ont commencé ce métier grâce au bouche-à-oreille. Elles n'ont donc, bien souvent, aucune formation spécifique préalable en secrétariat médical avant d'entrer en fonction. Pour les femmes n'ayant pas réalisé des études postsecondaires, le secrétariat médical est une opportunité d'accéder à un emploi avec un horaire régulier, de bureau, avec un salaire raisonnable, surtout si elles s'orientent vers les milieux hospitaliers.

Malgré l'échantillon limité de notre recherche, nous estimons qu'il est plutôt représentatif à une exception près. Malheureusement, nous n'avons pas pu rejoindre les secrétaires médicales ayant plus de 15 ans d'expérience. Cela s'explique probablement par nos méthodes de recrutement. Il aurait été intéressant de pouvoir rencontrer des secrétaires médicales ayant travaillé en CLSC et en GMF. Cela étant dit, nous avons tout de même été en mesure de rencontrer plusieurs secrétaires médicales ayant été témoins des dernières réformes du système de santé, notamment Mélanie, qui a connu l'époque où les cliniques médicales étaient à même les centres hospitaliers. Certaines ont également connu le virage technologique et ont pu nous raconter les bénéfices et les défis de celui-ci. Nous y reviendrons d'ailleurs au chapitre 4.

3.2.3 Le contenu de la grille d'entretien et bref retour sur le déroulement des entretiens

Suivant notre guide d'entretien et afin de briser la glace, nous avons commencé nos entretiens en discutant du parcours professionnel des participantes (nombre d'années d'expérience, formation, nombre de milieux de travail connu, etc.). La suite de nos entretiens a été organisée autour de trois thèmes :

1) La nature du travail de secrétaire médicale et son organisation dans les cliniques médicales ;
2) Les relations au travail des secrétaires médicales ;
3) Le travail de secrétaire médicale vu comme un travail féminin.

Chaque thème était exploré par le biais de quelques questions ouvertes. Grâce au mode d'entretien choisi, nous avons pu orienter certaines questions afin de nous aligner aux expériences

professionnelles des secrétaires médicales rencontrées. Par exemple, avec Louise, une ancienne secrétaire médicale devenue conseillère en gestion des ressources humaines dans un GMF, nous avons pu discuter davantage des enjeux de gestion des cliniques médicales. Elle nous a grandement éclairés quant au fonctionnement des GMF, ce qui nous a permis d'approfondir notre réflexion sur la structure des GMF et même d'orienter nos derniers entretiens vers les enjeux que les secrétaires médicales vivaient face à celle-ci. Finalement, nous avons terminé les entretiens en offrant la possibilité aux participantes d'ajouter ou préciser certains éléments qu'elles jugeaient pertinents dans le cadre de notre recherche. L'ensemble des thèmes a été discuté avec l'ensemble des participantes bien que l'ordre initial de la grille n'ait pas toujours été respecté.

3.2.4 Considérations éthiques

Dans cette dernière section, nous souhaitons discuter de quelques considérations éthiques auxquelles nous avons porté une attention particulière. Il était important pour nous que l'expérience des participantes soit positive. Par conséquent, nous voulions assurer leur anonymat et donc les caractéristiques présentées précédemment quant aux participantes qui ont été retenues ne sont pas des caractéristiques pouvant permettre les identifier. Aux fins d'assurer l'anonymat des répondantes, aucune clinique médicale, ou encore leur spécialisation n'ont été nommées. En effet, il faut savoir que dans les cliniques médicales, il y a seulement quelques secrétaires médicales qui y travaillent. Et toujours pour cette même raison, les entrevues n'ont pas eu lieu sur les lieux de travail des participantes.

On notera enfin qu'outre ces précautions prises lors du recrutement et de l'entretien quant au respect de l'anonymat des participantes, toujours pour assurer une expérience positive des participantes, nous avons envisagé la possibilité que certaines participantes pouvaient trouver certaines questions plus difficiles émotionnellement. Pour cette raison, avant de commencer l'entrevue, nous avons tenu à souligner aux participantes qu'elles pouvaient arrêter en tout temps l'entrevue ou refuser de répondre à certaines questions, et ce, sans aucune conséquence quant à leur compensation ou leur inclusion dans notre recherche.

3.3 L'analyse des données

L'analyse des données dans les méthodes qualitatives représente « […] la mise en œuvre des ressources de l'intelligence pour saisir des significations. Les rapprochements, les confrontations et les mises en relation de données, les mises en perspective et les cadrages, la saisie des récurrences et des analogies ainsi que les généralisations et les synthèses font surgir ces significations » (Paillé, P., Mucchielli, A., 2021 : 15). Dans le cadre de ce mémoire, pour l'analyse de nos données, nous avons d'abord fait un verbatim de chaque entrevue. Leurs transcriptions se sont échelonnées sur plusieurs semaines. Les verbatims ont ensuite été regroupés afin de présenter les réponses des participantes selon chaque question. Nous avons ensuite utilisé la technique de codage pour analyser nos verbatims. Le codage des entretiens a été réalisé par une analyse thématique.

Les conclusions du mémoire se sont progressivement dessinées grâce à ce codage thématique initial, une lecture « transversale » des entretiens et la création d'un tableau synthèse ayant été effectuées parallèlement. Plus spécifiquement, l'analyse a d'abord été alimentée par une lecture approfondie de chaque entretien, où les propos ont été classés selon trois principales catégories reliées aux trois thèmes de nos entretiens, mais également aux trois sous-thèmes de notre question principale de recherche. Cette étape a impliqué une analyse minutieuse des verbatims pour identifier les éléments pertinents liés aux thèmes, tout en considérant l'ensemble de l'entrevue pour chaque participant. Les propos les plus significatifs ont ensuite été synthétisés et regroupés dans un tableau, lequel permettait une mise en perspective des contributions des participantes et une sélection des citations les plus marquantes. Enfin, une lecture « transversale » a été effectuée pour chaque catégorie et ses sous-catégories, mettant en évidence des tendances générales. Ces observations ont servi de base solide pour l'analyse finale. Le tableau suivant présente nos catégories et nos sous-catégories :

Tableau 3. — Les catégories et sous-catégories de notre cadre d'analyse

Catégories	**Sous-catégories**
Les activités de travail	- Tâches quotidiennes - Activités reliées aux interactions avec les patients - Activités reliées aux interactions avec les médecins - Activités reliées aux interactions avec les autres professionnelles de la santé - Travail de *care* ou « s'occuper des autres » - Travail émotionnel ou « émotions » - Travail clinique ou travail médical
Les relations au travail	- Relations avec les patients - Relations avec les médecins - Relations avec les autres professionnelles de la santé
Occupé un emploi « féminin »	- Identité - Forme de discrimination - Compétences « féminines »

3.4 Posture épistémologique et pertinence scientifique et sociale de la démarche

Brièvement abordés en introduction, nous tenons à terminer ce chapitre en revenant sur notre posture épistémologique et la pertinence scientifique et sociale de notre démarche. Il ne paraîtra pas surprenant au regard du sujet choisi et du cadre théorique retenu que cette recherche s'inspire de plusieurs travaux féministes. Nous avons donc dès le départ traité notre sujet de recherche avec une posture féministe mettant au centre de notre travail celui des femmes. Lors de nos entretiens, nous avons voulu laisser la parole aux femmes et c'est pourquoi il nous était si cher d'aller à leur rencontre. Nous avons voulu apprendre et mieux comprendre leur métier, mais plus précisément leur travail « réel », ce qui selon nous a une pertinence scientifique. Or, notre intérêt envers leur travail — et la pertinence sociale de cette recherche — a aussi été de le rendre visible, car trop souvent il est oublié et minimisé, comme plusieurs autres métiers dits « féminins ». Nous espérons grâce à cette recherche contribuer à l'amélioration et à la reconnaissance de leur travail.

3.5 Conclusion

Ce chapitre aura été l'occasion de discuter de la méthodologie utilisée dans le cadre de cette recherche. Les deux prochains chapitres sont les résultats qui ont découlé de cette méthode de recherche. Au chapitre 4, nous présenterons les activités de travail des secrétaires réelles, celles prescrites et réelles. Au chapitre 5, nous discuterons des valorisations différenciées des métiers et professions au sein des cliniques médicales et leur impact sur les relations au travail des secrétaires médicales. En d'autres mots, et pour faire écho à la dernière sous-section de ce chapitre, nous y discuterons de l'invisibilisation (chapitre 4) et de la dévalorisation (chapitre 5) du travail des secrétaires médicales.

Chapitre 4

Le travail des secrétaires médicales : entre travail de *care*, travail émotionnel et travail clinique

Dans ce premier chapitre d'analyse, il sera question de rendre compte des activités de travail des secrétaires médicales. Nous commencerons par présenter dans un premier temps une synthèse des descriptifs d'une journée de travail fournis par les secrétaires médicales rencontrées. Nous poursuivrons en présentant les différents éléments qui viennent organiser les activités de travail des secrétaires médicales travaillant dans une clinique. Dans un deuxième temps, nous présenterons les tâches qui semblent passer inaperçues chez les patients et chez les médecins selon les secrétaires médicales. Pour ce faire, nous commencerons par nous appuyer sur les travaux de Dejours et de Molinier, ce qui nous permettra de dégager les tâches qui appellent au travail prescrit des secrétaires médicales de celles qui appellent au travail réel des secrétaires. Enfin, nous présenterons les activités du travail réel comme étant reliées au travail de *care*, c'est-à-dire les activités de travail reliées aux soins des autres et ce qui concerne la gestion des émotions des patients, au travail émotionnel, mais aussi la gestion des émotions des secrétaires elles-mêmes, et le travail clinique, soit les activités de travail reliées au traitement des patients.

4.1 Le travail prescrit des secrétaires médicales en GMF

Lors des entretiens, la première question posée aux participantes de cette recherche a été de demander aux participantes de décrire une journée typique de travail. Notre intuition était que cette description nous permettrait, dans un premier temps, de dégager les éléments centraux du « travail prescrit » au sens où l'entend Dejours, à savoir les tâches à effectuer au quotidien et qui sont demandées explicitement par l'organisation formelle du travail.

Pour débuter leur quart de travail, les secrétaires médicales doivent préparer la journée. Cette préparation inclut toutes les tâches qui doivent être effectuées avant l'arrivée des patients et des médecins. Ainsi, chaque jour, les secrétaires médicales sont les premières travailleuses à arriver à la clinique médicale. Concernant les tâches à effectuer avant que les médecins arrivent, Nadège résume : « À l'arrivée, je regarde tous les médecins qui travaillent et je consulte l'horaire de chacun.

Je m'assure que les salles sont fonctionnelles et prêtes pour les médecins ». Léa spécifie qu'elle « doi[t] imprimer et mettre leur horaire, soit la liste des patients qu'il verra dans la journée, dans leur bureau ; mettre leur *tag* sur la porte ; mettre la carte professionnelle du médecin dans son bureau ; ouvrir leur ordinateur et s'assurer qu'il fonctionne [...], et vider leur récupération pour que tout soit prêt avant que le médecin arrive ». Ainsi, nous comprenons que les secrétaires médicales préparent l'espace de travail des médecins et s'assurent que certains de leurs outils de travail soient prêts à utiliser.

Concernant les tâches à effectuer avant que les patients arrivent, Aya explique : « Ensuite, on prend les messages pour voir qui est-ce qui ne va pas se présenter, c'est quoi qu'il y aura. C'est comme les annulations, les retards, les choses comme ça ». Léa ajoute : « J'ouvre mon ordinateur, je fais les confirmations, je consulte les messages d'urgence des médecins, je vide la boite des annulations et je vide la boite vocale ». Pour Louise, lorsqu'il n'y avait pas encore les dossiers médicaux électroniques, la tâche qui prenait le plus de temps lors de la préparation de la journée, c'était la préparation des dossiers médicaux. Elle explique :

> « À l'époque aussi, il n'y avait pas encore les dossiers médicaux électroniques, alors il y avait toutes les préparations des dossiers. C'était une bonne partie de notre temps. Chercher les dossiers, surtout que *Clinique Montréal* [nom changé] était quand même une grosse clinique, donc ça prenait énormément de temps à sortir les dossiers et ranger les analyses. Avant, ce n'était pas du tout comme maintenant là avec l'évolution des dossiers médicaux électroniques » (Louise).

Enfin, nous comprenons que cette série de tâches permet aux secrétaires médicales de visualiser leur journée de travail, de savoir quel médecin sera présent et quel horaire des médecins est complet par exemple. Une fois la préparation de leur journée terminée, les secrétaires médicales s'affairent à accueillir les patients. Mélanie résume : « J'accueille les patients et je fais l'ouverture de dossier en m'assurant que les coordonnées sont à jour ». Nadège ajoute qu'il faut « confirmer toujours leurs informations pour garder à jour » le dossier médical du patient. Ensuite, pour certaines secrétaires comme Léa, il faut « indiquer [l']arrivée [du patient] dans le logiciel », car dans certaines cliniques les médecins consultent celui-ci avant d'appeler les patients dans leur salle de consultation. Ainsi, les médecins peuvent consulter au fur à mesure pour prendre connaissance

des patients déjà arrivés ou ceux qui ont du retard via le logiciel. Pour Léa, l'accueil du patient peut prendre de quelques minutes à plus d'un quart d'heure si les coordonnées ne sont pas à jour ou s'il y a des frais à débourser, par exemple lorsque leur carte d'assurance maladie n'est plus valide.

Le premier contact direct des secrétaires médicales avec le patient a donc lieu donc dès son arrivée dans la clinique médicale. Les secrétaires médicales vont toutefois interagir avec le patient une seconde fois, après que celui-ci ait vu le médecin. Léa précise « Lorsque le patient revient, il y a généralement une prise du prochain rendez-vous à faire et parfois il faut télécopier certains documents pour le médecin ». Elle rajoute : « lorsque je travaillais dans une clinique de médecins spécialistes, je devais aussi à ce moment-là envoyer le rapport au médecin de famille du patient » (Léa).

Cette routine ayant lieu pour chacun des patients, elle se poursuit jusqu'à la fin de la journée. De manière concomitante, la prise des présences et le suivi des horaires des médecins ont également lieu et nécessitent parfois d'appeler certains patients qui ne sont pas présents ou en retard. En après-midi, les secrétaires vont par ailleurs devoir commencer à préparer les journées suivantes. Aya explique : « l'après-midi, une fois que ça se calmait un petit peu plus, c'était le moment d'appeler les patients pour leur donner des rendez-vous [et ainsi de combler l'horaire des médecins] ».

En marge du service aux clients présents à la clinique médicale, les secrétaires médicales doivent continuer d'assurer le service pour tous les patients de la clinique médicale. Cela implique de répondre aux nombreux appels téléphoniques et aux courriels. Certaines cliniques ont attribué cette responsabilité à des téléphonistes. Johanne décrit l'organisation des tâches dans sa clinique :

> « Il y a cinq adjointes qui font les horaires des médecins et les rappels aux patients. Chaque adjointe est responsable d'un groupe de médecin. Si c'est un rendez-vous régulier, c'est nous les téléphonistes. Certains médecins, c'est seulement l'adjointe qui s'occupe de son horaire. En tant que téléphoniste, on dirige le patient au bon endroit. Si c'est tout ce qui est question de résultat, et tout ça, si c'est des formulaires à remplir et tout ça, c'est dirigé vers l'adjointe du médecin. C'est surtout l'adjointe qui parle au médecin. À la réception et au téléphone, il y a plus de service à la clientèle alors que les adjointes font plus de travail de bureau. En fait, l'adjointe est là pour faciliter la vie

du médecin et il y a des médecins qui se fient plus sur les adjointes que d'autres » (Johanne).

Louise, qui occupe désormais un poste en ressources humaines dans cette même clinique, raconte comment le passage à cette nouvelle organisation du travail a eu lieu :

> « De base, moi j'avais été embauchée pour justement classer des analyses et préparer les dossiers. J'avais pris un poste à temps partiel comme ça pour commencer […]. Il y avait aussi deux filles qui étaient à la réception et répondaient au téléphone. Et d'autres filles étaient à l'arrière à des postes cachés à effectuer des tâches annexes et répondre au médecin. Quand j'étais coordonnatrice, j'avais un peu changé cela, car les médecins ont toujours une préférée avec qui ils s'entendent bien et avec qui ils travaillent bien selon eux. Alors, une [secrétaire] se ramassait souvent beaucoup à faire (souvent la plus ancienne), car cela faisait longtemps qu'ils travaillent ensemble. Alors là, on a créé le poste d'adjointe [dont la tâche est uniquement] d'assister un groupe de médecins » (Louise).

D'autres cliniques ont adopté cette organisation pour ensuite revenir à une organisation du travail « partagée » comme l'explique Nadège :

> « Dans mon ancienne clinique, il y avait une secrétaire pour les [patients du] sans rendez-vous et une autre qui s'occupaient des patients affiliés aux médecins de la clinique. Dans la clinique où je travaille actuellement, il y avait à mon arrivée les téléphonistes qui répondaient aux appels des patients et les réceptionnistes qui accueillaient les patients à la clinique. Maintenant, les deux font les mêmes tâches afin d'éviter les problèmes lorsqu'une personne est absente » (Nadège).

Enfin, il semble que plus la clinique est grande, c'est-à-dire plus qu'il y a de médecins affiliés et de patients, plus une organisation des tâches par poste est nécessaire. Pour Mélanie, cette transition s'est déroulée lorsque la clinique médicale où elle travaillait a déménagé hors de l'hôpital :

> « Au début, il y avait une séparation, [soit] une à l'accueil, une au téléphone, une qui créait les horaires et une secrétaire médicale. Quand on est devenu GMF-universitaire, cela a changé. […] Je me suis toujours considérée chanceuse d'avoir vu ce changement, ce déménagement dans un local neuf, dans le cadre de mon travail, car

cela n'arrive pas tous les jours. Dans ce nouveau local, on est passé de 14 à 28 salles de consultation » (Mélanie).

Pour d'autres cliniques, plus petites, une organisation des tâches de façon informelle entre les secrétaires médicales est suffisante. Toutefois, celle-ci doit toujours être adaptée aux priorités de la journée. Nour explique : « [Maintenant], je travaille à temps partiel donc je n'ai pas la même charge qu'une employée à temps plein. Je vais demander à mon arrivée [dans quoi] elles ont besoin d'aide et ensuite je vais organiser ma journée selon ». Pour Léa, bien que les tâches soient effectuées selon les urgences, « tout est en priorité ». Il y a donc rarement des tâches qu'elles peuvent reporter longtemps. Louise explique bien la situation dans laquelle les secrétaires se retrouvent parfois : « Il n'y a pas de tableaux de tâches, on y va selon les priorités. Parfois, c'est super fluide [et] d'autres journées, c'est le chaos. Quant aux adjointes, peut-être elles ont plus une liste [de tâches] à faire selon les choses que les médecins demandent ». Pour Nadège, c'est au changement de quart que l'organisation des tâches se passe :

> « Il arrive que des soirs la secrétaire n'ait pas le temps de finir sa liste de tâche. Dans ce cas-là, il n'y a pas de problème, il faut juste me laisser une note, car le travail s'accumule rapidement et il faut que la secrétaire du lendemain le sache. Entre le secrétaire de jour et de soir, il y a un changement de quart pour transférer le travail qui restera à faire d'ici la fin de journée. » (Nadège).

Même si plus souvent l'organisation et l'attribution des tâches se font via les postes ou de façon informelle selon les priorités, certaines cliniques utilisent des logiciels ayant des listes de tâches pour mieux visualiser le travail à faire comme c'est le cas pour Léa : « Dans le logiciel, il y a une liste de tâches pour la journée. Toutes les secrétaires ont accès à la liste de tâche. Les médecins voient aussi cette liste ». Toujours selon elle, les tâches de cette liste découlent du travail des médecins lorsqu'ils « font leur bureau », c'est-à-dire lorsque « leur paperasse s'est accumulée depuis plusieurs jours ». Elle raconte d'ailleurs une stratégie adoptée afin qu'il y ait moins d'accumulation : « [lorsqu'] un médecin ne fait pas son bureau, les secrétaires utilisent des collants colorés pour donner le goût au médecin de le faire » (Léa).

Bien que le service aux patients occupe une large partie de leur journée typique de travail, le service aux médecins et aux professionnels de la santé est une partie intégrante de leur travail.

D'abord, il y a les médecins affiliés à la clinique. Comme expliqué plus haut, les secrétaires vont préparer la journée des médecins. Au fur et à mesure de la journée, les médecins présents en clinique vont effectuer toutes sortes de demandes notamment quant à certains ajustements nécessaires à leur horaire. Léa explique :

> « Parfois, les médecins vont avoir besoin qu'on rajoute un patient en rendez-vous téléphonique dans leur journée. Par exemple, ils peuvent avoir reçu un résultat et veulent en discuter au téléphone avec le patient. Aussi, si la veille, ils ont fait leur bureau et qu'ils ont discuté préalablement au patient, il se peut qu'ils demandent à leur arrivée à la clinique d'ajouter ce patient dans la semaine. D'autres fois, les médecins vont demander à annuler des rendez-vous ou à les transformer en rendez-vous téléphonique, car ils doivent partir plus tôt » (Léa).

Également, le service aux médecins est très relié au moment où les médecins « font leur bureau ». Pour les médecins, « faire leur bureau » implique plusieurs suivis. D'abord, cela implique de lire les résultats reçus par la poste ou par fax. Toujours selon Léa, elle explique : « Souvent, les fax, les résultats de laboratoire ou les imageries vont arriver en séquence, car ils les envoient en même temps par batch. Quand ce n'est pas par la poste, on attend qu'il y ait une certaine quantité avant de commencer à tous les ouvrir et les trier ». De plus, « faire leur bureau » implique souvent de remplir différents formulaires pour des arrêts de travail ou un renouvellement de permis de conduire. Léa précise : « À ce moment-là, une fois que les formulaires sont remplis, nous avons la charge de l'envoyer ». Enfin, il y a aussi les renouvellements de médicaments à la suite d'une demande d'un pharmacien. « Dans ces cas-là, il faut parfois se charger d'envoyer la nouvelle prescription au pharmacien » (Léa).

Ensuite, le service aux professionnels fait également partie du travail prescrit des secrétaires médicales. Cela va souvent se traduire par différents appels de différents professionnels durant la journée. Léa explique : « Ça peut être aussi simple qu'un pharmacien qui appelle, car il ne comprend pas l'écriture du médecin ou qu'il veut discuter d'une prescription. Sinon, dans la clinique de spécialiste où je travaille en ce moment, cela peut être un appel du médecin de famille du patient » (Léa).

Au fil des entrevues, un portrait s'est dressé et il a été possible de dégager différents types de tâches et de les relier aux différents types de travail des secrétaires médicales que nous avons relevé dans la revue de littérature. Comme il a déjà été explicité au chapitre 1, les secrétaires médicales ont un rôle de « pivot », ce qu'Evers présente comme du « *boundary controlling* » (Evers, 1977). Il a bien été démontré plus haut qu'en parallèle d'accueillir les patients et de prendre les rendez-vous — ce qu'Evers considère comme du « *formation monitoring* » ou ce que Wichrosky appelle le « travail rationnel » — elles sont submergées de toute part par les demandes des patients, des médecins ou des professionnelles de la santé.

Pour ce qui est du travail d'« *information processing* », Evers, rappelons-le, séparait celui-ci, c'est-à-dire le transfert des informations, entre deux environnements : l'environnement externe et l'environnement interne. Dans les tâches prescrites présentées plus haut, il est majoritairement fait référence à l'environnement externe : les tâches prescrites des secrétaires médicales sont majoritairement associées aux médecins et aux patients de la clinique. D'autre part, la clinique médicale étant à l'extérieur de l'hôpital et regroupant moins de travailleuses, il est tout à fait juste de concevoir l'environnement interne comme étant plus circonscrit. Toutefois, même s'il s'agit davantage de l'environnement externe, l'information arrive de tous les côtés, dans différentes formes (téléphone, courriel, fax, poste, en présentiel), et ce en s'immisçant constamment aux tâches déjà prévues.

Ce travail en parallèle, mais exigeant en termes de temps et forçant constamment des interruptions, est une composante reliée intimement au rôle de la secrétaire qui se retrouve au centre de tous les échanges. Il fait également écho au rôle de « gardienne » que nous avons évoqué au chapitre 2 en ce sens où elles sont les gardiennes de l'information et donc de la collaboration entre les différentes professionnelles de la santé. Plus précisément, le suivi de demandes et l'acheminement de l'information font référence au *tyding* qui avait été présenté au chapitre 2. Or, nous avons pu constater que le *tyding* pour les secrétaires médicales travaillant en clinique est associé au moment où les médecins « font leur bureau ». Par exemple, c'est une fois que les secrétaires médicales ont trié et joints au dossier des patients les nouveaux résultats reçus et autres documents, ce que Bossen & coll. (2013) appelait un « travail d'articulation », que le médecin « fait son bureau ». De cela, il découle à nouveau des tâches pour les secrétaires médicales : prise de

nouveaux rendez-vous, envoi d'un formulaire rempli au patient, envoie du renouvellement à la pharmacie, etc. Le schéma suivant illustre cette chaîne de travail :

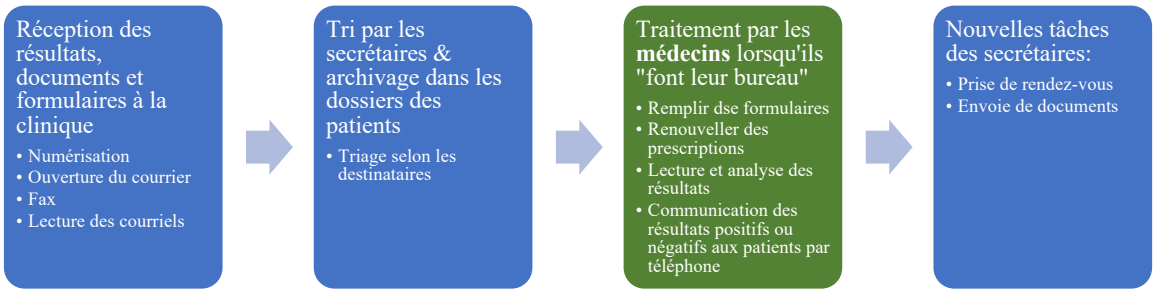

Figure 6. — Chaîne de travail prescrit entre les médecins et les secrétaires médicales (« tyding »)

Cette chaîne de travail est importante à respecter et, comme il a été mentionné précédemment, les secrétaires médicales vont même développer des stratégies afin que les médecins « fassent leur bureau » comme rappelons-le, utiliser des collants colorés afin d'encourager le médecin à ne pas accumuler de retard. D'ailleurs, cette chaîne de travail qui découle du *tyding* démontre bien comment les secrétaires médicales sont intégrées à l'équipe soignante. Il est ainsi possible de constater à quel point la collaboration est essentielle entre les secrétaires médicales et les médecins affiliés à la clinique. Par ailleurs, comme expliqué plus haut, il peut s'écouler un temps non négligeable entre ces étapes pour diverses raisons. Comme le défendait Dejours, les tâches des secrétaires médicales décrites précédemment sont toutes des tâches prescrites dans le sens où elles sont le résultat d'une organisation formelle du travail : les tâches qui sont assignées aux secrétaires médicales sont nécessaires à la réalisation de la mission de la clinique médicale, c'est-à-dire d'offrir des soins de santé primaire aux patients[25].

En conclusion, cette section nous a permis de décrire le travail prescrit des secrétaires médicales en GMF. Celui-ci a fait écho à plusieurs égards à la nature du travail des secrétaires médicales présente dans la littérature. En reprenant notre résumé des caractéristiques du travail des secrétaires médicales présenté à la suite de notre revue de littérature (figure 4 au chapitre 2), nous

[25] Nous reviendrons d'ailleurs au chapitre suivant sur la perception qu'ont les secrétaires médicales de leur rôle auprès des patients et des médecins.

pouvons résumer le travail prescrit des secrétaires médicales en GMF en sélectionnant seulement les éléments suivants :

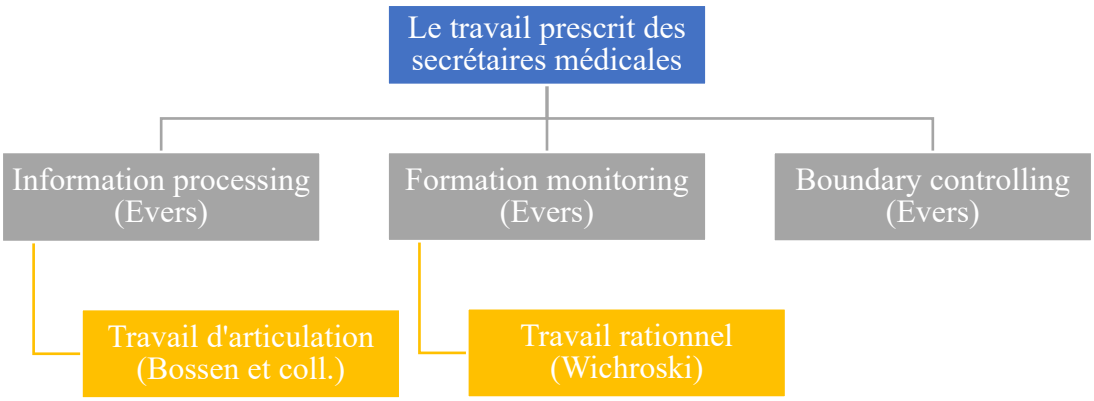

Figure 7. — Le travail prescrit des secrétaires médicales en GMF

4.2 Le travail réel des secrétaires médicales en GMF

Dans cette section, il sera question de présenter le travail dit « réel » des secrétaires médicales en GMF au sens où l'entend Dejours, soit les activités qui découlent des anomalies du travail et qui imposent des réaménagements et des remaniements du travail (Dejours, 2008). Pour celui-ci, rappelons-le, le travail réel correspond à la réelle maîtrise du travail. En complémentarité avec les activités que les secrétaires médicales ont mentionnées lors de leur description d'une journée typique, nous avons pu également dégager d'autres activités du travail réel grâce aux activités qui, selon elle, passaient inaperçues auprès des patients d'une part (4.2.1) et auprès des médecins d'une autre part (4.2.2). Pour ce faire, nous avons posé lors des entretiens les questions suivantes : « Y a-t-il des tâches qui vous semblent passer inaperçues auprès des patients ? Si oui, lesquelles ? » et « Y a-t-il des tâches qui vous semblent passer inaperçues auprès des médecins ? Si oui, lesquelles ? ». L'angle choisie dans la formulation de ces questions nous a permis de dégager un portrait du travail réel des secrétaires médicales, car nous estimions que dans la maîtrise d'une partie du travail passant inaperçue ou semblant invisible aux yeux des autres professionnelles se cachait des compétences différentes, et parfois des tâches différentes que celles prescrites. Enfin, nous reviendrons sur certains éléments qui nous permettront de mieux nous éclairer sur le travail réel des secrétaires médicales travaillant en clinique médicale, à savoir que le travail réel et invisible des secrétaires

médicales peut être assimilé à du travail de *care* (4.2.3), du travail émotionnel (4.2.4) et du travail clinique (4.2.5).

4.2.1 Les activités de travail des secrétaires médicales auprès des patients passant inaperçues

Lorsque nous avons demandé aux secrétaires médicales en entretien les activités qui passaient inaperçues auprès des patients, deux principaux éléments sont ressortis. Premièrement, les secrétaires médicales ont toutes nommé la charge de travail liée notamment aux nombreux appels reçus qui, selon elle, était sous-estimée par les patients. Johanne explique : « Ils ne voient pas qu'au téléphone, nous n'arrêtons pas, car les lignes sonnent en continu. Ils ne comprennent pas qu'il y a eu un peu d'attente ». Pour Louise, c'est la charge de travail des adjointes qui est sous-estimée ou mal comprise par les patients :

> « Parfois, ils ne comprennent pas qu'on met peut-être 24 à 48 h à répondre à un courriel. En fait, c'est parce qu'ils ne se rendent peut-être pas compte que cette adjointe a cinq médecins et que chacun de ces médecins a entre 500 à 1500 patients. […] Aussi, le fait qu'on n'arrive pas à répondre à tous les appels. C'est parce que si lui le patient appel, bien il y en a d'autres aussi qui appellent. On a 10 000 autres patients qui peuvent appeler aussi alors cela c'est le côté peut être un petit peu plus dans l'ombre je dirais » (Louise).

Pour elles, cela se matérialise par le fait que les patients pensent qu'ils sont les seuls patients de la clinique :

> « Souvent, les patients ont l'impression qu'on travaille juste pour eux, donc c'est sûr qu'ils ne voient pas le nombre de courriels qui rentrent, le nombre d'appels, le nombre de demandes ; toute la charge de travail en complet qu'on a, il ne la voit pas du tout [il] y a juste eux [et] on doit travailler juste pour eux. Parfois, il y en a qui vont être reconnaissants quand on va essayer de travailler davantage pour eux, donc de voir avec le médecin pour essayer de les voir rapidement [ou] de demander à les squeezer entre deux patients parce qu'il y a une urgence. C'est rare, mais il y en a qui vont dire « Je suis vraiment reconnaissant, je ne vais pas l'oublier » (Aya).

Nour précise : « Je ne crois pas que la charge de travail fait une différence aux yeux des patients. Ils sont préoccupés par leur situation et je comprends leur inquiétude quand ils doivent attendre six

mois pour un rendez-vous ». Pour Adrianna, c'est « quand elle travaille très fort pour donner un rendez-vous alors qu'il n'y a pas de place [et] les efforts qu'elle fait pour les accommoder » qui paraît inaperçus et qui ajoute à leur charge de travail. Pour elle, « travailler fort pour donner un rendez-vous » implique des allers-retours avec le médecin ou avec d'autres cliniques médicales associées au groupe de médecine familiale dans lequel elle travaille[26]. Par exemple, un GMF peut utiliser un même logiciel et toutes les secrétaires travaillant dans ce GMF peuvent consulter les disponibilités des autres cliniques ou appeler directement à l'interne des secrétaires médicales des autres cliniques médicales.

Deuxièmement, un autre aspect de leur travail qui passe inaperçu auprès des patients est la complexité derrière la collaboration avec plusieurs médecins. D'abord, il y a les erreurs des médecins ou des autres professionnelles de la santé qui peuvent rendre le travail des secrétaires plus difficiles ou engendrer davantage de temps d'attente. D'ailleurs, Léa remet en perspective cet élément : « les erreurs, c'est possible si tu as trop de choses à gérer en même temps ». Ensuite, la disponibilité des médecins n'est souvent pas un aspect auquel les patients considèrent. En effet, comme l'explique Léa, « ils ne comprennent pas [lorsqu'ils appellent] qu'on ne peut pas déranger le médecin aux deux secondes pour toutes leurs demandes, car le médecin est parfois occupé avec un autre patient ou il ne travaille tout simplement pas à la clinique ce jour-là ». Adrianna a observé aussi cette situation : « même si on le communique au médecin, cela ne sera pas nécessairement dans l'immédiat alors qu'ils pensent que oui ». Finalement, pour Léa, il y a aussi les exigences des médecins que les patients ignorent : « chaque médecin a sa façon de travailler, son niveau d'ouverture à répondre à nos questions, mais surtout la fréquence et les bons moments où on peut les déranger[27] ». Ce dernier élément implique pour les secrétaires d'abord de se souvenir des méthodes de travail de plusieurs autres personnes, mais aussi de s'assurer que celles-ci restent dans le cadre des règles et des procédures de la clinique médicale[28].

Finalement, les activités de travail des secrétaires médicales qui passent inaperçues auprès des patients renvoient à deux types de travail que Wichroski (1994) avait aussi identifié dans ses

[26] Comme expliqué au chapitre 1, un GMF peut regrouper plusieurs cliniques médicales qui ont chacune leur équipe de médecins, d'infirmières et de secrétaires médicales.
[27] Nous reviendrons sur cette expression au chapitre suivant.
[28] Nous reviendrons sur cet élément au chapitre suivant.

travaux. Dans un premier temps, cela renvoie au « travail politique » qui, comme nous l'avions présenté au chapitre 1, correspond aux tâches nécessitant du tact, de la loyauté et de la confidentialité. En effet, les secrétaires médicales doivent démontrer du tact lors de leurs interactions avec les patients. Par exemple, lorsqu'elles ont plusieurs patients en attente, elles doivent faire preuve de délicatesse pour bien répondre aux patients afin de lui trouver un rendez-vous, tout en étant concises afin de pouvoir passer à un prochain patient rapidement. Cela cause parfois des frustrations auprès des secrétaires médicales, car lorsque les patients sont insatisfaits et affirment qu'elles « ne veulent pas les aider », pour les secrétaires c'est faux comme l'explique Johanne :

> « Il y a [des patients] qui disent que le système est pourri, mais souvent les patients voient cela comme si c'était nous les secrétaires qu'on ne voulait pas les aider et [ils nous disent] « non, mais tu ne veux pas m'aider ». Ça, c'est dur, car ce n'est pas moi personnellement qui peux déterminer l'horaire et là on essaie de leur expliquer » (Johanne).

Le travail politique des secrétaires médicales s'observe également lorsqu'elles collaborent avec les médecins. Par exemple, lorsqu'elles doivent interagir avec les médecins, elles doivent s'adapter à la méthode de travail de celui ou celle avec qui elle interagit. Bref, elles sont amenées à développer des façons de faire qui occasionnent le moins possible de dérangements pour ceux-ci.

Dans un deuxième temps, selon les secrétaires médicales, leurs activités de travail qui semblent passer inaperçues auprès des patients renvoient aussi au « travail latent » (Wichroski, 1994) qui, comme nous l'avons présenté au chapitre 1, représente les pratiques informelles et les procédures qui permettent aux secrétaires d'effectuer leurs tâches. Celui-ci avait déjà évoqué lorsqu'il était question de la stratégie des secrétaires médicales à utiliser des *post-it* pour inciter les médecins à « faire leur bureau ». Ultimement, il s'agit d'une stratégie qui permet aux secrétaires médicales de faciliter la collaboration, car comme il a été expliqué précédemment, lorsque les médecins « font leur bureau », cela engendre de nouvelles tâches pour les secrétaires médicales. Cela se produit également lors de leurs interactions avec les patients comme l'explique Léa :

> « Pour me faciliter le travail [remplir les horaires des médecins], parfois je mens pour que les patients acceptent la date que je veux. Par exemple, quand j'ai une annulation, je vais dire aux patients que c'est le seul que j'ai comme rendez-vous prochainement et que les autres vont dans plusieurs mois sauf que ce n'est pas vraiment la vérité, car je peux avoir d'autres rendez-vous de disponibles la semaine suivante, mais j'ai encore du temps pour combler ceux-ci » (Léa).

4.2.2 Les activités de travail des secrétaires médicales passant inaperçues auprès des médecins

Lorsque nous avons demandé aux secrétaires médicales les activités qui passaient inaperçues auprès des médecins, deux principaux éléments sont ressortis. Premièrement, tout comme pour les patients, les médecins semblent sous-estimer la charge de travail des secrétaires médicales, mais surtout le contexte dans lequel elles doivent réaliser celui-ci. Pour Louise, « la charge [est] énorme [et] rend complexe le travail ». Nour ajoute : « [C'est] le nombre de courriels, de télécopies, d'appels [qu'ils ne voient pas]. Donc, ils voient peut-être juste la prise de rendez-vous, répondre aux patients à la clinique et envoyer leur fax, [mais] c'est la quantité qui est lourde, plein de stress et de nuisance sonore ». Le décalage entre l'expérience des secrétaires médicales et la représentation qu'elles ont de l'expérience des médecins quant à la charge de travail pourrait s'expliquer par le fait que les médecins voient seulement les patients qui ont obtenu un rendez-vous et non tous les autres patients qui ont essayé de prendre un rendez-vous, mais qui ont dû trouver une autre clinique par faute de place ou parce qu'ils ont reçu un retour d'appel trop tardif se sont tourné vers une autre solution. Or, les secrétaires médicales voient, au quotidien, tous les patients présents en clinique, mais aussi tous ceux qui appellent à la clinique pour obtenir des rendez-vous. Ainsi, force est de constater que les secrétaires médicales sont témoins de la demande, mais que les médecins voient seulement l'offre, c'est-à-dire leur disponibilité. En d'autres mots, c'est comme si les secrétaires médicales verraient tous les patients qui sont rentrés dans la course pour obtenir un rendez-vous, mais les médecins voient seulement ceux qui franchissent la ligne d'arrivée, c'est-à-dire ceux qui obtiendraient un rendez-vous et se rendraient jusqu'au bureau du médecin.

Pour Aya, outre la charge de travail élevé, c'est aussi leur environnement de travail qui rajoute de la pénibilité. D'ailleurs, les médecins peuvent sous-estimer l'impact que cela peut avoir sur leur capacité de concentration. Elle précise : « Il y a beaucoup de stimulations. J'ai quitté pour

la SAAQ et je vois des centaines de personnes [par jour] et le fait de comme être dans un environnement où il y a moins de bruit, moins de stimulations, je suis trois fois moins fatiguée [à la fin de la journée] » (Aya). Encore une fois, si nous reprenons notre métaphore d'une course, les secrétaires médicales étant à la ligne de départ, elles sont les premières à voir cette demande comme nous l'avons déjà décrit : les patients qui se présentent à la clinique, les patients qui téléphonent et tous les autres professionnelles de la santé qui gravitent autour d'elles. Toute cette agitation, nous pouvons la comparer à l'effervescence à la ligne de départ d'une course à pied. Or, pour les médecins, c'est comme s'ils voyaient les patients qui traversent chacun leur tour, un à la suite de l'autre, la ligne d'arrivée. Ils voient seulement un patient à la fois, et ce, dans leur salle de consultation. De par la nature de leur travail qui nécessite des espaces fermés où les patients peuvent consulter et discuter de leur santé en toute confidentialité, les médecins interagissent avec un seul patient à la fois, ce qui n'est pas toujours le cas chez les secrétaires médicales. Elles peuvent par exemple être en train d'enregistrer un patient alors qu'un autre patient est au téléphone pour demander un rendez-vous ou pour prévenir d'un retard.

Non seulement les médecins voient un patient à la fois, mais ils voient seulement ceux qui ont réussi à obtenir un rendez-vous. Pour revenir encore une fois à notre analogie, c'est seulement les coureurs (les patients) ayant franchi la ligne d'arrivée (c'est-à-dire obtenir un rendez-vous) qu'ils voient et non tous ceux qui étaient sur la ligne de départ. Cela s'explique par plusieurs raisons : parfois, le patient va essayer de trouver un autre établissement de santé pour obtenir un rendez-vous ou de tout simplement se rendre à l'urgence. Toutefois, ce n'est pas parce que les médecins ne le voient de leurs propres yeux qu'ils ignorent cette situation, ils peuvent en attendre parler par leurs propres patients quant à la difficulté de les voir[29]. Par ailleurs, cette caractéristique avait déjà été discutée par le travail de « *monitoring information* » comme l'avait défini Evers (1977). Or, cette fois-ci, nous souhaitons aller au-delà de la conception du rôle de la secrétaire médicale comme étant un pivot, mais bien en comparant la nature du travail des secrétaires avec les médecins afin de mettre en lumière les éléments spécifiques à leur rôle qui rendent leur travail complexe. Nous pouvons l'imager selon le schéma suivant :

[29] Bien qu'il soit difficile d'évaluer à quel fréquence les médecins reçoivent des commentaires quant à la difficulté d'avoir un rendez-vous, les secrétaires médicales rencontrées estiment que cela ne doit pas arriver fréquemment. Nous explorerons les hypothèses des secrétaires médicales à ce sujet au chapitre suivant.

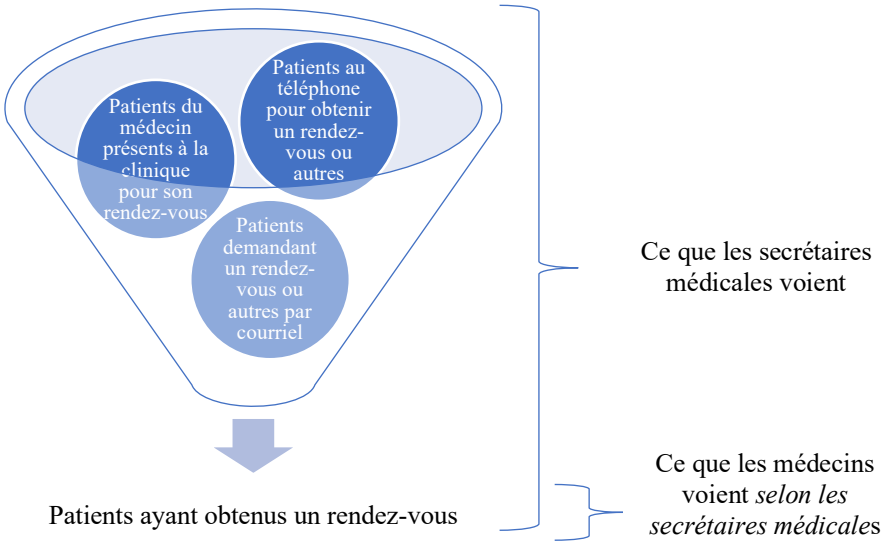

Figure 8. — La demande observée par les secrétaires médicales vs l'offre vécue par les médecins selon elles

Deuxièmement, comme nous l'avons abordé précédemment, les secrétaires sont sollicitées de toute part et cette caractéristique est au centre même de la nature de leur travail. Or, celle-ci rajoute une complexité à plusieurs égards. Pour Nour, c'est par exemple les aléas qui finissent par demander plus de temps que ce qu'il est normalement prévu qui rendent difficile parfois de maintenir le rythme de travail : « Il y a des choses qui prennent du temps [comme] lors des appels où il y a de l'écoute active » (Nour). Or, pour Louise, c'est aussi le cas lors des enregistrements :

> « Les médecins s'attendent à ce que les patients à leur arrivée, ils soient tout de suite enregistrés, mais c'est sûr que parfois ils ne se rendent pas compte que la carte est expirée, qu'[il] y a un formulaire à remplir, des frais à payer si la carte est expirée ou si c'est hors Canada […] donc c'est tout ça en fait, quand il y a des frais à faire [payer], des factures à faire, des documents à télécopier, […] [quand il faut trouver] le bon formulaire. Donc, c'est vrai que oui, un enregistrement de patient peut prendre entre je dirais 30 secondes [et parfois s'étendre] peut être parfois 3 à 5 minutes. [Par exemple, il y a,] tu sais, la maman qui cherche les cartes de ces enfants […] [et tu peux avoir en même temps] un [autre patient] qui est en attente au téléphone. […] Oui, tu sais, il y a beaucoup de choses qui sont méconnues des médecins » (Louise).

Ainsi, simultanément, les secrétaires sont amenées à répondre à toutes sortes de demandes, et ce, tout en ayant parfois un patient devant elles. Elles sont constamment sollicitées et sont amenées à faire plusieurs choses en même temps et à gérer plusieurs choses en même temps. Pour

les secrétaires médicales, cet élément n'est pas suffisamment connu auprès des médecins et cela engendre parfois des frustrations chez elles comme Adrianna explique :

> « Ils sont parfois *oblivious*. Ils vont nous demander de faire quelque chose sans se rendre compte qu'on est déjà en train de faire autre chose. Ils pensent souvent qu'on peut laisser tout en plan pour répondre à leur demande. […] Cela devient complexe, car leur demande n'est parfois pas urgente. C'est parce qu'ils veulent que les choses se fassent maintenant même si on est occupée [à une autre tâche] ou si [leur demande] n'est pas une urgence. Il ne nous laisse pas un laps de temps pour digérer les informations. Ils sous-estiment notre charge » (Adrianna).

D'ailleurs, les secrétaires médicales interviewées dans le cadre de ce projet ont souvent utilisé le terme « jongler » pour mettre en image cette situation. Nour rapporte : « Cette position épuise aussi les secrétaires, soit [lorsqu'il faut] jongler avec les patients et les médecins ». Pour Mélanie, c'était ce qui était le plus difficile dans son métier, soit de « jongler entre les demandes des patients et les exigences [et les] méthodes du médecin ». Pour Léa, « jongler avec les demandes des patients [est un défi], car les médecins sous-estiment à quel point ils peuvent être exigeants ».

4.2.3. Le travail de *care* : « on est là pour les aider »

Dans cette section, nous souhaitons revenir sur certains éléments du travail réel des secrétaires médicales qui selon nous est un travail de *care*, c'est-à-dire qu'il paraît invisible pour les patients et/ou pour les médecins selon elles ou qu'il s'agit d'activités qu'elles n'ont pas nécessairement nommées explicitement, mais qui, à la lumière des entretiens, sont ressorties comme étant une partie intégrante de leur travail. Ainsi, nous présenterons dans un premier temps les activités de travail reliées à la gestion des émotions des patients. Les stratégies utilisées pour réaliser ce travail seront abordées dans un second temps et seront situées dans la perspective du travail émotionnel (4.2.4).

D'abord, en nous décrivant leurs tâches qui paraissaient inaperçues auprès des médecins, les secrétaires nous ont aussi mentionné la gestion des patients difficiles. En s'attardant au langage utilisé pour décrire leurs interactions avec les patients difficiles, cela nous amène à croire qu'elles développent des aptitudes pour gérer différentes situations émanant de celles-ci. Les secrétaires

médicales entendent par patient « difficile » un patient qui devient irrité, voire frustré, car il n'arrive pas à obtenir des soins médicaux au moment qu'il juge en avoir besoin. Les secrétaires médicales qualifient ces patients de « lourds », « désagréables », « agressifs » et « méchants ». Pour Adrianna, il y a trois types de patients : « *old and grumpy*, ceux qui sont en douleur extrême et les "trous de cul" ». Toujours selon elle, « le patient parfait, c'est celui qui comprend tout et [qu]'il va te dire quand il est à bout, mais cela va lui prendre du temps » (Adrianna). Par conséquent, un patient parfait est celui qui comprend la réalité du système de santé du Québec, c'est-à-dire qu'il peut y avoir des délais d'attente. Or, toujours selon Adrianna, c'est environ 15 % des patients qui sont difficiles, mais elle précise : « C'est au moins un par jour, cela c'est sûr, mais il en faut [juste] un pour bousiller toute ta journée ». Nour est du même avis : « Je dirais qu'il n'y en a pas beaucoup de patients difficiles, mais il en faut [juste] un dans ta journée et cela affecte ta journée complètement ».

Selon les secrétaires médicales rencontrées, les patients difficiles vont avoir tendance à réagir de façon similaire et donc à vivre des émotions similaires. Premièrement, ils peuvent être en colère et ils vont devenir « agressifs », commencer à élever le ton ou à crier. Nour explique : « Ils sont préoccupés par leur situation donc je comprends leur inquiétude quand ils doivent attendre six mois pour un rendez-vous. Il y en a qui sont en colère, mais je ne suis pas d'accord avec cela ». Une solution choisie récemment dans sa clinique a été de commencer à juger de la priorité pour la prise de rendez-vous selon certaines conditions spécifiques » (Nour). Parfois, les patients vont devenir méchants avec les secrétaires médicales et ils vont leur souhaiter des situations malheureuses. Plusieurs secrétaires médicales nous ont rapporté que les plus courantes étaient les suivantes : « je vous souhaite d'être malade » ou encore « je vous souhaite un cancer ». Derrière celles-ci, il est possible de s'imaginer que le souhait du patient est que les secrétaires médicales expérimentent elles-mêmes les difficultés quant à l'accès au système de santé afin qu'elles comprennent mieux la situation des patients et qu'ainsi elles y deviennent plus sensibles. Pour Johanne, ce n'est pas nécessaire : « [les patients] nous parlent comme s'ils étaient les seuls patients dans la clinique, ils pensent qu'ils sont les seuls à vivre cela et qu'on ne veut pas les aider, mais on est là pour les aider ». Ces paroles sont d'une nature très violente et affectent grandement les secrétaires médicales comme Johanne nous confie : « Il y en a qui crie, mais cela je ne l'avais pas vu à la réception, seulement au téléphone. J'ai déjà raccroché, car un patient n'arrêtait pas de me

crier au téléphone. Et parfois, j'en pleure ». Nadège résume bien l'escalade que les secrétaires médicales observent chez les patients :

> « On pourrait croit que les patients se tempèrent, car ils veulent quelque chose de nous. Au contraire, ils mettent le paquet, ils parlent fort dans la clinique pour que tout le monde entende, ils se donnent en spectacle, ils pleurent, etc. Au départ, ils essaient la méthode calme et là ils voient qu'ils n'ont pas ce qu'ils veulent alors ils commencent à s'énerver. On dirait qu'ils tentent le tout pour le tout, mais ça ne fonctionne pas comme cela, on ne peut pas trouver des rendez-vous qui n'existent pas » (Nadège).

Pour faire face à ces patients en colère, les secrétaires médicales vont faire appel à différentes stratégies ou mécanismes afin de gérer cette situation. C'est lorsque les secrétaires médicales « gèrent » les patients difficiles — et les émotions des patients — que nous observons le travail de *care* qu'elles réalisent. Rappelons d'ailleurs que le travail de *care* se définit par un souci des autres et par une activité de soins donnée à autrui (Molinier, Laugier et Paperman, 2009 : 11). Il est caractérisé par une « éthique du *care* » à savoir des normes sociales qui inclut une attitude bienveillante et qui fait appel à l'amour et à l'affection (Molinier, 2004). Le travail de *care* englobe à la fois des activités matérielles et des activités ayant une charge émotionnelle. Celui-ci s'observe à plusieurs égards lorsque les secrétaires médicales sont devant des patients difficiles, notamment lorsqu'ils déviennnent en colère. Grâce aux différentes situations décrites par les secrétaires médicales rencontrées, nous pouvons dresser une « méthode de travail typique » qui démontre, dans un premier temps, le travail de *care* qu'elle réalise lorsqu'elles ont à gérer les patients difficiles et, dans un deuxième temps, qui permet de dégager la charge émotionnelle associée à ce travail. Reprenons l'exemple cité plus haut d'un patient qui devient en colère au téléphone ou en présentiel à la clinique, car il n'obtient pas de rendez-vous rapidement :

> Le patient demande un rendez-vous à la secrétaire médicale. La prochaine disponibilité est la semaine suivante.

Dans une telle situation, les secrétaires médicales vont d'abord commencer par essayer d'obtenir davantage d'informations. Elles peuvent demander aux patients s'il s'agit d'une urgence ou non. S'il s'agit d'une urgence selon le patient, la secrétaire médicale va offrir la prochaine disponibilité dans l'horaire du médecin. La secrétaire médicale va aussi consulter les « accès

adaptés », c'est-à-dire des plages horaires qui sont libérées à la fin de la journée ou 24 à 48 h à l'avance. Comme l'explique la secrétaire médicale Léa, ces plages horaires sont libérées « pour les urgences mineures qui demandent un rendez-vous avec le médecin de famille rapidement ». Si aucun accès adapté est disponible, la secrétaire médicale peut aussi diriger le patient vers le sans rendez-vous de la clinique afin de voir un autre médecin de la clinique.

> Le patient est insatisfait. La prochaine disponibilité ne lui convient pas, car il est souffrant et a besoin de voir son médecin de famille le plus rapidement possible.

À ce stade, les secrétaires médicales vont commencer à utiliser un langage empathique pour contrôler la situation et éviter une escalade. Une des premières stratégies adoptées par les secrétaires médicales est une « reconnaissance de la situation difficile » du patient. L'objectif est de calmer le patient et, pour ce faire, elles vont démontrer une empathie envers celui-ci. Cela va s'illustrer notamment par l'utilisation du « je » : « *je* comprends votre situation » ou encore « *je* suis là pour vous aider » qui a pour but de rassurer le patient que la secrétaire médicale se soucie de la situation dans lequel se retrouve le patient. Elles vont même à s'investir émotionnellement et à s'identifier à l'objectif du patient, voir même à s'inclure d'une certaine façon à sa « quête » en rappelant d'une part qu'elles sont là « pour les diriger vers le médecin » et d'une autre part qu'elles sont là « pour trouver une solution ». Pour Nadège, cela veut dire par exemple de « consulter d'autres cliniques de leur regroupement » ou de les « référer vers Info-santé ». Si elles ont un doute ou s'il s'agit d'une situation plus complexe, les secrétaires médicales vont parfois « transférer l'appel à une infirmière [de la clinique] qui fera un triage et qui posera plus de questions » (Johanne). Un tel triage suppose un prétravail médical qui suggère que les secrétaires médicales font un travail clinique[30].

À cet égard, les secrétaires médicales démontrent une réelle maîtrise de leur travail, à savoir comment elles répondent aux aléas de leur travail, ce qui fait bien référence au travail réel tel que défini par Dejours. Or, cette maîtrise du travail dans ce cas-ci fait aussi appel dans un premier temps au travail de *care*, dans le sens qu'elle met en lumière les pratiques de soins des secrétaires médicales, et dans un deuxième temps au travail émotionnel, dans le sens qu'elles connaissent bien

[30] Nous y reviendrons à la section 4.2.5.

les comportements attendus lorsqu'elles interagissent avec les patients. Enfin, pour Louise, cet aspect de leur travail devrait être reconnu et faire partie de la formation donnée aux secrétaires médicales. Elle explique :

> « Maintenant, savoir gérer les humains, des personnes vulnérables et parfois souffrantes, cela devrait faire partie de la formation, car on ne gère pas cela comme quelqu'un qui va aller magasiner une télé ou qui vient pour le plaisir. Les patients viennent parce qu'ils sont malades ou parce qu'ils ont besoin de voir un médecin » (Louise).

Ainsi, les secrétaires médicales démontrent une capacité à se mettre à la place des patients et vont adapter leur interaction dans ce genre de situations.

Le patient réitère l'urgence de sa situation. Il trouve que la secrétaire n'en fait pas assez.

Souvent à ce stade-là, la secrétaire médicale Léa rapporte que les patients vont leur demander « mais qu'est-ce que je fais ? ». Ils vont parfois même répéter plusieurs fois cette question lors d'un échange avec la secrétaire médicale illustrant bien le sentiment d'impuissance qu'ils ressentent. Lorsque les patients vont faire ce genre d'affirmation, les secrétaires médicales vont utiliser une autre stratégie, soit d'expliquer la politique de la clinique médicale ou d'expliquer les limites organisationnelles avec lesquelles elles doivent composer. L'objectif est d'essayer de raisonner le patient lorsqu'ils ont des demandes qui sont tout simplement impossibles à accepter. Pour Nadège, il s'agit de rappeler aux patients qu'« elle ne peut pas inventer des places ». Pour Johanne, c'est aussi de préciser qu'« elle ne gère pas l'horaire du médecin ». Léa résume d'ailleurs bien cette situation à laquelle s'exposent constamment les secrétaires médicales : « Je comprends les frustrations des patients [lorsque le médecin n'est pas disponible], mais je ne peux rien faire de plus parfois. Quand c'est non, ce n'est pas moi qui décide et quand c'est oui non plus ». Toutefois, pour certains patients, ce n'est pas encore suffisant. Souvent à ce stade-là, les patients vont leur demander et répéter sans cesse « mais qu'est-ce que je fais » comme nous l'a signalée Léa. Or, la

secrétaire médicale ne peut pas inventer de places. Il peut arriver qu'elle n'ait plus d'options à proposer aux patients.

> Le patient élève le ton. Il est en colère de ne pas pouvoir avoir son rendez-vous plus rapidement. Il s'impatiente.

Pour Nadège, quand les patients ont essayé « […] la méthode calme et [qu'] ils voient qu'ils n'ont pas ce qu'ils veulent, ils commencent là à s'énerver ». Elle ajoute que le comportement difficile de certains patients est plutôt paradoxal :

> « On pourrait croire que les patients se tempèrent, car ils veulent quelque chose de nous, mais au contraire ils mettent le paquet, ils parlent fort dans la clinique pour que tout le monde entende, ils se donnent en spectacle, ils pleurent, etc. » (Nadège).

Enfin, si la secrétaire médicale a exploré toutes les options devant elle, elle se tournera vers deux dernières options. D'abord, elle peut se tourner vers ses collègues ou sa gestionnaire, et ce même si elle sait qu'elles n'auront fort probablement pas d'autres solutions à proposer aux patients. Johanne explique :

> « Parfois, je vais à l'arrière [dans les bureaux] afin de donner un peu de temps aux patients de se calmer et là les patients ont plus l'impression qu'on a essayé de les aider alors qu'on savait pertinemment qu'en allant à l'arrière on n'allait pas inventer une solution. Ils veulent avoir l'impression qu'on a tout essayé pour eux même si nous on le sait que la réponse ne va pas changer, car on connaît les limites du système, on connaît notre métier » (Johanne).

Pour Léa, elle se tourne parfois vers une autre collègue en la faisant passer pour la coordonnatrice. Elle précise que « c'est souvent une secrétaire médicale qui a plus d'ancienneté à la clinique » (Léa). Pour Johanne, qui travaille en tant que téléphoniste, il peut s'agir aussi de transférer à l'adjointe du médecin :

> « [C'est] surtout avec nous au téléphone [qu'ils sont le plus en colère], car quand on le transfère la colère a déjà diminué. [Au téléphone], on est le premier contact alors il y

> a les cris et la colère, mais quand on transfert à une autre personne, […] la colère, déjà, elle diminue. Vu qu'on est le premier contact, là, ils sont comme fâchés. Après, ils réalisent que ce n'est pas de notre faute et là la colère diminue. Si on transfère quelqu'un à l'adjointe, la colère est déjà moindre avec elle. [Parfois], quand j'étais à la réception, quand un patient montait le ton, on disait « juste un moment, je vais aller chercher ma coordonnatrice », mais parfois c'était juste une autre secrétaire. On dirait que juste le fait qu'il pense qu'on essaie de trouver une solution et que là ils ont raison [puisqu'on va chercher du support de nos collègues], le patient est moins colère, car ils voient nos efforts » (Johanne).

Une autre option à ce stade pour les secrétaires médicales est de demander directement aux médecins s'ils peuvent ajouter ce patient à leur horaire déjà rempli. Or, cette option est très souvent inconfortable pour les secrétaires, car elles connaissent déjà la réponse du médecin ou elles savent que le médecin ne veut pas se faire déranger pendant leurs rendez-vous avec leurs patients. Léa raconte : « Si je vais voir le médecin pour ajouter un autre patient dans sa journée, le médecin va souvent me rappeler que son horaire est déjà plein ». Même si certains médecins sont plus flexibles, il reste que selon les secrétaires médicales rencontrées il est rare que cela les mette dans une situation avantageuse, car le médecin va leur rappeler les procédures qu'elles connaissent déjà. Or, pour les secrétaires médicales, il s'agit d'une autre façon de montrer aux patients qu'elles déploient beaucoup d'efforts pour eux. Malgré tout, toutes les secrétaires médicales rencontrées ont dit qu'elles ressentaient souvent un sentiment d'impuissance dans leur travail. Nadège raconte : « C'est fatigant d'être toujours la messagère de mauvaises nouvelles, mais on finit par s'immuniser, car on ne peut pas inventer des disponibilités, changer les horaires des médecins ou demander à ce qu'ils en prennent plus ». Elle raconte d'ailleurs que dans sa clinique « [elles] ont un dossier « divertissement » contenant d'anciens courriels comiques de patients [qu'elles consultent] quand [elles] deviennent découragées au travail » (Nadège).

Tout ce travail entourant la gestion des patients difficiles épuise les secrétaires médicales. Louise, devenue gestionnaire en ressources humaines dans sa clinique médicale, précise : « Les secrétaires sont un peu le *punching bag*. On écope, on écope et à un moment on s'épuise, on fait un *burn-out* et on change de métier. Mais cela, les cliniques finissent par payer pour, car cela devient plus difficile à recruter ». Elle ajoute : « Beaucoup [de secrétaires médicales] ont quitté ce métier, car pour prendre soin des autres, il faut d'abord prendre soin de toi et si tu n'arrives pas à

prendre soin de toi, tu ne peux pas le faire pour les autres ». Pour Johanne, même si certains patients lui crient au téléphone, la critique sur sa capacité à faire son travail ou qui lui disent qu'elle est « la pire personne du monde et qu'[elle] ne veut pas les aider, […] [elle] reste, car la majorité sont de bons patients et qu'[elle] se sent utile à la fin de la journée. C'est ma paie aussi cela ». Louise redeviendrait secrétaire médicale à nouveau aussi pour cette raison : « Si un jour je redevenais secrétaire médicale, cela serait pour les moments où je réussissais à vraiment aider les patients en trouvant un rendez-vous quand ils sont dans une situation particulièrement difficile ».

Deuxièmement, outre la colère, une autre émotion que peuvent montrer les patients difficiles aux secrétaires médicales est la tristesse. Cette situation arrive notamment lorsque le médecin n'est pas à jour comme l'explique Léa : « [cela] cause encore plus d'appel, car il y a des patients qui attendent que le médecin fasse son bureau et parfois certains patients pleurent au téléphone en raison de l'attente ». Or, les secrétaires sont très sensibles aux difficultés rencontrées par les patients malgré que cela peut être un choc pour les nouvelles secrétaires médicales. Louise en a été témoin lorsqu'elle formait des nouvelles secrétaires médicales :

> « Quand je formais des nouvelles secrétaires, parfois [il y a] un patient qui arrive et qui va te débouler tout ce qu'il a te débouler et [pour la nouvelle secrétaire] elle va faire comme okay wow et c'est là où on risque de perdre notre personnel. Mais pourquoi nous, on vit ça en fait, on n'a pas demandé à vivre ça. On n'a pas demandé à vivre les émotions des gens. Nous, tout ce qu'on veut, c'est diriger [les patients] vers le médecin sauf que la secrétaire, c'est la première, c'est la première porte d'entrée des cliniques. Là, je parle plus des réceptionnistes, [mais] c'est pareil au téléphone où parfois c'est fluide alors que d'autres fois des personnes s'acharnent. Alors, si les secrétaires n'ont pas une certaine carapace et bien tu peux finir tes journées en pleur. La chose la plus difficile, c'est les patients difficiles. Beaucoup [de secrétaires médicales] ont quitté ce métier, car pour prendre soin des autres, il faut d'abord prendre soin de soi et si tu n'arrives pas à prendre soin de toi, tu ne peux pas le faire pour les autres » (Louise).

Ces situations sont partagées par toutes les secrétaires médicales que nous avons interviewées. D'ailleurs, des secrétaires médicales ayant travaillée dans le même GMF nous ont partagés avoir eu une formation sur la gestion des patients difficiles avec les travailleuses sociales de leur GMF. Pour Louise, cela fait partie de l'évolution du métier de secrétaire médicale :

> « On a fait une formation récemment avec nos travailleurs sociaux pour les employées sur la clientèle difficile [...] parce que, la clientèle difficile, on en a de plus en plus. Je pense que ça serait important aussi que cela fasse partie de la formation à l'école. Oui, il y a le concret, savoir taper et [savoir comment fonctionne] les logiciels, mais je pense que maintenant l'humain devrait sûrement faire partie aussi des cours qui doivent être enseignés parce qu'avec tout ce qu'on a vécu ces dernières années, je pense que la réalité, elle n'est plus pareil. Le métier de secrétaire évolue [...] et la population a changé. La technologie [change aussi notre quotidien]. Par exemple, avant, les gens attendaient à 6 h du matin pour peut-être voir un médecin à 15 h, mais maintenant la prise de rendez-vous est en ligne alors oui, cela a complètement changé le métier » (Louise).

Adrianna n'a pas eu de formation en santé mentale, mais elle aussi reconnaît ce besoin : « Certaines cliniques offrent parfois des cours de secourisme, mais je crois qu'il devrait aussi offrir un cours quant à la santé mentale ». Cela s'explique selon elle parce que « ce n'est pas reconnu l'intervention qu'on doit faire quant à la gestion des patients ». Pour Johanne, il s'agit d'une question de sécurité dans certaines situations : « Les premières années [à la clinique], il y avait beaucoup d'itinérants et ils utilisaient la salle de bain pour se laver. Cela causait parfois des problèmes et il y a eu quelques épisodes de violence dans la salle d'attente ».

En vivant ces situations difficiles, les secrétaires médicales vont préciser certaines compétences qu'il est nécessaire d'avoir pour faire ce métier. Par exemple, Nadège précise qu'« il faut de la patience et de l'empathie pour gérer [les patients] ». Elle ajoute que « [cela ne veut pas dire pour autant de] céder tout ce qu'il[s] veu[lent] ». Ses stratégies s'inscrivent, dans les faits, dans ce qu'on peut qualifier de travail de *care*. Celui-ci est notamment présent quand les secrétaires médicales travaillent avec les patients, mais aussi avec leurs collègues et les médecins. En somme, le travail de *care* des secrétaires médicales se matérialise non seulement par la nature de leur travail, soit de répondre aux besoins des autres, c'est-à-dire de répondre aux patients qui ont besoin de soins de santé, mais aussi par la façon qu'elles réalisent leur travail, soit de montrer de l'affection envers les patients, c'est-à-dire d'être empathiques et patientes envers les patients. Elles adaptent leur interaction puisque les patients sont des « personnes vulnérables et parfois souffrantes » (Louise). Toujours selon Louise, et comme nous l'avons déjà mentionné, le service à la clientèle doit y être adapté. Or, comme Molinier l'avait précisé, derrière l'éthique du *care* se cache une stratégie pour surmonter les difficultés et la pénibilité du travail. Plusieurs des secrétaires médicales

nous ont mentionné « aimer leur travail » et que leur sentiment d'utilité faisait partie de leur paie. Par exemple, pour Adrianne, la position de secrétaire médicale est une « qui en fait beaucoup [et celles qui l'occupe] en souffre beaucoup même si [elles] aiment leur travail ».

Or, comme Molinier le soulignait, derrière de tels discours sur l'amour du travail se cache souvent un manque de reconnaissance de leur travail. Pour Dussuet, cela contribue à les enfermer dans un « cercle de don » où il y a une non-reconnaissance de leur investissement émotionnel et finit par masquer les compétences requises pour faire le travail de secrétaire médicale. « Exprimer leur amour », façon de mieux vivre leurs difficultés au travail et sa pénibilité, finit par les nuire, car cela finir par faire « taire » la nature de leur travail. Nous l'avons d'ailleurs bien démontré précédemment en présentant les tâches qui passent inaperçues auprès des patients et des médecins selon les secrétaires médicales. Ainsi, force est de constater que les secrétaires médicales se retrouvent aussi dans cette situation. Par exemple, il suffit de citer l'exemple, comme nous l'avons rapporté précédemment, des patients qui tendent à sous-estimer les efforts que les secrétaires médicales déploient afin de les aider. Malgré ceux-ci, les patients concluent souvent à un manque de maîtrise du travail des secrétaires médicales et sont souvent aveugles aux limites organisationnelles du système de santé lorsqu'elles n'arrivent pas à répondre à leur demande.

4.2.4 Le travail émotionnel des secrétaires médicales : « on essaie de montrer aux patients qu'on les comprend »

Comme nous l'avons déjà mentionné, en plus du travail de *care* que les secrétaires médicales réalisent, elles font aussi un travail émotionnel. Hochschild (2017) définit le travail émotionnel comme la capacité à cacher ses vraies émotions. Hochschild (2017) présente les émotions comme des réactions qui dépendent des interactions entre les individus et du contexte social au sens plus large. Elle s'est intéressée notamment aux émotions mises en scène par les travailleuses et l'émotion réelle vécues par celles-ci et s'il existait une dissonance et une aliénation à cet égard. Nous avons bien mis en évidence dans les sections qui précèdent l'importance des émotions mises en scène par les secrétaires médicales. Par exemple, lorsque les patients leur partagent leurs situations difficiles ou leur exaspération quant à la difficulté d'avoir accès à des soins de santé, les secrétaires médicales sont à l'écoute et se montrent empathiques. Ces situations

parviennent à les toucher, parfois même à les bouleverser. Plusieurs secrétaires médicales semblent d'ailleurs s'être fait une carapace afin de prendre une certaine distance avec les difficultés partagées par les patients. Par exemple, Nadège travaillant à la réception explique : « Parfois, les patients se vident le cœur et vont expliquer tous leurs petits bobos, mais moi je n'ai pas le temps pour tout leur historique, j'ai du travail, [et] parfois [j'ai même] des patients devant moi ». Johanne ajoute : « On voudrait tellement que tout le monde soit content, mais avec le temps j'ai appris que je ne peux pas faire plus que ce que j'ai, mais on essaie de montrer aux patients qu'on les comprend et qu'on va essayer de trouver une solution ». Pour cette dernière, cela passe notamment par le fait de le « prendre moins personnel » (Johanne).

Nous pouvons donc conclure que dans les échanges sociaux entre les patients et elles se dégagent des règles de sentiment comme les définit Hochschild, c'est-à-dire des conventions émotionnelles ou en d'autres mots des règles qui limitent les émotions qui sont considérées comme appropriées dans ces situations. Ces règles, telles que celle de préciser aux patients qu'« elles comprennent leur situation », sont mobilisées dans leur travail et font partie intégrante de leur travail ou, du moins, sont nécessaires pour faciliter les échanges sociaux qu'elles ont avec les patients. En effet, si elles répondaient aux patients en leur disant, par exemple, qu'ils exagèrent sur leur douleur ou sur leurs symptômes, il est fort probable que les patients perdraient confiance en la clinique, voir même les médecins de la clinique. D'ailleurs, suivant Wichroski (1994) on peut voir là une référence à ce rôle en évoquant le « travail politique » des secrétaires médicales. En effet, elles ont un rôle à jouer afin que « *The atmosphere of the medical office […] inspire confidence in the professional, and so a happy atmosphere is required which adds to the sense that one is being well taken care of* » (Wichroski, 1994 : 36).

Ensuite, et peut-être surtout, nous avons relevé que certaines secrétaires développent des stratégies pour mieux gérer cette charge émotionnelle. Nous pouvons d'ailleurs les considérer comme faisant partie du *self-care* qui signifie littéralement « soin que l'on prodigue à soi » (Saillant et Gagnon, 1996). En d'autres mots, le *self-care* correspond aux actions que les secrétaires médicales prennent afin de prendre soin d'elle. En effet, comme nous l'avons mentionné plus haut, certaines secrétaires sont conscientes des risques et nous ont mentionné l'importance « de prendre soin d'elle afin de prendre soin des autres » (Louise).

Nos entretiens ont toutefois surtout pu retracer les pratiques de *self-care* qu'elles développent *a posteriori* pour mieux supporter les difficultés reliées à leur travail (et moins celles qu'elles mettent de l'avant à titre préventif). Par exemple, comme mentionné précédemment, pour Nadège, cela passe par le rire, c'est-à-dire par la lecture de courriels de patients qui sont de nature comique. Pour d'autres, c'est aussi se tourner vers les autres secrétaires médicales quand la situation avec un patient devient trop difficile. Ce recours à l'entraide nous a été rapporté de différentes façons par les secrétaires médicales rencontrées. L'entraide va même au-delà des difficultés reliées au travail comme raconte Nadège : « Travailler juste avec des femmes, j'aime bien […], car on se retrouve et quand le travail se calme, cela arrive qu'on se parle et […] on se donne des conseils entre femmes. Une petite famille de femmes, un genre de sororité ».

Par ailleurs, les pratiques de *self-care* à titre préventif qui ont été mentionnées sont surtout orientées vers les conditions d'exercice du travail. Ceux-ci peuvent parfois être envisagés comme une stratégie de « compensation » (un salaire assez élevé), mais aussi d'évitement (dans le cas du télétravail). Par exemple, pour Johanne, c'est son salaire et le télétravail qui lui permet de mieux supporter la charge émotionnelle de son travail : « Vu que cela fait 15 ans [que je travaille à la même clinique], […] je gagne quand même bien dans ma vie. […] Maintenant, je suis aussi en télétravail dont je peux travailler de partout. C'est pour cela que je reste, car c'est un avantage pour moi. Pendant la covid, je n'avais pas à travailler avec un masque ». Pour Louise, travaillant désormais comme gestionnaire, offrir aux secrétaires médicales de meilleurs salaires est plus compliqué, mais elle essaie de développer des politiques qui favorisent une bonne ambiance au travail. Elle explique :

> « On le sait, nous ne sommes pas le GMF qui offre le plus en salaire, mais qu'est-ce qu'on peut faire pour que l'employée se sente bien ? Qu'est-ce qu'on peut faire pour justement garder notre personnel ? Et bien ça passe en faisant une semaine de la reconnaissance, en célébrant l'anniversaire des secrétaires, en créant des comités festifs, donc de faire des petites activités hors travail pour que la cohésion soit là. On essaie aussi d'avoir des petits budgets pour faire des tasses, des crayons, etc. Voilà, c'est des petites choses comme ça. Ce n'est pas grand-chose, mais on a quand même aussi augmenté nos journées « maladie ». Maintenant, c'est deux journées « maladies » et deux journées pour motif personnel. On avait deux semaines de vacances, on est passé à trois semaines après un an de service pour essayer d'améliorer nos conditions de travail et de garder nos gens » (Louise).

4.2.5 Le travail clinique : une activité réelle du travail des secrétaires médicales

Finalement, nous souhaitons revenir sur certains éléments dont nous avons discuté avec les secrétaires médicales participantes à cette étude et qui font écho au travail clinique que nous avons abordé au chapitre 1. D'abord, rappelons que le travail clinique peut être défini en allant au-delà d'une conception où il serait réservé strictement aux actes médicaux. Le travail clinique, comme Møller et Vikkelsø (2012) l'ont présenté, commence dès l'arrivée du patient lors de son examen et se poursuit lors des suivis de son traitement et des résultats de ceux-ci. Au cours de nos entretiens, certaines activités associées au travail clinique, du moins tel que le présentent Møller et Vikkelsø, ont été mentionnées par les secrétaires médicales.

En premier lieu, les secrétaires médicales ont rapporté devoir consulter les demandes de rendez-vous et les références afin de valider si celles-ci sont valides et conformes. Adrianna explique : « [À notre clinique [de spécialistes], quand je reçois les références de l'urgence, je dois valider si le docteur qui est recommandé est le bon parce que parfois il y a des spécialistes qui ne traitent pas les enfants par exemple ». Pour Léa, il s'agit aussi de diriger parfois les patients vers les bonnes ressources : « Une fois, une patiente m'a appelé pour obtenir un sans rendez-vous. Elle ne savait pas quoi faire, car elle avait perdu un ongle d'orteil au complet. Elle m'a même précisé qu'elle l'avait gardé. Je ne savais pas trop quoi faire, mais je lui ai expliqué que si c'était vraiment une urgence, elle était mieux de se rendre à l'hôpital ». Bref, ces exemples montrent que les secrétaires médicales sont amenées à faire une forme de triage même s'il peut paraître superficiel et s'explique par la quantité limitée de rendez-vous disponible.

En deuxième lieu, les secrétaires médicales ont rapporté devoir régulièrement interpréter les informations médicales et évaluer leur niveau d'urgence. Pour Léa, elle explique : « Lorsque je travaillais seule le week-end [dans une clinique] à Québec, je devais consulter les fax et lire les résultats afin de savoir lesquels nécessitaient que le médecin sur appel consulte immédiatement ». Elle précisa d'ailleurs comment elle parvenait à déterminer si les résultats étaient urgents ou non :

> « Lors de ma formation, on m'avait indiqué quelques mots qui pouvaient signifier que le résultat nécessitait de prendre action le plus rapidement possible. Par exemple, dans le cas d'un résultat positif à une IST, le patient doit le savoir le plus rapidement

> possible pour pouvoir commencer son traitement le plus tôt possible. Il est aussi obligé par la loi de prévenir ses partenaires passés et actuels. C'est déjà arrivé que le médecin sur appel me demande de rappeler le patient pour lui annoncer son résultat, car il n'avait pas réussi à le rejoindre. Le médecin m'avait demandé de ne pas arrêter de l'appeler jusqu'à ce qu'il rappelle. […] Après, plus que tu travailles dans une clinique longtemps, plus que tu finis par connaître les termes qui indiquent une gravité » (Léa).

Par ailleurs, les secrétaires sont amenés, parfois mêmes malgré elles, à évaluer le niveau d'urgence des demandes de rendez-vous des patients au téléphone. Johanne raconte :

> « J'ai toujours refusé d'être responsable quant à l'évaluation des urgences au téléphone. À un certain moment, nous avons même eu un tableau avec des questions à poser. Moi je n'étais pas à l'aise avec cela, car je ne suis pas infirmière. Je peux poser quelques questions, mais de juger si c'est une urgence, non [je ne veux pas avoir cette responsabilité-là]. Il y a certains symptômes où on ne pose pas plus de questions et où on donne un rendez-vous le lendemain. Si c'est davantage ou on ne sait pas trop, on transfère à une infirmière qui fait le triage [et] qui va poser plus de questions. On ne veut pas prendre cette charge-là. Moi je trouve que cela serait bien d'avoir un minimum de connaissance, mais on ne devrait pas être les seules à avoir cette charge-là, car ce n'est pas notre place » (Johanne).

En troisième lieu, en plus de transmettre les résultats, les secrétaires peuvent être amenés à devoir donner des renseignements sur la nature des examens à passer. Léa développe : Parfois, [les patients] oublient de demander quelque chose et vont me poser des questions sur leur examen à passer ». D'ailleurs, il semblerait qu'il s'agit d'une situation fréquente lorsque les patients reviennent voir la secrétaire médicale après avoir été dans le bureau du médecin. Dans ces cas-là, Léa est parfois amenée à expliquer la procédure de certains examens. Elle ajoute : « Si c'est des questions plus spécifiques sur la procédure, je lis la note du médecin pour donner l'information manquante ou je demande à l'infirmière et si je suis vraiment obligée, je vais aller demander au médecin » (Léa). Johanne vit aussi ce même genre de situation :

> « En ayant plus de connaissances (par exemple sur le déroulement d'un type d'examen), cela pourrait éviter de déranger à nouveau le médecin pour répondre à ces questions-là, car cela arrive souvent que les patients rappellent ou reviennent à notre bureau et se rendre compte qu'ils ont oublié de poser leurs questions » (Johanne).

D'ailleurs, selon Léa, « les médecins sous-estiment que les patients veulent plus de contacts et ont besoin de plus d'explications ». Elle précise d'ailleurs que cela s'applique non seulement lorsque les patients sont amenés à passer des examens, mais aussi lorsqu'elle est amenée à communiquer des résultats négatifs aux patients : « Quand le médecin nous demande d'appeler un patient pour lui dire que son résultat est négatif, bien souvent le patient a d'autres questions, mais nous ne pouvons pas lui répondre, alors, ça engendre des frustrations pour le patient et pour moi aussi » (Léa).

Dans cette section sur le travail réel des secrétaires médicales, nous avons montré que celui-ci se présentait sous la forme de tâches qui passaient parfois inaperçues selon elles auprès des patients d'une part et auprès des médecins d'une autre part. Toutefois, nous avons montré que le travail réel des secrétaires médicales allait bien au-delà de ces tâches inaperçues. Le travail réel des secrétaires médicales consiste à du travail de *care*, à du travail émotionnel et à du travail clinique qui se dégagent dans les différentes techniques, méthodes et stratégies qu'elles utilisent pour faire face aux aléas de leur travail. Par celles-ci, les secrétaires médicales démontrent une réelle maîtrise de leur rôle. Également, nous avons pu observer que certaines tâches qui passaient inaperçues selon elle auprès des patients ou des médecins pouvaient être considérées comme du travail clinique selon la définition de Bardram (1997). En reprenant notre résumé des caractéristiques du travail des secrétaires médicales présenté à la suite de notre revue de littérature (figure 4 au chapitre 2) et nos résultats, nous pouvons résumer le travail réel des secrétaires médicales en GMF ainsi :

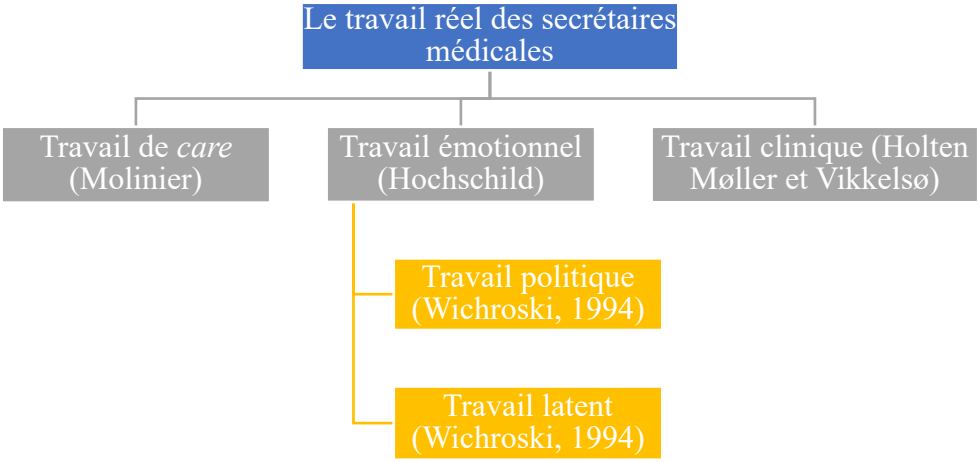

Figure 9. — Le travail réel des secrétaires médicales en GMF

4.3 Conclusion

En conclusion, nous avons présenté dans ce premier chapitre d'analyse le travail des secrétaires médicales en distinguant le travail prescrit et le travail réel de celles-ci. Premièrement, grâce à nos entretiens, nous avons pu confirmer que certaines activités de travail prescrites des secrétaires médicales travaillant dans des cliniques médicales québécoises, dont des GMF, faisaient écho aux activités de travail présentées dans la revue de littérature au chapitre 1. Par exemple, il est reconnu que dans les cliniques médicales les secrétaires médicales ont à faire la prise de rendez-vous et à accueillir les patients. Également, il est explicite que les secrétaires médicales collaborent avec les médecins par le biais du *tyding*, soit le suivi de demandes et l'acheminement d'informations concernant le patient qui dans notre recherche est étroitement lié au moment où les médecins « font leur bureau ».

Deuxièmement, grâce à l'orientation de certaines questions lors de nos entretiens, en demandant notamment aux secrétaires médicales rencontrées de préciser les tâches qui paraissent inaperçues selon elles auprès des patients et auprès des médecins, nous avons réussi à dégager certaines tâches qui représentent le travail réel des secrétaires médicales. Nous avons pu ainsi conclure que le travail réel des secrétaires médicales se présente comme étant du travail de *care*, du travail émotionnel et du travail clinique. En combinant le travail prescrit et le travail réel des secrétaires médicales travaillant en clinique, nous arrivons à la conclusion que le travail de secrétaires médicales est à la jonction entre le travail administratif et le travail de *care*. Or, le travail administratif est majoritairement celui prescrit et il est bien connu des patients et des travailleuses au sein des cliniques médicales. Toutefois, ce qui en dégage de nos rencontres avec les secrétaires médicales, c'est que le travail de *care*, le travail émotionnel et le travail clinique donnent un large aperçu de ce que constitue le travail réel de celles-ci. Qui plus est, celui-ci n'est pas souvent reconnu et il est parfois même invisible aux yeux des patients et des travailleuses au sein des cliniques médicales. L'invisibilisation de certaines activités de travail n'est pas un phénomène unique aux secrétaires médicales comme discuté précédemment : nombreux métiers qui ont été historiquement occupées par des femmes sont invisibilisées par le fait que ceux-ci appellent à des aptitudes dites féminines et non à des compétences professionnelles. Le travail réel des secrétaires médicales travaillant en clinique médicale est donc un travail qui paraît invisible aux yeux du public et des

travailleuses de la santé. Cette non-reconnaissance d'une partie de leur travail a plusieurs conséquences, notamment la dévalorisation de celui-ci, sera au cœur du prochain chapitre, lequel complètera notre présentation des résultats de l'enquête.

Chapitre 5

L'invisibilisation du travail des secrétaires médicales rime avec dévalorisation

Au chapitre précédent, nous avons mis en lumière qu'une portion importante du travail réel des secrétaires médicales était invisibilisée. Ainsi, le travail de *care*, le travail émotionnel et le travail clinique qu'elles réalisent semblent passés largement inaperçus aux yeux du public – ou, pour le moins, sous-estimé grandement –, mais aussi auprès de leurs collègues, et particulièrement des médecins. Lorsque nous avons questionné les secrétaires médicales sur leurs relations au travail, nous avons constaté que cette invisibilisation a un impact négatif sur celles-ci et qu'elle constitue par ailleurs un vecteur important de la pénibilité de leur travail, mais surtout de sa dévalorisation. En effet, le fait qu'une part non congrue de leur travail soit invisible (et donc méconnu ou mal compris) provoque des frustrations de la part des travailleuses.

Les mécanismes contribuant à ces dynamiques seront exploités ici en trois temps. Nous nous intéresserons d'abord à l'impact de la valorisation différenciée des métiers et professions sur les relations entre des travailleuses, et ce, dans un environnement de travail fermé telle une clinique médicale (5.1) ; puis à l'impact de la valorisation différenciée des métiers et professions dans le service aux patients (5.2) ; et enfin à l'impact de la valorisation différenciée des métiers et professions sur la structure et le fonctionnement des cliniques médicales (5.3).

5.1 La valorisation différenciée des métiers et professions au sein des cliniques médicales

La profession de médecin, une profession dite libérale, est grandement valorisée au Québec. C'est souvent vers ce professionnel que les individus se tournent quand ils ont mal, quand ils sont souffrants ou quand ils sont blessés. Cette situation n'est pas unique au Québec et est assez répandue en Occident. Cette haute valorisation sociale s'immisce dans les milieux de travail, tel que les cliniques médicales. Corollairement, elle se répercute également dans la « hiérarchie » des métiers et professions dans le secteur de la santé, ce qui en vient à avoir un impact non négligeable sur la qualité — et les modalités — des relations entre les médecins et les secrétaires médicales.

Nous présenterons dans cette section différentes situations qui permettent de mieux saisir les relations entre les médecins et les secrétaires médicales dans une clinique médicale, et les répercussions qu'elles peuvent avoir sur ces dernières.

5.1.1 « Les secrétaires attendent les médecins »

Une première situation de travail, décrite par plusieurs des secrétaires rencontrées, illustre bien comment la valorisation différenciée des métiers et professions, et la préséance des médecins sur celles-ci dans la hiérarchie des métiers de la santé, se traduit concrètement dans les pratiques quotidiennes. Ce ne sont pas les médecins qui attendent, mais que les secrétaires médicales. Cela peut engendrer son lot de frustrations comme le souligne Léa :

> « Les médecins pensent toujours qu'ils sont la priorité et, dès qu'ils ont une demande, nous devons leur répondre tout de suite même si nous sommes au téléphone ou occupées à autre chose. […] Nous devons répondre toujours aux médecins en premier, et ce même s'il y a un professionnel en ligne, car quand ils viennent nous voir, ce n'est pas pour rien, alors nous devons répondre vite. Le médecin n'attend pas, mais les infirmières oui parfois. Les secrétaires attendent les médecins » (Léa).

Adrianna abonde dans le même sens. Comme nous avons déjà eu l'occasion de l'évoquer au chapitre précédent :

> « Ils [les médecins] sont parfois *oblivious*. Ils vont nous demander de faire quelque chose sans se rendre compte qu'on est déjà en train de faire autre chose. Ils pensent souvent qu'on peut laisser tout en plan pour répondre à leur demande. […] Cela devient complexe, car leur demande n'est parfois pas urgente. C'est parce qu'ils veulent que les choses se fassent maintenant même si on est occupée [à une autre tâche] ou si [leur demande] n'est pas une urgence. Il ne nous laisse pas un laps de temps pour digérer les informations. Ils sous-estiment notre charge » (Adrianna).

En soi, comme dans d'autres contextes de travail, il n'est pas rare qu'il existe des délais lorsque des demandes sont faites entre des collègues dans le cadre de leur travail au sein d'une clinique médicale. Or, ce qui nous apparaît significatif ici, c'est que selon ce que nous décrivent les secrétaires médicales, il y a des comportements ou des exigences auxquelles les médecins ne sont pas astreints. Bien qu'au chapitre précédent nous avons souligné que les interruptions faisaient

partie intégrante du travail de secrétaires médicales, l'injonction au « tout de suite maintenant » peut causer des irritations auprès de ces dernières, car derrière celle-ci se cache une dévalorisation des tâches qu'elles accomplissent. En effet, le fait que les demandes faites par les médecins doivent toujours être traitées en priorité en vient à faire en sorte que le travail des secrétaires médicales paraît moins important et, donc, qu'il peut être interrompu, voire mis sur pause, afin de répondre à la demande du médecin qui, elle, serait « plus importante ». Certes, certaines demandes peuvent réellement être prioritaires et urgentes, notamment lorsqu'il s'agit de prendre action rapidement concernant le début de traitement d'un patient, mais il n'en demeure pas moins que selon les secrétaires médicales rencontrées, les demandes des médecins semblent intrinsèquement prioritaires et plus importantes. Dit autrement, ces derniers n'ont même pas à insister ou à évaluer le réel degré d'urgence de leurs demandes. Cette situation s'explique sans doute en partie par la fonction même de la clinique médicale où le service rendu en clinique médicale s'organise principalement autour du rendez-vous avec le médecin, et donc que celui-ci est le « principal » prestataire de service et que celui-ci a préséance sur les tâches administratives. Cela dit, comme, nous avons également eu l'occasion de le préciser au chapitre précédent, certaines de ces tâches dites administratives sont essentielles au bon fonctionnement de la clinique médicale et peuvent être même considérées parfois comme du travail clinique. Force est toutefois de constater que celui des secrétaires médicales est constamment relégué au second rang.

5.1.2 « Ce ne sont pas les mêmes règles entre les médecins et les secrétaires »

Un autre exemple qui illustre la différence de comportements admissibles selon la profession ou le métier concerne les retards et les absences non prévues. Pour Léa, « ce ne sont pas les mêmes règles entre les médecins et les secrétaires ». Cela se traduit notamment par le fait que « c'est OK pour eux d'être en retard, mais pas les secrétaires ». Cette différence entre ce qui est acceptable pour les secrétaires médicales et les médecins, forme d'injustice procédurale, se constate également lorsqu'on jette notre regard sur la façon dont sont considérées les absences sans (ou avec peu de) préavis de ces derniers. À ce sujet, Louise raconte :

> « C'est comme si c'était naturel. Ah, vous annulez ? Aucun scrupule pour te dire que c'est parce qu'il fait beau et qu'il va au golf ou que son enfant est malade ou qu'il a décidé de de juste prolonger son week-end. Tu dis : "okay docteur, pas de problème,

on va s'arranger". Et derrière tu es en train de courir partout pour essayer de trouver un autre médecin. Parce qu'évidemment il n'en a rien à foutre qu'il te laisse avec ses 47 patients qui étaient cédulés. […] Parfois, cela arrive que les médecins oublient qu'ils sont de garde donc on appelle tous les patients pour leur dire que le médecin a eu une urgence. Mais ce n'est pas la vérité… Même s'il est en vacances ou malade, on n'est plus supposé dire cela alors on dit seulement qu'il est absent » (Louise).

Comme le montre bien l'extrait, non seulement les règles ne sont pas les mêmes entre les médecins et les secrétaires médicales, mais celles-ci sont amenées à couvrir, à la demande des gestionnaires de la clinique[31], les médecins. Ainsi, même quand les retards ou les absences sans (ou avec peu de) préavis amènent des complications pour les secrétaires médicales, elles doivent accepter sans rechigner cette situation et se débrouiller seules pour trouver des solutions[32]. En effet, comme le raconte Léa, « ce n'est pas parce qu'un médecin prend une journée de congé supplémentaire qu'il va faire des heures supplémentaires lors des journées suivantes pour couvrir le manque à gagner ». En ce qui a trait à la nécessité dans de tels cas d'ajouter ou d'enlever des patients à l'horaire du médecin, elle ajoute également que pour certains médecins « un patient de moins, c'est la fin du monde, car ils perdent de l'argent, mais [qu']un de plus c'est [aussi] trop dans leur journée. S'il veut dix patients dans sa journée, ce n'est pas onze. [En somme, ce qu'il nous dit c'est], « niaise pas avec mon horaire, mais moi je peux ». Ces situations, même si elles ne semblent pas généralisées, révèlent bien qu'il y a une disparité entre les comportements acceptés des secrétaires médicales et des médecins. Selon nous, ceci s'explique sans doute en partie par le fait que le métier de médecin est très valorisé au Québec, mais également, et peut être surtout par la valorisation différenciée des métiers au sein même de la clinique et faisant en sortes que certains comportements sont davantage tolérés pour les médecins[33]. Comme nous venons de le voir, cela s'illustre dans le fonctionnement quotidien de la clinique, mais aussi à travers le rapport aux patients et aux institutions comme nous le verrons dans la prochaine section.

---

[31] Les gestionnaires de la clinique, rappelons-le, peuvent être des médecins qui travaillent à la clinique, ce qu'on appelle souvent des « médecins-associés ».

[32] Ici, nous ne souhaitons pas remettre en cause l'acceptabilité de vacances pour des employées, mais plutôt de relever que selon le poste occupé au sein d'une clinique médicale, les conditions de travail ne sont pas les mêmes. D'autant plus, les règles applicables aux médecins dans une clinique sont énoncées dans les politiques de la clinique, eux-mêmes déterminées par les médecins-associés, et ultimement déterminées selon les conditions imposées par le MESSS.

[33] Ce genre de disparité est présent dans différents milieux. Dans le contexte des cliniques médicales, cette disparité est exacerbée par la position de pouvoir des médecins au sein de celles-ci. Nous reviendrons sur cet élément dans les prochaines sections.

5.1.3. « Toi et moi, on est des humains, on est pareil, on est sur le même niveau »

Précédemment, nous avons illustré par deux exemples que les secrétaires médicales ont conscience de la valorisation différenciée des métiers et professions au sein des cliniques médicales. Or, comment le vivent-elles ? Comment cette valorisation différenciée impacte-t-elle leur travail ? Dans cette section, nous partagerons certaines réflexions des secrétaires médicales que nous avons rencontrées et qui ont été mises de l'avant lorsque nous les avons interrogés sur leur relation avec les autres professionnelles de la clinique.

D'abord, pour plusieurs secrétaires médicales, leur relation avec les médecins de la clinique médicale s'apparente à une relation patron/employée même si, techniquement, les médecins et les secrétaires médicaux sont tous les deux des employés de la clinique médicale[34]. Léa raconte :

> « Ce n'est pas ton boss à proprement parler, mais dans le quotidien ce rapport existe quand même, car on est amené à travailler pour lui quand il vient nous demander des choses. En fait, c'est attendu des médecins, car ils paient un bail qui inclut le service des secrétaires. [Ainsi], nos relations avec eux sont plutôt moyennes, car ils ne valorisent pas notre travail. [À la fin de la journée], ils savent que notre job c'est de faire ce qu'ils disent ».

Au chapitre 4, nous avons bien mis en évidence cette situation lorsque nous avons présenté la chaîne de travail prescrit entre les médecins et les secrétaires médicales. En soi, cette chaîne n'est pas problématique, puisque c'est le propre de toute organisation du travail d'amener chaque travailleur à collaborer avec les autres travailleurs de l'organisation afin d'offrir un service aux prestataires. Or, des enjeux — et des frustrations qui y sont liées — peuvent apparaître lorsqu'il y a méconnaissances des réalités de chacun au sein d'une organisation. Aya partage son sentiment d'injustice interpersonnelle à ce sujet:

> « Ils ont du mal à comprendre notre réalité. Je leur disais que c'était impossible qu'on dure comme ça, mais ils me disaient tout le temps [qu'ils étaient] vraiment chanceux de nous avoir. Mais à un moment donné, les compliments, ça ne sert à rien, tu vois ? Ceux qui comprenaient notre charge de travail élevée étaient vraiment très discrets. Ils

[34] Nous reviendrons sur la structure hiérarchique des cliniques médicales à la fin de ce chapitre.

nous laissaient notre espace et ils étaient très respectueux [lorsqu'ils venaient nous demander de faire des choses pour eux]. Ces médecins par exemple venaient nous voir et nous disaient "j'ai une urgence, quand tu as le temps, est-ce que tu peux faire ça ? ». Mais il y en a d'autres que j'ai dû confronter [par rapport à] leur façon de parler, [car] je ne suis pas leur servante. Il y en a une en particulier qui était venu me voir et je n'avais pas aimé la façon dont elle m'avait parlé. […] Je ne me rappelle plus ce qu'elle m'avait demandé, mais c'était tellement sur un air hautain. Mais je lui ai dit qu'il y avait une autre façon de demander les choses et que sur ce ton, je ne le ferai pas. Je lui ai juste tourné le dos, puis elle est partie dans son bureau en faisant un genre de gros soupir. Après cinq minutes, elle est revenue et elle s'est excusée. Elle m'a demandé comment je faisais pour garder mon sang-froid comme ça et je lui ai dit que c'était juste normal, que toi et moi, on est des humains, on est pareil, on est sur le même niveau. Ce n'est pas parce qu'elle a fait des études en médecine et que moi je suis secrétaire que je suis moins qu'elle » (Aya).

Ainsi, comme le raconte Aya, quand les secrétaires médicales et les médecins doivent travailler ensemble, chacun se doit de faire preuve de discernement et de respect lorsqu'il est question d'affecter des tâches aux autres, et ce, même si certains travailleurs ont des rôles davantage valorisés. Plus largement, et sans doute plus fondamentalement, au-delà des compliments et des remerciements, les secrétaires médicales que nous avons rencontrées estiment que leur relation avec les médecins serait meilleure s'ils connaissaient mieux leur réalité et valorisaient de cette façon davantage leur travail. Or, cet idéal semble difficile à atteindre en raison de la position des médecins au sein de la clinique. Louise illustre cette difficulté en s'appuyant encore une fois — même si elle l'évoque de manière plus conciliante —, sur une analyse de sa façon de réagir aux retards ou aux absences non prévues des médecins :

« On accepte cette situation, car on n'a aucune autorité par rapport au médecin. On ne peut rien faire, car ils sont comme des travailleurs autonomes, en d'autres mots, ils sont en quelque sorte nos clients alors on accepte [cette situation]. C'est sûr qu'il y a une espèce de relation où ils veulent gagner de l'argent un minimum [donc ils doivent quand même travailler], mais étant donné leur haut salaire ils ont peut — être moins besoin de travailler que la secrétaire qui elle a besoin de toutes ces heures pour payer ses comptes. Pourquoi on accepte cette situation ? Je pense que c'est le respect, le respect de la profession, parce que nos secrétaires […] savent que c'est nos clients et que c'est pour eux qu'on travaille. Tu sais, c'est quelque chose qu'on ne cache pas, mais je pense que c'est juste une forme de respect. Et puis c'est comme si c'était un peu nos patrons, j'ai envie de dire, car on sait que c'est grâce aux médecins qu'on est

payé. Je pense que c'est une forme de respect. C'est comme avec n'importe quel autre employeur qui te qu'il te demande d'annuler une rencontre parce qu'il est finalement absent. Tu vas acquiescer et tu vas faire ce que ton patron demande […] » (Louise).

Pour Aya, les secrétaires médicales acceptent les difficultés que représentent les retards et les absences non prévus non seulement parce qu'il existe une forme de relation patron/employée — voire même d'employée/client comme elle l'explique —, mais parce qu'il y a « une forme de respect » qui est « ancrée dans le rôle de médecin ». Il s'agit « d'une position très délicate, car elle veut faire le plus pour les patients » (Aya). Toujours selon elle, « cette position épuise aussi les secrétaires, [parce qu'elle impose] de jongler avec les patients et les médecins ». D'ailleurs, au chapitre précédent, nous avions déjà discuté de l'expression « jongler » que les secrétaires médicales utilisaient afin de décrire une caractéristique de leur travail — c'est-à-dire le fait qu'elles sont amenées à répondre à toutes sortes de demandes provenant à la fois des médecins et des patients, et ce, parfois en même temps. Pour Adrianna, les médecins sont « *oblivious* » — que nous pourrions traduire par « être dans le déni » — quant à cette réalité et parfois ils demandent à ce que des choses non urgentes prennent préséance sur d'autres. Cette même secrétaire donne un exemple frappant où les demandes du médecin prennent préséance sur celui des secrétaires médicales : « Dans ma clinique actuelle, il y a un endroit [connu des médecins] pour déposer les documents à faxer, mais [ils] viennent quand même nous voir pour qu'on le fasse immédiatement par peur que cela reste 2-3 jours. Bref, notre perception et la leur ne sont pas les mêmes lorsqu'il s'agit d'évaluer les priorités ». Cet exemple illustre bien une attente particulière des médecins, celle de pouvoir en tout temps interrompre le travail des secrétaires médicales. Or, comme l'a rappelé Léa précédemment dans ce chapitre, cette attente est liée au fait que le médecin paie des « frais de bureau » pour le service de secrétariat et réaffirme ainsi le rapport patron/employée.

L'enjeu que nous souhaitons relever ici est que cette attente ne va pas dans les deux sens. En effet, les secrétaires médicales sont beaucoup plus hésitantes à estimer qu'elles ont accès au médecin en tout temps[35]. En discutant des relations qu'elles entretiennent avec les infirmières travaillant au sein des cliniques médicales, Léa raconte :

[35] Nous avions brièvement discuté de cet élément au chapitre précédent lorsque nous avons présenté une méthode de travail typique utilisée par les secrétaires médicales lorsqu'elles doivent gérer des patients difficiles. Une des dernières options pour calmer le patient et pour lui faire entendre raison était de consulter le médecin directement dans le cas où

> « Les infirmières sont plus parlables [que les médecins] et nous avons moins peur de les déranger et de leur poser des questions, car elles sont moins vues comme nos boss. Non, c'est plus d'égal à égal. Elles sont plus disponibles pour parler et répondre à nos questions si on ne comprend pas. Je ne ferais pas ça avec un médecin, je demanderais à une autre secrétaire avant de déranger un médecin » (Léa).

Johanne aborde dans le même sens :

> « Les médecins préfèrent d'ailleurs qu'on aille voir les infirmières avant eux, mais cela dépend vraiment du médecin. […] Il y a des médecins qu'on pouvait appeler dans leur bureau n'importe quand pour poser des questions et il y en a d'autres, qu'on ne pouvait jamais appeler quand ils étaient au bureau » (Johanne).

À certains moments, certaines secrétaires ont toutefois tenu à nuancer leur propos à l'effet que certains médecins avaient des comportements inadéquats en précisant qu'il s'agissait « seulement de certains d'entre eux ». Elles ont aussi parfois tenu à préciser —, et ce à plusieurs reprises — « qu'elles sont chanceuses et qu'elles avaient de bons médecins à leur clinique » (Johanne).

Cela étant dit, il n'en demeure pas moins que la collaboration entre les secrétaires médicales et les médecins est généralement teintée d'une réalité qui semble inéluctable : les demandes des médecins prennent préséance sur le travail des secrétaires médicales alors qu'elles ont déjà une charge de travail très élevée qui est, selon les secrétaires médicales rencontrées dans le cadre de ce mémoire, sous-estimée et sous-valorisée par les médecins. Cette situation, comme nous l'avons présenté plus haut, s'explique, toujours selon les secrétaires médicales, par une forme de respect de la profession de médecin. Celle-ci est selon nous surtout reliée à la valorisation différenciée entre le travail de secrétaire médicale et celui de médecin. Or, et cela renforce notre argument selon nous, l'hésitation des secrétaires médicales à « déranger » le médecin nous semble d'autant plus parlant lorsque nous nous rappelons qu'elles font partie d'une même équipe de travail. Dans les cliniques médicales, comme nous l'avons avancé au chapitre 2, les liens entre elles et les

---

le patient était insatisfait de sa date de rendez-vous. Or, il s'agissait d'une des dernières techniques utilisées, car elles connaissaient déjà la réponse du médecin qui allait seulement leur rappeler les procédures. Cette situation était inconfortable pour les secrétaires médicales, car elles connaissaient déjà bien les procédures. Cette forme de réprimande faisait passer mal paraître les secrétaires médicales, alors qu'elles tentaient le tout pour le tout pour aider le patient.

médecins sont plus directs, voir familiers, qu'en contexte hospitalier en raison de la proximité, de la collaboration soutenue et du partage d'un horaire semblable[36]. Au regard de cet élément, nous aurions donc pu nous imaginer que les secrétaires médicales en clinique médicale soient moins hésitantes à « déranger » les médecins. Or, il semble que la haute valorisation de la profession de médecin et « la forme de respect » qui y est rattaché prend préséance sur des liens familiers qui peuvent se développer, et ce même après avoir travaillé ensemble pendant une longue période. Au final, non seulement le travail des secrétaires médicales est moins valorisé, mais elles sont en quelque sorte amenées à réifier elles-mêmes la haute valorisation de la profession de médecin comme cela apparaît souvent de manière implicite lors des entrevues.

À d'autres moments, bien qu'elles aient tenu à mettre explicitement de l'avant l'importance du rôle du médecin lorsque nous les avons questionnés sur les relations qu'elles entretenaient avec les médecins, elles ont toutefois insisté sur la complémentarité de leurs apports. À cet égard, Louise raconte :

> « Quand tu finis par être vraiment proche de ton médecin, tu deviens en quelque sorte son bras droit. Le médecin va avoir plus confiance en toi. Je veux dire, moi le nombre de fois où la fin de semaine je me faisais déranger.... C'est bête à dire, mais un médecin sans sa secrétaire, sans son infirmière, aujourd'hui, là cela ne vaut rien. Eux, ils ont la profession, ils ont le diagnostic, on n'enlève rien de tout ça. Bien évidemment, je ne suis pas en train de parler de leurs fonctions, mais sans sa secrétaire et sans son infirmière, un médecin aujourd'hui, bien ça ne fonctionne pas là » (Louise).

5.1.4 « C'est vrai qu'ils travaillent beaucoup »

Outre leurs tendances à réifier elles-mêmes la haute valorisation de la profession des médecins, les secrétaires médicales rencontrées contribuent également à nourrir cette réalité en prenant leur défense et même, parfois, en tentant de préserver leur image. Nous avons discuté plus haut que les règles ne sont pas les mêmes entre les secrétaires médicales et les médecins. Non seulement elles ne sont pas les mêmes, mais les secrétaires médicales sont parfois amenées à

[36] Dans certaines cliniques, il y a des quarts de jour et de soir. Toutefois, les équipes de travail sont quand même petites et il y a un chevauchement entre les quarts de jour et de soir pour les secrétaires pour transférer et assurer le suivi des dossiers comme nous l'a rapporté Nadège.

mentir quand elles doivent trouver des excuses auprès des patients notamment lorsqu'il s'agit de couvrir les absences du médecin —, et ce même lorsqu'elles sont plutôt difficiles à défendre (par exemple lorsque certains médecins prolongent leur week-end à la dernière minute). Les secrétaires médicales ont des directives claires : lorsqu'un médecin est en congé, il faut dire qu'il est absent et jamais qu'il est en vacances ; lorsque les médecins oublient qu'ils sont de garde, les secrétaires médicales doivent dire aux patients qu'ils ont eu une urgence. Ces exemples montrent bien que les secrétaires médicales sont amenées à protéger l'image des médecins, en soulignant à grands traits, quitte à s'éloigner de la vérité, qu'ils travaillent beaucoup et qu'ils sont dédiés aux patients. Or, il est difficile d'évaluer à quelle hauteur ces situations sont fréquentes, mais les secrétaires médicales rencontrées nous ont toutes rapporté au moins une situation de ce genre. Ce que nous voulons surtout souligner ici va toutefois au-delà de la vérification de la justesse de ces affirmations. En égard aux questions qui nous occupent ici, il s'agit plutôt de mettre en relief que le temps des uns — les médecins — est plus précieux que celui des autres — les secrétaires médicales — et que, plus encore, tout doit être mis en œuvre pour préserver la haute estime que le public accorde à la profession médicale.

Elles vont d'ailleurs essayer de nuancer ces situations, notamment lorsqu'elles ont de la difficulté à obtenir un rendez-vous pour un patient et que celui-ci commence à se fâcher. Johanne explique :

> « Tous nos efforts pour trouver une place [pour un patient] quand il y a moins de disponibilités que prévu, le médecin ne voit pas cela. Le médecin fait son horaire, il trouve qu'il travaille beaucoup et c'est vrai qu'il travaille beaucoup, mais il ne voit pas le nombre d'appels qu'on ne reçoit ni les frustrations que cela occasionne chez les patients et nous » (Johanne).

Ainsi, malgré les frustrations que cela peut occasionner dans leur travail, les secrétaires médicales sont amenées à mentir, et ce — il est difficile d'en conclure autrement — pour sauver leur image. Bref, elles sont donc amenées, comme nous l'avons avancé plus haut, à nourrir la

« bonne image » des médecins dans nos sociétés : ils travaillent fort, ils sont impliqués, ils méritent donc que leur rôle soit hautement valorisé et par le fait même bien récompensé[37].

Lorsque les secrétaires médicales parlent de certaines médecins en de moins bons mots, elles vont aussi essayer de nuancer ces situations. Par exemple, Johanne raconte :

> « On a déjà eu les médecins avec l'air bête qui nous prend pour qui, mais c'est rare et c'est dans leur moment de stress et ils venaient s'excuser parfois après. On a quand même de bons médecins qui nous remercient beaucoup pour le travail qu'on fait. On est chanceuse à notre clinique, et encore là, ce n'est pas tous les médecins. Parfois, je me demande pourquoi certains me parlent comme cela, comme une nunuche… [mais] on finit par apprendre à les connaître et il y a quand même malgré tout un grand respect entre les médecins et l'administration » (Johanne).

Dans cet extrait de notre entretien avec Johanne, il est donc possible de voir que lorsqu'elle nous raconte comment certains médecins s'adressent à elle de manière désagréable, elle rajoute rapidement une raison — « ils sont stressés » — ou encore elle précise que ce n'est pas une situation si fréquente – « on a quand même de bons médecins/il y a quand même malgré tout un grand respect » –. Ce dernier exemple nous démontre bien qu'il existe un certain malaise, du point de vue des secrétaires médicales, quant à leur relation avec les médecins. Nous reviendrons d'ailleurs sur ce malaise à la fin de ce chapitre.

5.2 La valorisation différenciée des métiers et professions : qu'en est-il des patients ?

À la section précédente, nous avons avancé que la valorisation différenciée du travail des secrétaires médicales et des médecins affecte la relation des premières avec les seconds et peut nuire à une collaboration fluide. Nous avons ainsi montré que certaines secrétaires médicales en viennent à éprouver un malaise, ou du moins un inconfort, par rapport à la haute valorisation des médecins. Cela semble devenir particulièrement aigu lorsque vient le temps de fonder, à travers leurs pratiques quotidiennes, le sens qu'elles donnent à leur travail, lequel s'appuie sur leur

[37] Nous reviendrons sur ces conclusions, notamment quant aux conséquences de la haute valorisation de la profession des médecins sur leurs conditions de travail à la fin de ce chapitre.

capacité à aider les patients. Pour poursuivre la réflexion, cette section s'intéresse ainsi à l'impact de cette valorisation différenciée — et hiérarchisée — entre les secrétaires médicales et les médecins dans leurs interactions avec les patients.

Au fil de nos entretiens, nous ne pouvons que conclure que les patients traitent différemment les secrétaires médicales que les médecins, soit une forme d'injustice interpersonnelle provenant des patients. Au chapitre précédent, nous avons brièvement discuté de la gestion des patients difficiles, une tâche qui, selon les secrétaires médicales, passe inaperçue auprès des médecins. Les patients expriment différentes émotions et les secrétaires médicales sont aux premières loges lorsque ceux-ci deviennent en colère ou expriment leurs peurs selon diverses modalités (pleurs, anxiété, etc.). Or, selon les secrétaires médicales rencontrées, la gestion des patients difficiles passe non seulement inaperçue pour les médecins, mais ces mêmes patients ne sont « difficiles » qu'avec les secrétaires médicales. Johanne raconte :

> « Tout ce qui est gérer les frustrations des patients qui a de la misère de voir son médecin, parce que quand il arrive dans le bureau tout est beau, cela n'existe plus. Il ne chiale pas. Ils ont atteint leur objectif. Pourquoi ? Pour eux, le médecin est plus haut, c'est tellement important, ils ne veulent pas le perdre. Ils ont déversé leur colère et là c'est fini après. […] Donc, rendu au médecin, il ne se plaint plus. Tous nos efforts pour leur trouver une place quand il n'y a pas de bureau, bien le médecin ne le voit pas. […] il ne voit pas le nombre d'appels qu'on ne reçoit ni les frustrations » (Johanne).

La capacité à atteindre son objectif, soit de voir le médecin, explique pour plusieurs secrétaires médicales qu'une fois devant le médecin le patient deviendra moins « difficile ». Autrement dit, son comportement change alors puisqu'il est arrivé à ses fins. Or, quand les patients essaient d'atteindre cet objectif lors de leurs échanges avec les secrétaires médicales, celles-ci aimeraient que les patients soient plus compréhensifs quant aux réalités avec lesquelles elles doivent composer :

> « Ils s'en foutent [de notre charge de travail], ils veulent juste leur rendez-vous et voir le médecin, mais souvent les patients vont agir différemment avec toi en te faisant comprendre que tu es juste une secrétaire alors qu'il va être tout gentil avec le médecin. Je ne crois pas que la charge de travail fait une différence aux yeux des patients. Ils

> sont préoccupés par leur situation donc je comprends leur inquiétude quand ils doivent attendre six mois pour un rendez-vous, mais il y en a qui sont en colère et cela je ne suis pas d'accord » (Nour).

Pour Léa, l'indifférence des patients quant aux secrétaires médicales est également intimement reliée avec la haute valorisation de la profession de médecin : « les patients ne sont jamais aussi intenses avec le médecin qu'avec les secrétaires. Ils sont plus compréhensifs avec les médecins, car [pour les patients] ils [les médecins] sont occupés… Aussi, une secrétaire ne sera jamais traitée de la même manière qu'un médecin par les patients, car ils ont vraiment besoin du médecin » (Léa).

Par ailleurs, pour gérer ce genre de situation, Johanne nous a rapporté que la gestion des patients difficiles a justement été abordée lors d'une formation :

> « Lors de la formation sur la gestion des patients difficiles, c'est souvent ressorti que le patient va crier et s'énerver avec la secrétaire et ça va un peu continuer avec l'infirmière jusqu'au moment où il va arriver dans le bureau du médecin. Là, il y aura eu une note dans le dossier du patient comme quoi il était difficile, mais quand le médecin va sortir du bureau il va dire, non, il n'était pas du tout énervé, mais c'est parce que **le travail** [nous surlignon**s]** a été fait en amont. C'est vraiment quelque chose qui est inaperçu en fait parce que le travail de gérer un patient difficile, c'est un travail, ça demande des compétences, ça demande du savoir-faire, ça demande du savoir-être. Mais c'est invisible, c'est comme Ah, c'est presque tu vois genre bah vous êtes des femmes, vous êtes capable d'écouter. […] C'est tout interrelié dans le fond. Dans le bureau du médecin, ils ont atteint leur objectif et peuvent poser leur question. Ils peuvent enfin avoir des réponses, prendre leur prochain rendez-vous, prendre des examens, et cætera. Ils ont un moment d'écoute. Mais ils ont déjà eu [ce moment d'écoute] depuis qu'ils sont arrivés dans la clinique… » (Johanne).

Ce genre de formation démontre bien non seulement la nécessité de reconnaître ce travail en amont que fait les secrétaires médicales, mais également que les gestionnaires de la clinique entendent parler de cette réalité que vivent les secrétaires médicales lors de leurs interactions avec les patients. Or, comme l'a souligné Johanne, ce travail semble tout de même passer inaperçu auprès des médecins. Toujours comme l'a rappelé Johanne, ce « travail en amont » semble aussi être banalisé par le fait qu'il est relié à du travail de *care*, précisant que ce travail est vu comme

moins difficile. Étant effectué par les femmes, les compétences pour gérer les patients difficiles leur seraient en quelque sorte naturelles, innées.

Comme nous l'avions abordé au chapitre 2, le manque de reconnaissance du travail de *care* effectué par les travailleuses se constate également par les discours sur l'amour de leur travail que les secrétaires médicales elles-mêmes ont tenus à maintes reprises au cours de nos entretiens et qui contribuent à son invisibilisation. Cette non-reconnaissance de leur investissement émotionnel, comme l'avait également constaté Dussuet (cf. Chapitre 2) enferme les travailleuses dans un « cercle de don » et finis par masquer les compétences requises pour faire le travail de secrétaire médicale. Ainsi, c'est en « exprimant leur amour », une façon de mieux vivre leurs difficultés au travail et sa pénibilité, mais aussi d'une certaine façon d'« enjoliver pour taire le négatif », que cela finit par faire « taire » et invisibiliser le travail de *care* qu'elles accomplissent avec les patients.

À cet égard, des nuances peuvent toutefois être soulignées. Lorsque des situations viennent aux oreilles des médecins, et ce n'est pas toujours systématiquement le cas, certains d'entre eux vont intervenir comme le racontent Aya et Adrianna :

> « Il fallait qu'on le rapporte ou que cela se passe sous leur nez pour qu'ils le comprennent. C'est rare que les médecins reconnaissent ce travail en amont et qui va faire savoir à leurs clients qu'ils nous doivent autant de respect qu'ils leur doivent à eux. Il y avait peut-être deux ou trois médecins qui se sont rendu compte de ça et ils disaient à leurs clients "c'est parce que tu as manqué de respect aux filles et puis quand tu es avec moi tu as le grand sourire [alors il] faut t'excuser". C'est vraiment rare. Je ne sais pas si je le banalise trop, parce que je ne dirais pas qu'on fait de l'exagération parce que ce n'est pas une seule même secrétaire [qui a vécu cela], on est plusieurs à dire la même chose, parfois au sujet d'un même patient. Donc, je pense que c'est plus comme de la banalisation ou que ce n'est pas perçu assez grave. » (Aya).

> « Ce que j'aime dans ma clinique actuelle, c'est que ce sont des femmes qui ont toutes un caractère donc on peut aller les voir et elles vont intervenir selon la situation. Moi je ne me gêne pas d'y recourir quand cela arrive, [je vais donc] les appeler ou laisser une note dans le dossier [du patient]. Les docteurs vont alors glisser un mot comme "écoutez, respectez plus que les secrétaires". Au moins, ça passe de ce côté-là. On a cette liberté-là. » (Adrianna).

Ainsi, force est de constater que certains médecins finiront par intervenir. Il n'en demeure pas moins que, même dans ce cas, l'expérience des secrétaires reste mitigée, car ceux et celles-ci ne le feront qu'a *posteriori*. En somme, pour les secrétaires rencontrées, l'idéal serait bien sûr qu'elles n'aient pas à vivre la colère de certains patients. Même si elles font preuve de compassions quant à la situation des patients — en ce qui a trait leurs inquiétudes et à leurs souffrances notamment — il est difficile de justifier ce genre de comportement envers des travailleuses, surtout lorsqu'on comprend, comme on a tenté de le mettre en évidence dans les précédents chapitres, les limites organisationnelles avec lesquelles elles doivent jongler et, ultimement, le pouvoir d'agir limité qu'elles ont pour répondre au mieux aux besoins des patients. Cette réalité sera d'ailleurs au cœur de la dernière section de ce chapitre.

5.3 La structure des cliniques médicales ; un frein pour les secrétaires médicales et la cause de plusieurs irritants

Depuis le début de ce chapitre, nous avons démontré que non seulement il existe une valorisation différenciée entre les différents corps de métiers au sein des cliniques médicales, mais que celle-ci a des conséquences pour les secrétaires médicales : leur travail s'en voit parfois plus difficile et leurs relations avec les médecins plus compliqués. Comme nous l'avons également déjà brièvement mentionné, lorsqu'une profession est hautement valorisée, cela vient souvent avec des avantages ou des privilèges. Selon nous, ceux-ci se reflètent fortement dans la façon dont les cliniques médicales sont structurées. Par conséquent et pour conclure la réflexion, nous reviendrons dans cette ultime section, d'abord sur la structure typique des cliniques médicales que les secrétaires médicales nous ont rapportée. Puis, en discutant de celle-ci, nous nous interrogerons sur les niveaux de collaboration entre les professionnelles des cliniques médicales. Nous conclurons enfin en abordant les impacts de cette structure sur le travail des secrétaires médicales.

5.3.1 « Tout le monde a son rôle »

Quand nous avons interrogé les secrétaires médicales sur l'importance de chaque catégorie de travailleuses au sein d'une clinique médicale, elles étaient unanimes : elles ont toutes un rôle, complémentaire, à jouer. Les différentes catégories de travailleuse, par-delà les secrétaires

médicales et les médecins dont nous avons surtout discuté jusqu'ici, sont ainsi interdépendantes des unes et des autres. Louise explique :

> « On est interdépendantes, ça, c'est sûr. Dans une clinique, tout le monde a son rôle à jouer. S'il y a un maillon de cette chaîne qui n'est pas là, cela ne fonctionne pas bien. Par exemple, si la [seule] secrétaire du week-end est en retard, il n'y a rien qui se passe. Ce n'est pas le médecin qui va aller enregistrer son patient ou alors éventuellement il va peut-être commencer à ouvrir son dossier, mais l'infirmière n'aura pas accès à la liste [des patients cédulés de la journée]. J'extrapole un peu là, mais je veux dire le patient ne sera pas enregistré, les coordonnées ne seront pas vérifiées [ni si] la carte [d'assurance maladie] est à jour. [C'est la même chose] si l'infirmière n'est pas là, il n'y aura pas de triage de fait. Si le médecin n'est pas là, il n'y aura pas d'acte [médical] fait donc c'est une chaîne où chacun est indispensable et relié étroitement au travail des autres » (Louise).

Nadège va dans le même sens : « on est tous interdépendantes donc personne ne peut se dire indispensable et faire sa bosse des bécosses. Ni entre les secrétaires elles-mêmes ni entre les secrétaires et les médecins ». Ainsi, nous pourrions penser qu'il y a une interdépendance plutôt « horizontale » entre les travailleuses des cliniques médicales, parce que « tout le monde a son rôle : associé, infirmière, gestionnaire, médecin » (Nour).

Or, dans la réalité quotidienne de la pratique de leurs métiers respectifs, ce n'est pas aussi simple que cela. Par exemple, le travail de secrétariat dans certaines grosses cliniques médicales est divisé en plusieurs postes : téléphonistes, réceptionnistes et adjointes. On peut même observés des différences au sein même d'une catégorie, et cette différenciation s'expliquerait largement par la proximité avec les acteurs centraux de la clinique, c'est-à-dire — et cela devrait être évident à ce stade de la réflexion que nous déployons ici —, les médecins. Johanne raconte :

> « Parfois, les adjointes se voient comme plus hautes dans la hiérarchie, comme si elles étaient nos supérieures, mais c'est juste dans les dernières années avec l'arrivée de nouvelles employées que j'ai vu cela. C'est peut-être à cause de la nouvelle échelle salariale, [car] l'adjointe a le salaire le plus haut. C'est peut-être aussi qu'elles travaillent en collaboration avec le médecin. Elles ont accès au médecin, le médecin se réfère [à elle davantage], car elle vu comme son bras droit donc elle a [un rôle avec] plus de "valeur" » (Johanne).

Ainsi, pour cette secrétaire, plus près les travailleuses sont du médecin, plus ceux et celles-ci travailles conjointement et directement avec lui, plus ils et elles seraient perçues comme occupant une position élevée dans la hiérarchie. Cela réaffirme ainsi que les médecins sont en haut de la pyramide des progressions au sein d'une clinique médicale. Certaines secrétaires évoquent explicitement cette dynamique : « les médecins sont en haut de la pyramide, les secrétaires sont en bas. Les médecins comprennent notre charge jusqu'à un certain degré, mais ils souhaitent (paient) quand même un service. [Par exemple], ils ont la liberté de décider comment ils fonctionnent et ne sont pas gênés de l'exiger » (Léa).

Pour cette dernière, une des raisons qui expliqueraient que les médecins sont « en haut de la pyramide » est reliée à leurs conditions d'emploi. En effet, comme expliqué au chapitre 1, les médecins québécois sont pour la grande majorité des travailleurs autonomes. Étant donné que les secrétaires médicales perçoivent davantage de liberté chez les médecins quant à l'organisation du travail, ceux-ci seraient dans une situation de pouvoir supérieur à elles, car elles ne peuvent pas — ou très peu — décider de l'organisation du travail dans les cliniques médicales.

Même si dans cette section nous avons argumenté qu'il existe une interdépendance entre les travailleuses des cliniques médicales, au regard de la différence des conditions d'emploi et pour d'autres raisons que nous relèverons dans la prochaine section, nous ne pouvons que conclure qu'il s'agit d'une interdépendance subordonnée où le médecin est « en haut de la pyramide ». Cette conclusion est selon nous l'expression parfaite des valorisations différenciées des métiers et professions au sein des cliniques médicales, les secrétaires médicales que nous avons rencontrées n'ont pas que souligné leur sentiment d'impuissance face aux difficultés des patients à naviguer dans le système de santé, mais aussi face aux limitations avec lesquelles elles doivent « jongler » lorsqu'il s'agit de travailler avec les médecins. Nadège résume bien cet enjeu :

> « On travaille dans un système de santé loin d'être optimale avec des médecins qui sont des travailleurs autonomes et décident de leur propre horaire. Par exemple, ils ne sont pas obligés à faire du sans rendez-vous et à travailler les samedis donc il faut jongler avec ces conditions et les présenter aux patients qui sont malades, ont peur et sont anxieux. Gérer cela n'est pas évident et c'est fatigant. Tu veux bien faire et les aider, mais tu as les mains liées, tu ne peux rien faire de plus » (Nadège).

La position des secrétaires médicales en bas de l'échelle, comme le précise la secrétaire médicale Léa, est une conclusion évidente compte tenu des dernières sections, mais aussi un reflet de la méconnaissance de leur travail tel qu'expliqué au chapitre 4. Or, nous souhaitons présenter un dernier élément qui vient reconfirmer les conclusions présentées au fil de ce chapitre. Plusieurs secrétaires ont fait référence aux cadeaux donnés par leurs collègues médecins. Louise et Léa racontent :

> « Après, on ne les mettra pas tout dans le même panier, j'ai reçu beaucoup de cadeaux des médecins et des patients donc il y en a qui sont reconnaissants, mais ils s'attendent à ce que tu fasses ta job. […] C'est surtout avant avec l'ancienne génération qui nous commandait à manger et qui nous faisait des cadeaux. Ils comprenaient la charge. Avant, un secrétaire avait juste un médecin. De nos jours, les secrétaires font partie du décor. Ils sont contents et conscients du super boulot des secrétaires, mais est-ce qu'ils sont reconnaissants ? Il y a encore des cadeaux, pas de tous, mais cela se fait encore » (Louise).

> « J'ai déjà reçu de l'argent d'un nouveau médecin qui était arrivé récemment [au sein de la clinique dans laquelle je travaillais] dans une enveloppe blanche (comme si j'avais besoin d'argent), donné directement dans mes mains. J'ai ouvert l'enveloppe après qu'il a été parti. Après, je me sentais un peu redevable, mais peut-être qu'il était juste généreux... Dans une autre des cliniques que j'ai travaillées, un médecin donnait sa carte de crédit chaque vendredi pour que chaque secrétaire s'achète une bouteille de vin » (Léa).

Ces cadeaux nous semblent être un autre symbole de la position des médecins au sein des cliniques, mais surtout de leurs privilèges. Le fait de « faire des cadeaux » constitue une autre occasion de réaffirmer la position en bas de l'échelle des secrétaires médicales, car cette reconnaissance des médecins renvoie à leurs généreuses conditions de travail qui, comme discuté prochainement, sont intimement liées à la haute valorisation de leur profession. À la suite de nos entretiens, il nous semble assez prudent d'affirmer que pour les secrétaires médicales il serait préférable que la reconnaissance de leur travail passe plutôt par une meilleure compréhension de leur charge de travail et de la complexité de celui-ci, notamment en ce qui a trait la gestion des patients difficiles.

5.3.2 « Le client, c'est le médecin »

Au fil des entretiens, un élément a particulièrement retenu notre intérêt et s'est avéré assez révélateur de l'organisation actuelle des cliniques médicales au Québec. Comme nous avons discuté au premier chapitre, la mise en place d'une organisation des services de premières lignes à travers, principalement, de cliniques médicales de type « GMF » s'est échelonnée sur plusieurs années (et consolidée à travers la mise en œuvre de plusieurs réformes). Nous avons également présenté, au premier chapitre, les caractéristiques de ces cliniques, à savoir, rappelons-le, qu'ils sont souvent la propriété des omnipraticiens (ceux que les secrétaires médicales appellent des médecins associés), qu'ils reçoivent une aide financière pour l'embauche d'infirmières et qu'ils ont des engagements à respecter par rapport à leur offre de service, notamment quant à leurs heures d'ouverture. Or, en discutant avec les secrétaires médicales, de moins selon leurs connaissances des modalités de gestions de ces cliniques, il y a des nuances qui doivent être apportées. Pour elles, certains mécanismes liés à la mise en place de l'organisation du travail au sein des cliniques médicales ainsi que le contexte actuel dans lesquelles elles évoluent ont des implications non négligeables sur leurs prestations de services.

Les GMF, on l'a vu, sont financés majoritairement via la rémunération à l'action des omnipraticiens qui y travaillent[38]. Leur rémunération est majorée, car ces médecins doivent assumer les frais d'exploitation de la clinique médicale. Ainsi, comment les secrétaires médicales sont-elles rémunérées ? Nous y avons fait brièvement référence précédemment, mais les médecins qui pratiquent en GMF paient des frais de bureau et celui-ci inclut le service de secrétariat. Louise explique :

> « Les cliniques médicales sont subventionnées quand tu es dans le réseau, pour les infirmières auxiliaires, les infirmières cliniciennes, les infirmières techniciennes, mais pas pour ton équipe de secrétaire. C'est par le revenu des médecins, c'est-à-dire qu'on prend un pourcentage des revenus des médecins pour payer nos secrétaires donc s'il n'y a pas de médecin il n'y a pas de secrétaire. Il n'y a donc pas de subvention pour tout ce qui est administratif […] alors que ça représente plus de 50 % des dépenses

[38] Les GMF reçoivent aussi du financement pour l'embauche de d'autres professionnelles de la santé. Or, ce qui nous intéresse ici est les frais d'exploitation, notamment les frais de gestion qui incluent le personnel administratif embauché.

d'une clinique, donc c'est sûr que je ne peux pas dire que nos secrétaires elles sont bien payées […] Les médecins le savent, mais ce n'est pas pour autant qu'ils vont proposer d'augmenter leurs frais de bureau pour garder les secrétaires. C'est cela aussi la réalité. Aussitôt qu'il y a une augmentation [des frais de bureau], il faut prendre toutes les pincettes du monde pour qu'il n'y aille pas une révolution. Oui, ils sont reconnaissants, mais [ils sont] plus frileux à l'idée de payer de leur poche. Après, on ne les mettra pas tous dans le même panier, j'ai reçu beaucoup de cadeaux des médecins et des patients donc il y en a qui sont reconnaissants, mais ils s'attendent à ce que tu fasses ta job. Quand le médecin paie ses frais de bureau qui comprennent les frais de secrétariat, il a des attentes, car c'est ce qu'on lui propose quand on le recrute. Si la clinique est mal gérée, le médecin va aller à une autre clinique. La clinique est donc dépendante du médecin et de ses revenus alors les gestionnaires des cliniques doivent être diplomates dans ce sens-là. Notre client, c'est le médecin, pas le patient. Ce n'est pas le patient qui paie la clinique, le patient paie le médecin via la RAMQ et donc sans les médecins il n'y a pas de secrétaire » (Louise).

Ainsi, nous pouvons conclure qu'il y a des dynamiques de pouvoir qui s'entrecroisent et qui renforcent la position des médecins au sein des GMF. Nous pourrions les schématiser de cette façon :

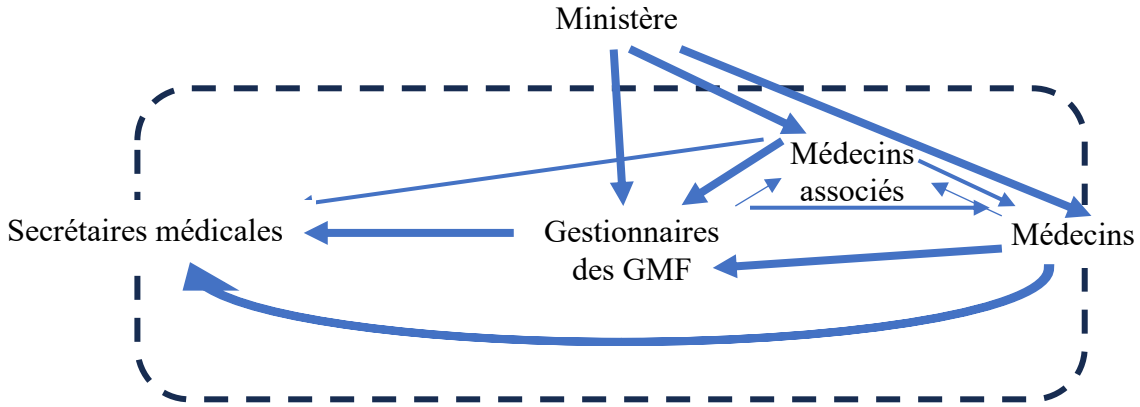

Figure 10. — Les liens de pouvoir entre les travailleuses au sein d'un GMF

Dans les dernières sections, nous avons mentionné qu'il existait une interdépendance entre les différentes actrices de la clinique. Nous avons abordé l'idée d'une « interdépendance » dans le cadre d'une organisation hiérarchique des métiers au sein des cliniques médicales en précisant que, selon les secrétaires médicales, les médecins étaient en haut de la pyramide et elles étaient en bas.

Dans le schéma ci-haut, nous souhaitons mettre plus avant en lumière les liens de pouvoir qui s'articulent au sein d'une clinique médicale (représenté par un le rectangle pointillé). D'abord,

les médecins associés, les médecins et les gestionnaires des GMF sont tous sous la tutelle du ministère de la Santé et des services sociaux du Québec notamment en ce qui a trait aux normes que les GMF doivent respecter, mais aussi les lois qui encadrent la pratique de médecine familiale. Ensuite, s'il d'agit d'un GMF suffisamment gros, les médecins associés délèguent la gestion quotidienne de celui-ci à un ou des gestionnaires qui eux s'occuperont de la coordination des activités administratives de la clinique, dont la gestion du secrétariat. Enfin, les médecins associés, selon notre compréhension après nos entretiens, vont également assurer le management voire le recrutement des médecins de la clinique médicale.

Dans les faits, cette structure semble simple. Or, comme nous avons relevé, non seulement il existe une hiérarchie des métiers, mais que pour secrétaires médicales « le client est le médecin ». C'est pour cette raison que nous avons ajouté un autre lien de pouvoir entre les médecins et les secrétaires. Cette vision que « le client est le médecin » influence aussi la relation entre les médecins et les médecins associés et entre les médecins et les gestionnaires des GMFS comme l'a fait référence la secrétaire médicale Louise plus haut. En effet, Louise a ainsi expliqué dans un premier temps que les gestionnaires des GMF (et les médecins associés) doivent être diplomates. Elle fait alors notamment référence à l'attractivité d'un GMF et à sa capacité de rétention des médecins. Accentués probablement par la pénurie de médecins, les GMF doivent offrir de bonnes conditions de pratique et s'assurer d'être bien gérés afin que celui-ci soit un milieu de travail attractif pour ces derniers. Il est donc possible d'imaginer que la mise en place de procédures administratives plus strictes au sein des cliniques médicales soit difficile dans ce contexte et qu'une certaine flexibilité est accordée aux médecins, ce qui, à terme, en vient à affecter le travail des secrétaires médicales et générer des frustrations.

Ainsi, si les GMF souhaitent améliorer les conditions de travail des secrétaires médicales, cela se traduit parfois par une augmentation des frais de bureau chargés aux médecins, ce qui encore une fois, peut être difficile à « vendre » aux médecins dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre. Il n'est donc pas difficile de s'imaginer comment la structure actuelle des GMF — mais aussi le statut de travailleur autonome des médecins — crée une pression additionnelle sur le travail des secrétaires médicales. Louise résume bien les conséquences de cette pression additionnelle :

> « Les secrétaires sont un peu le *punching* bag. On écope et à un moment on s'épuise, on fait un *burn-out* et on change de métier. Or, les cliniques finissent par payer pour cela, car cela devient plus difficile à recruter [des secrétaires médicales]. C'est comme un écosystème, on est tous interdépendants des uns des autres et le truc de l'un affecte les autres » (Louise).

5.4 Conclusion

Dans l'ensemble, l'analyse présentée dans ce chapitre peut être éclairée à la lumière de la théorie de structuration de Giddens, laquelle fait écho aux influences des acteurs sur les structures. Rappelons que pour celui-ci, les activités des acteurs — ici les professionnelles de la santé — qui investissent les structures — ici les cliniques médicales — les structurent à leur tour. Les cliniques médicales, si l'on suit Giddens, ne peuvent exister indépendamment des activités des professionnelles qui y œuvrent. Ainsi, les liens de pouvoir — et leur reproduction dans la « vie quotidienne » des cliniques médicales dont nous avons fait état plus haut — doivent se comprendre comme des mécanismes structurant les cliniques médicales, mais aussi comme une division du travail entre les différents corps de métiers travaillant au sein des cliniques médicales. Ces liens de pouvoir — mais aussi les structures « matérielles » de la clinique — expliquent donc comment le travail des professionnelles de la santé s'exerce au sein des cliniques médicales et, *a fortiori*, la valorisation différenciée des métiers et professions qu'on y retrouve.

Pour expliquer cette « (re)production » d'une « valorisation différenciée » des métiers et professions, et sources de nombreuses frustrations pour les secrétaires médicales, on peut par ailleurs aussi se référer à deux repères théoriques que nous avons présenté précédemment : la division sexuelle du travail — et surtout le croisement de deux d'entre elles — ainsi qu'à la théorie des organisations genrées d'Acker. En effet, la division sexuelle du travail comme l'avance notamment Kergoat, s'illustre rappelons-le par deux principes : le principe de séparation où il y a des métiers et professions qui sont associées à un genre et le principe hiérarchique où le travail des hommes « vaut » plus que celui des femmes. Ces deux principes s'expliquent comme nous l'avions également déjà souligné par « l'assignation prioritaire des hommes à la sphère de production ainsi que, simultanément, la captation par les hommes des fonctions à forte valeur sociale ajoutée (politique, religieuses, militaires, etc.) » (Kergoat, 2012 : 214). Par conséquent, il n'est pas surprenant qu'il existe bel et bien une valorisation différenciée des métiers et professions – et d'un

différentiel de pouvoir – au sein des cliniques médicales et une hiérarchisation entre les secrétaires médicales, un métier typiquement féminin, et les médecins, une profession typiquement masculine – et ce malgré qu'il y a de plus en plus de femmes au sein de la profession – reléguant les premières à une position subalterne.

La haute valorisation associée à la profession de médecin s'explique donc d'une part par sa forte valeur sociale « en soi », laquelle est renforcée par le fait que cette profession est historiquement associée aux hommes[39] même si les femmes y sont aujourd'hui majoritaires. Nous pourrions ainsi être surpris de cette reproduction de la valorisation différenciée entre les métiers et professions et la division sexuelle prononcée au sein des cliniques médicales contemporaines si l'on considère, comme souligné au chapitre 1, que près de 80 % des personnes qui travaillent dans le secteur de la santé au Québec en 2022 sont des femmes et que 54 % des médecins au Québec étaient également des femmes (Collège des médecins, 2023). Or, cela n'est pas si étonnant si l'on suit la théorie des organisations genrées d'Acker mettant en lumière que non seulement les professions d'aujourd'hui s'érigent sur une division sexuelle du travail construite historiquement et socialement, mais que, plus encore et surtout, le genre – masculin précisément – s'est au fil du temps établi comme une sous-structure expliquant la configuration des organisations modernes de travail.

En effet, toujours selon Acker, les organisations sont « genrées », car la conception des emplois et leur évaluation — c'est-à-dire la reproduction de leur conception — n'est pas neutre, mais bien masculine. Comme le rappelle Acker dans ses travaux, Kanter soulignait déjà en 1977 qu'il existait une « éthique masculine » dans les organisations, laquelle contribuait à enfermer les femmes dans des « *deads-end job* ». D'ailleurs, Davies (1986) et Lockhart (2011) avaient elles aussi bien associé le métier de secrétaire à un « *dead-end job* », car ces dernières étaient cantonnées dans des rôles, « dégagées de toutes responsabilités, pouvoirs décisionnels et autonomie professionnelle », ce que nous constatons également dans le cas chez celles travaillant dans les GMF. On se souviendra également qu'Acker, s'appuyant cette fois sur les travaux de Ferguson (1984) mettait aussi en exergue l'existence d'une domination masculine dans le monde du travail ;

[39] Il suffit de penser au fait que l'accès aux études universitaires – et aux facultés de médecine – n'a été qu'accordé aux femmes que très récemment dans l'Histoire.

la bureaucratie telle que construite — par des hommes, rappelons-le[40] — le permettant en elle-même. Ainsi et finalement, toujours en suivant Acker, nous avons pu entrevoir que la division sexuelle du travail dans les cliniques médicales doit être aussi considérée comme le produit de la structure bureaucratique des organisations, car comme elle le rappelle, les organisations de travail ne sont ni neutres ni dépourvues de sexualité, mais bien masculines, et influencent ainsi la structuration des hiérarchies et des postes. Dans ce chapitre, nous estimons donc avoir laissé entrevoir des tensions semblables à celles qu'Acker évoque lorsque nous avons abordé les relations au travail des secrétaires médicales qui s'inscrivent dans des dynamiques de genre intimement liées à des rapports de pouvoir inégalitaires. Qu'une part de leur travail soit invisibilisé et non reconnu – notamment lorsqu'on pense à leur participation au travail clinique –, et ultimement mis souvent en second plan –, qu'il y ait une normalisation du fait qu'elles sont considérées, – et traitées – de manières différentes par les professionnelles de la santé et par les patients, et que ces enjeux soient reproduits et « reconfirmés » par la structure des GMF, ces réalités rendent bien compte des enjeux féministes de pouvoir comme Ferguson (1984) y faisait référence en avançant l'existence d'une domination masculine dans le monde du travail possible grâce à la bureaucratie, mais aussi, selon Acker (1990), par des structures basées sur un modèle masculin au sein des organisations de travail.

Qui plus est, la nature même de leur métier se positionne au croisement de deux dynamiques de divisions sexuelles du travail, qui sont elles-mêmes construites de manière différenciée socialement et historiquement. Elles expliquent également bon nombre de malaises que nous avons identifiés et sur lesquelles nous avons cherché à réfléchir. En somme, considérant que les secrétaires nous ont mentionné leurs nombreux malaises et leurs inconforts face à certaines situations de travail, notamment lorsqu'elles devaient participer elles-mêmes à « sauvegarder » la haute valorisation de la profession des médecins (ou lorsqu'elle percevait des mécanismes contribuant à l'invisibilisation d'une partie de leur travail), il nous apparait impensable, au terme de notre exercice, de comprendre la dévalorisation du travail des secrétaires médicales en faisant abstraction du fait qu'elles sont des femmes.

[40] C'est bien ce que nous avions mis de l'avant par le deuxième constat de notre revue de littérature, soit que le travail des secrétaires, un emploi typiquement féminin avec peu de pouvoir, avait été pensé *par* des hommes pour des femmes.

Finalement, pour résumer, nous avons présenté l'impact de la valorisation différenciée des travailleuses des cliniques médicales, et ce, à plusieurs niveaux. Nous nous sommes concentrées sur les impacts de celle-ci dans les relations des secrétaires médicales avec les médecins et avec les patients, car ils ont été davantage discutés lors de nos entretiens. Nous avons avancé que celle-ci a un impact sur la collaboration entre elles et eux, sur leurs relations avec les patients et enfin sur leurs positions dans la hiérarchie au sein des cliniques médicales. Au précédent chapitre, nous avons argumenté que le travail des secrétaires médicales était invisibilisé. Dans ce chapitre, nous avons avancé qu'il en résultait d'une dévalorisation du travail des secrétaires médicales, une dévalorisation qui était exacerbée par les valorisations différenciées – et du différentiel de pouvoir – au sein des cliniques médicales. En conclusion, nous soutenons que ces deux mécanismes — l'invisibilisation et la dévalorisation — vont de pairs lorsqu'il est question de comprendre le travail réel des secrétaires médicales.

Conclusion

L'objet de ce mémoire s'est inscrit dans le prolongement des travaux de plusieurs auteurs et autrices s'étant attardés au travail — souvent mal reconnu et dévalorisé — des femmes. Dans notre cas, nous avons choisi de pointer le regard vers les secrétaires médicales travaillant dans les cliniques médicales au Québec. Mobilisant une approche qualitative, nous avons voulu en apprendre davantage sur leur métier et leur rôle au sein des cliniques. Et en cherchant à mieux comprendre leur travail tant « prescrit » que « réel », pour reprendre les catégories de Dejours, nous en sommes venus à la conclusion que celui-ci est souvent largement invisibilisé et ce même par leurs proches collègues. Le travail des secrétaires médicales — et les compétences mobilisées dans l'exercice de celui-ci — souffrant d'un manque de reconnaissance, il nous parait juste de conclure, au terme de notre enquête, qu'il existe bel et bien une dévalorisation « systémique » de leur travail.

Ce court chapitre sera donc l'occasion de synthétiser les principales conclusions de notre mémoire et de revenir sur certains points aveugles de notre recherche. Nous proposerons également quelques pistes afin de poursuivre le travail de réflexion que nous avons amorcé dans ce mémoire.

Retour sur les principales conclusions de ce mémoire

Les principaux éléments permettant de situer tant le contexte que l'objet de ce mémoire ont été présentés dans le premier chapitre. Nous y avons décrit le milieu médical au Québec et ses particularités en mettant surtout, et dans un premier temps, l'accent sur l'organisation des soins primaires au Québec et le caractère genré de l'organisation des métiers au sein des métiers et professions médicales. C'est dans ce chapitre que nous avons aussi présenté l'un des éléments distinctifs de notre mémoire, à savoir notre intérêt pour les professionnelles — et plus spécifiquement les secrétaires médicales — travaillant dans les GMF, c'est-à-dire des « Groupes de médecine de famille » regroupant des médecins exerçant dans une ou plusieurs cliniques où la pratique de médecine familiale est encadrée selon certaines conditions déterminées par le MSSS afin de répondre aux besoins de soins primaires de la population québécoise, mais où, et on l'oublie souvent, travaillent de nombreux et nombreuses autres professionnelles de la santé. Nous avons poursuivi en présentant un bref historique du métier de secrétaire, mettant en lumière la construction sociale et historique de celui-ci. Nous permettant de préciser davantage notre sujet, la

revue de littérature que nous avons menée a permis de dégager un socle de constats tiré de l'état des connaissances actuel sur le travail des secrétaires en général, et sur celui des secrétaires médicales en particulier. Cela nous a permis de mettre en évidence que les secrétaires médicales ont, notamment, un rôle de pivot (Evers, 1977) et de soutien à la navigation dans le système de santé (Bossen & coll., 2013) ; que leur travail est à l'intersection entre l'administratif et l'aspect clinique (Møller et Vikkelsø, 2012). Quelques études ont par ailleurs mis en relief que l'invisibilisation du travail des secrétaires médicales s'expliquait par sa nature routinière et le fait que leur travail se retrouvait en quelque sorte relégué à l'arrière-plan du travail médical effectué par les autres professionnelles de la santé (Bossen et coll., 2013). Des travaux, revenant sur la construction genrée de ce métier au fil du temps, insistent par ailleurs sur son ambiguïté avec le travail d'une épouse (Wichroski, 1994). D'autres études se sont pour leur part concentrées à identifier les sources d'insatisfaction des secrétaires médicales, lesquelles sont généralement étroitement associées à la nature de leur travail (Wichroski, 1994) et aux modalités particulières de l'organisation du travail (Hertting et coll., 2003).

Notre problématique, posée dans le second chapitre de ce mémoire, s'est articulée autour de trois constats découlant également de notre synthèse des connaissances. Premièrement, si l'on souhaite s'intéresser au travail des secrétaires médicales au Québec, il est essentiel de cadre la réflexion en s'appuyant sur la spécificité des organisations de soins primaires au Québec et plus particulièrement sur le fonctionnement et la structure des GMF. Deuxièmement, il est important de considérer que le travail des secrétaires et des secrétaires médicales est un travail pensé *par* les hommes *pour* — et *réalisé par* — les femmes. Troisièmement, il nous est également apparu nécessaire de considérer le travail de secrétariat médical comme un travail au croisement de deux divisions sexuelles du travail, soit celle propre au milieu des affaires et celle propre au le milieu médical. Ces trois constats nous ont permis de construire notre question de recherche principale et trois sous-questions. Ainsi, notre recherche a voulu répondre à la question suivante : quel rapport les secrétaires médicales entretiennent-elles avec leur expérience au travail? Les deux sous-questions de notre recherche ont permis d'aborder notre question de recherche principale par le biais de deux thèmes qui à leur tour font écho aux trois constats établis à partir de notre revue de littérature : la nature du travail des secrétaires médicales et les relations au travail des secrétaires médicales avec les autres professionnelles de la santé. Pour le premier thème, nous avons mobilisé

comme repères théoriques le travail prescrit et réel (Dejours, 2008), le travail de *care* (Molinier [2013], Makridou [2014] et Dussuet [1997]), qui a été replacé dans le cadre de la « division sexuelle du travail » (Kergoat, 2012), et le travail émotionnel (Hochschild, 1983). Eu égard au second thème, nous avons mobilisé comme repères théoriques le modèle de structuration des systèmes sociaux (Giddens, 1984) et la théorie des organisations genrées (Acker, 1990).

Alors que le troisième chapitre a été l'occasion de présenter notre démarche méthodologique, à savoir le choix d'une approche qualitative s'appuyant sur une analyse documentaire et, surtout, sur des entretiens semi-directifs, les deux chapitres suivants ont été l'occasion de présenter nos résultats et analyses. Faisant écho au premier constat de notre revue de littérature, le quatrième chapitre constitue une réponse à notre première sous-question autour de la nature du travail des secrétaires médicales. Nous avons dans un premier temps pu mettre en relief que le travail prescrit des secrétaires médicales interviewées dans le cadre de cette recherche faisait écho aux activités de travail relevées dans notre revue de littérature (chapitre 1), à savoir qu'il basculait principalement entre le service aux patients et le service aux médecins. Le service aux patients est associé principalement à trois moments pour les secrétaires médicales : l'« accueil » — et ce choix de mot parle beaucoup quant à la nature de leur relation avec les patients — des patients lors de leur arrivée à la clinique médicale, le suivi post-rendez-vous avec le médecin lors de leur départ de la clinique médicale et le suivi téléphonique entre les rendez-vous médicaux. Quant au service aux médecins, les secrétaires auront à les assister en préparant leur journée de travail, c'est-à-dire de préparer leur espace de travail, leur horaire de la journée et les dossiers des patients. Toutefois, comme nous l'avons découvert, le service aux médecins se matérialise surtout pour les secrétaires médicales lorsque les médecins « font leur bureau », faisant ainsi écho au rôle de « gardienne », en ce sens où elles sont les gardiennes de l'information et donc de la collaboration entre les différentes professionnelles de la santé. Ainsi, nous avons constaté qu'il en découlait une chaîne de travail prescrit entre les médecins et les secrétaires médicales, rappelant le travail de « *tyding* » tel qu'avancé dans la littérature scientifique quant aux activités de travail des secrétaires médicales. Dans un deuxième temps, nous y avons discuté du travail « réel » des secrétaires médicales en l'identifiant comme du travail de *care*, du travail émotionnel et du travail clinique. Le travail de *care* réalisé par les secrétaires médicales s'observe surtout dans la nature de la relation qu'elles ont avec les patients, notamment lorsqu'elles doivent « gérer des patients difficiles » et

gérer les émotions — souvent la colère ou la tristesse — de ces derniers. C'est à cette occasion que nous avons pu constater qu'il existe une relation d'aide entre elles et les patients. Quant au travail émotionnel, il s'observe dans le vocabulaire utilisé, des règles de sentiments comme le conçoit Hochschild, par les secrétaires médicales lorsqu'elles nous ont raconté comment elles parviennent à « gérer les patients difficiles ». Enfin, quant au travail clinique, celui-ci se remarque dans trois activités de travail des secrétaires médicales : 1) lors de l'évaluation de la conformité des demandes de rendez-vous et des références ; 2) lors de l'interprétation des informations médicales et de l'évaluation de leur niveau d'urgence (quoique cela est fait très rarement) ; 3) lorsqu'elles renseignent les patients quant à la nature des examens à passer. De ce premier chapitre de présentations des résultats, nous tirons donc, au terme de l'exercice, la conclusion suivante : puisque plusieurs de leurs tâches paraissent inaperçues auprès des patients et des médecins selon les secrétaires médicales, il y a une méconnaissance et une invisibilisation de leur travail, une conclusion qui s'inscrit par ailleurs dans le prolongement de la trop éparse littérature scientifique à leur sujet. Ce constat n'est sans doute pas fort original, mais il a le mérite de découler d'une étude portant sur et s'articulant autour des propos recueillis auprès des premières concernées.

Le cinquième et dernier chapitre fait quant à lui écho au deuxième et troisième constat de notre revue de littérature. L'analyse que l'on y retrouve a permis de répondre à notre deuxième sous-question autour des relations au travail des secrétaires médicales avec les autres professionnelles de la santé œuvrant au sein des GMF. Ce second chapitre d'analyse construit sa réflexion à partir des conclusions du quatrième chapitre. On y présente les mécanismes et les modalités de la non-reconnaissance (ou, du moins, de la méconnaissance) et de l'invisibilisation de travail « réel » des secrétaires médicales, lesquels génèrent des frustrations, soit des formes d'injustices procédurales et interpersonnelles, et constituent un vecteur important de la pénibilité de leur travail, mais surtout de sa dévalorisation. En discutant des relations au travail des secrétaires médicales, nous avons par ailleurs pu expliquer cette dévalorisation et les frustrations associées à celle-ci comme étant le résultat d'une valorisation différenciée entre les métiers et professions au sein des cliniques médicales. On notera au passage, et cela déborde un peu des ambitions initiales de cette recherche, que celle-ci affecte non seulement leur relation avec les professionnelles de la santé, mais aussi celle avec les patients. Également, nous avons pu situer que la valorisation différenciée joue au détriment de la valeur accordée au travail exécuté par les secrétaires médicales,

lequel, on l'a également vu, s'ancre dans une construction sociale et historique distincte entre les métiers et professions au sein des cliniques médicales, mais qui est aussi déterminantes — ou structurantes — pour l'organisation des cliniques médicales. C'est ce dernier élément qui nous a par ailleurs permis de dresser quelques critiques quant à la structure actuelle des GMF en soutenant notamment que celle-ci s'explique certes par la division sexuelle du travail, mais force est de constater que la « structure des GMF » reproduit à son tour cette division, ce qui n'est pas sans conséquence délétère pour les secrétaires médicales : leur invisibilisation et la dévalorisation de leur travail.

Les points aveugles de ce mémoire

Tout au long de nos deux chapitres d'analyse, et ce sans surprise en raison de notre posture épistémologique, nos conclusions ont ainsi découlé d'une analyse s'inscrivant dans une perspective féministe. Initialement, ce mémoire avait pourtant l'ambition d'aller plus loin dans ce type d'analyse. Cependant, notre matériau ne nous a pas permis de le faire. Il aurait d'ailleurs été intéressant, et il s'agit d'un premier point aveugle de ce mémoire, de pouvoir mobiliser une perspective féministe intersectionnelle, c'est-à-dire de reconnaître les intersections des identités des femmes secrétaires médicales afin de mieux identifier les formes de discrimination systémique — notamment fondée sur l'origine culturelle — et les impacts de celle-ci sur les relations au travail de ces dernières. La peu de diversité au sein de note échantillon et le nombre relativement limité d'entretiens menés nous a malheureusement freiné à cet égard.

Allant en partie dans la foulée de ce premier constat, un deuxième point aveugle de ce mémoire découle de notre échantillon limité et au fait que nous avons uniquement donné la parole aux secrétaires médicales. Bien qu'il s'agisse cette fois d'un choix volontaire — considérant que nous souhaitons donner la parole aux femmes dont le travail est souvent oublié et minimisé —, nous sommes toutefois conscientes que celui-ci a pour conséquence de ne pas pouvoir prétendre à une critique de l'ensemble du fonctionnement des GMF, ni de l'organisation des soins primaires au Québec. Et surtout, nos conclusions, il faut le rappeler, sont tirées de ce que nous ont dit les secrétaires médicales lors des entretiens. Les critiques quant au fonctionnement des GMF émises dans ce mémoire sont donc le résultat de la libération de parole des secrétaires médicales

rencontrées. D'autres points de vue, tirés de rencontres avec d'autres professionnelles de soins travaillant en GMF — pensons aux infirmières, aux IPS, aux nutritionnistes, voire aux médecins — auraient sans doute mener à des constats différents, lesquels permettraient de nuancer l'analyse que nous avons présentée ici.

Pistes de réflexion pour la suite

Pour terminer, nous souhaitons proposer quelques pistes de réflexion pour la suite. Si nous avions l'ambition de poursuivre sur l'élan de ces réflexions dans le cadre d'une éventuelle thèse de doctorat ou encore dans le cadre d'un projet de recherche, il serait à notre avis intéressant de s'attarder non pas au croisement entre deux divisions sexuelles du travail, mais davantage aux imbrications entre la division sexuelle du travail et la division racisée du travail. Certaines secrétaires rencontrées dans le cadre de cette recherche étaient des femmes racisées et nous ont rapporté certaines expériences de discrimination basée sur leur origine culturelle lors d'interaction avec certains patients, une autre forme d'injustice interpersonnelle. Nadège nous a par exemple raconté ceci :

> « J'ai un cas où je ne l'ai pas pris personnel en raison de son historique médical, mais sur le coup, je ne l'ai pas trouvé drôle. Elle a fait un commentaire comme quoi j'étais une femme noire/immigrée et j'avais des collègues autour de moi qui étaient choquées. J'ai dit à la patiente : "madame, vous réalisez ce que vous venez de dire ? J'essaie de vous aider et c'est comme cela que vous me répondez". Après, elle s'est excusée. Donc au moins… » [Nadège].

Aya a également eu ce genre d'expérience, mais cette fois avec son équipe de gestion :

> « Il y avait une fille avant mon arrivée qui avait été renvoyée. Elle était noire et avait volé beaucoup d'argent à la clinique. Depuis cette situation, quand on recevait les CV en personne et si la personne était noire, sa candidature allait directement dans la poubelle. J'écoutais le commentaire "non pas une autre noire encore" [de l'équipe de gestion], sauf que moi, je viens du nord de l'Afrique [pays anonymisé] et quand je confrontais [l'équipe de gestion], elles disaient que je n'étais pas noire. Elles disaient que cela n'était pas la même chose » (Aya).

Ces deux expériences de discrimination nous montrent bien de la pertinence de s'attarder à cette réalité souvent ignorée et de la nature violente de ces dernières. Nous aurions aimé avoir

consacré une partie plus importante de nos grilles d'entretiens autour de ces enjeux. Or, par faute de temps et en raison des difficultés de recrutement, notre échantillon — et les brefs propos que nous avons pu entendre autour de ces enjeux — a été trop limité pour aspirer à mener une analyse conséquente — et non superficielle — permettant de mieux comprendre cette imbrication et ses complexités.

Références bibliographiques

ACKER, Joan. « Hierarchies, Jobs, Bodies : A Theory of Gendered Organizations », *Gender and Society*, vol. 4, nº2, 1990, p. 13958.

ANGELOFF, Tania et Jacqueline LAUFER. « Genre et organisations », *Travail, genre et sociétés*, sect. Sociologie, vol. 17, nº1, 2007, p. 2125. <https://doi.org/10.3917/tgs.017.0021>.

BOSSEN, Claus, Lotte Groth JENSEN et Flemming Witt UDSEN. « Boundary-Object Trimming: On the Invisibility of Medical Secretaries' Care of Records in Healthcare Infrastructures », *Comput Supported Coop Work*, vol. 23, nº1, février 2014, p. 75110. <https://doi.org/10.1007/s10606-013-9195-5>.

BOURGEAULT, YVY LYNN. « Le travail des femmes est largement invisible dans tous les domaines des soins de santé | HuffPost null », *Huffpost*, 9 mai 2018. En ligne au : <https://www.huffpost.com/archive/qc/entry/travail-femmes-largement-invisible_a_23429998>, consulté le 7 octobre 2021.

BOUTIN, Gérald. *L'entretien de recherche qualitatif : théorie et pratique*, 2e éd. [mise à jour et Enrichie], Québec (Québec), Presses de l'Université du Québec, 2018.

BRAVERMAN, H. *Labour and monopoly capital*, New York, NY: MOnthly Review Press, 1974.
BRETON, Michèle, Jean-Frédéric LEVESQUE, Raynald PINEAULT et William HOGG. « L'implantation du modèle des groupes de médecine de famille au Québec : potentiel et limites pour l'accroissement de la performance des soins de santé primaires », *Pratiques et Organisation des Soins*, vol. 42, nº2, 2011, p. 1019. <https://doi.org/10.3917/pos.422.0101>.

CENTRE DE SERVICES SCOLAIRE DE MONTRÉAL. « Formation : secrétariat médical », *École des métiers de l'informatique, du commerce et de l'administration*. En ligne au : <https://emica.cssdm.gouv.qc.ca/programme/secretariat-medical/>, consulté le 16 décembre 2021.

CHARLES, Aline, François GUÉRARD et Yvan ROUSSEAU. « L'Église, les assureurs et l'accès aux soins hospitaliers au Québec (1939-1960) », *ehr*, vol. 69, 13 décembre 2011, p. 2949. <https://doi.org/10.7202/1006701ar>.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. « Répartition des médecins selon le groupe d'âge et selon le sexe | Collège des médecins du Québec », 2023. En ligne au : <https://www.cmq.org/fr/a-propos/portrait-membres-cmq>, consulté le 16 septembre 2023.

COMBESSIE, Jean-Claude. *La méthode en sociologie*, 5e éd, Paris, la Découverte, coll. Repères, nº194, 2007.

DAVIES, M.W. *Woman's place is at the typewriter*, Philadelphie, 1982.

DEJOURS, CHRISTOPHE. « Conclusion », *Travailler*, vol. 1, nº37, 2017, p. 21926.

DEJOURS, CHRISTOPHE. « Effets de la désorganisation des collectifs sur le lien... à la tâche et à l'organisation », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, vol. 2, nº61, 2013, p. 1118.

DEJOURS, CHRISTOPHE. *Travail : usure mentale*, 3e édition, Édition Bayard, 2008.

DESLAURIERS, JEAN-SIMON. *Action en santé mentale au travail et syndicalisme québécois : l'expérience de représentants syndicaux*, Québec, Université Laval, 2016. En ligne au : <https://corpus.ulaval.ca/server/api/core/bitstreams/cba06b8c-ebb1-484d-8a5b-b97a4539cd2d/content>.

DESROSIERS, Georges. « Le système de santé au Québec bilan historique et perspective d'avenir : Conférence inaugurale du 51 e congrès de l'Institut d'histoire de L'Amérique française, octobre 1998 », *haf*, vol. 53, nº1, 2 octobre 2002, p. 318. <https://doi.org/10.7202/005395ar>.

DESROSIERS, Georges, GAUMER, BENOÎT et GRENIER, GUY. *Histoire de l'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec 1946-1991*, Montréal, Éditions de l'ACMDP, 1996.

EMPLOISSECRÉTAIRE.CA. « Description d'un emploi de secrétaire ». En ligne au : <https://www.emploissecretaire.ca/description-d-un-emploi-de-secretaire/2i>, consulté le 16 décembre 2021.

DUSSUET, ANNIE. « Le "travail domestique" : une construction théorique féministe interrompue », *Recherches féministes*, vol. 30, nº2, 2017, p. 1117.

DUSSUET, Annie. « Pourquoi travaillons-nous ? », dans *Clinique du travail*, Érès, 2008a, p. 6996. <https://doi.org/10.3917/eres.linha.2008.01.0069>.

DUSSUET, ANNIE. « Genre et mobilisation de la subjectivité dans le travail : L'exemple des services à domicile aux personnes âgées », dans *Pourquoi travaillons-nous ?*, 2008b, p. 6996.

DUSSUET, Annie. « Dire l'amour, taire le travail. Sous l'amour, le travail... », *Nouvelles questions féministes*, vol. 24, nº2, 2005a, p. 8695.

DUSSUET, ANNIE. *Travaux de femmes : enquêtes sur les services à domicile*, L'Harmattan, Paris, coll. Le travail du Social, 2005b.

DUSSUET, ANNIE. *Logiques domestiques : essai sur les représentations du travail domestique chez les femmes actives de milieu populaire*, L'Harmattan, Paris, coll. Logiques sociales, 1997.

EVERS, Helen. « Job dissatisfaction amongst medical secretaries: Some organizational considerations », *Social Science & Medicine (1967)*, vol. 11, nº4, 1 mars 1977, p. 28993. <https://doi.org/10.1016/0037-7856(77)90077-4>.

FERGUSON, KATHY E. *The feminist case against bureaucracy*, Philadelphie, Templs University Press, 1984.

GAUTHIER, Anne et Sylvie RHEAULT. « La réorganisation de la première ligne au Québec : une nouvelle dynamique entre les médecins et le réseau public », *Santé, Société et Solidarité*, vol. 7, nº2, 2008, p. 97103. <https://doi.org/10.3406/oss.2008.1295>.

GIDDENS, ANTHONY. *La constitution de la société*, Paris, PUF, 1987.

GOUVERNEMENT DU CANADA. « Infirmier autorisé/infirmière autorisée au Québec | Perspectives d'emploi — Guichet-Emplois », *Guichet-Emplois*, 2024a. En ligne au : <https://www.guichetemplois.gc.ca/rapportmarche/perspectives-profession/993/QC>, consulté le 22 novembre 2024.

GOVERNMENT DU CANADA. « Le Quotidien — Représentation des femmes au sein des conseils d'administration et dans les postes de dirigeants, 2020 », *Le Quotidien*, 29 mai 2023. En ligne au : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/230529/dq230529b-fra.htm>, consulté le 3 janvier 2025.

GOUVERNEMENT DU CANADA. « Préposé/préposée aux bénéficiaires au Québec | Perspectives d'emploi — Guichet-Emplois », *Guichet-Emplois*, 2024b. En ligne au : <http://www.guichetemplois.gc.ca/explore_career/job_market_report/outlook_occupation_report.xhtml>, consulté le 22 novembre 2024.

GOUVERNEMENT DU CANADA. « Secrétaire médical/secrétaire médicale au Québec | Perspectives d'emploi — Guichet-Emplois », 2024c. En ligne au : <https://www.guichetemplois.gc.ca/rapportmarche/perspectives-profession/12598/QC>, consulté le 22 novembre 2024.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. « Groupe de médecine de famille (GMF), GMF-U et super-clinique », 2024. En ligne au : <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-des-services/gmf-gmf-u-et-super-clinique>, consulté le 16 décembre 2021.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. « Secrétaire médical - Métiers et professions en santé et services sociaux », *Avenir en santé*, 2023. En ligne au : <https://avenirensante.gouv.qc.ca/carrieres/secretaire-medical>, consulté le 22 novembre 2024.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. « Formation : secrétariat médical », *École des métiers de l'informatique, du commerce et de l'administration*, 2021. En ligne au : <https://emica.cssdm.gouv.qc.ca/programme/secretariat-medical/>, consulté le 22 novembre 2024.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. « Historique | Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) », *Régie de l'assurance maladie*, 2020. En ligne au : <https://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/a-propos/historique>, consulté le 16 septembre 2023.

HERTTING, Anna, Kerstin NILSSON, Töres THEORELL et Ullabeth Sätterlund LARSSON. « Personnel reductions and structural changes in health care », *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 54, nº2, février 2003, p. 16170. <https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00474-9>.

HOCHSCHILD, Arlie Russell. *Le prix des sentiments : au cœur du travail émotionnel*, Paris :, La Découverte, 2017.

HOLTEN MØLLER, Naja L. et Signe VIKKELSØ. « The Clinical Work of Secretaries: Exploring the Intersection of Administrative and Clinical Work in the Diagnosing Process », dans DUGDALE, Julie et al. (dir.), *From Research to Practice in the Design of Cooperative Systems: Results and Open Challenges*, London, Springer London, 2012, p. 3347.

HUDON, Michèle. *Analyse et représentation documentaires : introduction à l'indexation, à la classification et à la condensation des documents*, Québec (Québec), Presses de l'Université du Québec, coll. Collection Gestion de l'information, 2013.

HUSSER, Jocelyn. « La theorie de la structuration : quel éclairage pour le contrôle des organisations ? » :, *Vie & sciences de l'entreprise*, vol. N° 183-184, nº1, 1 juin 2010, p. 3355. <https://doi.org/10.3917/vse.183.0033>.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. « Emploi selon le groupe professionnel, résultats selon le sexe, 1987-2022, Québec, Ontario et Canada », 2024. En ligne au : <https://statistique.quebec.ca/fr/document/emploi-et-part-de-lemploi-a-temps-plein-selon-lindustrie-ou-le-groupe-professionnel/tableau/emploi-selon-le-groupe-professionnel-resultats-selon-le-sexe-quebec-ontario-et-canada>, consulté le 16 septembre 2023.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. « Taux d'emploi », *Vitrine statistique sur l'égalité entre les hommes et les femmes*, 2024. En ligne au : <https://statistique.quebec.ca/vitrine/egalite/dimensions-egalite/travail/taux-emploi>, consulté le 16 septembre 2023.

JONCAS, Hugo et Marie-Claude MALBOEUF. « Groupe ELNA Médical : Un réseau de 49 cliniques en péril », *La Presse*, sect. Santé, 12 décembre 2024. En ligne au : <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2024-12-12/groupe-elna-medical/un-reseau-de-49-cliniques-en-peril.php>, consulté le 18 décembre 2024.

KANTER, ROSABETH MOSS. *Men and women of the corporation*, New York, Basic Books, 1977.

KANTER, Rosabeth Moss. « Women and the Structure of Organizations: Explorations in Theory and Behavior », *Sociological Inquiry*, vol. 45, nº23, avril 1975, p. 3474. <https://doi.org/10.1111/j.1475-682X.1975.tb00331.x>.

KECHIDI, Med. « La théorie de la structuration : Une analyse des formes et des dynamiques organisationnelles », *Relations industrielles*, vol. 60, nº2, 6 décembre 2005, p. 348-369. <https://doi.org/10.7202/011725ar>.

KERGOAT, DANIÈLE. *Se battre disent-elles*, Paris, La Dispute, 2012.

LAURENCE-RUEL, CORYNNE, Corynne. *Le travail des préposées aux bénéficiaires dans les ressources intermédiaires : « on fait tout, on touche à tout »*, Mémoire, Montréal, Université du Québec à Montréal, 2019.

LAURIN, Nicole et Duchesne, Lorraine. « La présence des communautés religieuses de femmes dans l'espace québécois, de 1900 à 1970 », *Études d'histoires religieuses*, vol. 59, 1993, p. 65-72. <https://doi.org/10.7202/1006855ar >.

LAVOIE, Jean-Pierre et Nancy GUBERMAN. « Prendre soin des personnes âgées ayant des incapacités : Quel partage de responsabilité entre les familles et l'État ? », *Informations sociales*, vol. n° 143, nº7, 1 octobre 2007, p. 7686. <https://doi.org/10.3917/inso.143.0076>.

LOCKHART, Leah. *Gender, identity and occupational segregation: An interpretive study of secretaries and administrative assistants*, Dissertation Abstracts International, A: The Humanities and Social Sciences, 2011. En ligne au : <https://www.proquest.com/dissertations-theses/gender-identity-occupational-segregation/docview/1018337878/se-2?accountid=12543>.

MAKRIDOU, EFTHYMIA. *Le care dans tous ses états. Des employées au service des personnes âgées : entre contraintes et petits arrangements*, Thèse de doctorat en sociologie, Université Paris 8 Vincennes Sainte-Denis, 2014.

MÉDECINS QUÉBÉCOIS POUR LE RÉGIME PUBLIC. *Les GMF au Québec : Étude de cas d'une médecine entrepreneurial*, Montréal, 2017. En ligne au : <https://mqrp.qc.ca/wp-content/uploads/2017/06/MQRP-Rapport-annuel-2017-ilovepdf-compressed.pdf>.

MOLINIER, PASCALE. *Le travail de care*, Paris, La dispute, coll. Le genre du monde, 2013.

MOLINIER, PASCALE et LAUGIER, SANDRA. *Qu'est-ce que le care ? : Souci des autres, sensibilité, responsabilité*, Payot, coll. Petite Bibliothèque Payot, 2009.

MSSS. « Gouvernance et organisation des services — Système de santé et de services sociaux en bref — Santé et Services sociaux ». En ligne au : <https://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/systeme-de-sante-et-de-services-sociaux-en-bref/gouvernance-et-organisation-des-services/>, consulté le 16 décembre 2021.

MSSS. *Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille*, 2022. En ligne au : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/fiche_explicative-financement_gmf.pdf>.

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET DES INFIRMIERS DU QUÉBEC. *Rapport statistique sur l'effectif infirmier et la relève infirmière du Québec 2020-2021*, Montréal, 2021. En ligne au : <https://www.oiiq.org/documents/20147/9565847/Rapport-statistique-2019-2020.pdf>.

PAILLÉ, Pierre et Alex MUCCHIELLI. « Chapitre 1. Choisir une approche d'analyse qualitative », dans *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales — 5e éd.*, 5e éd., coll. Collection U, Paris, Armand Colin, 2021, p. 1336. En ligne au : <https://shs.cairn.info/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200624019-page-13?lang=fr>.

PLOURDE, Anne. « Les groupes de médecine de famille (GMF) : un modèle à revoir en profondeur », *The Conversation*, 13 septembre 2022a. En ligne au : <http://theconversation.com/les-groupes-de-medecine-de-famille-gmf-un-modele-a-revoir-en-profondeur-188275>, consulté le 22 novembre 2024.

PLOURDE, Anne. « Bilan des groupes de médecine (GMF) de famille après 20 ans d'existence — Un modèle à revoir en profondeur – Institut de recherche et d'informations socioéconomiques », 26 mai 2022b. En ligne au : <https://iris-recherche.qc.ca/publications/bilan-des-groupes-de-medecine-de-famille-apres-20-ans-dexistence-un-modele-a-revoir-en-profondeur/#footnote-026-backlink>, consulté le 22 novembre 2024.

PLOURDE, Anne. « Comparaison des deux modèles et impact du transfert de ressources », 2017. En ligne au : <https://iris-recherche.qc.ca/wp-content/uploads/2021/03/Note_CLSC_02.pdf>.

PLOURDE, Anne. « Échec des CLSC ou abandon du ministère de la Santé et des Services sociaux ? », *Institut de recherche et d'informations socioéconomiques*, 16 mars 2016a. En ligne au : <https://iris-recherche.qc.ca/blogue/sante/echec-des-clsc-ou-abandon-du-ministere-de-la-sante-et-des-services-sociaux/>, consulté le 22 novembre 2024.

PLOURDE, Anne. « Des CLSC aux GMF », *Institut de recherche et d'informations socioéconomiques*, 3 mars 2016b. En ligne au : <https://iris-recherche.qc.ca/blogue/sante/des-clsc-aux-gmf/>, consulté le 22 novembre 2024.

PROULX, Louise. « Une journée type dans la vie d'une adjointe | Secrétaire-Inc », 14 décembre 2021. En ligne au : <https://www.secretaire-inc.com/journee-type-vie-dune-secretaire/>, consulté le 16 décembre 2021.

Règlement sur l'exercice de la profession médicale en société, chapitre M-9, r. 21. En ligne au : <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/M-9,%20r.%2021?langCont=fr#ga:l_iii-h1>, consulté le 22 novembre 2024.

SAILLANT, Francine et Eric GAGNON. « Le self-care : de l'autonomie-libération à la gestion du soi », 1996. <https://doi.org/10.3406/sosan.1996.1367>.

SAVARD, Anne-Marie. « Les médecins comme travailleurs autonomes au sein du système public de santé au Québec : le passage d'une autonomie professionnelle à une imputabilité sociale », *cd*, vol. 58, nº4, 9 janvier 2018, p. 74987. <https://doi.org/10.7202/1042757ar>.

TAYLOR, Frederick Winslow. *The principles of scientific management*, Mineola, N.Y, Dover Publications, 1997.

TISON, Florence. « Les 5 qualités essentielles d'une secrétaire médicale », *Secrétaire-inc*, 2018. En ligne au : <http://www.secretaire-inc.com/conseils-carriere/bon-a-savoir/les-5-qualites-essentielles-dune-secretaire-medicale>, consulté le 22 novembre 2024.

TOUZIN, CAROLINE. « Une majorité de femmes médecins au Québec », *La Presse+*, sect. ACTUALITÉS, 23 janvier 2018. En ligne au : <https://plus.lapresse.ca/screens/ed89625e-6204-4a76-9371-348c988f53ff|_0.html>, consulté le 17 septembre 2023.

TRONTO, JOAN. *Moral boundarie : A political argument for an ethic of care*, Psychologie Press, 1993.

VALLERAND, NATHALIE. « Entrevue avec le président de l'Association des médecins de CLSC | Le Médecin du Québec », *Le médecin du Québec*, 28 juillet 2021. En ligne au : <https://lemedecinduquebec.org/archives/2021/8/entrevue-avec-le-president-de-l-association-des-medecins-de-clsc-assurer-la-perennite-de-la-medecine-familiale-en-clsc/>, consulté le 22 novembre 2024.

WICHROSKI, Mary. « The Secretary: Invisible Labor in the Workworld of Women », *Human Organization*, vol. 53, nº1, 5 février 2008, p. 3341. <https://doi.org/10.17730/humo.53.1.a1205g53j7334631>.

Annexe 1

La grille des entretiens

1. **Introduction**
   a. Description du projet
   b. Formulaire de consentement

2. **Données sociodémographiques & parcours professionnel**
   a. Quel âge avez-vous ?
   b. Depuis combien d'année vous travailler en tant que secrétaire médicale ?
   c. Dans combien de clinique médicale avez-vous travaillé ? Quel type de clinique médicale s'agissait-il ?
   d. Quelle formation avez-vous ?
   e. Qu'est-ce qui vous a amené à vouloir devenir une secrétaire médicale ?

3. **La nature du travail de secrétariat médical et organisation du travail**
   a. Pouvez-vous me décrire une journée typique de travail ? En quoi consiste-t-elle ? Quelles sont les tâches que vous devez accomplir dans une journée de travail ? différence entre généraliste vs spécialiste
   b. Comment se répartit le travail entre vous ? Qui fait quoi ? Cela se fait-il de manière plus formelle ou informelle ? selon clinique et culture et structure,
      i. Est-ce que toutes les secrétaires effectuent les mêmes tâches ?
      ii. Y a-t-il des listes ou des tableaux de tâches ?
   a. Y a-t-il une marge de manœuvre avec laquelle vous pouvez négocier l'attribution ou non de certaines tâches ? Si cela est possible, donnez-moi un exemple.
   b. Est-il possible pour vous ou vos collègues d'éviter ou de transférer certaines tâches, par exemple celles que personne ne veut faire ?
   c. Y a-t-il des conflits qui surgissent autour de la distribution des tâches ? Pouvez-vous me donner un exemple ?
   d. Y a-t-il des tâches qui vous semblent passer inaperçues auprès de vos collègues/patients ?

i. Si oui, lesquelles ?
ii. Comment expliqueriez-vous ce phénomène ?

e. Y a-t-il des tâches que vous effectuez qui n'ont pas été inclus lors de la formation initiale ?
f. Quelles sont les tâches qui, selon vous, sont les plus difficiles et les plus désagréables à accomplir ? Pourquoi ?

4. Relations au travail

a. Comment cela se passe-t-il avec les patients ?
b. Comment cela se passe-t-il avec les médecins ?
   i. Est-ce la même relation avec les infirmières ?
   ii. Si ce n'est pas le cas, quelles sont les différences ?
c. Comment cela se passe-t-il avec les gestionnaires des cliniques ?
d. Y a-t-il de l'entraide entre vous et vos collègues dans l'exécution de certaines tâches ? Si oui, comment s'organise cette entraide ? Est-ce que vous avez parfois l'impression d'en faire plus ou moins que certaines collègues ?
e. Y a-t-il des conflits ou des tensions avec vos collègues ? Et des moments agréables ? Quelles sont les raisons en général ?
f. Selon vous, y a-t-il des rapports de pouvoir à l'intérieur d'une clinique médicale ? Une hiérarchie ?

5. Occupé un travail « féminin »

a. Peu d'hommes occupent un poste en secrétariat médical. Comment est-ce pour vous d'évoluer professionnellement dans un milieu de travail composé presque exclusivement de femmes?
b. Avez-vous déjà vécu des moments de discrimination ou d'injustice en tant que femme dans le cadre de vos fonctions ?

6. Conclusion

a. Voulez-vous ajouter quelque chose, un point dont vous aimeriez discuter ou une question que vous aimeriez aborder qui n'a pas été posée ?