



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2018

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**CONTRAT DE MÉDECIN ADJOINT: RESSENTI DU MÉDECIN
GÉNÉRALISTE INSTALLÉ ET IMPACT SUR SON MODE D'EXERCICE**

Présentée et soutenue publiquement le jeudi 27 septembre 2018 à 14 heures
au Pôle Formation
Par Marine Billiaux

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Olivier Cottencin

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Patrick Lerouge

Monsieur le Docteur Matthieu Calafiore

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Laurent Turi

Avertissement

La faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs .

Liste des abréviations

MGI	Médecin Généraliste Installé
MA	Médecin Adjoint
CDOM	Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
APL	Accessibilité Potentielle Localisée
MGI1 à MGI9	Médecins interrogés n°1 à n°9
MA1 à MA10	Médecins adjoints des médecins interrogés n°1 à n°10
D10 à D12	Médecins ayant été cités par les médecins interrogés n°10 à n°12
ALD	Affection Longue Durée
HAS	Haute Autorité de Santé
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
ARS	Agence Régionale de Santé
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
ROSP	Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

Table des matières

Résumé.....	8
Introduction.....	10
Matériel et méthodes.....	13
I.CHOIX DE LA METHODE.....	13
II.JOURNAL DE BORD.....	13
III.POPULATION.....	14
IV.RECUEIL DES DONNEES.....	15
V.ANALYSE DES DONNEES.....	16
VI.ETHIQUE ET SECRET MEDICAL.....	17
Résultats.....	18
I.PARTICIPANTS.....	18
II.RESULTATS DE L'ETUDE.....	19
A)CE SONT DES MÉDECINS PLURI-ACTIFS AVEC UN RÉSEAU PROFESSIONNEL LEUR AYANT PERMIS DE TROUVER DES MA.....	21
1.Des MGI ayant plusieurs activités professionnelles.....	21
2.Le réseau professionnel, source de MA.....	21
3.Des MA déjà connus de la patientèle.....	22
B)LE CONTRAT DE MA RÉPOND À PLUSIEURS OBJECTIFS	22
1.Améliorer la prise en charge des patients.....	22
a)Élargissement qualitatif de l'offre de soins.....	22
b)Approfondissement de la prise en charge des patients.....	23
c)Continuité des soins.....	24
d)Diminution du nombre de consultations aux urgences.....	26
e)Diminution du nombre d'hospitalisations.....	26
2.Augmenter l'offre de soins.....	26
a)Nécessité de médecins supplémentaires dans les zones sous-dotées.....	26
b)Réduction des délais d'obtention de rendez-vous de consultation.....	27
c)Prise en charge de nouveaux patients.....	27
d)Maintien de la capacité d'accueil de la patientèle complète.....	28

e)Visites à domicile éloignées du cabinet du MGI.....	28
3.Garantir l'avenir professionnel du MGI.....	29
a)Installation durable des MA auprès des MGI.....	29
b)Trouver un successeur.....	30
c)Travailler avec un MA à défaut de trouver un collaborateur.....	31
d) Crainte des MGI quant à leur avenir sans MA.....	32
C)LE MA EST UN CONTRAT ET UN STATUT TEMPORAIRE.....	33
1.Le MA est une réponse à une situation aiguë.....	33
a)Contrat de durée limitée.....	33
b)Installation future du MA prévue.....	34
c)Cessation définitive d'activité de médecins	35
d)Arrêt maladie de médecins dans les villes voisines.....	36
e)Décès brutal d'un confrère.....	36
f)Départ inattendu d'un collaborateur.....	37
g)Contexte d'épidémie.....	37
h)Convalescence d'un MGI.....	38
i)Difficultés dans la vie privée du MGI.....	38
2.Le contrat de MA est une étape dans l'installation des jeunes médecins.....	39
a)Engagement moindre.....	39
b)Installation progressive.....	40
c)Ne pas empêcher une installation durable.....	41
D)LA PRESENCE DES MA ENRICHIT INTELLECTUELLEMENT LA PRATIQUE MÉDICALE DES MGI ET DES MA.....	41
1.Une réflexion commune autour du patient.....	41
2.Un complément de formation.....	43
E)TRAVAILLER AVEC UN MA PEUT AVOIR UN IMPACT POSITIF SUR LA QUALITÉ DE VIE DU MGI.....	44
1.Impact sur la qualité de vie privée.....	44
a)Incidence possible sur la qualité de vie privée.....	44
b)Retentissement sur la vie privée non systématique.....	45
2.Impact sur la qualité de vie professionnelle.....	46
a)Diminution de la quantité de travail du MGI	46

b)Utilisation du temps pour travailler autrement	47
c)Retentissement non systématique sur la quantité de travail.....	48
3.Sérénité des MGI.....	48
F)LE TRAVAIL EN GROUPE IMPLIQUE UNE COORDINATION DES SOINS DES PATIENTS PLUS DIFFICILE ET NÉCESSITE UNE ADAPTATION.....	49
1.Complexité de la coordination de la prise en charge thérapeutique.....	49
2.Discontinuité du suivi des patients.....	50
a)Allongement de la durée des consultations.....	50
b)Difficultés pratiques concernant le suivi des patients.....	51
3.Travail en équipe synonyme d'adaptation.....	52
a)Adaptation du cabinet.....	52
b)Adaptation du MA au MGI.....	54
c)Adaptation du MGI au MA.....	55
d)Adaptation des patients au MA.....	55
G)LE CONTRAT DE MA EST RÉCENT, IL A DES AVANTAGES MAIS DES AMÉLIORATIONS PEUVENT ÊTRE FAITES.....	56
1.Un contrat récent qui évolue.....	56
a)Le principe d'assistanat est ancien.....	56
b)Un contrat peu connu des MGI qui évolue.....	57
c)Un contrat méconnu des organismes liés à la santé.....	58
2.Un contrat avec des atouts.....	59
3.Une gestion du cabinet moins évidente.....	60
4.Des améliorations possibles autour du contrat.....	60
a)Des améliorations d'ordre administratif.....	60
b)Des améliorations de la contractualisation.....	62
Discussion.....	65
I.PRINCIPAUX RESULTATS.....	65
A)UNE CARACTERISTIQUE COMMUNE.....	65
B)UNE REPONSE A PLUSIEURS OBJECTIFS.....	66
C)UNE REPONSE TEMPORAIRE.....	67
D)UNE REFLEXION COMMUNE.....	68
E)UN IMPACT SUR LA QUALITE DE VIE DES MGI.....	69

F)UNE COORDINATION DES SOINS PLUS COMPLIQUEE.....	69
II.DISCUSSION DE LA METHODE.....	70
A)Points forts de l'étude.....	70
1.Choix du sujet et de la méthode.....	70
2.Echantillonnage.....	71
3.Entretiens.....	72
4.Analyse.....	72
B)Limites de l'étude.....	73
1.Le chercheur.....	73
2.Les entretiens.....	73
3.La période de recueil des donnée.....	73
C)Critères de validité scientifique.....	74
Conclusion.....	75
Références bibliographiques.....	77
Annexes.....	79

Résumé

Introduction Un nouveau contrat, celui de médecin adjoint (MA), permet à de jeunes médecins doctorants d'exercer comme adjoints auprès de médecins généralistes installés (MGI) , pour faire face à un afflux d'activité, de façon temporaire. L'objectif de notre étude était de recueillir le ressenti des MGI concernant l'impact qu'avait eu ce contrat sur leur mode d'exercice, afin d'apporter un éclairage sur une des solutions à la problématique de la désertification médicale.

Méthode Il s'agissait d'une étude qualitative par théorisation ancrée. Le recueil des données s'est fait par entretiens individuels semi-dirigés, avec l'aide d'un guide d'entretien, entre janvier et juin 2018 . La population ciblée par l'étude concernait la totalité des MGI dans le Nord et le Pas-de-Calais, ayant travaillé avec au moins un médecin généraliste adjoint en 2017. Les entretiens ont été retranscrits puis analysés sur le logiciel NVIVO®.

Résultats : La saturation des données a été atteinte après neuf entretiens, car tous les sujets éligibles et ayant accepté de participer à l'étude ont été interrogés. Les MGI étaient des médecins pluri-actifs avec un réseau professionnel qui leur a permis de trouver des MA. Selon les MGI, le MA a permis d'améliorer la prise en charge des patients, d'augmenter l'offre de soin et de garantir l'avenir professionnel des MGI. Le MA était considéré comme une réponse à une situation aigüe, et une étape dans l'installation des jeunes médecins. De plus, la présence des MA a permis un enrichissement intellectuel des MGI et a eu un impact positif sur leur qualité de vie. Cependant, la coordination des soins des patients était plus difficile et a nécessité une adaptation. Enfin, des améliorations du contrat sont apparues nécessaires.

Conclusion : Le contrat de MA permet d'apporter une réponse à la demande de soins des patients dans les zones sous-denses, que ce soit de manière transitoire ou à plus long terme. Il présente de nombreux aspects positifs sur le plan professionnel et personnel. Mais il nécessiterait des améliorations pour renforcer le développement du statut, telles qu'une place administrative plus appropriée aux MA, et une modification de la législation concernant la durée du contrat.

Abstract

Background : A new contract, that of médecin adjoint (MA), allows young doctoral doctors to practice as assistant to established general practitioners (EGP), to cope with an influx of activity, temporarily. The objective of our study was to collect the feeling of the EGP regarding the impact that this contract had on their way of exercising, in order to shed light on one of the solutions to the problem of medical desertification.

Method : This was a qualitative study based on theorization. The data collection was done through semi-structured individual interviews, with the help of an interview guide, between January and June 2018. The population targeted by the study concerned all the EGP in the Nord and Pas-de-Calais, having worked with at least one MA in 2017. The interviews were retranscribed and analyzed on the NVIVO® software.

Results : Data saturation was reached after nine interviews because all eligible subjects who agreed to participate in the study were interviewed. EGP were multi-active physicians with a professional network that enabled them to find MA. According to the EGP, the MA has made it possible to improve the care of patients, increase the supply of care and guarantee the professional future of EGP. The MA was considered a response to an acute situation, and a step in the installation of young doctors. In addition, the presence of MA has led to an intellectual enrichment of EGP and has had a positive impact on their quality of life. However, coordination of patient care was more difficult and required adaptation. Finally, contract improvements appeared necessary.

Conclusion : The MA contract provides a response to the demand for patient care in under-dense areas, either transiently or in the longer term. It has many positive aspects on a professional and personal level. But it would require improvements to strengthen the development of the statute, such as a more appropriate administrative place for MA, and a change in legislation regarding the duration of the contract.

Introduction

En France, il existe à ce jour de nombreuses zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins pour la profession de médecin généraliste. Ce sont les zones dites « sous-denses » ou « sous-dotées » en médecins et qui correspondent aux déserts médicaux (1) (Annexe 1).

Pour y faire face, le 13 octobre 2017, La Ministre des Solidarités et de la Santé, Madame Agnès BUZYN, annonce un plan de lutte permettant de renforcer l'accès territorial aux soins (2). Elle propose notamment de généraliser aux zones sous-denses le contrat d'étudiant en médecine exerçant en qualité d'adjoint d'un médecin.

Ce contrat récent (3) permet à de jeunes médecins d'exercer en tant qu'adjoints auprès de Médecins Généralistes Installés (MGI). L'objectif est de renforcer le médecin installé pour faire face à un afflux d'activité, de façon temporaire. Ce contrat de Médecin Adjoint (MA) se développe progressivement depuis quelques années pour réagir face aux épidémies et dans les zones à fortes variations saisonnières de population. Initialement, le contrat était uniquement accordé par la préfecture. Mais, depuis l'annonce du Ministre des Solidarités et de la Santé, et dans le but de généraliser le contrat de MA aux déserts médicaux, les autorisations sont simplifiées puisqu'elles sont délivrées par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins. (CDOM), qui en informe les services de l'Etat. La validité du contrat est accordée en cas d'afflux exceptionnel de population constaté par un arrêté du représentant de l'Etat dans le département, lorsque les besoins de la santé publique l'exigent ou si l'état de santé du médecin installé le nécessite momentanément. Elle est valable pour une durée limitée de 3 mois et renouvelable jusqu'à 2 ans (4, 5).

Ce statut de MA est à distinguer de celui de Médecin Assistant (6). En effet, les MA

sont des étudiants en médecine ou de jeunes médecins n'ayant pas encore soutenu leur thèse. Ils doivent cependant être au moins en troisième cycle de médecine générale et avoir déjà effectué trois semestres d'internat dont un chez un praticien généraliste agréé (7). Le médecin assistant, quant à lui, doit nécessairement être docteur. Les conditions d'exercice du contrat restent néanmoins les mêmes.

De manière pratique, le MA est un jeune médecin doctorant – c'est à dire qu'il n'a pas encore soutenu sa thèse - ou un étudiant en médecine français ou de la Communauté européenne. Il doit tout d'abord s'inscrire au CDOM du département de son domicile pour obtenir une licence de remplacement. Cette licence est valable jusqu'au 30 novembre de l'année en cours et doit être renouvelée chaque année, sur demande. De plus, le MA doit être titulaire d'une responsabilité civile professionnelle. Le MGI et le MA, après décision du pourcentage de la rétrocession due par le MGI au MA, établissent alors le contrat en trois exemplaires et l'adressent signé conjointement au CDOM. C'est ce dernier qui autorise le MGI à être assisté du MA pour une période maximale de 3 mois. Les feuilles de soins, les imprimés pré-identifiés et les ordonnances sont fournies par le MGI qui est assisté (3).

Le 13 novembre 2017, faisant suite au dossier de presse de la ministre, un arrêté est publié pour définir le nouveau zonage des déserts médicaux (8).

Auparavant, l'identification de ces zones s'appuyait sur un texte datant de 2011 (9), qui reposait lui-même sur des données datant de 2008. Une mise à jour s'avérait donc nécessaire pour mieux identifier le nombre de territoires classés en zone sous-dense.

Ainsi, une nouvelle cartographie définit des « territoires de vie-santé » à partir d'un indicateur principal dénommé Accessibilité Potentielle Localisée (APL) à un médecin (8). Cet indicateur s'exprime en nombre de consultations accessibles par an et par habitant. L'APL prend en compte l'activité de chaque praticien, le temps d'accès au praticien et la consommation de soins des habitants par classe d'âge. Les territoires de vie-santé, composés d'un ensemble de communes, constituent la maille territoriale du zonage. En moyenne, un habitant bénéficie de 3,8 consultations par an. Toute zone dont l'APL est inférieure à 4 est considérée comme zone d'intervention prioritaire car l'offre de soins ne permet pas de répondre de manière satisfaisante aux besoins de la population. Les zones

A, dont l'APL est inférieur à 2,5 et certaines des zones dont l'APL est compris entre 2,5 et 4 sont éligibles à des mesures et des aides à l'installation des médecins. Ainsi, dans les Hauts-de-France, 8,3% de la population fait partie des zones d'intervention prioritaires (2, 10).

Comme l'a souligné Agnès BUZYN le 13 octobre 2017 , il existe un autre cas de figure où la population fait face à une situation de faible accessibilité. Il s'agit des communes sous-denses en médecins mais dont le territoire ne connaît pas de déficit global. Il s'agit de problèmes locaux d'accessibilité aux soins (2).

De ce fait, ce contrat de MA , peu connu, est vu comme une solution pour pallier ce défaut d'offre de soins. En effet, l' assouplissement des conditions du contrat de MA montre qu'il est perçu par les pouvoirs publics comme une des réponses. Mais à ce jour, il n'existe pas d'étude consacrée à l'intérêt qu'apporte ce type de contrat pour les MGI, pour les MA et pour les patients.

Ainsi, dans cette étude, nous avons souhaité répondre à la question suivante : comment les médecins généralistes installés dans le Nord et le Pas-de-Calais ont-ils vécu l'expérience du contrat de MA, en 2017 ?

L'objectif principal de notre étude était de recueillir le ressenti des MGI concernant l'impact qu'avait eu ce contrat sur leur mode d'exercice.

L'objectif secondaire était d'identifier des axes d'amélioration de la mise en place de ce contrat.

Le but du travail était d'apporter un éclairage sur une des solutions à la problématique de la désertification médicale.

Matériel et méthodes

I. CHOIX DE LA METHODE

Les études qualitatives n'ont pas pour objectif de mesurer une variable, ni de tester une hypothèse, ni même d'évaluer une relation causale entre des variables. Elles vont plutôt explorer le sens et la valeur de phénomènes sociaux. Elles construisent une hypothèse et développent une théorie.

Pour répondre à notre question de recherche , nous avons choisi de réaliser une étude qualitative par théorisation ancrée. Cette méthode de recherche inductive vise à construire une théorie à partir de données empiriques recueillies par le chercheur, par l'intermédiaire de témoignages ou d'observations (11).

Parmi les différentes méthodes de recueil des données, il a été choisi de faire un recueil par l'intermédiaire d'entretiens individuels semi-dirigés. Ceux-ci ont été réalisés avec l'aide d'un guide d'entretien (Annexe 2), que nous avons amélioré au fil des entretiens pour permettre d'aborder au mieux les points importants de l'étude (11, 12, 13, 14).

II. JOURNAL DE BORD

J'ai utilisé comme support de réflexivité un journal de bord. J'y ai consigné mes traces écrites. Ce journal a ainsi permis de retracer et d'explicitier mon cheminement au cours de la recherche (Annexe 3). C'est en effet dans ce journal que j'ai écrit notre progression concernant la genèse de notre question de recherche, le choix de la méthode pour répondre à cette question, la rédaction de la fiche de recherche, la recherche bibliographique, le guide d'entretien, ou encore la mise en forme des résultats d'analyse

des entretiens . Nos a priori par rapport à la question de recherche ont également été définis. Les comptes rendus de terrain, les compte-rendus théoriques et ceux opérationnels ont été notés après les entretiens.

III. POPULATION

La population ciblée par l'étude concernait la totalité des MGI dans le Nord et dans le Pas-de-Calais ayant travaillé avec au moins un médecin généraliste adjoint en 2017.

Les médecins ayant signé un contrat de MA mais dont la spécialité n'était pas la médecine générale étaient exclus de l'étude. De même, si les MGI avaient signé un premier contrat de MA mais que celui-ci n'avait pas débuté lors de la période de recueil de données , alors ils étaient exclus de l'étude.

Les conseils de l'ordre des médecins du Nord et celui du Pas-de-Calais ont été contactés par courriel, en face-à-face et par téléphone . Ces derniers nous ont communiqué les coordonnées de tous les médecins potentiellement concernés par l'étude, après avoir eu leur accord. Dans le Nord, les premiers contrats de MA dataient de 2008 mais les données allant jusqu'à 2013 étaient incertaines. Tandis que dans le Pas-de-Calais, la signature du premier contrat de MA datait de novembre 2016. Les participants ont donc été sélectionnés par échantillonnage dirigé.

Les sujets éligibles ont ensuite tous été contactés par téléphone. L'objet de l'étude leur a été expliqué , et les rendez-vous ont été pris pour réaliser les entretiens individuels en face-à-face.

Il nous semble important de noter que je connaissais un des médecins que j'ai interrogés. Je l'ai rencontré dans un cadre professionnel, après avoir récupéré la liste des médecins éligibles à l'étude, mais avant de l'avoir interrogé.

La suffisance des données a été atteinte car les données ont été recueillies de façon maximale . Tous les sujets éligibles et ayant accepté de participer à l'étude ont en

effet été rencontrés et interrogés.

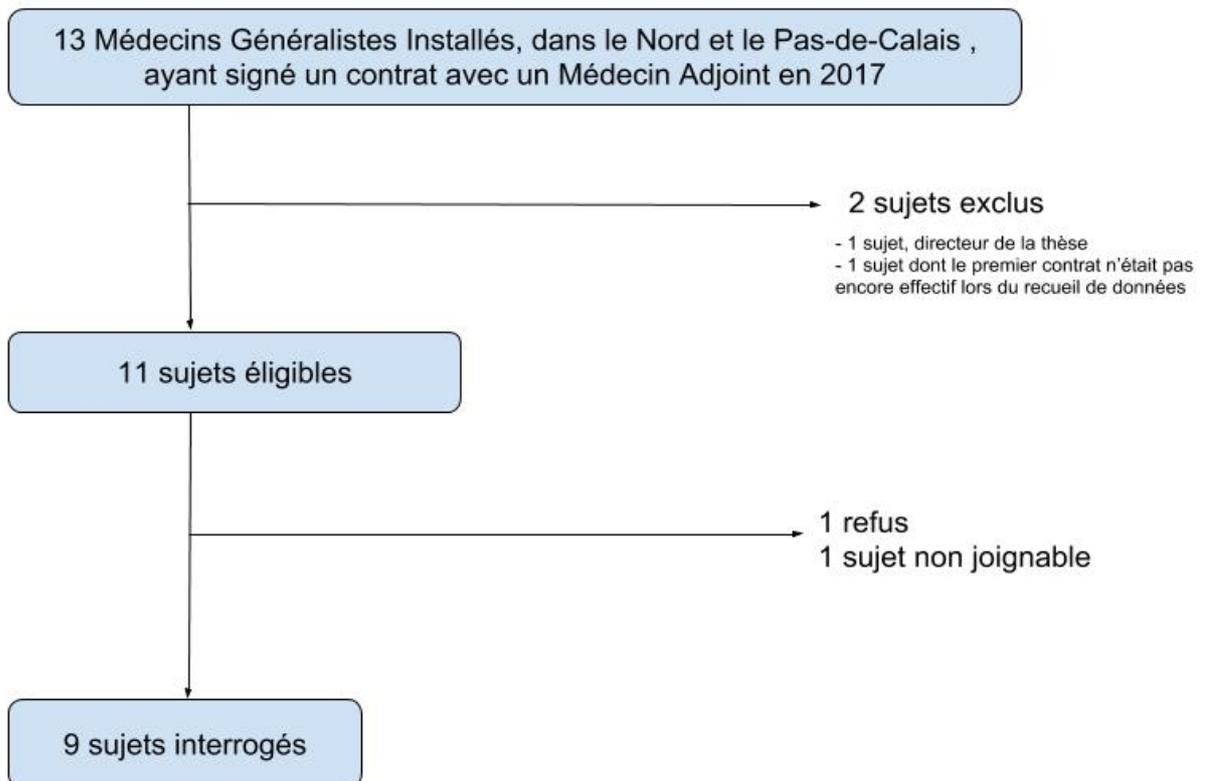


Figure 1 : Diagramme de Flux

IV. RECUEIL DES DONNEES

J'ai réalisé des entretiens semi-structurés qui se sont déroulés de janvier à juin 2018. Avant chaque entretien, la participation des MGI à ce travail a été formalisée par un consentement écrit (Annexe 4).

Le recueil des données s'est fait avec l'aide d'un guide d'entretien (Annexe 2). Ce

canevas d'entretien était composé de questions ouvertes reprenant les thèmes à aborder. Des sous-questions de "relance" ont permis d'amener les points importants lorsque l'informant ne les développait pas spontanément.

Pour optimiser les questions du guide, avec mon directeur de thèse, nous avons réalisé un entretien exploratoire où je lui ai posé les questions qui me semblaient appropriées. Nous n'avons pas analysé les données de cet entretien mais le guide a ainsi pu être amélioré avant le premier entretien de l'étude. Le canevas est resté souple et nous avons pu adapter le guide au gré des entretiens.

Les rencontres en face-à-face avec les MGI se sont toutes déroulées dans leurs cabinets médicaux respectifs et ont été enregistrées par dictaphone. Seuls, le médecin interrogé et moi-même, en qualité d'investigateur, étions présents lors de ces entretiens.

Chaque entretien a été retranscrit dans son intégralité, le plus fidèlement possible, en verbatim (Annexe 5). Je n'ai pas retourné les retranscriptions d'entretien aux participants. Les verbatim ont ensuite été anonymisés (15), sur un logiciel spécialisé dans la transcription, oTranscribe®.

Une précision est à faire concernant l'emploi du terme « assistant » par les MGI interrogés. Certains d'entre eux ont utilisé le terme d' « assistant » parce que, initialement dans le Nord-Pas-de-Calais, le contrat était employé sous la désignation d' « interne assistant », de « médecin-assistant » et même de « médecin-assistant-remplaçant ». Tout cela fait référence aux médecins adjoints, qui n'ont pas soutenu de thèse.

V. ANALYSE DES DONNEES

Nous avons analysé les données en utilisant la "théorisation ancrée". Aucune hypothèse n'a été émise avant le début des entretiens et une modélisation s'est créée suite à l'analyse des verbatims (16). J'ai utilisé le logiciel QSR NVivo® 12 (Mac) pour analyser les verbatims en créant un codage d'abord ouvert. Ainsi, chaque partie du

verbatim a été classée dans une catégorie conceptuelle appelée “nœud” représentant l'idée que cette catégorie véhiculait. Plusieurs noeuds ont été déclinés en “sous-noeuds” plus détaillés selon la particularité de l'idée émise. Au fil des entretiens analysés, j'ai fait un codage axial, en articulant les noeuds entre eux, dans des thèmes plus généraux. Enfin, nous avons sélectionné les catégories correspondant aux concepts “solides” et qui ont donc formé notre modélisation.

Une seconde analyse des données a été faite par un investigateur extérieur à la recherche, en parallèle. Elle a permis une confrontation des données encodées et donc la vérification de la concordance de notre analyse. Cette démarche est appelée “triangulation”.

VI. ETHIQUE ET SECRET MEDICAL

Conformément au Code de la Santé Publique, un avis du Comité de Protection des Personnes Nord-Ouest n'était pas nécessaire car notre étude était non interventionnelle, ne requérant donc pas l'accord des autorités compétentes.

Une déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) n'était pas non plus nécessaire, mais nous avons fait une déclaration auprès du responsable de traitement des projets de thèse de l'université de Lille 2.

Les adresses ou autres détails qui auraient pu permettre d'identifier les participants à l'étude ont été anonymisées dans les verbatims.

Aucun conflit d'intérêt n'est à déclarer. Cette étude n'a bénéficié d'aucun financement.

Résultats

I. PARTICIPANTS

Neuf médecins généralistes ont été interrogés en entretiens individuels. Parmi eux, trois ne travaillaient plus avec un MA lors des entretiens. Ce sont également ces trois médecins qui exerçaient dans une zone dont la densité de généralistes était supérieure à la moyenne nationale. En effet, la densité moyenne française était de 9,1 médecins pour 10 000 habitants, en 2016 (1). Huit des neuf médecins interrogés exerçaient en territoire de vie-santé (17). Un seul des médecins interrogés travaillait dans le Pas-de-Calais, les autres exerçaient dans le Nord.

La durée moyenne des entretiens était de 19 minutes. Les caractéristiques des MGI sont reprises dans le tableau 1.

La suffisance des données est inévitablement apparue car tous les médecins ont été interrogés.

Tableau 1: caractéristiques des médecins interrogés

Participant	Tranche d'Age (années)	Sexe	densité de généralistes (pour 10000 habitants) en 2016 (1)	Mode d'exercice	Maître de stage	Durée de l'entretien (minutes)
MGI1	55-65	M	11,7	Seul	Non	00:08
MGI2	45-65	M	8,4	Groupe	Oui	00:15
MGI3	45-65	F	7,1	Seul	Oui	00:12
MGI4	45-65	M	8,4	Groupe	Oui	00:13
MGI5	45-65	M	7	Groupe	Oui	00:42
MGI6	30-45	M	7	Groupe	Oui	00:11
MGI7	45-65	F	9,2	Groupe	Oui	00:27
MGI8	30-45	M	4,0	Seul	Non	00:18
MGI9	45-65	M	9,2	Groupe	Oui	00:22

M = masculin

F= féminin

II. RESULTATS DE L'ETUDE

Cette étude a permis de construire un modèle concernant le ressenti du MGI ayant travaillé avec un MA et l'impact de cette collaboration sur son mode d'exercice.

Ce modèle est articulé autour de plusieurs concepts qui sont présentés ci-après, et détaillés par la suite.

Ce sont des médecins pluri-actifs avec un réseau professionnel
qui leur a permis de trouver des MA.

Le contrat de MA répond à plusieurs objectifs : améliorer de la prise en charge des
patients, augmenter l'offre de soin et garantir l'avenir professionnel des MGI.

Le MA est un contrat et un statut temporaire.

La présence des MA enrichit intellectuellement
la pratique médicale des MGI et des MA.

Travailler avec un MA peut avoir un impact positif
sur la qualité de vie du MGI.

Le travail en groupe implique une coordination des soins des patients plus difficile
et nécessite une adaptation.

Le contrat de MA est récent, il a des avantages,
mais des améliorations peuvent être faites.

A) CE SONT DES MÉDECINS PLURI-ACTIFS AVEC UN RÉSEAU PROFESSIONNEL LEUR AYANT PERMIS DE TROUVER DES MA

1. Des MGI ayant plusieurs activités professionnelles

Un profil de médecins est ressorti de nos entretiens. Ce sont des médecins pluri-actifs qui ont fait appel aux MA.

Parmi eux, on trouvait des maîtres de stages, des experts de médecine générale, ou encore des formateurs de médecine générale. Il y avait également des présidents de pôle de santé, de la commission spécialisée d'offre de soins, et des responsables syndicaux.

2. Le réseau professionnel, source de MA

Il est ressorti des entretiens que c'était grâce à leur réseau professionnel que les MGI avaient pu recruter des MA. En effet, des MA avaient été internes chez les MGI. Ils étaient donc connus du médecin.

« Mais ça s'est fait intuitivement. Comme c'était nos internes... C'est des anciens N1 qui sont passés "SASPAS" [Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée] et qui ont été collaborateurs [= MA] . Ca s'est fait comme s'ils s'étaient installés avec nous en fait. Il y avait eu quand même une antériorité. C'est pas des gens qui ont débarqué ici adjoints qu'on ne connaissait pas. On savait comment ils travaillaient. » [MGI4]

D'autres internes étaient MA en parallèles dans le même cabinet, un jour par semaine. D'autres encore avaient travaillé comme remplaçants du MGI.

3. Des MA déjà connus de la patientèle

Les MA étant connus des MGI et des patients, une relation de confiance s'était déjà installée.

« La question que je me pose, c'est "après [MA5], comment sera accueilli le prochain assistant? " Je pense qu'on a intérêt à ce que ce soit des gens qui ont déjà travaillé dans le cabinet, que les gens connaissent un peu. » [MGI4]

Certains même devenaient le médecin de référence des patients.

« Mais c'est vrai que [MA10] a très vite eu des patients qui ne venaient voir plus que lui. » [MGI4]

B) LE CONTRAT DE MA RÉPOND À PLUSIEURS OBJECTIFS

1. Améliorer la prise en charge des patients

L'existence des MA a amélioré la prise en charge des patients de multiples façons explicitées ci-après.

a) Élargissement qualitatif de l'offre de soins

Les MA ont apporté des compétences complémentaires au sein de leur cabinet telles que l'Attestation Universitaire d'Enseignement Complémentaire de Pédiatrie, la réalisation d'infiltrations intra-articulaires ou encore la connaissance des dernières recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS).

« Oui, parce qu'elle est plus jeune que moi, donc elle est un peu plus au courant je pense, des recommandations de la Haute Autorité de Santé, surtout qu'elle a aussi un "DU" [Diplôme universitaire] de pédiatrie . Et donc les parents sont franchement contents de sa façon de prendre en charge les enfants - et autres, hein- et donc moi, ils m'apprennent des choses que je n'aurais pas forcément dites. » [MG16]

« Enfin, par exemple, [MA5] sait faire des infiltrations. Si j'ai une infiltration à faire faire, moi je n'en fais pas, je demande à [MA5] de le faire. » [MG15]

b) Approfondissement de la prise en charge des patients

Grâce à la présence d'un nouveau médecin, les MGI ont pu prolonger la durée de leurs consultations quand cela s'est avéré nécessaire.

« Comme ça me soulage, eh bien j'arrive à prendre un peu plus de temps quand ils ont des soucis plus compliqués. Ils le ressentent. Donc du bénéfique. » [MG18]

« Donc, des consultations qui, pour moi, peuvent être un peu plus longues, avec les choses qui me font plaisir, là où avant il fallait aller un peu plus vite, parce qu'il y avait du monde. » [MG18]

La présence du MA a permis au MGI d'approfondir la prise en charge de ses patients, notamment de faire de l'éducation thérapeutique et de la prévention, mais aussi de participer à des réunions de concertation pluri-professionnelles.

« Je travaille dans le bureau à côté pour faire des consultations dédiées, soit d'éducation thérapeutique, soit de spirométrie. [...] Mais je pense que les mercredis, ça va me permettre de faire justement de l'éducation thérapeutique, en faisant de la spirométrie, du dépistage audiovisuel, et tout ce qui est prévention. » [MG15]

« Ca permet aussi de faire tout le travail de réunion de concertation avec le médico-social, qu'on n'aurait peut-être pas le temps de faire si ils n'étaient pas là. » [MG18]

c) Continuité des soins

Avant la présence des MA, des MGI ne pouvaient plus répondre à la demande de soin des patients, et se voyaient dans l'obligation d'espacer le suivi des pathologies chroniques. Les MA ont donc permis d'améliorer le suivi de ces patients.

« En fait le médecin adapte sa fréquence de rendez-vous à la demande de la population qu'il a en face de lui. Si le médecin a trois mille patients, il va voir des consultations diabétiques à trois mois, et nous on sait , même s'il n'est pas équilibré il va le voir à trois mois. » [MG12]

La mise en place d'un contrat avec les MA a permis la continuité des soins de la patientèle du cabinet, malgré les absences des MGI.

« La perspective, c'est surtout de permettre une bonne continuité des soins. Puisqu'on sait qu'on n'est pas là tout le temps. Ça permet que, malgré tout, les appels et les demandes de soins programmées ou pas, des patients, soient pris en charge, et de faire qu'il n'y ait pas de temps en temps des vides, en disant "tiens y'a personne au cabinet". C'est essentiellement d'assurer que le patient pourra venir, qu'il pourra être pris en charge, quelle que soit la problématique. » [MG19]

De plus, dans certains des cabinets, les patients ont pu avoir un suivi de leurs maladies chroniques par un médecin qui leur était attitré.

« Ça permettait qu'il y ait une continuité de soins auprès des patients qui était pris. Il y avait huit médecins généralistes sur le secteur qui avaient, ou cessé activité, ou été malade, ou décès. Et donc, on se retrouvait avec, à notre porte, des gens qui n'avaient plus de médecin traitant, et qui avaient besoin de traitement, qui avaient besoin de suivi. Ça n'était pas des pathologies intercurrentes. Ça n'était pas "pallier à des vacances" ou au fait qu'ils n'étaient pas là pas longtemps . C'est que c'était des cabinets qui étaient fermés. Donc les patients qui ont besoin d'un suivi au long cours, avaient besoin d'avoir quand-même quelqu'un d'attitré, pendant quelques temps. » [MG17]

Dans d'autres cabinets cependant, les MGI ont évité de laisser les MA prendre en charge les patients avec des pathologies chroniques nécessitant des bilans d' affection longue durée (ALD), car ils n'avaient pas de certitude que le contrat soit renouvelé après 3 mois.

« Moi je fais beaucoup de dossiers de suivis au long cours, de bilans "ALD", de trucs comme ça. Je ne vais pas laisser faire ça à un assistant qui est là trois mois, si c'est faire le point sur un suivi de deux ans et définir des soins pour dans trois ans. S'il est là que pour trois mois, ben c'est tout quoi. Ça, c'est une petite restriction. Ça veut dire que les bilans, les trucs comme ça, ils ne vont pas trop les faire. Naturellement, les évaluations des troubles anxio-dépressifs, les trucs, les "MMS"... Les "MMS", si, parce que c'est à peu près aigu, mais c'est à peu près tout. » [MG14]

d) Diminution du nombre de consultations aux urgences

La présence du MA a permis de répondre plus facilement aux demandes urgentes et ainsi éviter d'engorger les urgences et les maisons médicales de garde.

e) Diminution du nombre d'hospitalisations

Le nombre d'hospitalisations a été réduit car les MGI ont pu approfondir la prise en charge des patients dont les profils étaient dit "complexes".

« Le médecin généraliste titulaire ou maître de stage, il va avoir les situations les plus complexes. Et l'adjoint ou le "SASPAS" va voir les situations complexes les plus simples. [...] Mais ça permet de mieux gérer les grandes complexités. On hospitalise beaucoup moins »
[MGI7]

2. Augmenter l'offre de soins**a) Nécessité de médecins supplémentaires dans les zones sous-dotées**

Selon les MGI vivant en zone sous-dotée en médecins, que ce soit de façon transitoire ou permanente, le contrat de MA était une réponse adaptée à la désertification médicale.

« Là, on a actuellement un médecin qui est souffrant avec un arrêt de travail, on a deux médecins qui viennent de prendre leur retraite, un troisième qui est en arrêt , qui est remplacé dans 25% de la patientèle par le successeur. Donc voilà, on est en difficulté, en zone sous-dotée, désertifiée. [...] C'est pour ça que l'ordre autorise. Donc c'est des journées... voilà, je ne peux pas... Le but dans ma vie ce n'est pas de faire une centaine d'actes par jour. Donc quarante, je trouve que c'est déjà beaucoup, pour qu'ils soient bien faits et cetera. » [MGI2]

« Enfin là, on est dans un quartier où il y a beaucoup de patients, où il y a peu de médecins, et on a besoin d'aide. » [MGI6]

b) Réduction des délais d'obtention de rendez-vous de consultation

Suite à l'arrivée des MA, un équilibre entre offre et demande de soins médicaux de la population a été établi puisque les délais de consultation ont été réduits.

« Ca peut même être des gens qui ont l'habitude avec moi, et puis ben voilà, "moi le rendez-vous ça va être vingt heures ce soir. Il n'y pas de place sur [nom de ville 1] "... Voilà, ça se passe bien. "Ben si, elle, elle pourrait vous voir un peu plus tôt. " Et voilà. » [MGI8]

c) Prise en charge de nouveaux patients

Grâce à la présence des MA, de nouveaux patients ont pu consulter dans les cabinets où ils travaillaient.

« Et vu qu'on ouvrait une nouvelle structure, on avait envie d'accueillir les gens du quartier,

les nouvelles personnes du quartier » [MGI6]

« Donc nous on voulait bien prendre des nouveaux patients, mais avec des bras en plus. [...] Ca nous permet encore d'en reprendre des nouveaux. Donc il y a une gestion du flux. » [MGI7]

d) Maintien de la capacité d'accueil de la patientèle complète

Des MGI que j'ai interrogés ont fait la demande d'un MA pour pouvoir accueillir toute la patientèle du cabinet de groupe, malgré le départ en retraite d'un des médecins.

« Et donc, pour maintenir la possibilité d'accueil de la patientèle complète du cabinet, on avait fait la demande d'un médecin assistant. Et lui, il avait dû faire deux fois trois mois, je crois. » [MGI9]

e) Visites à domicile éloignées du cabinet du MGI

Un des MGI rencontrés exerçait sur deux villes différentes. La présence du MA a permis à ce médecin de répondre à la demande de consultation à domicile des patients dont la résidence était trop éloignée de son cabinet principal.

« Puisque géographiquement, on n'est pas trop sur le même secteur. Il y a quinze kilomètres qui nous séparent. Mais elle, ça lui a permis de faire les visites que je ne pouvais plus faire parce que... [inaudible] c'est de partir en visite d'ici à trente bornes, donc voilà. Elle, elle les fait, donc c'est apporter ses soins au plus près des patients. » [MGI8]

3. Garantir l'avenir professionnel du MGI

a) Installation durable des MA auprès des MGI

Un autre des objectifs de la mise en place de ce contrat a été d'inciter les MA à s'installer auprès des MGI, de façon pérenne. Le but était de trouver un potentiel collaborateur, un associé.

« Surtout, le tremplin pour permettre justement, de trouver après, un collaborateur. Moi, je pense [...] que c'est quelque chose qui se fait dans une progression dans le temps, visant à ce que les jeunes s'installent à un endroit ou à un autre. » [MGI5]

« Donc on va continuer à travailler en collaboration surtout pour tout ce qui est pôle de santé. » [MGI3]

« Franchement, ça s'est très très bien passé. On a même fait une proposition de collaboration et d'installation à une des personnes qui a fait ce travail, qui n'a pas voulu se mettre dans le critère de choix. » [MGI7]

« Par exemple, [MA9], il va probablement venir faire des jours de façon fixe, maintenant au cabinet, dès qu'il aura sa thèse. Et il sera collaborateur. Je pense, très vraisemblablement. » [MGI9]

Pour cela, les MGI ont permis aux MA de se créer leur propre patientèle et le suivi des patients par les MA a été encouragé .

« L'idée derrière l'assistant, c'est qu'un jour ils ne sont plus assistants. Donc du coup, nous

on essaie de les séduire, de les draguer, pour qu'ils restent. Et du coup on essaie un maximum qu'ils suivent des patients, pour que du coup il aient un fil à la patte et qu'ils s'installent. Mais bon, c'est pas gagné cette histoire là! » [MGI4]

Dans certains des cabinets, les MA ont vu la plupart des nouveaux patients.

« Tous les nouveaux patients qui veulent venir au cabinet sont obligés de venir le mercredi, au moins pour une première consultation, avec elle. Et après, oui, si elle peut fidéliser... Le but, c'est qu'elle ait sa clientèle, puisqu'elle va s'installer dans la région. [...] Elle va s'installer dans la région à un emplacement qui est déjà prévu, tout près d'ici. » [MGI3]

Au fil du temps, certains des patients ont même privilégié le MA pour leur suivi.

« On s'aperçoit - comme dans toutes ces situations où le médecin est là régulièrement - qu'il y a des patients qui demandent directement l'assistant [= adjoint]. Il se fait sa propre clientèle. » [MGI5]

b) Trouver un successeur

Des médecins ont fait appel aux MA dans le but de transmettre leur activité professionnelle dans de bonnes conditions et de trouver un potentiel successeur, notamment pour les MGI proches de la retraite.

« La perspective, c'est d'avoir un collaborateur, ensuite, d'avoir un associé, et puis d'avoir un successeur. Parce que je suis à une petite dizaine d'années de la retraite, et je me dis qu'il faut déjà que j'y réfléchisse... Enfin, entre cinq et dix ans on va dire, parce que... Pour des raisons personnelles de santé, je serai peut-être amené à interrompre mon activité un peu

avant.» [MG15]

« Le but, il est là. C'est que je puisse transmettre, comme j'ai transmis une certaine partie de mes compétences à des internes, c'est de transmettre mon activité professionnelle à quelqu'un dans de très bonnes conditions. » [MG15]

« Ca peut être un moyen, pour un médecin, qui est à la retraite ou sur un départ à la retraite, effectivement, de pouvoir lever le pied, et de prendre du temps lui même , pour trouver un successeur. » [MG17]

c) Travailler avec un MA à défaut de trouver un collaborateur

Lors des entretiens, les MGI ont souligné que le statut de collaborateur était considéré comme plus rassurant pour les patients qu'un statut de MA, car ce dernier était présent pour une durée limitée.

« Donc, le collaborateur, pour le patient, c'est encore plus sécurisant, quand même. Ils savent bien qu'un adjoint, c'est temporaire. » [MG17]

Mais il était difficile de trouver un collaborateur ou un associé dans les zones sous-denses.

« Ah nous on prend tout! On est sur un endroit où la question du choix ne se pose pas. La question c'est qui veut bien travailler, on prend. On prend tout. » [MG14]

En effet, les MGI ont constaté qu'il n'était pas toujours évident d'inciter un médecin non connu à s'installer auprès d'eux.

« Il peut venir et puis être séduit " oh ben tiens ,des nouveaux locaux, une équipe sympa" et puis "je m'installe demain"... Euh... je crois que c'est plus compliqué que ça. Il ne faut pas rêver. » [MG15]

De même, la lenteur des démarches administratives a été mise en cause quant aux difficultés ressenties par les MGI pour avoir un collaborateur.

d) Crainte des MGI quant à leur avenir sans MA

Parmi les MGI, certains ne se sentaient plus capables de travailler à nouveau seuls, sans MA pour les soutenir dans la charge de travail.

« Avec en plus, d'autres problèmes démographiques, qui sont que le cabinet où elle exerce, il y'a des médecins qui partent en retraite cette année, un peu partout. Et je ne me vois absolument pas reprendre les rênes seul, enfin, ne pas lui trouver de successeur.» [MG18]

« Ben, il faut que la situation se pérennise, quoi. Au départ, on avait dit, on allait faire ça l'hiver, quand il y a un peu plus de boulot. Donc, effectivement, l'été quand on est deux. Il y a moins de travail, mais clairement, pour moi, de septembre à mars, c'est à dire six mois, il me faut quelqu'un en plus .» [MG18]

Le contrat étant autorisé pour une durée limitée de deux ans , des MGI ont exprimé leurs craintes au sujet de "l'après contrat". Ils étaient soucieux de leur avenir s'ils ne trouvaient

pas un nouveau MA.

« Comment est-ce que j'imagine ma pratique médicale après? Pas bien. Clairement, pas bien. Je sais que j'ai six mois pour réfléchir. Il faut qu'on trouve une solution. Elle [la MA] a dit qu'elle essaierait aussi de trouver une collègue. Mais, il me reste six mois pour trouver quelqu'un après. Nettement. » [MG18]

Les médecins interrogés se disaient dépendants du MA car ce dernier avait amené des patients au cabinet, et s'il quittait le cabinet, les MGI ne pouvaient pas absorber la patientèle du MA, alors même qu'ils en étaient responsables.

De la même façon, la contractualisation devant être renouvelée tous les trois mois, cela était perçu comme une source d'inquiétude pour les MGI qui appréhendaient un refus de l'ordre des médecins de reconduire le contrat.

« C'est délirant qu'on doive repasser devant la commission du Conseil de l'Ordre pour avoir l'accord. Il suffit qu'il y ait un sbire au conseil de l'ordre qui dit "moi je ne suis pas d'accord" pour que tout le système s'écroule. » [MG15]

C) LE MA EST UN CONTRAT ET UN STATUT TEMPORAIRE

1. Le MA est une réponse à une situation aiguë

a) Contrat de durée limitée

Selon les MGI interrogés, le contrat de MA a été créé pour répondre à une situation

de crise, avec un afflux temporaire de patients .

« Alors, l'assistant, [= MA] c'est un contrat de trois mois. C'est une mesure ponctuelle. [...] L'intérêt c'est qu'il n'y a pas de préavis. C'est à dire que si votre situation, aujourd'hui, vous avez besoin d'être plus, c'est épidémie, heu.. il y a deux médecins malades... Il y a un flux tendu pour les patients. C'est vraiment.... L'adjoit, ça vise à pallier la continuité des soins. Et si ce flux tendu est là, on le fait. Une fois que c'est fini, ça [= le contrat de médecin adjoit] s'arrête. » [MG17]

Le contrat de MA est autorisé pour une durée limitée, décidée par le CDOM, de 3 mois, renouvelable pour 2 ans maximum.

« On savait que les contrats seraient temporaires. Donc on a bien été prévenus. » [MG17]

Pour certains des MGI, le besoin de prolonger le contrat au delà de cette limite , était le signe qu'une autre solution, plus stable, devenait nécessaire.

« Moi, je n'envisage pas l'assistantat [...] comme quelque chose qui doit durer très longtemps dans le temps. Moi je vois plutôt ça trois mois, six mois, allez neuf mois, un an éventuellement. Mais je ne vois pas être un cabinet avec un assistant en permanence. Là, je me dirais , ben c'est qu'on a une place pour quelqu'un qui s'installe, et c'est peut-être presque là, à ce moment là, un échec de l'accueil d'un futur associé. » [MG19]

b) Installation future du MA prévue

Les MGI considéraient que l'intérêt d'avoir un MGI était ponctuel . Un des objectifs

pour ces médecins était de trouver un médecin transitoirement qui pourrait s'installer avec eux, par la suite.

Un des MGI attendait l'accord de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) pour que le jeune médecin puisse s'installer dans le cabinet de groupe.

« Il fallait qu'on ait une dérogation parce qu'il devait s'installer dans une zone déficitaire qui est le village juste à côté, qui est [nom de ville proche]. Et à [ville d'exercice], c'était de l'autre côté de la frontière. Où on était soi-disant pas déficitaire. Donc il fallait une dérogation de la DDASS. Donc on n'avait pas la certitude tant qu'on n'a pas eu son papier signé de la DDASS, comme quoi il pouvait venir, que c'était possible. » [MGI7]

D'autres jeunes médecins travaillaient comme MA en attendant de pouvoir présenter leur travail de thèse et être docteur en médecine, pour ensuite s'installer avec les MGI.

« si [MA10] avait été thésé, on serait peut-être passé par la collaboration plutôt que par l'assistantat. Mais comme il ne l'était pas, et qu'il était prêt à tout de suite s'installer, ben c'était bien de lui permettre de travailler et de gagner sa vie jusqu'à ce qu'il puisse s'installer» [MGI9]

c) Cessation définitive d'activité de médecins

Des MGI ont signé un contrat avec un MA pour faire face au départ à la retraite de médecins, le temps de trouver un médecin qui s'installerait définitivement .

« Parce que... [D11] voulait travailler moins , qu'il était en cumul emploi-retraite, et qu'il voulait plus travailler que deux jours par semaine. Donc on avait un problème pour assumer la totalité de la patientèle. » [MGI9]

Le médecin qui souhaitait travailler moins voulait empêcher une augmentation de ses impôts. Un MA semblait donc plus adapté qu'un remplaçant pour sa situation.

« Alors, [D11] ne voulait plus se faire remplacer parce qu'il ne voulait plus payer d'impôt [rires] . Il ne voulait pas payer trop d'impôt plutôt. Parce qu'il trouvait qu'il avait vachement augmenté. » [MGI9]

d) Arrêt maladie de médecins dans les villes voisines

Des médecins s'étant arrêté de travailler transitoirement, un afflux de population était apparu dans les cabinets des MGI.

« De l'autre côté il y avait des médecins qui étaient arrêtés. Donc, un à [nom de ville proche 2]. Euh, qui est-ce qui s'était arrêté à l'époque? Il y avait [D14], et puis... Qui est-ce qui s'était arrêté d'autre? ... Je ne sais plus quel autre... À [nom de ville proche 1], il y en avait un autre. » [MGI9]

e) Décès brutal d'un confrère

De la même façon que les médecins partis en retraite, le décès d'un MGI a fatalement entraîné un afflux de population chez les MGI.

« En fait, elle est venue, elle a été adjoint du Docteur [D13], pour prendre en charge le cabinet d'un médecin décédé subitement. Dans le même village. Et comme il fallait un médecin installé pour qu'elle puisse exercer en même temps que lui, c'est pour ça qu'on avait fait ça. » [MGI9]

f) Départ inattendu d'un collaborateur

Le départ imprévu d'un médecin dans un cabinet de groupe a provoqué un afflux de patientèle pour les autres MGI du cabinet.

« Parce qu'en fait, ça correspondait à un problème local d'une collaboratrice qui s'était installée avec nous, et qui est partie de façon inopinée . C'est à dire avec juste le mois de préavis prévu. Avec un médecin qui était en futur départ en retraite, retraité actif. Donc on se retrouvait avec une patientèle sur les bras , un médecin retraité qui n'avait pas envie de travailler plus. Deux autres associés qui n'avaient pas forcément la possibilité de travailler plus non plus . » [MGI7]

g) Contexte d'épidémie

Les MGI nous ont également exprimé qu'une épidémie leur semblait une raison valable de faire appel aux MA. Cependant, aucun des médecins rencontrés n'a signé de contrat avec un MA n'ayant pas présenté de thèse, pour cette raison là.

« Mais, on pourrait imaginer, là, si jamais il y avait une épidémie de rougeole ou à vacciner la population et cetera, de mettre en place ce genre de contrat, même sur des durées courtes.» [MGI7]

h) Convalescence d'un MGI

Pendant la durée de convalescence du MGI, en cas d'impossibilité physique d'effectuer des visites à domicile, un MA pouvait être une réponse pertinente.

« J'ai dû prendre une assistante [= MA] car je n'arrivais plus à faire mes visites à domicile. Avec une paire de béquilles, ça devenait un peu trop dur pour moi de monter les escaliers. »
[MGI1]

De même, le MA a aidé le MGI à surmonter un stress post-traumatique.

« Parce que déjà, j'avais ma douleur au niveau du genou et cetera, et cetera, mon stress d'une post-agression. Donc l'interne assistant [= MA] m'a permis -dans mon cas particulier- de passer le cap de l'agression d'une façon plus correcte. » [MGI1]

i) Difficultés dans la vie privée du MGI

Le MA a été une solution pour le médecin qui souhaitait travailler moins momentanément.

« J'avais appelé le Conseil de l'Ordre parce que c'était un gros moment compliqué dans ma vie privée. Je voulais être remplacé régulièrement. [...] Nécessité dans la vie privée, de dégorger l'agenda. Oui. » [MGI8]

2. Le contrat de MA est une étape dans l'installation des jeunes médecins

a) Engagement moindre

Ce type de contrat a permis à des jeunes médecins ayant des projets professionnels plus lointains dans le temps, d'exercer d'une façon stable pendant une durée déterminée.

« Parce qu'elle ne souhaitait pas s'engager dans une collaboration, parce qu'elle ne resterait pas très longtemps. Elle était pour huit ou neuf mois avant de partir, elle, s'installer, à la Réunion. » [MGI9]

« C'est des bons moyens sur quelqu'un qui serait pas ... Peut-être envie d'envisager ... une installation tout de suite, et de se lier. Parce que , la collaboration, quelque part, déjà, c'est une forme d'installation. On va dire un petit peu peut-être , a minima. Mais c'est quand même déjà, une forme d'installation. Qui peut faire peur à certains. » [MGI9]

Ce contrat pouvait rassurer certains MGI plus âgés, ayant connu une époque où la concurrence était plus présente qu'aujourd'hui. En effet ils avaient peur de perdre leur patientèle en travaillant avec un collaborateur.

« Oh là là , oui mais collaborateur, attends, c'est compliqué... Après tout c'est un médecin à part entière, il travaille sur notre patientèle.. Après il peut s'installer à côté et garder la patientèle, elle lui appartient, alors que... " .Voilà , voyez, il y a toutes ces notions de réticence. Alors moi je parle de moi, parce que j'ai un grand âge dans la profession [rires]. [...] Moi ce que j'entends de mes collègues, c'est un peu ça, quoi. » [MGI5]

b) Installation progressive

Le contrat de MA était perçu par les médecins rencontrés comme un moyen d'apprendre à connaître leur futur collaborateur ou associé, avant d'éventuellement s'engager plus.

« Trouver un associé. Ca ne se trouve pas comme ça. Et on n'a pas envie de s'engager avec quelqu'un qu'on ne connaît pas. » [MGI5]

C'était aussi un moyen pour le MA d'apprendre à connaître le MGI avec qui, potentiellement, il allait s'installer plus durablement.

Les MGI estimaient que le statut de MA était une première étape dans leur installation, après avoir été interne de médecine générale et avant de devenir collaborateur puis associé.

« Moi, je pense que c'est quelque chose qui se fait dans une progression dans le temps, visant à ce que les jeunes s'installent à un endroit ou à un autre. Je pense que l'idée d'interne, éventuellement remplaçant, pourquoi pas, remplaçant-assistant [=MA], collaborateur, et associé [fait un geste de progression dans le temps], c'est quelque chose qui me plaît beaucoup. Après, on peut sauter des étapes, ou on peut rester sur une étape. » [MGI5]

Les MGI rencontrés ont insisté sur la difficulté pour les médecins de s'installer.

« Je pense qu'il y a beaucoup de jeunes confrères qui ont du mal à s'installer, parce que malgré une politique qui va dans le sens de "on va faciliter l'installation des jeunes

médecins, on va leur rendre la vie beaucoup plus simple pour une installation future en les épaulant avec des référents au niveau de la caisse, avec des référents au conseil de l'ordre, avec tout ce qu'on veut ", on s'aperçoit que c'est encore une espèce de parcours du combattant pour une installation. » [MGI5]

Tandis que le contrat de MA a été vu comme un moyen de faciliter l'installation des jeunes médecins dans les zones sous-dotées.

c) Ne pas empêcher une installation durable

Il fallait veiller à ce que travail en tant que MA ne devienne pas un obstacle à l'installation du jeune médecin comme collaborateur ou associé. Car les MGI étaient conscients que ce contrat était une réponse transitoire.

« Si l'assistantat ça permet à des gens de débiter en médecine générale, parfait. Si l'assistantat, ça permet à des gens de ne pas s'installer en médecine générale, c'est nul.»
[MGI4]

D) LA PRESENCE DES MA ENRICHIT INTELLECTUELLEMENT LA PRATIQUE MEDICALE DES MGI ET DES MA

1. Une réflexion commune autour du patient

Les MA ont eu pour avantage d'apporter un regard nouveau sur la prise en charge des patients qu'ils ont rencontrés . Ainsi , les MGI ont eux-mêmes réfléchi à leur propre

pratique. Cela a enrichi la qualité de la prise en charge.

« Mais c'est intéressant, justement, ça heurte un peu et ça fait évoluer. Parce qu'elle pense à des choses auxquelles je n'aurais pas pensé. » [MGI3]

Les MA étaient par exemple plus à même de connaître les dernières recommandations de la HAS.

« On travaille ensemble, on est dans un bureau.. mon bureau est de l'autre côté. Ils viennent, ils toquent à la porte "tu peux venir voir?". Ou moi je les appelle, "ben tiens toi tu as vu ça. Quelles sont ...ta dernière référence et cetera ?" Ce n'est que de l'émulation et que du plaisir. » [MGI2]

Le travail en équipe permettait aux médecins de confronter leurs points de vue et donc d'améliorer la prise en charge des patients.

« Donc référer à sa propre pratique, c'est très étriqué. L'idée c'est quand même de chercher ensemble. [...] C'est pour ça que la confrontation des points de vue, elle est intéressante. "J'ai pas osé dire à docteur Untel ceci cela". "Ah, à moi il ne m'a pas dit pareil". Donc c'est un mini réseau, mais pour autant, il ne faut pas être chacun dans sa cellule. Il faut communiquer régulièrement sur les situations. » [MGI7]

De plus, lorsque le MGI et le MA avaient la même idée concernant un diagnostic ou une prise en charge d'un patient, cela permettait de rassurer les MGI sur leur compétences, mais aussi les patients. Les MGI se sont même senti mis en valeur par la présence du MA grâce à la concordance de leurs dires.

2. Un complément de formation

Les MGI interrogés considéraient que les jeunes médecins étant en fin de cursus, le contrat de MA permettait à ces derniers de compléter leur formation.

« Il est venu un an comme assistant, on lui a appris les feuilles d'arrêt de travail, un certain nombre de trucs. Donc en fait, c'était un complément de formation. » [MGI4]

Certains MGI ont donc fait des contrats de formation avec ces MA, avec un taux de rétrocession augmentant progressivement au cours du temps.

« Et du coup, au début, on avait fait des contrats en tuteur et tout, du coup c'était cinquante-cinquante. Et puis après, il a appris et après voilà. Donc on avait fait des montages un peu comme ça au début. » [MGI4]

En contrepartie, ces MGI s'engageaient à compléter la formation du jeune médecin.

« Il ne savait pas beaucoup de choses, hein, honnêtement... bah voilà, il a fallu lui apprendre les arrêts de travail, enfin un certain nombre de trucs, de procédures et cetera et cetera. Parce qu'il ne savait pas du tout les protocoles "ALD" ... Enfin il ne savait pas. Donc on lui a appris tout ça, et de l'aisance et cetera . Et au début, il ne pouvait voir que dix personnes ou quinze personnes sur sa journée. Sa journée était pleine. » [MGI4]

Les MA ont ainsi appris à gérer leur cabinet, leurs horaires.

« Ca devrait permettre, normalement, à des étudiants en "SASPAS" de s'essayer à l'exercice un petit peu plus poussé que le "SASPAS" , à savoir que quand on est adjoint , on

fait sa gestion de cabinet, on fait la gestion de son agenda. C'est un peu moins "pré-digéré".» [MG17]

Chez certains MGI, contrairement aux internes en SASPAS, les MA étaient totalement autonomes. Ainsi, il n'était pas obligatoire pour le MA de faire un compte-rendu de la journée au MGI.

« Parce que l'interne, il nous délivre d'une certaine partie de notre travail dans la journée. Mais le soir, quand on a le débriefe, on rentre souvent tard, et on consacre beaucoup de temps et d'énergie pour faire de la pédagogie et cetera, ce qu'on n'a pas avec l'assistant. Donc, c'est confortable.» [MG15]

E) TRAVAILLER AVEC UN MA PEUT AVOIR UN IMPACT POSITIF SUR LA QUALITÉ DE VIE DU MGI

1. Impact sur la qualité de vie privée

a) Incidence possible sur la qualité de vie privée

Les MA ont permis à des MGI de libérer du temps à des fins personnelles, notamment pour qu'ils puissent se faire soigner, et consulter leur propre médecin traitant.

« Et puis de m'occuper de ma santé. Je peux enfin prendre des rendez-vous pour ma propre santé le mercredi. Puisque sinon, je n'ai pas de jour ouvré pour pouvoir prendre ces rendez-vous à titre personnel. Donc je me suis choisi un médecin traitant. Ca m'a permis ça aussi. Chose que je n'avais pas avant.» [MG13]

Grâce aux MA, les MGI ont pu passer plus de temps avec leur famille.

« Je sais que, moi personnellement, je peux me permettre de dire "ben je vais aller rechercher les enfants". Parce que je vais appeler, je vais demander à [MA7] si elle veut bien. Elle, elle n'a aucun soucis. » [MGI8]

De plus, certains des MGI ont diminué les amplitudes horaires de leurs journées de travail.

« Quand elle [la MA] est là, je peux faire ce qu'il m'est impossible de faire: prendre mon agenda et dire "ben je vais commencer un petit peu plus tard, et je vais finir un peu plus tôt." Parce que, ben voilà, [MA7], elle est là, et ça va aller.» [MGI8]

Les MGI étaient plus libres dans leur emploi du temps.

« Parce que ça me permet de travailler en même temps qu'eux, au cas où. En toute légalité. Les remplaçants, je ne peux pas du tout. Alors que là, si je ne peux pas faire les visites et que je ne vais pas à Lille, ou quand je reviens de Lille, je fais mes visites. C'est beaucoup plus flexible. » [MGI3]

Ce sont toutes ces choses qui ont finalement contribué à améliorer le confort de vie des MGI.

b) Retentissement sur la vie privée non systématique

En effet, pour certains des médecins rencontrés, la présence du MA n' a pas eu

d'impact sur leur vie privée. Ces MGI s'étaient imposé une limite entre leur vie privée et professionnelle.

« Si on s'organise professionnellement et si on ne se laisse pas dépasser par les événements, c'est à dire qu'on réfléchit quand il y a un problème avant de se laisser engoutir par le problème, la pratique réflexive permet de mettre le champs de la vie professionnelle et le champs de la vie privée, de le bordurer, de le border, de manière à ce que... Si vous vous dites "ben moi, j'ai l'intention de ne travailler que trois jours et demi à mon cabinet, parce que j'ai un autre travail ailleurs, et donc je peux voir tant de consultations et gérer autant de patients". » [MGI7]

2. Impact sur la qualité de vie professionnelle

a) Diminution de la quantité de travail du MGI

Concrètement, les MA ont pu prendre en charge une partie de la patientèle des MGI.

« [Je me sens] un peu plus légère parce que [la MA] a permis d'élaguer mon jeudi [rires] . Donc là, le jeudi c'est plus pratique. Je ressens quand elle est là . Quand elle ne peut pas venir le mercredi, parce qu'elle est libre de venir, ou si elle un empêchement, ou si elle remplace ailleurs, elle ne vient pas. Et donc, dans ce cas-là , je le ressens le jeudi parce que c'est beaucoup plus intense et beaucoup plus condensé. » [MGI3]

Les MA ont contribué à répondre à la demande de soins de la patientèle, en recevant les patients dans le cabinet et en réalisant des visites à domicile.

« Ca change tout! Enfin, ça change tout, c'est à dire que ben, il y a des plages où on remplit, et du coup, avec l'assistant... vous voyez, là c'est sans assistant, et là c'est avec assistant [me montre son planning], donc grosso modo on dédouble. Donc ça c'est les secrétaires. Elles savent que tout seul, pour moi, c'est cinq à l'heure. Avec un interne ça monte à six ou sept à l'heure, et avec assistant c'est huit ou neuf à l'heure.» [MG14]

« Mais effectivement, le mardi et le vendredi... Si j'arrive le vendredi et que je sais que je n'ai pas beaucoup de places parce que ça s'est rempli. Bon, je sais que [MA7], elle n'est pas là vendredi et samedi. Voilà, c'est toujours pour moi un peu plus tendu. Le soir, mon téléphone sonne, ben va falloir que je gère. Parce qu'il n'y a personne, ou c'est moi ce soir, ou c'est moi demain. Mais, quand elle est là, j'ai clairement une charge de travail en moins.» [MG18]

Ils ont également aidé les MGI à faire les visites à domiciles .

Cette diminution de la charge de travail a finalement permis aux MGI de diminuer la fatigue et le stress.

« Je viens travailler sans avoir la boule au ventre. Parce que je sais que s'il y a une surcharge de travail, ben elle va être là. » [MG17]

« Je pense que les gens m'avaient vu fatigué, savaient bien que la charge de travail était importante. Et donc , ils sont comme moi, ils sont bien contents qu'il y ait quelqu'un de l'autre côté . Ils me disent que ça me soulage, et c'est vrai.» [MG18]

b) Utilisation du temps pour travailler autrement

Du temps médical “hors patientèle” a été créé, suite à la présence des MA. En effet, il est devenu possible pour les MGI de travailler sur un autre lieu, ailleurs qu’ au cabinet.

« Et le jeudi je ne travaille pas. Je ne travaille pas ici, je fais d'autres choses, mais je ne travaille pas ici, je ne fais pas d'acte en patientèle, et j'ai une assistante. » [MGI2]

Les médecins rencontrés ont expliqué que les MA leur avait permis de prendre un temps pour réaliser les tâches administratives, rédiger des courriers ou des synthèses, créer des protocoles. Ils ont également pu se former, participer à la vie syndicale, ou encore former des médecins généraliste.

« Et s'il n'y avait pas eu, au moment de la période où on a été en crise, de médecin adjoint, on n'aurait pas pu continuer notre activité extérieure. » [MGI7]

« Ma vie était un peu plus calme et j'ai pu préparer des examens à ce moment là d'une façon un peu plus sereine. » [MGI1]

c) Retentissement non systématique sur la quantité de travail

En effet, certains des MGI ont exprimé ne pas avoir ressenti de diminution de la quantité de travail. Car des contrats de MA ont été faits dans le but d'absorber un afflux de patientèle.

« C'est... pas avoir intégré suffisamment l'afflux de patient qui va se refaire. Parce qu'il ne faut pas croire, il y a une aspiration qui se fait sur les trois premiers mois, parce que l'assistant est là. Mais déjà, l'assistant est débordé. » [MGI5]

3. Sérénité des MGI

Les MGI étaient moins stressés, plus reposés suite à la présence des MA, car il y

avait moins de refus de consultations, moins de situations de tension avec les patients qui souhaitaient être vus rapidement par un médecin.

« On a moins de pression. Un accueil qui va être beaucoup plus fluide, et qui va se faire avec une certaine aisance, alors qu'avant c'était toujours dans la contrainte, dans le fait que "oh ben non j'ai pas de place", dans le refus. Donc forcément, ça "fritait" quoi. Là, je vois que ça "frite" beaucoup moins, parce qu'on a de l'espace pour accueillir les gens. » [MGI5]

De plus, les MA ont favorisé la continuité des soins. La patientèle étant prise en charge malgré l'absence du MGI, ceux-ci n'appréhendaient plus leur retour au cabinet.

« Dans les temps où vous n'êtes pas à votre cabinet, vous ne vous faites pas de mouron en vous disant "j'aurai beaucoup plus de travail le jour d'après", ou " il va falloir tout refaire". Non. » [MGI7]

F) LE TRAVAIL EN GROUPE IMPLIQUE UNE COORDINATION DES SOINS DES PATIENTS PLUS DIFFICILE ET NÉCESSITE UNE ADAPTATION

Si l'existence des MA a permis d'améliorer la prise en charge des patients, elle a aussi rendu plus difficile la coordination de celle-ci.

1. Complexité de la coordination de la prise en charge thérapeutique

Le travail en équipe a entraîné des difficultés de coordination, notamment dans le suivi des procédures thérapeutiques mises en place par les MGI.

« Une patiente, par exemple, cardiovasculaire et que, pour moi j'ai dit "ben non on ne fait pas trop de bilan parce qu'elle a Alzheimer, elle n'a pas de souffle et tout ça , donc ses artères bouchées, on ne va pas plus loin". Mais l'assistant passe: "oh y'a pas de souffle" . Toc, on l'envoie chez le "cardio" et elle se retrouve dans le tuyau. » [MG14]

2. Discontinuité du suivi des patients

L'existence de plusieurs médecins référents des patients a inévitablement introduit une discontinuité dans le suivi de la patientèle.

« Les difficultés c'est l'émiettement.[...] Donc moi je suis là [me fait un schéma] , j'ai un N1, deux N1, un "SASPAS", un assistant, deux assistants, un remplaçant . Bingo. Donc du coup, il peut voir en un mois sept personnes [rires]. Et dedans, les internes, ça dure six mois, le remplaçant c'est variable. Mais si on a des assistants qui durent trois mois, ça veut dire que sur une année, on multiplie là deux, là on multiplie quatre. Ca veut dire que - s'il n'y a pas de remplaçant - ça veut dire que la probabilité qu'il téléphone, qu'il voit sur un an jamais le même médecin . Rock and roll hein! [rires].» [MG14]

a) Allongement de la durée des consultations

Cette discontinuité a eu pour conséquence d'augmenter la durée des consultations car les MGI devaient se "remettre à niveau" concernant la prise en charge de leurs patients.

« Par exemple, l'assistant a vu quatre fois un patient pour un problème particulier. Et puis, la cinquième fois, c'est nous qui le revoyons, et le patient va nous raconter son histoire: "ouais vous savez je l'ai vu, et puis il m'a fait ça, il m'a fait ça..." voilà. Et cette consultation qui devait être une consultation de vingt minutes sur l'espace de temps que je consacre à une consultation, c'est une consultation de trois quarts d'heure. Et les quinze premières minutes, ça a été de me raconter ce qui s'est passé avec l'assistant. » [MGI4]

Des médecins ont assimilé ces situations à celles qu'ils vivaient après une absence prolongée lors de congés: Ils travaillaient de façon beaucoup plus intensive à leur retour.

« J'ai l'impression de vivre des situations que je vivais avant quand j'étais en vacances prolongées. Vous savez? On part un mois en vacances, on revient. Le remplaçant a vu nos patients pendant ce mois, et puis on est très content parce qu'on a eu un remplacement et "haaa, on s'est ressourcé". Et les quinze premiers jours, on est explosé. Parce que nos consultations durent deux fois plus longtemps qu'avant de partir en vacances, parce qu'il faut reprendre l'histoire du patient. "Bah ouais vous l'avez vu. Vous l'avez vu pour quoi? Il a fait quoi? Ca s'est passé comment? Ah, vous êtes allés voir le spécialiste? » [MGI5]

b) Difficultés pratiques concernant le suivi des patients

Les médecins rencontrés rapportaient des difficultés au sujet du suivi des bilans biologiques des patients par les MA. En effet, ceux-ci n'ayant pas d'ordonnancier à leur nom, ce sont les MGI qui recevaient les résultats paracliniques. Ainsi, il y avait un risque que des résultats ne soient pas interprétés, et donc que cela dégrade la prise en charge des patients.

« L'autre difficulté, elle réside dans le fait que [MA5], il n'a pas ses ordonnances. Il a des ordonnances au nom des uns et des autres en fonction des remplacements qu'il fait. Donc il prescrit un bilan biologique à un patient X, sur l'ordonnance du docteur Machin, et ensuite il y a les résultats qui apparaissent sur le bureau du docteur Machin. Et le docteur Machin ne sait pas pourquoi ça a été prescrit, il est obligé de rentrer dans le dossier et cetera. Donc il

dit "oh bah tiens, ça ce sera pour [MA5]". Il redonne à la secrétaire en disant à la secrétaire "Ce n'est pas moi qui l'ai prescrit, c'est pour un patient que je ne connais pas" . Il y a tout un système comme ça, d'organisation. » [MGI5]

De la même façon, les MA étant présents un ou deux jours par semaine chez le MGI, cela a rendu plus difficile le suivi de la patientèle puisqu'ils ne pouvaient pas réceptionner tous les courriers.

« Pareil, pour les courriers. [MA5] est obligé de lire les courriers, pratiquement des trois praticiens, s'il veut se tenir un peu au courant de ce qui se passe. Ca lui demande un boulot qui est assez considérable » [MGI5]

3. Travail en équipe synonyme d'adaptation

a) Adaptation du cabinet

Devant les difficultés suscitées par la présence du MA et par le travail de groupe, la solution a été de réaliser un partage des dossiers de patients sur informatique .

Les MGI ont souligné l'importance pour eux que les MA soient rigoureux dans leur prise de notes sur les dossiers médicaux, pour une meilleure transmission écrite des données.

« Ca oblige beaucoup plus à tracer un certain nombre d'informations, de processus thérapeutiques. » [MGI5]

« Bon, la qualité des observations, ici, on est en dossier partagé, on a un système d'information partagée. Donc on a exigé quand même, de l'adjoint, d'avoir la même qualité d'observation qu'un interne. » [MG17]

De plus, des MGI rencontrés et leurs MA complétaient ce partage d'informations écrites par des transmissions orales, par téléphone notamment. Ceux qui n'effectuaient pas ces comptes rendus oraux m'ont rapporté que, si cela leur permettait de rentrer chez eux plus tôt le soir, cela était un désavantage pour la prise en charge des patients.

« Parce que l'assistant ... J'en reparlais avec lui il n'y a pas longtemps, ça n'est pas un interne, on n'a pas de débriefe, on perd de vue des patients qu'on va revoir après et qui ont été pris en charge par l'assistant. Et, on n'a pas forcément eu le débriefe qu'on pouvait avoir avant. » [MG15]

Il a également fallu que les MGI organisent l'espace de leur cabinet et l'utilisation des bureaux pour accueillir le MA.

« Et c'est à travailler en fonction des disponibilités des différents bureaux du cabinet, puisqu'on est un petit peu à l'étroit. Entre les jours où il y a les internes, les jours où il y a l'infirmière ASALEE. Donc, c'est un petit peu limité dans le temps, aujourd'hui. » [MG19]

En effet, des MGI ont exprimé l'importance de rentabiliser les structures immobilières, en utilisant l'espace de façon optimale.

« On ne veut pas que les bureaux soient strictement affiliés à un médecin particulier. Parce qu'actuellement, l'immobilier est tellement cher, surtout avec les normes d'accessibilité et cetera, surtout comme ici, avec des normes d'éco-quartier, qu'il faut rentabiliser au maximum les structures. Et il ne faut pas qu'il y ait des structures qui soient vides. Il faut remplir les bureaux au maximum. » [MG15]

b) Adaptation du MA au MGI

Chez certains des MGI rencontrés, les MA étaient laissés libres de la gestion de leur mode d'exercice. En effet, ils décidaient de l'organisation de leurs journées avec les horaires, le nombre de patients vus par heure, le nombre de visites à domiciles effectuées ou encore les jours de travail .

« Ils définissent leurs horaires de travail. S'ils ont envie de commencer à huit heures, à neuf heures ou à dix heures, s'ils ont envie de voir un patient à l'heure, deux patients à l'heure, trois patients à l'heure, quatre patients à l'heure. » [MGI4]

« On ne lui impose pas des horaires de consultation qui sont les nôtres. Il est libre de ses jours de travail. » [MGI5]

Les MA devaient cependant suivre l'organisation générale du cabinet de groupe.

« Et en même temps, comme ils sont assistants et qu'ils assistent, du coup , ils doivent suivre l'organisation, un petit peu, du cabinet, de la patientèle.[...] Ah s'ils ne veulent pas voir de vieux, pas faire de visite, pas voir d'enfant, pas voir de gens qui toussent, ça va être compliqué! » [MGI4]

Il existait une gestion différente des instruments de travail entre MA et MGI. Les MA devaient veiller à laisser le cabinet organisé tel qu'il était avant leur arrivée.

« C'est de donner un cabinet en état de marche, et que le suivant le lendemain, puisse trouver un cabinet en état de marche. C'est ce qu'on appelle " le rempotage", de remettre tout le matériel qu'il faut en examen... Moi, je reviens régulièrement travailler le samedi, je suis toute seule à travailler le samedi. Mais l'appareil d'ECG [électrocardiogramme] je ne

sais pas où il est.. Le dermatoscope il est perdu... » [MGI5]

c) Adaptation du MGI au MA

De la même façon que les MA se sont adaptés aux MGI, ces derniers se sont aussi ajustés aux MA et à leur façon de travailler.

« C'est que forcément, on n'a pas tout à fait la même façon de travailler et de remplir le dossier informatique. Donc quand je rencontre un de "ses patients" , je m'adapte à sa façon de faire. » [MGI3]

d) Adaptation des patients au MA

Les patients ont eu besoin d'un temps pour s'adapter au MA de leur cabinet, notamment dans les cas où le MA n'était pas connu de la patientèle et où le MGI travaillait seul. C'est pour cette raison que des MGI ont, dans un premier temps, organisé leur agenda professionnel afin de ne pas proposer de consultation en parallèle des MA . Cela évitait que les patients hésitent entre les deux médecins.

« Quand elle travaille le mercredi, effectivement, je peux travailler avec elle. Mais en général, je ne suis pas ici au bureau, parce que je ne veux pas que les patients hésitent entre l'un et l'autre. Il faut un temps d'adaptation.» [MGI3]

Dans les situations où le MGI faisait partie d' une équipe et qu'il était maître de stage , il était plus facile pour les patients d'accepter le nouveau médecin puisqu'ils avaient eu

l'habitude de consulter plusieurs médecins.

« Ben, ils sont tellement habitués, dans ce cabinet, qu'il y ait des remplaçants, des internes, que ça s'est toujours bien passé. Et que ça n'a pas été choquant. » [MGI9]

G) LE CONTRAT DE MA EST RÉCENT, IL A DES AVANTAGES MAIS DES AMÉLIORATIONS PEUVENT ÊTRE FAITES

1. Un contrat récent qui évolue

a) Le principe d'assistantat est ancien

Le principe d'assistantat existait déjà depuis de nombreuses années, mais il n'était autorisé que dans certaines conditions exceptionnelles. Certains des MGI interrogés ont rapporté avoir déjà réalisé des contrats en tant que remplaçants mais qu'officieusement, ils exerçaient parfois en même temps que le médecin remplacé. Le but était alors de soulager le médecin dans sa charge de travail.

D'autres MGI ont raconté qu'ils remplaçaient de manière très fréquente des médecins installés pendant des périodes transitoires. Ce contrat de MA est venu répondre à cette demande.

« J' étais avec un médecin qui avait cinquante-cinq ans, qui en avait ras-le-bol, qui était en campagne, et on faisait des contrats déguisés. Je remplaçais deux, trois jours par semaine,

en envoyant régulièrement des contrats au conseil de l'ordre. [...] On ne travaillait pas en même temps. Lui, il faisait par exemple, il laissait la place au bureau deux jours par semaine, mais en théorie, on n'a pas le droit d'être remplacé si souvent, et aussi fréquemment. Donc, il y a déjà une dizaine d'années, c'est ce qu'on faisait. L'hiver, il me laissait la place deux, trois jours. Donc, moi je pense que ce contrat, il est venu aider, il a sa place. Il a pris un manque qu'il y avait, qui n'était pas suffisant avec un contrat de remplacement, donc c'est bien.» [MGI8]

b) Un contrat peu connu des MGI qui évolue

Le statut de MA était peu connu des médecins généralistes libéraux. Les MGI rencontrés ont eu connaissance de ce contrat via leur réseau professionnel. C'est notamment par le bouche-à-oreille, par le CDOM, par la fédération régionale des maisons et des pôles de santé, par la plateforme de mise en relation des médecins libéraux Remplanor, par un syndicat de médecins généralistes, ou encore par l'Agence Régionale de Santé (ARS), que les MGI ont connu les MA.

« Je voulais être remplacé régulièrement. Et à l'occasion d'une discussion au Conseil de l'Ordre, ils m'avaient dit qu'il y a un de mes confrères dans le Pas-de-Calais, qui avait fait ce genre de contrat, avec donc, une jeune consoeur, non encore thésée. » [MGI8]

Ce contrat étant récent, de nouvelles situations sont apparues pour ces MGI avec des conséquences originales.

« C'est pas parce qu'il y a l'assistant qu'on n'est pas obligé de prendre un remplaçant en plus. Donc on se retrouve dans une drôle de situation, qui est tout à fait novatrice, où par exemple, le médecin titulaire du cabinet est absent ce jour-là, il a pris un remplaçant, et l'assistant travaille pour le médecin qui est parti en vacances, par exemple. Mais... voilà, c'est un nouveau système, on l'invente, on est en train de découvrir des choses et des

particularités, mais, c'est chouette. C'est enrichissant. » [MG18]

Les doutes des MGI quant à l'avenir du contrat de MA ont été évoqués. En effet, le nombre de demandes d'accord du CDOM pour cette contractualisation risquait d'augmenter et il allait falloir que le CDOM s'adapte pour y répondre.

« C'est ce qu'il manquait. Mais qu'est-ce qu'on va en faire? Qu'est-ce que ça va devenir? Parce que je pense que... Si le conseil de l'ordre actuellement, est toujours aussi frileux pour accéder à des demandes d'assistants... [...] Actuellement je crois que dans le Nord-Pas-de-Calais, il doit y avoir une dizaine d'assistants qui sont en place. Imaginons qu'on ouvre les vannes. Imaginons que c'est cent assistants qui rentrent. Parce qu'à mon avis, il y a de la place pour cent assistants, peut-être. Vous imaginez une session du Conseil de l'Ordre des médecins. Alors, hop, ça se passe, les mecs ils vont arriver, ils vont avoir les dossiers sur la table. Allez, étude du dossier de monsieur Truc qui demande un assistanat pour le docteur Machin et le docteur Bazar. Si, pendant une session il y a cent dossiers à traiter, ils vont devoir ouvrir tous les trois mois, des sessions, rien que pour traiter les dossiers des assistants. On va rigoler. » [MG15]

Des médecins installés ont également insisté sur la nécessité de garder la souplesse du contrat de MA.

« Parce qu'il ne faudrait pas qu'on fige le dispositif à un mode de fonctionnement. Du style "oui bah ok l'assistant il ne peut remplacer qu'un seul médecin, et pendant qu'il remplace, il ne peut pas lui-même être remplacé". Voyez, il faut qu'on ait quelque chose qui soit malléable et adaptable à chaque particularité d'exercice. Sinon c'est quelque chose qui va faire un flop. » [MG15]

c) Un contrat méconnu des organismes liés à la santé

Le contrat de MA étant récent et encore peu développé, les organismes liés à la santé tels que la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) ne le connaissaient pas. Ainsi, cela était un obstacle pour les MGI qui devaient expliquer le statut à tous ces acteurs.

« La caisse, on leur a appris. On leur a dit, ben voilà, qu'est-ce que c'est qu'un assistant. La fille qui est venue, qui pilote la maison de santé au niveau de la caisse, elle tombait des nues quoi. "Non, non, vous allez prendre un collaborateur? Bon, ben c'est facile". "Non, madame, ce n'est pas un collaborateur, c'est un assistant." "Ben c'est quoi la différence?". "Ben, c'est comme les assistants des kinés...Donc il va travailler sur nos feuilles." "Ha bon... Mais, attendez. Ca va être qui le médecin traitant alors? " . "Ben le médecin traitant ça va être ...". Vous voyez, il y a des hiatus, là aussi. » [MGI8]

Les MA utilisant les ordonnanciers des MGI, cela a également fait augmenter virtuellement les prescriptions, médicamenteuses, biologiques ou de transport médicalisé des MGI qui ont dû se justifier auprès de la CPAM.

2. Un contrat avec des atouts

Les MGI ont apprécié la souplesse, la simplicité et la rapidité de mise en place du contrat de MA, au contraire des contrats de collaborateur, ou d'associé.

La non-nécessité de devoir passer sa thèse pour signer le contrat a été perçue comme un avantage par les MGI.

De même, ceux-ci ont souligné le fait que le contrat pouvait être interrompu facilement. Cela a été vu comme un atout pour attirer les MA qui pouvaient être réticents à s'engager.

« Puis si ça ne te plaît pas, tu pourras facilement dire du jour au lendemain "je m'en vais". A la fin du contrat, c'est la fin du contrat. » [MGI9]

Mais cela était aussi perçu comme un inconvénient car, en cas d'arrêt inattendu du contrat, c'était au MGI de trouver une solution pour la gestion de son cabinet.

« Et ça ne met un préavis que d'un mois en cas de rupture. Et un mois c'est court. Ca fait faire beaucoup de paperasse. » [MGI7]

3. Une gestion du cabinet moins évidente

La gestion du cabinet était décrite comme plus compliquée avec la présence des MA. Outre l'organisation des plannings des professionnels de santé pour mutualiser l'espace, certains MGI ont créé un logiciel pour accueillir au mieux les MA.

« En plus, nous, on est sur un système de partage de bureau, et donc il a fallu créer un logiciel spécifique qui permette d'indiquer , de flécher un bureau, par rapport à une activité , par rapport à celui qui va se trouver dans le bureau. Ca nous a demandé un investissement important au niveau financier pour avoir un logiciel, puisque c'est un logiciel qui n'existe pas. » [MGI5]

4. Des améliorations possibles autour du contrat

a) Des améliorations d'ordre administratif

Les médecins interrogés ont reconnu que des améliorations pouvaient s'avérer nécessaires dans la contractualisation du MA. Notamment, des MGI se sont posé la question de la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) qu'ils estimaient revenir au MA ayant suivi les patients pendant plusieurs mois.

« L'assistant en tant que médecin traitant. Ce n'est pas concevable. En même temps, la rémunération ROSP , elle va tomber dans l'escarcelle du médecin qui est médecin traitant. Pourtant c'est peut-être lui qui aura vu le patient pendant un an, et qui normalement mériterait d'avoir une partie de la ROSP. Et l'assistant, est-ce qu'il va respecter les critères de la ROSP quand il va travailler? »[MG15]

Les MGI ont également évoqué les difficultés de coordination avec les autres professions de la santé telles que les pharmaciens , biologistes, infirmiers ou spécialistes qui sont dues au défaut d'identification du MA par un numéro RPPS. En particulier, ils souhaitaient que les MA puissent avoir leur propre numéro RPPS et un compte Apicrypt.

« Sa carte donne un numéro , mais qui est un numéro pour l'enregistrement des feuilles de soins. Pas pour l'enregistrement par exemple des médicaments. Il fait l'ordonnance au nom de [MA5]. Il n'y a pas de numéro RPPS. Il y a son numéro à lui RPPS, mais il n'est pas enregistré à la Sécu comme étant un médecin actif, qui travaille. Il est enregistré comme un remplaçant. Donc forcément, c'est le numéro d'ADELI du médecin remplacé qui compte. Donc le pharmacien c'est "Allo, il travaille pour qui aujourd'hui? Allo, j'ai une prescription..." L'infirmier c'est pareil. Il y a une prescription d'injection qui est fait au nom du docteur [MA5]. Il met quoi comme numéro? S'il met le numéro RPPS de [MA5], la sécu va dire que c'est un praticien qui n'existe pas. »[MG15]

Des médecins libéraux ont regretté que la télétransmission ne soit pas encore possible

pour les MA qui ne pouvaient que rédiger des feuilles de soin au format papier.

« Au niveau administratif, pour tous les patients qu'elle voit, bah c'est toujours une feuille de soin papier. Donc quand on a des familles qui ont consulté trois, quatre fois sur le mois parce qu'il y a des enfants, les remboursements c'est un peu plus... Les gens ne le disent pas, mais je sens bien que c'est embêtant quoi. Si elle pouvait télétransmettre, ce serait mieux. » [MGI8]

D'autres MGI ont tout de même su lever cette difficulté et leur MA ont pu faire des feuilles de soin électroniques.

D'autres solutions pour améliorer la gestion du cabinet médical ont été évoquées : adapter le logiciel de prise de rendez-vous et le logiciel de dossiers des patients ou encore faire les rétrocessions au MA en fin de mois. Mais tout cela peut entraîner un investissement en argent et en temps.

« Donc on a demandé à ce que Doctolib, qui est notre logiciel de prise de rendez-vous, soit compatible avec un... bon on a eu du mal parce qu'il y a eu une histoire de protection des données, une histoire de protection intellectuelle de logiciel et cetera. » [MGI5]

b) Des améliorations de la contractualisation

Des MGI ont souligné la difficulté de trouver un MA par eux-mêmes, notamment de donner envie aux MA de travailler avec eux.

« Parce que c'est toujours à la charge du médecin généraliste de faire un petit peu le boulot quoi. Bon, quand c'est l'été, qu'on a un peu plus de temps, ça va, mais.... C'est toujours la même chose, quand c'est l'hiver, aaaah voilà. Rappeler les gens, essayer de les motiver, les faire venir, montrer le cabinet... Bon, ben quand vous êtes plus fatigué, vous avez du mal à

vous vendre, quoi! » [MG18]

Ils ont alors proposé de faire connaître le contrat de MA via des brochures explicatives, sur le modèle de celles créées pour les remplacements et les collaborations. Ils ont exprimé vouloir faire connaître le contrat aux internes de médecine générale, mais aussi aux maîtres de stage. Une solution évoquée était de créer un site du même type que Remplanor , mais adapté aux contrats de MA.

Un des médecins rencontré a même suggéré de créer un support où les MA pourraient décrire leurs conditions d'exercice et noter les lieux d'assistanat.

« S'il pouvait y avoir une émulation des jeunes, ou de ceux qui sortent, comme on avait un livret quand on allait en stage, en disant tel endroit c'était bien. [...] Pour que nous, on n'aille pas toujours à la pêche. Voilà, parce qu'il faut y aller, les chercher, pour venir en campagne. C'est pas toujours forcément super intéressant . Ils n'ont pas toujours une bonne image. Alors que, je suis sûr que [MA7], elle ferait des commentaires super. A la limite, son commentaire à elle, il vaut certainement beaucoup mieux que moi.... Dans les qualités, et dans ce qu'elle va réussir à vendre auprès des autres, ce sera beaucoup mieux que moi. Donc, ce serait bien, ça. Qu'il y ait une page sur laquelle elle puisse euh... pas noter le cabinet en interne, mais dire comment elle a travaillé, ce qu'elle pense. Je pense que ça suffirait pour que, s'il y en ait dix, quinze qui se connectent, j'ai quelqu'un après. »[MG18]

Certains des MGI ont souhaité pérenniser le contrat de MA car il a permis de pallier le manque de médecins sur le long cours . Pour cela, ils ont proposé de conserver la souplesse d'exécution du contrat.

Ils ont également suggéré de proposer les contrats de MA ailleurs que dans les zones sous dotées, sur le modèle des remplaçants. D'autres, au contraire , ont reconnu que le contrat de MA ne devait pas se prolonger ou il remplacerait le statut de collaborateur, et perdrait alors de son intérêt.

« Après c'est normal que ce ne soit pas une solution pérenne. Parce que sinon tout le monde resterait adjoint, et le médecin, il ne prendrait pas de collaborateur. » [MGI7]

Mais les MGI ont tous insisté sur un allongement de la période de renouvellement de 3 mois qui leur est apparue trop courte. Car ils estimaient que cela empêchait les MGI d'avoir une certaine stabilité.

« Je pense qu'il faudrait que ce soit des périodes plus longues. Trois mois, c'est court. Alors , peut-être des périodes plus longues, mais pas non plus indéterminées. Enfin, il ne faudrait pas qu'on ait un assistant pendant cinq ans,quoi.» [MGI6]

« Moi je pense qu'il faut qu'on donne quand même une euh... je ne dirais pas une garantie , parce que le gars qui s'engage pour trois mois, lui, de son côté, il n'a peut-être pas envie pour plus longtemps. Mais, il faut qu'on essaie de - comme tout, dans notre métier de médecin généraliste - d'avoir une certaine stabilité dans le temps. On ne peut pas se permettre de prendre un assistant trois mois, on en reprend un autre trois mois après... » [MGI5]

De plus, la durée du contrat a été un obstacle pour la prise en charge des pathologies chroniques par le MA, puisqu'il était possible que son contrat ne soit pas renouvelé après ces 3 mois.

Discussion

I. PRINCIPAUX RESULTATS

Notre étude a pu répondre aux objectifs fixés initialement. Nous avons en effet analysé le ressenti des MGI du Nord et du Pas-de-Calais ayant travaillé avec des MA. Cela nous a permis de mettre en lumière l'impact qu'a eu le contrat de MA sur le mode d'exercice des MGI. L'étude a également fait ressortir que, malgré les atouts du contrat, il existait un réel besoin pour les MGI d'améliorer ce contrat et sa mise en place.

Nous avons souhaité comparer nos résultats avec ceux de la littérature scientifique. Mais le contrat de MA est un concept innovant. A ce jour, nous n'avons pas retrouvé d'étude portant sur le sujet de notre travail. Il n'existe pas non plus, à l'heure actuelle, de contrat équivalent dans le système européen (18) ni même international. Nous avons donc très peu de données de comparaison.

A) UNE CARACTERISTIQUE COMMUNE

L'étude a fait ressortir qu'il existait une caractéristique commune à tous ces MGI. Il s'agissait de médecins ayant plusieurs activités professionnelles. Ces activités étaient différentes pour chacun d'entre eux. C'est cela qui leur a permis de rencontrer de jeunes médecins qui ont par la suite travaillé comme MA dans leur cabinet.

Les résultats de notre étude ont montré que la collaboration avec un MA avait permis aux MGI la poursuite ou le début d'une activité autre que le soin au cabinet, tel que les formations médicales.

En 2016, E. BONTOUX réalisait une thèse quantitative permettant d'identifier les

facteurs de risques de burn-out chez les médecins généralistes du Gers. Le burn-out, est défini comme « un épuisement physique, émotionnel et mental qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel » (19). Dans cette recherche, le facteur de risque majeur retrouvé était l'absence d'une autre activité que le soin au cabinet. Le fait de faire de l'enseignement, de la recherche, du syndicalisme ou de faire partie d'un réseau de santé était alors considéré comme un facteur protecteur (20). Ainsi, la présence du MA a pu permettre de favoriser ce facteur protecteur et donc de prévenir un burn-out des médecins généralistes, dont le taux était de 49,2% dans le Nord-Pas-de-Calais en 2012 d'après une étude descriptive de A. FAILLE (21).

B) UNE REPOSE A PLUSIEURS OBJECTIFS

Différents objectifs étaient à l'origine des contrats avec les MA. Les MGI recherchaient des MA pour plusieurs raisons. Ils souhaitaient améliorer la prise en charge de leur patientèle avec notamment des consultations plus approfondies et une continuité des soins optimisée. De plus, ces MGI exerçant dans des zones sous dotées, un autre des objectifs du contrat était d'augmenter l'offre de soins.

Une étude IFOP sur les difficultés d'accès aux soins et aux professionnels de santé, datant de 2011, retrouvait que 38% des français avaient déjà renoncé à des soins chez leur médecin généraliste à cause de délais trop longs avant l'obtention d'un rendez-vous (22).

Dans notre étude, comme dans l'étude qualitative de Y. SEIGNEUR sur les cabinets de groupe réalisée en 2013 (23), les MGI ont rapporté que le travail en groupe avec les MA avait permis de réduire les délais de consultations des patients. Ainsi, les MA participeraient à renforcer l'accès aux soins des patients, notamment dans les zones sous-denses.

Les MGI espéraient également garantir leur avenir professionnel et plus

particulièrement trouver un collaborateur ou un associé, toujours dans cette démarche de répondre à la demande croissante de soins. En effet, en 2008, l'activité moyenne d'un médecin généraliste était de 5605 consultations dans le Nord et de 6294 consultations dans le Pas-de-Calais. Tandis qu'en 2016, l'activité des médecins généralistes a augmenté respectivement à 6023 et 6669 (24).

Mais le contrat de MA était perçu pour certains comme une solution transitoire, à défaut de mieux. Car l'idéal, d'après ces MGI, aurait été de travailler en groupe de façon plus pérenne.

Les MGI ont aussi fait part de leurs craintes concernant « l'après contrat ». En effet, si le MA apportait une solution dans l'immédiat, elle ne solutionnait pas le manque de médecins au long terme. En outre, la présence d'un médecin supplémentaire au sein du cabinet augmentait la patientèle globale. Ainsi, en cas de non renouvellement du contrat, les MGI avaient la responsabilité de toute cette nouvelle patientèle.

C) UNE REPONSE TEMPORAIRE

Un autre des ressentis des MGI a été que le contrat de MA était une réponse temporaire à une situation aiguë, nécessaire à un moment particulier, pour aider les MGI.

Il a aussi été considéré comme un statut transitoire, comme une étape dans l'installation des jeunes médecins avec qui les MGI ont travaillé. Certains des médecins interrogés étaient d'accord pour dire que le contrat de MA ne devait pas se pérenniser. Il ne devait pas empêcher les jeunes médecins de s'installer mais devait au contraire les inciter à travailler auprès des MGI pour une durée plus prolongée.

Finalement, deux visions opposées du contrat ont été valorisées : certains souhaitaient pérenniser le contrat même en dehors des zones de déficit en médecins, sur

le modèle du contrat de remplaçant. D'autres, au contraire, estimaient qu'il était important que ce contrat ne se généralise pas, pour qu'il ne remplace pas le contrat de collaborateur ou d'associé. Le MA devait rester une solution transitoire à un problème donné.

Ce contrat entraînait une situation non stable pour les MGI puisque la durée du contrat était courte (3 mois) et le renouvellement devait alors être soumis trimestriellement à l'avis du Conseil de l'Ordre. Ainsi, les MGI et les MA se retrouvaient dans une situation de précarité et d'incertitude, avec ce contrat à durée de vie brève et limitée dans le temps, dépendant de l'accord du Conseil de l'Ordre et sans aucune garantie que le contrat puisse être renouvelé. C'est dans ce contexte que de nombreux MGI ont évoqué le souhait de prolonger la durée avant renouvellement du contrat, sans pour autant augmenter la durée totale de 2 ans.

D) UNE REFLEXION COMMUNE

D'autre part, l'étude a révélé que le fait de travailler avec un MA avait permis une réflexion commune autour du patient et avait offert aux jeunes médecins de compléter leur formation.

Comme décrit en 2016 dans la thèse de A. Robin sur le ressenti et les attentes du médecin généraliste vis-à-vis de son remplaçant (25), un nouveau regard permettant de corriger un diagnostic, faire avancer une prise en charge, apporter de nouvelles idées, pouvait être porté grâce aux remplaçants. Notre étude a donc retrouvé quelques similitudes entre MA et remplaçants. Mais à la différence de ces derniers, les MA travaillent en unités de temps et de lieu avec le MGI. Ainsi, ils ont en plus, apporté une notion d'immédiateté et de proximité dans la réflexion commune. Cette notion d'émulation intellectuelle est corroborée par les résultats de l'étude de Y. SEIGNEUR, qui retrouvait que « l'exercice en [cabinet de] groupe [...] provoqu[ait] souvent une émulation et particip[ait] à l'entretien et à l'actualisation des connaissances » (23).

E) UN IMPACT SUR LA QUALITE DE VIE DES MGI

En outre, le ressenti de ce contrat sur la qualité de vie, notamment professionnelle, a été perçu positivement par les MGI. Il a en effet permis aux MGI d'être plus sereins au quotidien, d'avoir plus de temps pour gérer les tâches administratives. Il a aussi permis de diversifier et donc d'enrichir leur activité professionnelle qui est ainsi devenue moins monocorde, et cela a donc permis d'améliorer leur qualité de vie professionnelle.

Mais, alors qu'on aurait pu s'attendre à ce que la présence du MA soulage la cadence de travail des MGI et qu'elle diminue de ce fait leurs amplitudes horaires, un certain nombre d'entre eux n'a pas relevé d'amélioration dans leur vie privée, ni même de diminution de la charge de travail. L'étude sur les cabinets de groupe réalisée par Y. SEIGNEUR (23) montrait pourtant que « les médecins estimaient que leur exercice en groupe permettait une meilleure disponibilité horaire de la structure, leur permettant de se dégager du temps libre ».

Une explication pourrait être le lieu d'exercice des MGI en zone sous-dense. La présence des MA aurait en effet, essentiellement permis d'absorber les demandes de soins de nouveaux patients et de rapprocher le suivi de la patientèle déjà présente quand cela s'était avéré nécessaire. Une autre hypothèse serait que les médecins généralistes n'oseraient pas annoncer qu'ils consultent moins et que le concept de travail de médecin généraliste est encore lié essentiellement au nombre de consultations absorbées quotidiennement. En effet, lors des entretiens, les médecins se justifiaient de parfois voir moins de patients. Ainsi, la diminution de la quantité de travail serait un tabou.

F) UNE COORDINATION DES SOINS PLUS COMPLIQUEE

Si le contrat de MA a apporté de nombreux avantages aux MGI et à leur patientèle, il a tout de même été source d'une complexification de la coordination des soins de ces

patients . De plus, il a nécessité une adaptation de la part de chacun des acteurs du contrat, ainsi que du lieu de travail. Cela a été perçu comme un obstacle pour ces MGI travaillant désormais sur un modèle de cabinet de groupe.

On aurait pu imaginer que l'impact aurait été le même que pourrait avoir celui du remplaçant. Mais la régularité de la présence du MA et l'absence d'identité administrative appropriée ont eu pour conséquence de complexifier cette coordination.

En effet, le contrat est encore méconnu des organismes de la santé, ce qui a entraîné une perte de temps conséquente pour les MGI qui devaient sans cesse expliquer les principes du contrat et se justifier auprès des autorités ordinales, des caisses et des tutelles.

Un axe d'amélioration majeur voulu par les MGI était de donner une place administrative plus appropriée aux MA, notamment pour faciliter la coordination des soins entre professionnels de santé.

II. DISCUSSION DE LA METHODE

A) Points forts de l'étude

1. Choix du sujet et de la méthode

Le contrat de MA est récent et il n'existe pas, à l'heure actuelle, d'étude sollicitant les MGI pour recueillir leur ressenti sur les MA, ni même d'étude abordant le contrat de MA.

Les études qualitatives ont pour objectif, non pas de mesurer une variable, tester une hypothèse, ou évaluer une relation causale entre des variables, mais plutôt d'explorer le sens et la valeur de phénomènes sociaux en recueillant des données verbales. Elles construisent une hypothèse et développent une théorie (26). La méthode qualitative s'est

donc montrée la plus adaptée pour explorer le ressenti des MGI et ainsi faire émerger des idées nouvelles.

Le choix de la méthode par théorisation ancrée a été fait car nous voulions étudier le contrat de MA au travers des interactions sociales entre MGI et MA, et entre MGI et patients, en partant du ressenti du MGI. C'est pourquoi, après réflexion, nous n'avons pas retenu la méthode par phénoménologie interprétative. En effet, celle-ci étudie l'individu et non pas l'objet à travers les interactions sociales.

2. Echantillonnage

L'échantillonnage s'est fait auprès de médecins généralistes installés en exercice libéral, dans le Nord et le Pas-de-Calais. Nous avons souhaité connaître le ressenti des médecins exerçant dans la région de la faculté de Lille.

Le recrutement des médecins interrogés s'est fait grâce aux listes fournies par le CDOM du Nord et du Pas-de-Calais. Nous avons choisi de recueillir les données de MGI ayant eu des MA en 2017 car les données concernant les années antérieures étaient incertaines et les premiers contrats de MA dans le Pas-de-Calais dataient de novembre 2016.

Nous avons nécessairement atteint la suffisance des données car nous avons interrogé tous les MGI éligibles à l'étude à l'exception de deux sujets. En effet, un premier médecin n'a pas souhaité être interrogé dans le cadre de notre étude car il participait déjà à d'autres travaux de thèse qui lui prenaient du temps. Le deuxième sujet n'ayant pas répondu à notre étude était un MGI que nous n'avons pas réussi à joindre malgré les appels téléphoniques et les messages laissés à son secrétariat.

3. Entretiens

Le choix des entretiens individuels avait pour but de permettre aux sujets interrogés d'aborder des thèmes plus personnels tels que leur vie privée. Les entretiens étaient semi-dirigés, et nous avons travaillé avec un guide d'entretien fait de questions ouvertes permettant d'aborder différents thèmes dont certains non prévus initialement. Nous avons tout d'abord testé le guide auprès du directeur de thèse qui était également un MGI ayant travaillé avec des MA pour améliorer le guide. Nous avons utilisé des questions de relance quand cela s'avérait nécessaire, afin d'approfondir certains thèmes. Nous avons également su modifier le guide d'entretien en fonction des nouvelles thématiques rencontrées, au fil des entretiens (Annexe 2). Cette adaptabilité est une force de l'étude puisqu'elle nous a permis d'améliorer le guide. .

4. Analyse

Pour améliorer notre analyse, nous avons utilisé un journal de bord (annexe 3) . De plus, l'analyse des premiers entretiens a été effectuée après confrontation des données résultant du codage ouvert de deux chercheurs. Un des deux investigateurs était extérieur à l'étude. Cela a permis de diminuer la subjectivité de l'analyse.

Nous avons envoyé nos résultats aux MGI participants à l'étude et n'avons pas eu de retour particulier concernant ces résultats, jusqu'à ce jour précédent son impression.

Les données ont ensuite été comparées avec la littérature nationale et internationale.

B) Limites de l'étude

1. Le chercheur

En tant que chercheur, il s'agissait de mon premier travail de recherche qualitative. Mon manque d'expérience a pu influencer négativement la conduite des premiers entretiens.

De plus, j'étais également l'interviewer, cela a pu apporter une limite liée à l'investigation.

2. Les entretiens

Les entretiens se sont déroulés sur les lieux de travail des MGI, pendant leurs horaires de travail, après prise d'un rendez-vous. Cela a pu constituer une limite de l'étude car certains MGI souhaitaient terminer l'entrevue dans le temps imparti. Et ce, d'autant plus que certains des entretiens se sont déroulés pendant la période d'épidémie de grippe (les entretiens se sont en effet déroulés entre janvier et juin 2018) et que des soins non programmés avaient entraîné un retard dans leur planning de consultations.

3. La période de recueil des données

La connaissance, la diffusion et qui plus est la généralisation du contrat de MA en sont encore à leurs balbutiements. Ainsi, peu de sujets ont pu être inclus dans l'étude. Si nous avions fait ce travail plus tardivement, nous aurions peut-être eu un nombre plus

important de MGI à interroger, et de nouveaux concepts auraient éventuellement pu émerger et compléter notre modélisation.

De plus, les médecins interrogés ont eu peu de recul pour évaluer l'impact qu'avait ce contrat sur leur vie, puisqu'ils ont travaillé avec un MA au maximum pendant 1 an.

C) Critères de validité scientifique

Pour vérifier les critères de validité scientifique, nous avons utilisé l'échelle COREQ, adaptée pour les rapports de recherche qualitative.. Il s'agit d'une liste de 32 items permettant de vérifier la validité de l'étude (27) . Notre recherche a rempli 31 des 32 items de l'échelle. Seul l'item 25 n'a pas été fait : il n'y a pas eu de description de l'arbre de codage. Nous l'avons cependant proposé sous forme rédactionnelle, dans les résultats, après analyse.

Conclusion

Le MA est un contrat innovant et récent accordé de façon exceptionnelle mais qui tend à se généraliser depuis peu. Il est considéré comme une mesure permettant de renforcer la lutte contre les déserts médicaux, en complément des aides à l'installation ou des contrats d'engagement de service public.

Selon les MGI, le MA leur permet d'apporter une réponse à la demande de soins des patients dans les zones sous-denses que ce soit de manière transitoire (MGI malade, afflux touristique ou épidémie) ou à plus long terme (déserts médicaux, zones de tension, zones de réaménagement rural...).

L'étude a fait ressortir d'autres aspects positifs du contrat de MA : celui-ci permet aux MGI de mieux organiser leur temps de travail, libérer du temps pour d'autres activités professionnelles et pour leur vie privée. Il peut permettre à un médecin de trouver un futur collaborateur, un associé voire un successeur. On pourrait même aller jusqu'à dire que le MA pourrait être une des clés de la prévention du burn-out. Ainsi, il pourrait être bénéfique pour les MGI et les populations des zones sous-denses de promouvoir le contrat de MA par ces aspects positifs.

Ces résultats montrent que le statut de MA peut trouver une place plus importante dans le système de soins français. Mais notre recherche a également mis en exergue des aspects qui nécessiteraient une amélioration : une place administrative plus appropriée aux MA, notamment pour faciliter la coordination des soins entre professionnels de santé serait essentielle. De même, une des idées apportée par les MGI au cours de l'étude était de prolonger la durée du contrat avant renouvellement, qui est de 3 mois à ce jour, afin de stabiliser le statut des MGI et des MA à court terme.

A plus long terme, il pourrait être profitable de faire coïncider la durée totale possible des contrats avec les délais de soutenance de thèse des internes de médecine

générale, soit 3 ans après la fin de l'internat. Cela permettrait d'éviter que ce contrat vienne supplanter celui de collaborateur et associé, mais stabiliserait le statut des jeunes médecins qui souhaiteraient travailler comme MA jusqu'à l'obtention de leur thèse, avant de pouvoir s'installer auprès des MGI.

Cette étude a épousé le point de vue du MGI. Mais, pour compléter notre travail, il pourrait être intéressant d'étudier le ressenti des autres sous-populations concernées par ce contrat : les patients, les MA, voire les secrétaires médicales.

Références bibliographiques

1. CartoSanté. Densité de généralistes [Internet]. [cité 5 août 2018]. Disponible sur: http://cartosante.atlasante.fr/#l=fr;sid=1222;v=map3;s=2016;pg=2;z=577448,7120473,224024,150228;i=gen_e_datcom.dens_g;sly=cantons2015_DR
2. Renforcer l'accès territorial aux soins [Internet]. 13 octobre 2017 [cité 5 août 2018]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_plan_renforcer_l_acces_territorial_aux_soins.pdf
3. Contrat type pour l'exercice de la médecine par un étudiant en médecine en qualité d'adjoint d'un docteur en médecine [Internet]. [cité 5 août 2018]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/etudiantadjoint_.pdf
4. Code de la santé publique - Article L4131-2. Code de la santé publique.
5. Code de la santé publique - Article R4127-88. Code de la santé publique.
6. Contrat type pour l'exercice de la médecine en qualité d'assistant d'un docteur en médecine [Internet]. [cité 5 août 2018]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/assistant.pdf>
7. Code de la santé publique - Article Annexe 41-1. Code de la santé publique.
8. Arrêté du 13 novembre 2017 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.
9. Arrêté du 21 décembre 2011 relatif aux dispositions applicables à la détermination des zones prévues à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique - Article 1.
10. CartoSanté. Zones déficitaires en médecins généralistes [Internet]. [cité 5 août 2018]. Disponible sur: http://cartosante.atlasante.fr/#l=fr;i=zonage_conv.z_gene;v=map12
11. LEJEUNE C. Manuel d'analyse qualitative Analyser sans compter ni classer. De Boeck; 2014. 149 p.
12. FRAPPE P. Initiation à la recherche. Association française des jeunes chercheurs en médecine générale . Global Media Sante; 2011 .216 p.
13. Guide méthodologique Thèse Qualitative. 2013. [Internet]. [cité 5 août 2018]. Disponible sur: <https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/GMTQuali.pdf>
14. Réaliser un entretien semi-directif. 2010. [Internet]. [cité 5 août 2018]. Disponible sur: https://eureval.files.wordpress.com/2014/12/ft_entretien.pdf
15. RIOUFREY T. La transcription d'entretiens en sciences sociales. 2016. [Internet]. [cité 5 août 2018]. Disponible sur: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01339474/document#page=1&zoom=auto,-135,842>

16. HENNEBO N. Guide du bon usage de l'analyse par théorisation ancrée par les étudiants de médecine . 2009 [Internet]. [cité 5 août 2018]. Disponible sur: <http://www.theorisationanree.fr/guide.pdf>

17. DGOS. Territoire de vie-santé - zonage médecin [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2017 [cité 5 août 2018]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/zonage-medecin>

18. Médecins en Europe. Comment exerce-t-on en Belgique et au Royaume-Uni? Profil_medecin_Medecins_en_europe.pdf [Internet]. [cité 31 août 2018]. Disponible sur: https://www.profilmedecin.fr/contenu/wp-content/uploads/2017/03/Profil_medecin_Medecins_en_europe.pdf

19. Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout. Mieux comprendre pour mieux agir. Exe_Burnout_21-05-2015_version_internet.pdf [Internet]. [cité 31 août 2018]. Disponible sur: https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Exe_Burnout_21-05-2015_version_internet.pdf

20. BONTOUX E. , Prévalence et facteurs de risque du burnout chez les médecins généralistes du Gers [thèse pour le diplôme de docteur en médecine] , université de lille 2; 2016 .[Internet]. [cité 31 août 2018]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1564/1/2016TOU31111.pdf>

21. FAILLE A. Etude descriptive de la population des médecins généralistes libéraux du nord-pas-de-calais et prévalence du burnout. [thèse pour le diplôme de docteur en médecine] , université de lille 2; 2012 .

22. L' observatoire de l'accès aux soins. Enquête auprès des Français et des professionnels de santé. 111030_Enquete_IFOP-JALMA_nov2011.pdf [Internet]. [cité 31 août 2018]. Disponible sur: http://www.leciss.org/sites/default/files/111030_Enquete_IFOP-JALMA_nov2011.pdf

23. SEIGNEUR Y. L'exercice de la Médecine Générale en groupe pluridisciplinaire : quels attraits, quelles contraintes ? [thèse pour le diplôme de docteur en médecine] , faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen; 2013 .[Internet]. [cité 31 août 2018]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00960372/document>

24. CartoSanté [Internet]. [cité 31 août 2018]. Disponible sur: http://cartosante.atlasante.fr/#sly=a_dep_DR;l=fr;i=gene_datcom.actegen:v=map5;s=2008;sid=59

25. ROBIN A, BIOT-LAPORTE S. Le ressenti et les attentes du médecin généraliste vis-à-vis de son remplaçant. [thèse pour le diplôme de docteur en médecine] , Université de Lyon Est; 2016 .[Internet]. [cité 31 août 2018]. Disponible sur: <http://www.sudoc.abes.fr/DB=2.1/SRCH?IKT=12&TRM=19342455X>

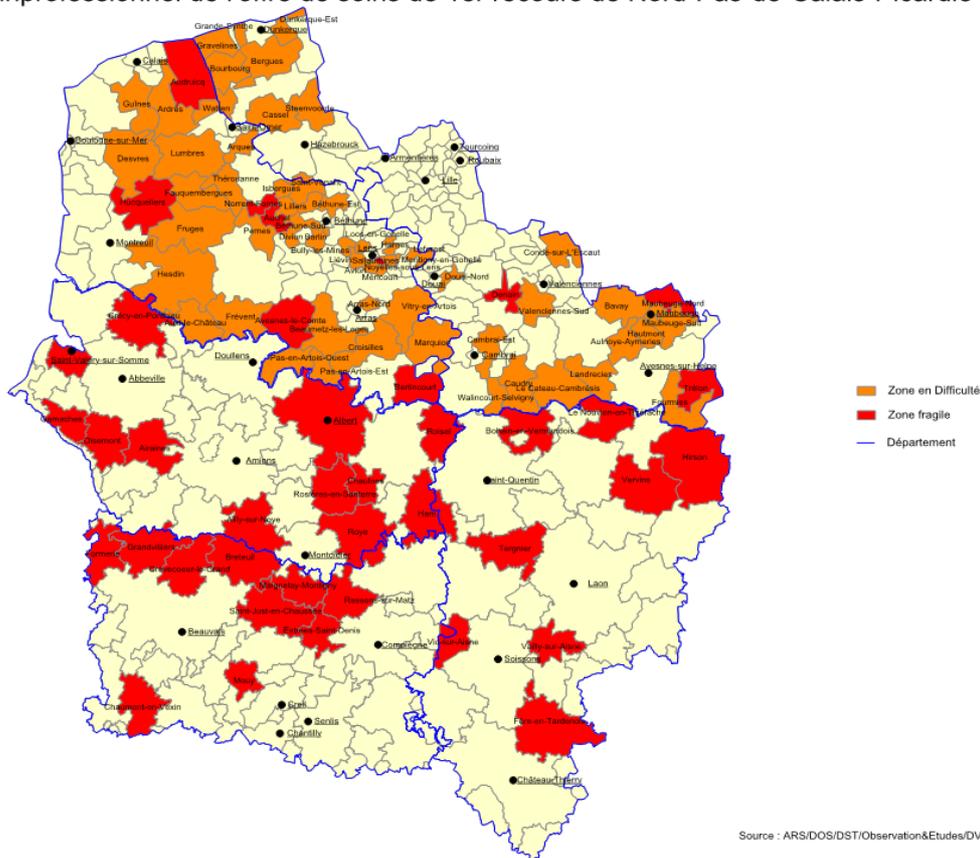
26. AUBIN-AUGER et al. - Introduction à la recherche qualitative.pdf [Internet]. [cité 31 août 2018]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3446_2008_introduction__RQ__Exercer.pdf

27. GEDDA M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie, la Revue. Janv 2015;15(157):50-4. Gedda - 2015 - Traduction française des lignes directrices COREQ .pdf [Internet]. [cité 31 août 2018]. Disponible sur: <http://udsmed.u-strasbg.fr/dmg/wp-content/uploads/2015/06/crite%CC%80res-COREQ.pdf>

Annexes

Annexe 1 : Cartographie régionale des Hauts de France de la PAPS de l'ARS, mai 2016 :

Zonage pluriprofessionnel de l'offre de soins de 1er recours de Nord-Pas-de-Calais-Picardie



Annexe 2 : guides d'entretien évolutifs :

Guide d'entretien initial

Questions brise-glace:

1. Comment avez-vous connu le contrat d'interne assistant?
2. Quelle est l'organisation de votre cabinet? Quelle est la place de l'interne assistant dans cette organisation?

Ressenti concernant la qualité de vie professionnelle:

3. Concernant votre travail, quelle différence y'a t-il avec vos journées sans interne assistant?
4. Quelles difficultés avez-vous rencontré dans votre pratique médicale depuis la présence des internes assistants?
5. Quel impact y'a t'il eu sur votre relation avec vos patients?

Ressenti concernant la qualité de vie privée:

6. Comment vous sentez-vous après une journée de travail avec un interne assistant?
7. Quel impact y'a t'il eu sur votre vie privée?

L'avenir:

8. Comment imaginez-vous votre pratique médicale après la durée du contrat écoulé?

Guide d'entretien final

Questions brise-glace:

1. Comment avez-vous connu le contrat de médecin adjoint? Et quelle est la raison qui vous a incité à signer ce contrat?
2. Quelle est l'organisation de votre cabinet? Quelle est la place du médecin adjoint dans cette organisation? Comment est répartie la patientèle entre vous?

Ressenti concernant la qualité de vie professionnelle:

3. Concernant la quantité et la qualité de votre travail, quelles différences peut-il y avoir entre vos journées avec et celles sans médecin adjoint?
4. Quelles difficultés avez-vous rencontrées dans votre pratique médicale depuis la présence des médecins adjoints? (difficultés d'ordre administratif, d'organisation, de coordination entre les médecins, avec le secrétariat..)
5. Quel impact y'a-t-il eu sur votre relation avec vos patients? Avez-vous eu des retours de la part de vos patients?
6. Quel impact y'a-t-il eu sur la qualité des soins de vos patients? Avez-vous modifié votre façon de les prendre en charge?

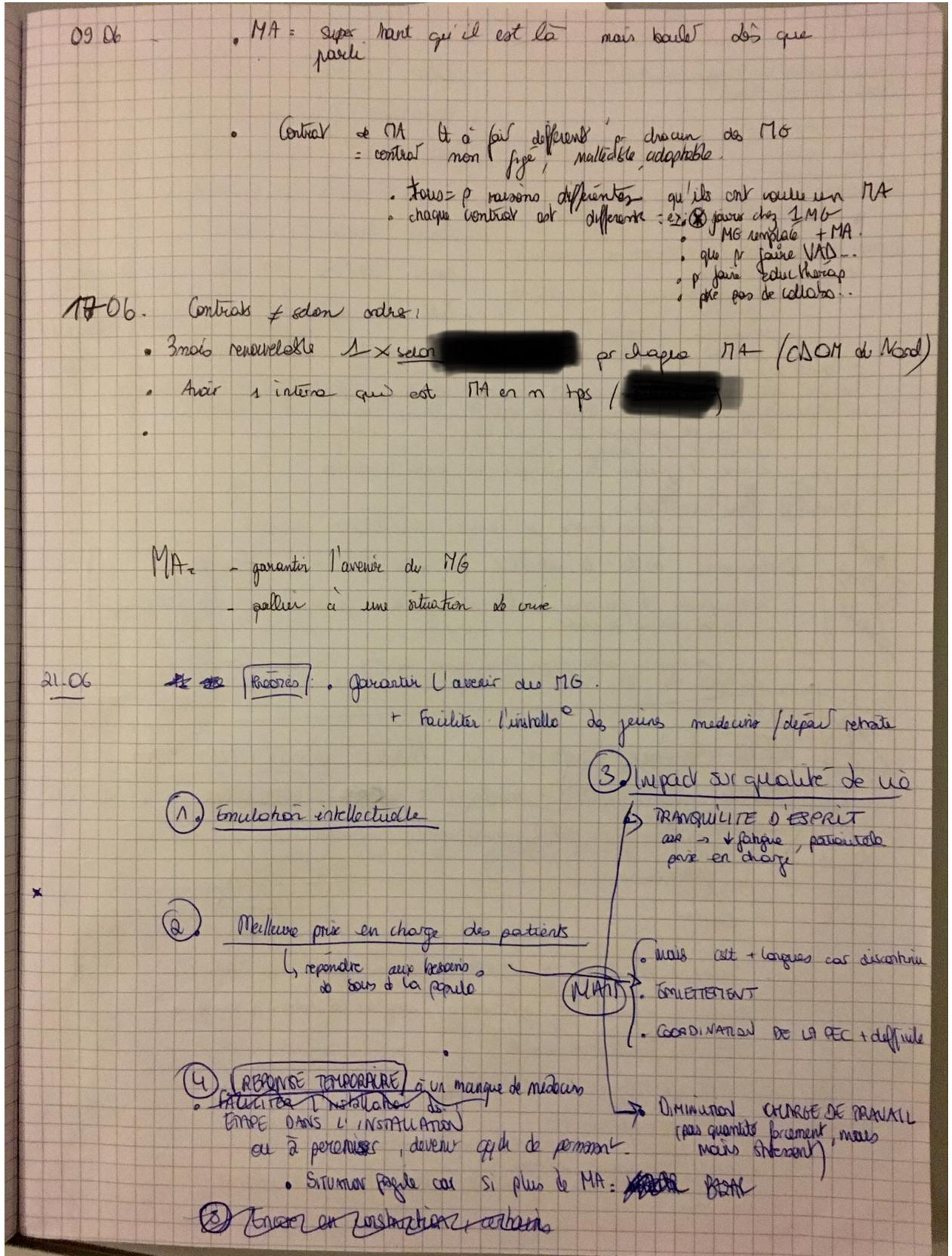
Ressenti concernant la qualité de vie privée:

7. Comment vous sentez-vous après une journée de travail avec un médecin adjoint? Ressentez-vous une différence avec les journées où vous travaillez seul?
8. Quel impact y'a-t-il eu sur votre vie privée? Comment, le fait d'avoir un médecin adjoint a-t-il modifié votre mode de vie?

L'avenir:

9. Comment imaginez-vous votre pratique médicale après la durée du contrat écoulé?/ Quelles perspectives sont apparues après les premiers contrats?
10. Comment pérenniser ce modèle selon vous?
11. Globalement, que pensez-vous de l'existence de ce type de contrat?
12. Avez-vous quelque-chose à ajouter?

Annexe 3 : extrait du journal de bord



Annexe 4 : consentement écrit des participants à l'étude

Je soussigné(e) Mme, M accepte librement et volontairement la participation à la recherche intitulée “ Médecins adjoints et qualité de vie des médecins généralistes”, y compris à l’enregistrement audio, qui m’a été proposé par Marine BILLIAUX, interne de médecine générale, qui m’a informée et a répondu à toutes mes questions, m’a précisé que j’étais libre d’accepter ou de refuser la participation à cette recherche. L’enregistrement audio sera effacé après avoir été retranscrit de manière anonymisée. Le témoignage sera recueilli sans jugement. Je suis parfaitement conscient(e) que je peux retirer à tout moment mon consentement à la participation à cette recherche, et cela quelles que soient mes raisons et sans supporter aucune responsabilité, mais je m’engage dans ce cas à en informer l’investigateur. Si je le souhaite, je serai informé(e) par l’investigateur des résultats globaux de cette recherche lorsqu’elle arrivera à son terme.

Le:

Nom, signature du médecin interviewé.

Annexe 5 : verbatims

ENTRETIEN 1

M - Alors, d'abord, est-ce que vous pouvez vous présenter, c'est à dire donner votre âge ?

MG11 - Docteur [*prénom et nom du médecin*], spécialité de médecine générale, né le [*date et lieu de naissance*]. J'ai d'abord exercé dans une maison médicalisée avec cinq médecins, mais avec trois cabinets médicaux, donc ça posait des problèmes de place. Au départ de certains à la retraite, j'ai préféré partir seul et avoir un cabinet plus spacieux pour pouvoir consulter toute la journée.

M - le nombre d'internes assistants que vous avez, que vous avez eu, et si vous vous souvenez de la date du premier contrat?

MG11 - Non, pour le moment , jusque l'année dernière je trouvais très facilement des remplaçants. Donc depuis que j'ai commencé d'exercer en 1990 exactement, installé en 1991 mais commencé à exercer en 1990, j'ai toujours eu des remplaçants facilement, sauf depuis six mois, un an.

M - Et donc vous avez eu des internes assistants?

MG11 - Non, j'ai eu une assistante lors de ma blessure, de mon agression au mois du... [*date de l'agression*] , j'ai dû prendre une assistante car je n'arrivais plus à faire mes visites à domicile. Avec une paire de béquilles, ça devenait un peu trop dur pour moi de monter les escaliers, et ça l'est toujours. Et donc, c'est pour ça que je limite actuellement mes visites à domicile car j'ai beaucoup de mal encore à me déplacer. Et donc j'ai eu une assistante pendant euh... c'était ma remplaçante, et qui a joué le rôle d'assistante en même temps.

M - D'accord. Et cette assistante, elle était thésée ?

MG11 - Euh... Non elle n'était pas encore thésée.

M - D'accord. Donc en fait, c'est dans ce cas là qu'on dit que ce sont des "internes assistants", puisqu'ils sont encore inscrits à la fac pour leur thèse.

Tout d'abord, première question. Comment avez-vous connu le contrat d'interne assistant et quelle est la raison qui vous a incité à signer ce contrat?

MG11 - Ben la raison qui m'a incité, c'était ma fracture du plateau tibial externe suite à une agression et que je ne pouvais plus me déplacer pour effectuer mes visites à domicile.

M - Et vous l'avez connu comment, ce contrat?

MG11 - Ben c'est .. on a demandé au Conseil de l'Ordre. C'est le Conseil de l'Ordre qui m'a trouvé la solution, qui la proposé, qui m'a dit qu'il fallait que je demande ,je suis syndiqué aussi... et c'est vrai qu'avec le syndicat on a réfléchi à la condition d'exercice. On a vu qu'il

fallait que je prenne un assistant pour pouvoir continuer à travailler. Et en même temps que je m'étais fait agresser, que j'avais une fracture du plateau tibial, je préparais aussi mon diplôme universitaire d'expertise.

M - Quelle est l'organisation de votre cabinet et quelle est la place de l'interne assistant dans cette organisation?

MG11 - Donc j'ai eu un interne assistant de mai juin ... pendant deux mois. Donc un interne assistant - dans mon cas de figure - faisait les visites à domiciles, toutes les visites, deux fois par semaine, et elle faisait tous les reports et éventuellement les urgences du jour.

M - Ok. Concernant votre travail, quelle différence y'avait-il avec vos journées sans interne assistant?

MG11 - A l'époque, j'étais forcé d'en avoir, mais ça nous permettait d'avoir un échange, moi d'être plus reposé, de ne plus faire de visite à domicile. Et de pouvoir après réfléchir plus sur les dossiers du patient. On avait une réflexion commune. Donc c'est vrai que l'idéal c'est d'avoir un assistant une fois par semaine pour pouvoir un peu se soulager et pouvoir faire autre chose. L'idéal c'est d'avoir un pool d'assistants, qu'on puisse disposer, et qu'on puisse, en période de forte charge de travail, nous faire plus de visites à domicile ou de reports, de choses comme ça qu'on n'arrive pas forcément à faire immédiatement. Car l'exigence des gens augmente aussi et ils veulent tout, tout de suite.

M - Quelles difficultés avez-vous rencontré depuis la présence d'un assistant?

MG11 - Je n'ai jamais eu de problème avec un interne assistant.

M- Quel impact y'a t-il eu sur votre relation avec vos patients?

MG11 - Aucune. Ca s'est très bien passé, parce que c'était quelqu'un de très professionnel, et ça se passait très bien, il n'y avait pas de soucis.

M - Et le fait, pour vous, d'avoir eu un interne assistant, par rapport à ce qu'attendaient les...

MG11 - *(coupe la parole)* Ca nous valorise. J'ai bien vu, quand j'étais avec... j'aime bien quand ma remplaçante, une remplaçante, vient, j'aime bien les faire travailler ensemble, j'aime bien qu'elle travaille avec moi une matinée. Et quand on a un interne assistant, ça nous conforte, souvent, parce qu'il dit la même chose que nous, finalement, et ça nous conforte vis à vis des gens. " Tiens il y a deux personnes qui disent la même chose" . Donc vis à vis de la patientèle, ils ont un autre avis, un autre regard, qui finalement peut-être dit d'une façon différente, amène à la même discussion, au même résultat. Donc je pense qu'intellectuellement c'est très intéressant .

M-Concernant la qualité de vie privée, comment-vous sentiez-vous après une journée de travail avec un assistant?

MG11 - Bah, là, le questionnaire est un peu biaisé, je m'excuse. Parce que moi, c'était un

cas de force majeure que j'avais. Donc j'étais obligé d'avoir un interne assistant pour pouvoir effectuer les visites. Donc en ne faisant plus de visite à domicile, c'est sûr que j'étais beaucoup plus reposé à ce moment là. Parce que déjà, j'avais ma douleur au niveau du genou *et cetera et cetera*, mon stress d'une post-agression. Donc l'interne assistant m'a permis - dans mon cas particulier - de passer le cap de l'agression d'une façon plus correcte. Mais je dis bien, moi c'est un cas particulier. Mais je pense que, un médecin qui aurait, un cabinet médical où on pourrait en avoir deux, avoir un interne assistant permettrait de faire des visites un peu plus, d'avoir une vie un peu plus "relax".

M - Oui c'est la suite de mon questionnaire, la question suivante était: quel impact y'a t'il eu concrètement sur votre vie privée?

MGI1 - Ben oui ma vie était un peu plus calme et j'ai pu préparer des examens à ce moment là d'une façon un peu plus sereine.

M - Dernière question, concernant l'avenir, comment imaginez-vous votre pratique médicale, après la durée du contrat écoulée? Mais dans votre cas, le contrat est terminé...

MGI1 - Non, mais de toutes façons, je pense de plus en plus, j'eus aimé trouver une remplaçante qui me fasse une collaboration. Ca, j'aimerais bien trouver une remplaçante qui fasse une collaboration, qui puisse travailler un jour tous les quinze jours, pour que je puisse remplir toutes les tâches administratives, que je n'ai pas à faire le weekend.

M - Avez-vous quelque chose à ajouter?

MGI1 - Non, je pense que c'est une bonne initiative. Je remercie le conseil de l'ordre de nous permettre d'avoir des contrats d'assistantat.

Le seul bémol à l'assistantat que j'ai eu, c'est la demande de l'assistante, qui demandait 100% du jour d'assistantat. Donc c'est le seul bémol qu'on a. Voila.

ENTRETIEN 2

M - Je voudrais connaître votre âge, le secteur d'activité, le mode d'exercice...

MGI2 - (*coupe la parole*) soixante-et-un ans, secteur un. Je suis médecin généraliste en MSP, donc en maison de santé pluridisciplinaire. On a ouvert il y a quelques années dans les locaux "finaux", on va dire. On a été ouvert le premier avril 2017. Je suis aussi médecin coordonnateur d'EHPAD à tiers temps.

M - ... Le nombre d'internes assistants que vous avez eu, que vous avez.

MGI2 - Non non, qu'on a eu d'abord. Ce sont des contrats successifs. Alors euh , on doit être au sixième à peu près, dans ces eaux là, je sais plus...

M - ...Pour vous seul....

MGI2 - Non mais, un assistant, quand il travaille chez moi, il travaille chez mon associé. Pour l'instant. Je n'ai pas un assistant tous les jours. Parce que quand on fait venir un adjoint, il faut le nourrir, donc il faut qu'il y ait du travail, donc ça dépend des jours. Donc on doit être maintenant... On a eu [MA1], [MA2], on en a eu un autre, on a eu [MA3], on a [MA4], et on va en avoir un sixième. Donc on en a eu cinq effectifs et il y a le sixième qui arrive.

M - Donc la date du premier contrat, si vous vous souvenez, à peu près...?

MGI2 - Je pense que c'était en 2016. Je pense que c'était en avril 2016. Mars ou avril 2016. Oui.

M - Est ce que vous avez effectué d'autres types de contrats? Des remplaçants...

MGI2 - Bah oui, des remplaçants, évidemment.

M - Oui, je ne sais pas. D'accord. (*rires*)

MGI2 - Oui, bien sûr. L'assistant n'est autorisé euh... L'assistant qu'on a, travaille avec nous, dans le modèle économique que nous avons, un à deux jours par semaine. Donc un jour assistant chez moi et un jour assistant chez mon associé. Ce qui lui permet de garder trois jours pour les activités de thèse et de recherche, ce qui lui permet de gagner sa vie et d'avoir en même temps cette activité de recherche.

M - Comment avez- vous connu le contrat d'interne assistant et quelle est la raison qui vous a incité à signer ce contrat?

MGI2 - Ben c'est moi qui l'ai créé donc bon ça... (*rires*) Ben parce que je suis président de la commission offre de soins et que le problème sur les zones désertifiées ou pseudo-désertifiées que moi j'ai appelé des zones effondrées est un problème d'afflux de

population sur lequel on n'arrive pas ... Alors c'est un concept qu'il faut creuser mais euh... En fait le médecin adapte sa fréquence de rendez-vous à la demande de la population qu'il a en face de lui. Si le médecin a trois mille patients, il va voir des consultations diabétiques à trois mois, et nous on sait , même s'il n'est pas équilibré il va le voir à trois mois.

M - Et pourquoi les assistants non thésés plutôt que...

MGI2 - ...Parce qu'on n'en trouve pas, des collaborateurs. Ben parce qu'on n'a pas trouvé de collaborateur. Si on trouve des collaborateurs... Alors, heu il y a d'autres sites dans notre bassin de vie, où les médecins ont trouvé des collaborateurs. Nous pas, c'est tout. Peut-être qu'on est un petit peu particuliers... Ou un petit peu exigeants.

M - Quelle est l'organisation de votre cabinet? Quelle est la place de l'interne assistant dans cette organisation?

MGI2 - Ben vous êtes dans son bureau là. Donc l'interne assistant travaille en même temps que le médecin. Donc nous, dans le cabinet des charges, on a mis que l'assistant devait avoir son propre bureau, son propre informatique... Vous avez vu, on a tout réalisé pour que ce soit tranquille. Vous pouvez venir travailler chez nous (*rires*).

M - Et donc vous disiez, il vient un à deux jours par semaine?

MGI2 - Moi, actuellement, j'ai un assistant le lundi et le jeudi. J'ai deux assistants.

M - Ok. Et il fait uniquement les consultations? Est-ce qu'il fait des visites...?

MGI2 - Il peut faire les deux. Je peux vous répondre que le lundi actuellement, une semaine sur deux , il fait des visites l'après-midi un petit peu. Et sinon, il ne remplit que les consultations. Et c'est... ça dépend de la demande!

M - D'accord. Et au niveau de la patientèle, c'est vous qui déterminez qui voit qui?

MGI2 - Oui. Sauf s'il a re-convoqué. [MA1], qui est resté longtemps avec nous et qui a déjà fait son stage de N1 avec nous, [MA1] avait ses propres patients et il les re-convoquait en disant "je veux les voir". Et voilà, il vivait sa vie de médecin.

MGI2 - Concernant votre travail, quelle différence y'a-t'il avec vos journées sans interne assistant?

MGI2 - Je ne comprends pas la question.

M - Quand vous n'avez pas d'interne assistant, au niveau de la quantité de travail, de la façon de travailler, par rapport à quand vous avez un assistant...

MGI2 - Je ne comprends pas la question, non je ne comprends pas la question. L'assistant quand il travaille, il travaille. Enfin ce qu'il fait ne me regarde pas. Il est médecin.

M - Ca n'interfère pas avec euh...

MG12 - Non . C'est la secrétaire qui interfère, puisqu'elle va remplir ses plages horaires,. Donc s'il voit trente-cinq patients dans la journée c'est trente-cinq rendez-vous qu'on a donnés. Mais ça ne diminue pas - en raison de l'afflux de patientèle, surtout actuellement- ça ne diminue pas mon activité, si c'est ce que vous voulez savoir. Mon associé a une technique un peu différente... Et le jeudi, je ne travaille pas. Je ne travaille pas ici, je fais d'autres choses, mais je ne travaille pas ici, je ne fais pas d'acte en patientèle, et j'ai une assistante. Mais si elle n'arrive pas à satisfaire, je peux venir l'aider.

M - Quelles difficultés avez-vous rencontrées dans votre pratique médicale depuis la présence d'internes assistants?

MG12 - Je n'ai pas rencontré de difficulté. C'est peut-être plutôt eux qui en ont rencontrées avec moi. Euh... Le cahier des charges est clair, JE suis le médecin traitant de ces gens là. L'assistant travaille et remplit un dossier médical partagé sur informatique. Il le remplit clairement, en disant ce qu'il a vu, ce qu'il a fait, pourquoi il l'a fait et vers quoi il va et qu'est ce qu'il a prescrit. Il est hors de question de faire ça sans partage de données. Et après, il y a un moment de transmission, le soir, ou il écrit ou il téléphone et il me parle de ce qu'il a vu. Je reste le maître et le fil rouge de la patientèle.

M - Quel impact y'a t'il eu sur votre relation avec vos patients?

MG12 - Il y a probablement des patients qui ne sont pas contents et qui sont partis. De toutes façons, je n'ai pas d'autre choix. Si je veux répondre à la demande de la population, et d'autre part, moi je n'ai que du plaisir à travailler avec les assistants. On travaille ensemble, on est dans un bureau.. mon bureau est de l'autre côté. Ils viennent, ils toquent à la porte "tu peux venir voir?". Ou moi je les appelle, "ben tiens toi tu as vu ça. Quelles sont ...ta dernière référence ?" *et cetera* . Ce n'est que de l'émulation et que du plaisir.

M - Vous n'avez pas eu de retour particulier des patients? Qu'ils soient positifs ou négatifs.

MG12 - Alors ç'est encore pire que ça, JE M'EN TAPE (*rires*). Je m'en contrefous! Non, après si un patient a un soucis avec un médecin, il m'en parle et on en parle et euh voilà! Enfin, le patient a aussi le droit, absolument de me voir moi. C'est ce qu'on appelle une exigence du patient, et pourquoi pas, si c'est justifié. Pourquoi pas. Après, c'est très rigolo parce qu'il y a des choses qu'ils vont dire à l'assistant qu'ils ne diront pas à moi. Et des choses qu'ils vont dire à moi qu'ils ne diront pas à l'assistant. Mais quelques fois ils se lâchent beaucoup plus avec l'assistant qu'avec moi.

M - Comment vous sentez-vous après une journée de travail avec un assistant? Quel impact ça a sur votre vie privée en fait?

MG12 - Si depuis trente-deux ans je regardais comment je me sens le soir...je ne serais plus là (*rires*). Euh... *no problemo*. Non mais vraiment, très sincèrement je le dis, je n'ai

que du plaisir à travailler avec eux. Il y en a même qui ne sont pas restés assez longtemps à mon goût. Il y en avait un qui venait - il était très rigolo - je lui rends hommage officiellement, il voulait être médecin de montagne et il a appris à bosser ici mais au bout de quinze jours c'était que du plaisir. Donc voilà, on n'a eu que du plaisir pour l'instant.

M - Et en comparaison avec avant où vous n'aviez pas d'assistant?

MGI2 - Non mais, attendez. Quand vous n'avez pas d'assistant, que votre journée est pleine, vous refusez des patients. Là, on a actuellement un médecin qui est souffrant avec un arrêt de travail, on a deux médecins qui viennent de prendre leur retraite, un troisième qui est en arrêt, qui est remplacé dans 25% de la patientèle par le successeur. Donc voilà, on est en difficulté, en zone sous-dotée, désertifiée. C'est pour ça que l'ordre autorise. Donc c'est des journées... voilà, je ne peux pas... Le but dans ma vie ce n'est pas de faire une centaine d'actes par jour. Donc quarante, je trouve que c'est déjà beaucoup, pour qu'ils soient bien faits *et cetera*. D'autre part, j'ai des internes, donc je dois assurer une pédagogie avec mes internes. Et je peux avoir l'assistant et l'interne. Ce qui n'empêche strictement rien. A ce propos, ils ont d'ailleurs chacun leur cabinet à ce titre là et à ce moment là.

M - Quel impact y'a t'il eu sur votre vie privée depuis que vous avez des assistants? Est-ce que ça a changé quelque chose ou pas?

MGI2 – Non.

M - Au niveau de la quantité de travail ou..?

MGI2 - Non non mais. Vous êtes dans une zone sous-dotée, faut bien vous mettre ça dans la tête. Vous êtes dans une zone sous-dotée. Quelqu'un qui fait venir un assistant, qui travaille en même temps que lui, qui ne donne pas de travail à l'assistant, l'assistant ne va pas rester. Donc le modèle économique il est de faire travailler les gens. Nous on a créé un système pour répondre aux besoins de la population. Donc c'est tout, on s'arrête là.

M - Moi ce que j'aimerais savoir, c'est votre ressenti à vous. Personnellement, est-ce que ça n'a eu aucun changement sur votre vie privée, ça ne vous a pas fait gagner du temps, vous n'étiez pas moins stressé, ou plus stressé, ou des choses comme ça ?

MGI2 - Je suis promoteur d'une maison de santé, d'une maison médicale de garde, de la FMC (=formation médicale continue). Je suis responsable syndical régional et maintenant national... Non, ça n'a pas changé ma vie. C'est pas fait pour gagner du temps, un assistant. Mon jeudi... ça me fait gagner du temps... un jeudi, j'ai dû avoir quand même un jeudi ou deux de libres dans l'année (*sourires*). Et euh... pour pas aller à [nom de ville], ou pour pas travailler au pôle, ou pour ne pas créer des protocoles. Mais, non, enfin ce n'est pas le but du jeu. Le but du jeu, c'est de répondre aux besoins de la santé de la population. Et d'inciter des jeunes médecins à venir travailler avec nous, le temps qu'ils désirent. Et ils sont très contents. Ils s'en vont d'ailleurs après, malheureusement.

M - Ma dernière question: comment imaginez-vous votre pratique médicale après la durée du contrat actuel écoulée?

MGI2 - Et bien il y aura d'autres jeunes qui viendront avec nous. Le poste est ouvert! (*rires*) On est tous dans le même... Alors c'est ce qu'on appelle une situation fragile. On est tous dans la même dynamique, tous ceux qui ont des médecins adjoints ou assistants... On est dans cette dynamique de fragilité. Mais, vous voyez, il y en a une qui s'en va, il y a [MA3] qui vient depuis début novembre (2017) et qui arrête pour des raisons qui lui sont personnelles, qui arrête le neuf février. Et j'ai repassé une annonce sur le conseil de l'ordre, et -oh, chose bizarre- j'ai eu un appel lundi dernier, donc je vois un autre assistant lundi. Après, s'il faut satisfaire à la tâche pendant un certain nombre de jours, ça va, je suis un grand et vieux garçon, un vieux médecin, donc je peux très bien satisfaire à la tâche. Quand on travaille à deux, avec l'assistant actuel, on peut travailler très bien, très intelligemment, et voir beaucoup de patients. Mais c'est pas le problème, c'est pas la question. La question c'est, en effet, d'avoir des horaires corrects et surtout de faire une médecine intéressante pour tout le monde. Et en revanche, je peux même vous dire qu'on a mis en place une consultation, une présence infirmière, deux heures par jour, en même temps que nous, médecins, qui peuvent vérifier les pieds des patients diabétiques, faire une évaluation du risque cardio-vasculaire sur formation, qui peuvent prendre des tensions, qui peuvent faire de l'éducation thérapeutique, parce qu'elles sont formées à ça. Ça marche très très bien, et c'est aussi fait pour gagner du temps médecin. Et les assistants, les adjoints, aiment beaucoup ça ! [MA4], il travaille beaucoup avec ça, et [MA1], alors pour lui, c'était formidable. Le vaccin est fait par l'infirmière. Il dit "non mais moi je fais de la médecine". Donc vous voyez, voilà, aucun problème.

M - Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter?

MGI2 - Ben je ne crois pas non. Continuons à promouvoir, trouvons les moyens pour promouvoir. Après on ne sait pas ce que ça deviendra, entre la collaboration, on ne sait pas trop quelle sera la "religion" de l'Ordre sur "pourquoi ne sont-ils pas collaborateurs?" Il y a un moment où ce sera plus intéressant qu'ils soient collaborateurs, ils auront leur propre carte CPS. Et nous on en a une à [ville proche du cabinet], c'est à cinq kilomètres d'ici, qui était installée comme collaboratrice et qui passe en médecin installé, mais on voit bien qu'il y a un renouvellement - que moi je n'arrive pas encore à avoir d'ailleurs- mais il y a un renouvellement.

ENTRETIEN 3

M - Est-ce que vous pouvez me donner votre âge, le secteur d'activité, le mode d'exercice?

MGI3 - J'ai quarante-huit ans, encore aujourd'hui, et j'exerce en semi-rural, et je suis installée seule mais avec une secrétaire sur place et je suis présidente d'un pôle de santé multi-site pluri-professionnel.

M - Combien d'internes assistants vous avez eu ou vous avez?

MGI3 - Alors, j'ai une interne assistante depuis maintenant une année, et elle vient tous les mercredis, un jour par semaine, avec un contrat renouvelable tous les trois mois.

M - Donc la date du premier contrat?

MGI3 - (*réfléchit*)... Ca doit être en février 2017.

M - Est-ce que vous avez effectué d'autres contrats auparavant, ou en parallèle?

MGI3 - Non, c'était la première fois, et je pense que je ne pourrai plus m'en passer.

M - Pas de remplaçants?

MGI3 - Ah, des remplaçants, si, quand je veux prendre des vacances. Ca fait un moment que je n'ai pas pris de vacances. Mais les remplaçants sont tous les internes que j'ai eu en temps que maître de stage.

M - J'allais justement vous demander si vous aviez effectivement des internes en stage.

MGI3 - J'ai trois internes. Deux internes et un "SASPAS".

M - Ok. Comment avez-vous connu le contrat de médecin adjoint et quelle est la raison qui vous a incité à signer ce contrat?

MGI3 - Alors, en toute honnêteté, j'ai connu le principe du médecin assistant grâce au docteur [MGI2] et monsieur [MGI4]. Parce qu'il les faisait sur [nom de ville]. Et en fait, c'est aussi parce que, en créant un pôle de santé, dont j'étais présidente et pratiquement le seul médecin, c'est aussi un peu l'ARS (*Agence Régionale de Santé*) qui m'a proposé d'avoir un assistant parce que ça allait m'aider dans mes démarches d'organisation du pôle de santé. Et je ne travaille pas le mercredi. Je n'ai jamais travaillé le mercredi. Et comme il fallait que j'ai une permanence des soins pour que le projet de santé, dans le cadre du pôle de santé de [nom du pôle de santé] - il s'appelle comme ça - soit accepté, il fallait une permanence de soins de huit heures à vingt heures du lundi jusqu'au samedi midi. Et donc, comme je voulais garder un peu de liberté le mercredi, j'ai demandé un assistant, et voila.

M - Très bien. Quelle est l'organisation de votre cabinet? Quelle est la place de l'assistant

dans cette organisation?

MGI3- Donc je travaille de huit heures le lundi jusqu'au samedi, midi, quand tout va bien, sinon plus. Et j'ai une secrétaire sur place, c'est important. Je travaille seule et j'ai une assistante qui vient tous les mercredis, selon les horaires qu'elle veut faire. Pour le moment, c'est à dire neuf heures - midi, quatorze heures - dix sept heures. Et elle a une secrétaire qui lui prend les appels aussi le mercredi. Elle a choisi de ne pas faire de visites à domicile. C'est son choix. D'avoir "l'entre-midi", c'est son choix.

M - Elle a ses propres patients?

MGI3 - Tous les nouveaux patients qui veulent venir au cabinet sont obligés de venir le mercredi, au moins pour une première consultation, avec elle. Et après, oui, si elle peut fidéliser... Le but, c'est qu'elle ait sa clientèle, puisqu'elle va s'installer dans la région. Elle fait sa thèse avec Monsieur [MGI4], qui est directeur de thèse . Elle va s'installer dans la région à un emplacement qui est déjà prévu, tout près d'ici.

M - Concernant votre travail, quelles différences y a-t-il avec vos journées sans assistant et avec?

MGI3 - Quand elle travaille le mercredi, effectivement, je peux travailler avec elle. Mais en général, je ne suis pas ici au bureau, parce que je ne veux pas que les patients hésitent entre l'un et l'autre. Il faut un temps d'adaptation. Et ce qui est presque acquis parce que maintenant elle a ses propres patients et des patients à moi qui vont avec elle par affinité, ce que je trouve très bien. Quand je suis là le mercredi, j'en profite en général pour faire les visites à domicile, ou je travaille entre midi quand elle n'est pas là. Ou je travaille dans le bureau à côté pour faire des consultations dédiées, soit d'éducation thérapeutique, soit de spirométrie, soit d'organisation du pôle de santé. Et elle fait aussi partie de mon pôle de santé, et elle fait aussi des ateliers d'éducation thérapeutique. Et depuis qu'elle est assistante, elle s'est formée à l'éducation thérapeutique. Et elle fait partie intégrante du pôle , de l'équipe.

M - Quelles difficultés avez-vous rencontrées dans votre pratique médicale, depuis la présence des assistants, si vous en avez rencontré?

MGI3 - Difficultés? Ce n'est pas vraiment une difficulté. C'est que forcément, on n'a pas tout à fait la même façon de travailler et de remplir le dossier informatique. Donc quand je rencontre un de "ses patients" , je m'adapte à sa façon de faire. Et elle, elle essaie , je pense, de s'adapter à ma façon de faire . Mais on ne communique pas. Je la laisse entièrement libre dans sa façon de faire. Et difficultés, c'est dans sa prise en charge, qu'on n'a pas forcément... Moi ça fait vingt ans, donc j'ai des rituels qui ne sont pas forcément les siens, c'est tout. Mais c'est intéressant, justement, ça heurte un peu et, ça fait évoluer. Parce qu'elle pense à des choses auxquelles je n'aurais pas pensé.

M - Quel impact y a-t-il eu sur votre relation avec vos patients? Avez-vous eu des retours de leur part?

MGI3 - Oui, parce qu'elle est plus jeune que moi, donc elle est un peu plus au courant je pense, des recommandations de la Haute Autorité de Santé, surtout qu'elle a aussi un DU de pédiatrie . Et donc les parents sont franchement contents de sa façon de prendre en charge les enfants - et autres hein- et donc moi, ils m'apprennent des choses que je n'aurais pas forcément dites. Et voilà. Donc le retour, c'est un retour positif parce qu'elle est très énergique .

M - Comment vous sentez-vous après une journée de travail quand il y a eu un assistant ?

MGI3 - Ben un peu plus légère parce qu'elle a permis d'élaguer mon jeudi (*rires*) . Donc là, le jeudi c'est plus pratique. Je ressens quand elle est là . Quand elle ne peut pas venir le mercredi parce qu'elle est libre de venir, ou si elle un empêchement, ou si elle remplace ailleurs, elle ne vient pas. Et donc, dans ce cas là , je le ressens le jeudi parce que c'est beaucoup plus intense et beaucoup plus condensé.

M - Quel impact y a-t-il eu sur votre vie privée? Comment l'assistant a-t-il modifié votre mode de vie?

MGI3 - Ah ben c'est très très bien. Parce qu'avant , puisque je dois assurer une permanence de soins, je n'avais pas mon mercredi de libre. Maintenant qu'elle est là, ça me permet d'aller à [nom de ville] en toute tranquillité. C'est la différence par rapport en tant que maître de stage où je dois rester sur place quand même. Alors que là, comme elle est totalement autonome, je reste joignable par téléphone, parce que ça ne me dérange pas . Mais je ne suis pas obligée d'être sur place et intervenir au cas où. Car elle est encore plus autonome qu'un SASPAS, puisque c'est sa clientèle et tout ça. Moi, ça me permet d'aller à [nom de ville] voir mes enfants qui ont des études supérieures. En clair, c'est vraiment un bonheur. C'est tout d'abord une tranquillité d'esprit. Chose à laquelle je n'avais pas forcément l'habitude avant. Et puis de m'occuper de ma santé. Je peux enfin prendre des rendez-vous pour ma propre santé le mercredi. Puisque sinon, je n'ai pas de jour ouvré pour pouvoir prendre ces rendez-vous à titre personnel. Donc je me suis choisi un médecin traitant. Ça m'a permis ça aussi. Chose que je n'avais pas avant. Et elle devient mon médecin traitant.

M - Comment imaginez-vous votre pratique médicale après la durée du contrat écoulée?

MGI3 - Il faut absolument pouvoir le renouveler. Et j'ai déjà l'inquiétude, parce qu'elle va s'installer dès que sa thèse est faite. Donc on va continuer à travailler en collaboration surtout pour tout ce qui est pôle de santé. Parce qu'elle adhère vraiment à un travail d'équipe "multipro". Et je suis déjà en train de garantir l'avenir (*rires*), parce que je ne pourrai plus me passer d'un assistant. Alors pour moi, que ce soit un assistant non thésé... donc ce qui est embêtant c'est ce devoir de renouvellement tous les trois mois, avec cette hantise que l'ordre n'accepte pas. Parce que si l'ordre n'accepte plus de renouveler le contrat d'assistant, je ne peux plus du tout prendre de nouveau patient. C'est impossible. Je suis au bord, je fais vraiment mon maximum comme tous les médecins qui ont des assistants. Mais par contre ça ne me dérangera pas du tout d'avoir un assistant non thésé, ou un assistant collaborateur thésé. Auquel cas je lui assure vraiment sa clientèle s'il veut s'installer ici. Par contre, il y a une question que je me pose, c'est dans le contrat que j'ai

fait, donc là, elle vient le mercredi et pas les autres jours, parce que je pense que je n'ai pas le droit, mais ce qui m'intéresserait de savoir c'est si j'ai vraiment - parce que je pratique des consultations libres - comme elle habite la région, il m'importerait de savoir si elle pouvait venir pour me dépanner d'autres jours où je suis sans interne.

M - Ben oui, a priori oui les assistants peuvent venir plusieurs jours.

MGI3 - Vous êtes sûre?

M - Pour le docteur [nom d'un médecin ayant signé un contrat avec un médecin adjoint], ils viennent plusieurs jours.

MGI3 - Mais c'est dans le contrat? Ou c'est quand il a besoin?

M - Ah non je pense que c'est dans le contrat.

MGI3 - C'est peut-être parce qu'il a plusieurs médecins avec lui?

M - Ah non, il est tout seul pour l'instant. Il n'est pas encore dans sa maison de santé. Elle n'est pas encore ouverte. Déjà il a plusieurs assistants.

MGI3 - Pour lui tout seul?

M - Oui, il en a deux actuellement, je crois . Et il y en a qui viennent deux jours, il y en a qui viennent trois jours.

MGI3 - Ah oui, ça il faudrait que je demande. Parce que monsieur le docteur [MGI2] m'a dit que je n'avais pas le droit de le prendre plus d'un jour.

M - Lui c'est vrai qu'il ne prend qu'un jour mais... Après c'est dans le Pas-de-Calais, et vous c'est dans le nord.

MGI3 - Ca n'est pas le même Conseil de l'Ordre?

M - Ben oui, donc je ne sais pas s'il y a une différence à ce niveau là.
Et pourquoi plutôt des assistants que des... remplaçants, par exemple? Comme le mercredi, si vous n'êtes pas sur place?

MGI3 - Parce que ça me permet de travailler en même temps qu'eux, au cas où. En toute légalité. Les remplaçants, je ne peux pas du tout. Alors que là, si je ne peux pas faire les visites et que je ne vais pas à [nom de ville], ou quand je reviens de [nom de ville], je fais mes visites. C'est beaucoup plus flexible. Et le but, c'était aussi, comme j'ai deux bureaux, d'avoir un assistant qui fasse les consultations du jour, et que moi je suis à côté -parce que je vais pas continuer tous les mercredis (*à aller dans la ville*), les enfants grandissent en fait- mais je pense que les mercredis ça va me permettre de faire justement de l'éducation thérapeutique, en faisant de la spirométrie, du dépistage audiovisuel, et tout ce qui est prévention. Avec des consultations qui sont plus longues, que je pourrai faire en

toute liberté, parce que je n'ai pas le stress du patient qui attend.

M - Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter?

MGI3 - Oui, j'aimerais savoir si, parce que le but de l'assistant c'est de préparer sa clientèle et de le fidéliser dans la région, donc je voudrais savoir, si oui je ne peux pas l'appeler quand j'ai vraiment trop de monde, pour qu'elle puisse venir en plus du jour dédié. Voilà, c'est tout.

M – Ok, ça, je ne peux pas vous répondre.

MGI3 - Ca n'est pas grave.

ENTRETIEN 4

M - Quel est votre âge, votre secteur d'activité, le mode d'exercice ?

MGI4 - Soixante-et-un ans, secteur un, installé depuis 1985. En maison de santé pluridisciplinaire, pôle de santé, et j'ai un exercice salarié par ailleurs. Je suis coordonateur d'appartements de coordination thérapeutique.

M - Quel est le nombre d'assistants que vous avez eu, que vous avez actuellement?

MGI4 - Alors actuellement j'en ai deux, et dans le passé, c'est pareil que monsieur [MGI2], donc ça doit être cinq.

M - La date du premier contrat?

MGI4 - Ouh! Il y a trois, quatre ans. Tout au début, quand ça s'est mis en place. Puisqu'on a ouvert le bal. Je dirais en 2014.

M - Avez-vous effectué d'autres contrats que des assistanats? Des remplaçants, des collaborateurs...?

MGI4 - Ah oui. Collaborateurs..? ou assistants...? Pareil que Monsieur [MGI2]! C'est lui qui sait.

M - Est-ce que vous êtes maître de stage?

MGI4 – Oui. Depuis vingt ans? depuis le début.

M - Donc là, actuellement, vous avez des internes avec vous?

MGI4 - Voilà, j'en ai un qui est là derrière, qui est à coté, qui est en N1, et qui voit... donc je regarde un petit peu ce qu'il trafique (*me montre son écran d'ordinateur avec dossier de patient*).

M - La durée de contrat pour chaque assistant?

MGI4 - Ben à chaque fois on essaie de faire la durée de trois mois. Puisqu'on est bloqué à trois mois, donc c'était trois mois.

M - Comment avez-vous connu le contrat de médecin adjoint? Et quelle est la raison qui vous a incité à signer ce contrat?

MGI4 - Ben on l'a connu de bouche à oreille, par le réseau professionnel. Et, les raisons, c'est la désertification ici. Et c'est le choix en amont, qu'on a fait avec mon associé, de ne pas mourir tout seul, et donc d'essayer de faire quelque chose.

M - Et pourquoi plutôt des assistants que des collaborateurs par exemple??

MGI4 - Ah nous on prend tout! On est sur un endroit où la question du choix ne se pose pas. La question c'est qui veut bien travailler, on prend. On prend tout.

M - Quelle est l'organisation de votre cabinet? Quelle est la place de l'assistant dans cette organisation ?

MGI4 - Ben d'abord, tout est sur rendez-vous, avec des soins qui sont tous relativement programmés. Un minimum de programmation, c'est un rendez-vous. Et donc les assistants viennent travailler avec nous. Et donc ils définissent leurs horaires de travail. S'ils ont envie de commencer à huit heures, à neuf heures ou à dix heures, s'ils ont envie de voir un patient à l'heure, deux patients à l'heure, trois patients à l'heure, quatre patients à l'heure. Et en même temps, comme ils sont assistants et qu'ils assistent, du coup, ils doivent suivre l'organisation, un petit peu, du cabinet, de la patientèle. Donc ils doivent être polis, dire bonjour, noter dans le dossier médical, se former, pas prescrire n'importe quoi, et suivre un temps soit peu ce qu'on fait.

M - Vos assistants, est-ce qu'ils font des visites?

MGI4 - Euh, possible.

M - C'est eux qui définissent ça ou c'est vous qui dites, euh...

MGI4 - Ah s'ils ne veulent pas voir de vieux, pas faire de visite, pas voir d'enfant, pas voir de gens qui toussent, ça va être compliqué! Donc il faut quand même que! Mais si jamais il y avait un assistant qui disait "je veux absolument pas faire de visite", bon voilà! S'il ne veut pas faire de visite, pas de vieux, pas d'enfant, pas de femme, ben là... qu'est ce qu'il va faire? (*rires*)

M - Mais donc il a son cabinet à lui...?

MGI4 - Juste à côté. Il a un cabinet. Et en fait les cabinets ici, ils donnent dans la maison. Il y a huit cabinets pour quatre médecins et trois internes et deux assistants, donc on partage.

M - L'assistant choisit ses patients ou c'est vous qui décidez?

MGI4 - Non, c'est les patients qui viennent, qui prennent rendez-vous tel jour *et cetera*. Par contre, on va essayer de fidéliser... L'idée derrière l'assistant, c'est qu'un jour ils ne sont plus assistants. Donc du coup, nous on essaie de les séduire, de les draguer, pour qu'ils restent. Et du coup on essaie un maximum qu'ils suivent des patients, pour que du coup, il aient un fil à la patte et qu'ils s'installent. Mais bon, c'est pas gagné cette histoire là. Et après, des patients peuvent demander "je veux voir untel". Donc ils ont Docteur Machin Machin Machin. Pour les patients, tout ça c'est neutre, c'est des docteurs. Il n'y a pas des docteurs de première classe, deuxième classe, troisième classe. A partir du moment où les gens rentrent dans un cabinet, voient un interne, N1, SASPAS, médecin,

assistant, etc, ils voient un docteur. *Idem*. Après c'est nous qui faisons la tambouille. Par contre, les assistants, effectivement, moi je fais beaucoup de dossiers de suivis au long cours, de bilans ALD (*affection longue durée*), de trucs comme ça. Je ne vais pas laisser faire ça à un assistant qui est là trois mois, si c'est faire le point sur un suivi de deux ans et définir des soins pour dans trois ans. S'il est là que pour trois mois, ben c'est tout quoi. Ca, c'est une petite restriction. Ca veut dire que les bilans, les trucs comme ça, ils ne vont pas trop les faire. Naturellement, les évaluations des troubles anxio-dépressifs, les trucs, les MMS (*Mini Mental State*)... Les MMS, si, parce que c'est à peu près aigu, mais c'est à peu près tout.

M - Concernant votre travail, quelle différence y a-t-il avec vos journées sans assistant? Est-ce que vous prenez le même nombre de patients là journée, est-ce que...?

MGI4 -... Ha ben non! Ben non! Ca change tout! Enfin, ça change tout, c'est à dire que ben, il y a des plages où on remplit, et du coup, avec l'assistant... vous voyez, là c'est sans assistant, et là c'est avec assistant (*me montre son planning*), donc *grosso modo* on dédouble. Donc ça c'est les secrétaires. Elles savent que tout seul, pour moi, c'est cinq à l'heure. Avec un interne ça monte à six ou sept à l'heure, et avec assistant c'est huit ou neuf à l'heure.

M - Donc au niveau, vous, de la quantité de travail?

MGI4 - Donc l'assistant c'est son travail. Et ce qu'il fait, je n'ai pas à le faire!

M - Quelles difficultés avez-vous rencontrées dans votre pratique médicale depuis la présence des assistants?

MGI4 - Les difficultés c'est l'émiettement. En fait, parce que si un patient prend rendez-vous ici, il peut me voir. Alors les patientèles ne sont pas fusionnées. On fusionne les outils mais pas les patientèles. Donc moi je suis là (*me fait un schéma*), j'ai un N1, deux N1, un "SASPAS", un assistant, deux assistants, un remplaçant. Bingo. Donc du coup, il peut voir en un mois sept personnes. (*rires*). Et dedans, les internes, ça dure six mois, le remplaçant c'est variable. Mais si on a des assistants qui durent trois mois, ça veut dire que sur une année, on multiplie là deux, là on multiplie quatre. Ca veut dire que - s'il n'y a pas de remplaçant - ça veut dire que la probabilité qu'il téléphone, qu'il voit sur un an jamais le même médecin. *Rock and roll* hein! (*rires*) Donc ça c'est une difficulté, l'émiettement, les trucs comme ça. Et après, le suivi des procédures thérapeutiques. Une patiente, par exemple, cardiovasculaire et que, pour moi j'ai dit "ben non on ne fait pas trop de bilans parce qu'elle a Alzheimer, elle n'a pas de souffle et tout ça, donc ses artères bouchées, on ne va pas plus loin". Mais l'assistant passe: "oh y'a pas de souffle". Toc, on l'envoie chez le « cardio » et elle se retrouve dans le tuyau. Donc ça c'est une difficulté de coordination. Ca oblige beaucoup plus à tracer un certain nombre d'informations, de processus thérapeutiques.

M - Quel impact y 'a t-il eu sur votre relation avec vos patients? Avez-vous eu des retours de leur part?

MGI4 - Ha ici l'angoisse des habitants du territoire c'est "est-ce que j'aurai un docteur un jour? Est-ce qu'il y aura encore un docteur?" Donc de voir venir des nouveaux docteurs, ça les rassure. Donc c'est plutôt un regard positif et bienveillant. Et après, ils font leur marché. "Oh [MA1], les beaux yeux de [MA1], je veux voir [MA1]!". "Oh puis elle était mignonne, elle" *et cetera, et cetera*. Donc il y a le retour un peu de... comme on voit avec les internes. Donc le mode assistant, en fait, souvent, c'est une prolongation du travail d'interne. Enfin, pour moi. Le premier qui est arrivé, qu'on a eu en assistant, il ne savait pas remplir les feuilles de soin. On lui a tout montré. Et après il s'est installé. Mais il est venu un an comme assistant, on lui a appris les feuilles d'arrêt de travail, un certain nombre de trucs. Donc en fait, c'était un complément de formation. Et du coup, au début, on avait fait des contrats en tuteur et tout, du coup c'était cinquante-cinquante. Et puis après, il a appris et après voilà. Donc on avait fait des montages un peu comme ça au début. Et là, celui qu'on vient d'avoir, qui vient d'arrêter, au début on lui a tout appris. Il a fait un N1, il avait fait des stages tabouret. C'est à dire il n'avait rien travaillé, il avait regardé. Mais du coup, il ne savait pas beaucoup de choses, hein, honnêtement... bah voilà, il a fallu lui apprendre les arrêts de travail, enfin un certain nombre de trucs, de procédures *et cetera et cetera*. Parce qu'il ne savait pas du tout les protocoles "ALD"... Enfin il ne savait pas. Donc on lui a appris tout ça, et de l'aisance *et cetera*. Et au début, il ne pouvait voir que dix personnes ou quinze personnes sur sa journée. Sa journée était pleine. Et là il vient de partir pour travailler chez un type qui voit cent personnes à la journée. C'est n'importe quoi! Enfin bon.

M - Comment vous sentez-vous après une journée de travail avec un assistant? Est-ce qu'il y a une différence avec vos journées sans assistant?

MGI4 - Ca dépend des assistants. Si c'est un assistant qui a un appétit et qui dit "je veux je veux je veux" et qui est volontaire, c'est super. Si c'en est un qui dit "oh ben non je ne fais pas de visite. Oh ben non pas de vieux. Oh ben non, je veux rentrer tôt et puis...ce soir je vais au cinéma donc à six heures vous bloquez tout" c'est chiant, quoi.

M - Comment le fait d'avoir eu un assistant a-t-il modifié votre mode de vie? Est ce que ça a eu un impact sur votre vie privée?

MGI4 - Ben.... ouais, c'est un peu plus confortable, mais c'est... C'est neutre. Il y a des avantages et il y a des inconvénients. C'est à dire que s'il y a un assistant, on va se dire "ben on prend des nouveaux patients" pour lui donner à manger. Mais du coup, on a un fil à la patte. Parce que s'il ne vient pas, on baigne dans l'eau parce que c'est nous qui avons la responsabilité. Donc ça a un avantage et un inconvénient. Globalement, c'est neutre. C'est à dire que, si l'assistantat ça permet à des gens de débiter en médecine générale, parfait. Si l'assistantat, ça permet à des gens de ne pas s'installer en médecine générale, c'est nul. Donc c'est... particulier.

M - Comment imaginez-vous votre pratique médicale après la durée du contrat écoulée?

MGI4 - Ben il faut en trouver un autre! (*rires*) Mais c'est ça. Dès qu'il y en a un qui arrête, qui va prendre sa place? Donc c'est un avantage quand ils sont là, mais en même temps, c'est un sacré fil à la patte. Parce qu'il y a des gens (*des patients*) qui ont signé un contrat

ici, et ben on ne peut pas leur dire "plus d'assistant, allez voir ailleurs". Donc la question c'est "vous signez quand?" Vous connaissez le chemin maintenant! (*rires*)

M - Vous n'avez rien d'autre à ajouter?

MGI4 - Non, non. Ca va.

ENTRETIEN 5

M – Est-ce que vous pouvez vous présenter? C'est à dire donner votre tranche d'âge, votre secteur d'activité , le mode d'exercice?

MGI5 - Donc [prénom et nom du médecin], cinquante-sept ans, exercice urbain, en maison de santé, installé depuis trente ans, trente-et-un ans exactement. Expérience d'un groupe pluri-professionnel depuis très longtemps puisque je me suis installé déjà à l'époque en association avec: deux médecins généralistes, et des paramédicaux, donc infirmier, kiné, dentiste à l'époque . Et ici, on vient de s'installer dans des nouveaux locaux qui sont donc une maison de santé, sur un quartier dit sous-doté, dans la banlieue de [nom de ville], un quartier surtout social, avec une mixité de population importante. Comme particularité, ce quartier a bénéficié de l'ANRU (*Agence Nationale pour la Rénovation Urbaine*) , l'aménagement du territoire, et donc est complètement remanié avec un dispositif d'éco-quartier, et également une zone qui va accueillir une population importante, puisqu'ils prévoient la création de quatre mille logements, ce qui fait une population de l'ordre de douze mille personnes, dans les quelques années qui viennent.

M - Avec combien de médecins adjoints avez-vous travaillé?

MGI5 - Actuellement avec un seul médecin adjoint, puisque c'est un dispositif qui est tout à fait récent, qui a été mis en place il n'y a pas très longtemps, et pour lequel on avait réfléchi en concertation avec la maison de [nom de ville], qui est une maison de santé également, et avec Timothée Wattinne, que je connais, qui a mis en place le contrat. On comptait beaucoup sur ce contrat, parce qu'on trouve que c'est quelque chose qui peut être une excellente réponse à la désertification médicale s'il y 'en a une.

M - C'est à dire? Dans quel sens "une excellente réponse"?

MGI5 - C'est à dire que c'est quelque chose qui permet à un jeune confrère d'exercer rapidement la médecine générale, qui permet de le faire dans des conditions qui sont des conditions de remplacement, donc sans toutes les contraintes, le carcan administratif qui les lient à l'installation. Je pense qu'il y 'a beaucoup de jeunes confrères qui ont du mal à s'installer, parce que malgré une politique qui va dans le sens de " on va faciliter l'installation des jeunes médecins, on va leur rendre la vie beaucoup plus simple pour une installation future en les épaulant avec des référents au niveau de la caisse, avec des référents au Conseil de l'Ordre, avec tout ce qu'on veut" , on s'aperçoit que c'est encore une espèce de parcours du combattant pour une installation . De passer d'interne à remplaçant, à remplaçant-assistant , c'est quelque chose de très facile. Passer au statut de collaborateur , ça devient déjà un peu plus compliqué. Et quand on passe au statut d'associé, où là y'a en plus des paramètres de l'ordre du patrimoine *et cetera* à mettre dans la balance, ça devient encore plus compliqué. Et je pense que le statut d'assistant, il permet surtout ça: cette flexibilité et cette facilité de mettre le pied à l'étrier dans la vie professionnelle, sans avoir ce carcan. Ce qui explique aussi, à mon avis, qu'une grande partie de médecins recherche du salariat, simplement pour s'affranchir de toutes ces questions de.. on va dire du "monde libéral", où il faut créer des sociétés, où il faut

s'inclure dans une société, où il faut avoir un numéro de Siret *et cetera, et cetera*. Tout ça c'est un peu complexe, alors il y en a qui le font, mais pas beaucoup, tout compte fait quand on regarde bien! Alors si on leur propose quelque chose qui va simplifier tout ça, je pense que, aussi bien pour le médecin assistant lui-même, que pour celui qui va se faire assister. Parce que par exemple, quand on parle du collaborateur, j'ai beaucoup de confrères qui disent " Oh là là, oui mais collaborateur, attends, c'est compliqué... Après tout c'est un médecin à part entière, il travaille sur notre patientèle.. Après il peut s'installer à côté et garder la patientèle, elle lui appartient, alors que... ". Voilà, voyez, il y a toutes ces notions de réticence. Alors moi je parle de moi, parce que j'ai un grand âge dans la profession (*rires*). Les jeunes médecins comme [MGI6] sont plutôt loin de ça, mais moi ce que j'entends de mes collègues, c'est un peu ça, quoi. Alors que si mes collègues avaient possibilité d'avoir un assistant, je pense que pour le départ à la retraite, ça serait beaucoup plus facile aussi. Mais, voilà, après, ça c'est un point de vue personnel. J'ai pas d'étude là-dessus! D'ailleurs, y'en n'a pas encore puisque c'est tout récent.

M - Je sais que vous n'avez pas effectué d'autre contrat d'assistant mais est-ce que vous avez fait d'autres contrats?

MGI5 - Ben, des contrats de remplacement réguliers. Ca, ça nous arrive. Puis soyons clairs. Si bien c'est anonyme tout ça, je crois? Ca sort pas d'ici comme on dit?...

M - Oui, oui!

MGI5 - ... Sauf si vous l'écrivez dans la thèse, mais on ne saura pas qui... Il faut arrêter de se voiler la face. L'assistantat existe depuis tout le temps. Déjà il y a trente ans, quand je me suis installé, j'assistais les autres. Bien sûr que le médecin remplacé devait cesser son activité. Mais, la plupart du temps, il y avait beaucoup de médecins remplacés qui ne cessaient pas leur activité. On arrête de dire "ouais...euh...bon..". Il y a plein d'endroits que je connais, où vous aviez déjà un assistantat! Alors, tout le monde ferme les yeux: le Conseil de l'Ordre, les confrères. Bon, on n'est plus en période de concurrence, comme on l'a été à un moment donné, donc il y a encore moins de chance pour que quelqu'un aille porter plainte, parce que ça lui porte préjudice. Mais, combien de remplaçants travaillent, alors que le médecin qui est remplacé, qui est censé ne pas travailler, travaille aussi? Et heureusement, parce que sinon ce serait encore pire au niveau désertification. Bon, ça c'est mon point de vue.

M - Etes-vous maître de stage?

MGI5 - Oui.

M - Ok. Alors, comment avez-vous connu le contrat de médecin adjoint?

MGI5 - Par le fait que je suis dans le conseil d'administration de la fédération française des maisons et des pôles de santé. Donc, on échange beaucoup au niveau de la fédération régionale. Et que je connais Timothée Wattinne, donc voilà. On participe à tout ça, avec [MGI6]. depuis longtemps. Alors moi je n'ai pas été un acteur important du système, mais j'ai suivi ça. Et dès que j'ai entendu que ça se mettait en place, j'ai été à

l'affut justement, de ça. Et en fait, on avait notre interne de... enfin mon dernier interne de N1, à qui on a proposé dès le début de son internat "il y 'a le statut qui est en train de se mettre en place, dès que c'est bon, dès que tu as fini ton internat, est-ce que tu veux être notre assistant?". Et puis voilà, ça s'est fait comme ça.

M - Ok. Donc, du coup, quelle est la raison qui vous a incité ce contrat?

MGI5 - C'est surtout le fait qu'on a besoin d'être plus nombreux quoi. On est en zone sous-dotée, et qu'on a besoin d'être plus nombreux. Alors, l'alternative, c'était quoi? ... Travailler, nous, plus. Mission impossible. Prendre un collaborateur, avec toutes les lourdeurs qu'il peut y avoir, ça va demander du temps. Trouver un associé. Ça ne se trouve pas comme ça. Et on n'a pas envie de s'engager avec quelqu'un qu'on ne connaît pas. Et lui, je pense qu'il n'aura pas envie non plus. Après je peux me tromper! Il peut venir et puis être séduit "oh ben tiens, des nouveaux locaux, une équipe sympa" et puis "je m'installe demain"... Euh... je crois que c'est plus compliqué que ça. Il ne faut pas rêver. La souplesse du système. Le fait qu'on connaît notre assistant avant de signer. Euh... quoi d'autre? Voilà, c'est déjà pas mal, quand même, hein, je crois? Et puis, surtout, le tremplin pour permettre justement, de trouver après un collaborateur. Moi, je pense - contrairement, peut-être, à [MGI6] - moi, je pense que c'est quelque chose qui se fait dans une progression dans le temps, visant à ce que les jeunes s'installent à un endroit ou à un autre. Je pense que l'idée d'interne, éventuellement remplaçant, pourquoi pas, remplaçant-assistant (*correspond au terme de médecin adjoint*), collaborateur, et associé (*fait un geste de progression dans le temps*), c'est quelque chose qui me plaît beaucoup. Après, on peut sauter des étapes, ou on peut rester sur une étape. Si bien, les choses sont simples. A partir du moment où on va avoir un assistant qui peut rester au maximum deux ans - puisque c'est la loi - avec des contrats qui sont renouvelés tous les trois mois, en plus notre assistant actuel ne travaille que trois jours par semaine - il serait là cinq jours, ce serait bien aussi... Pourquoi pas un deuxième assistant? Mais est-ce que ça va être possible ou pas? Voilà, donc c'est plutôt entrer dans une dynamique où on arrive à faire arriver les jeunes dans les structures après les médecins qui partent à la retraite, en succession de ces médecins là, en regroupement professionnel. Enfin, c'est ce qui est en train de se passer actuellement. Et c'est une étape qui est importante, je crois. Et cette étape là, elle n'était pas conceptualisée, si ce n'est dans des zones, et dans une espèce de précarité comme ça, où, par exemple il y avait un afflux de population. Parce qu'il ne faut pas croire que c'est un nouveau contrat, l'assistantat. Vous devez le savoir? Mais l'assistantat, c'est quelque chose qui existait déjà auparavant, qui a toujours existé. Quand je me suis installé, ça existait sous forme officielle, mais dans des situations très particulières, qui étaient soit les zones touristiques où il y avait un afflux de population, ou soit, des épidémies telles que... bon, il n'y en a pas eu beaucoup, mais, voilà. C'était possible déjà de le faire, mais dans des cas très particuliers.

M - Mais c'était possible qu'avec des médecins thésés.

MGI5 - Alors, la différence c'est qu'effectivement, il fallait être médecin thésé, alors que là, dans le cadre de l'assistantat - remplaçant-assistant - tel qu'il est proposé là, la thèse n'est pas... Mais, si bien, c'est un faux problème, parce que les gens qui vont être assistants, ils vont à un moment donné... Parce qu'il y a un délai maintenant, pour avoir la thèse. Il y a

une époque où on pouvait passer sa thèse très longtemps après avoir terminé ses études. Maintenant, il y a un délai qui va devenir de plus en plus court entre le moment où on va avoir terminé son troisième cycle et le moment où on va passer la thèse. Donc, ce qui fait que les gens potentiellement assistants, qui vont pouvoir le faire, ils vont le faire sur un temps très court aussi puisqu'après ils seront obligés de passer leur thèse, donc ils seront assistants, mais thésés. Bon, c'est un point de vue, ça peut se discuter. On va voir, c'est tout nouveau.

M - Quelle est l'organisation de votre cabinet? Quelle est la place du médecin adjoint dans cette organisation?

MG15 – Nous, on tourne sur une maison de santé pluri-professionnelle. On a quatre cabinets de médecins généralistes pour trois médecins titulaires. Donc on a un cabinet supplémentaire. Et l'assistant vient donc.... Alors, il est assistant bien sûr, d'un point de vue réglementaire, d'un médecin, une journée par semaine, à tour de rôle. C'est à dire que nous on choisit la formule: on ne prend pas un assistant pour un médecin qui va travailler trois jours pour lui, et puis après tourner éventuellement d'un médecin sur l'autre; on prend l'assistant qui va travailler un jour par semaine pour les trois médecins de façon alternative. Donc l'idée, c'est que l'assistant, c'est plus l'assistant de la patientèle de la maison de santé, et non pas l'assistant d'un médecin en particulier. C'est à dire qu'à partir du moment où l'assistant est là, il va prendre le tout venant. C'est à dire aussi bien des patients qui sont affichés médecin traitant chez un médecin... enfin, par exemple, s'il remplace le docteur [MG16] aujourd'hui, il va voir mes patients, mais il verra aussi les demandes de patients qui viennent chez [MG16] ou chez [D10]. Donc il y a un brassage de la patientèle autour de ça, et on s'aperçoit - comme dans toutes ces situations où le médecin est là régulièrement - qu'il y a des patients qui demandent directement l'assistant. Il se fait sa propre patientèle. Tous les nouveaux patients sont orientés vers lui. Toutes les demandes de soin non programmées qui ne peuvent pas être prises en charge par nous ou par l'interne, sont vues par l'assistant. S'il veut développer une activité qui est la sienne... Enfin, par exemple, [MA5] sait faire des infiltrations. Si j'ai une infiltration à faire faire, moi je n'en fais pas, je demande à [MA5] de le faire. Après, si c'était une femme qui nous assistait, je pense qu'elle ferait un peu plus de gynécologie, si elle a une compétence, si elle a envie de le faire. Il développe également son propre mode d'exercice. Il est libre de ses consultations. On ne lui impose pas des horaires de consultation qui sont les nôtres. Il est libre de ses jours de travail. On se met d'accord sur des jours de travail mais ça peut changer. Et d'ailleurs, il y a aussi, au niveau des jours de travail, une variation d'une semaine à l'autre. C'est à dire qu'on ne va pas fixer "ha ben c'est pour le docteur [MG15] le lundi, c'est pour...." Non, c'est en fonction du besoin du cabinet, de ses disponibilités à lui (*le médecin adjoint*) et aussi en fonction du flux de patients à un moment donné. Par exemple, on peut imaginer que, quand il y a beaucoup de travail, il pourrait venir quatre jours cette semaine là, et la semaine suivante, que deux jours. C'est fonction également de ses vacances, de ses disponibilités, parce qu'il a besoin de se reposer aussi. Et il a besoin de travailler sa thèse. Quand il nous demande d'avoir des plages de liberté ... Voilà, alors, ce qu'on s'est aperçu aussi, c'est pas parce qu'il y a l'assistant qu'on n'est pas obligé de prendre un remplaçant en plus. Donc on se retrouve dans une drôle de situation, qui est tout à fait novatrice, où par exemple, le médecin titulaire du cabinet est absent ce jour là, il a pris un remplaçant, wxtet l'assistant travaille

pour le médecin qui est parti en vacances, par exemple. Mais... voilà, c'est un nouveau système, on l'invente, on est en train de découvrir des choses et des particularités, mais, c'est chouette. C'est enrichissant. Puis, à mon avis, il faut qu'on trouve l'adaptation. Il faut que chaque lieu où il y a un assistant qui travaille, soit capable d'inventer ces pratiques-là, et soit capable de les faire à sa sauce. C'est à dire en fonction de ce dont il a besoin, en fonction de sa façon de concevoir le métier. Un peu comme il y a une diversité de médecins généralistes, il doit y avoir une diversité d'assistants aussi, qui vont venir dans certains lieux. Parce qu'il ne faudrait pas qu'on fige le dispositif à un mode de fonctionnement. Du style "oui bah ok l'assistant il ne peut remplacer qu'un seul médecin, et pendant qu'il remplace, il ne peut pas lui-même être remplacé". Voyez, il faut qu'on ait quelque chose qui soit malléable et adaptable à chaque particularité d'exercice. Sinon c'est quelque chose qui va faire un flop. Parce que si on commence à mettre un carcan autour de ça... D'ailleurs, moi je trouve qu'il y a déjà un carcan: c'est l'histoire des trois mois. Franchement, nous on ne les a pas vus passer. Il est arrivé, on doit déjà re-signer. C'est délirant qu'on doive repasser devant la commission du conseil de l'ordre pour avoir l'accord. Il suffit qu'il y ait un sbire au conseil de l'ordre qui dit "moi je ne suis pas d'accord" pour que tout le système s'écroule. Vous imaginez la responsabilité? Moi, je suis en train de me dire, sur trois mois d'exercice de [MA5], si demain, il n'y a plus [MA5], c'est tout, ici on ne travaille plus, quoi. On ne travaille plus! Ou alors on va prendre un remplaçant qu'on va trouver comment? Et puis les gens se sont déjà habitués à lui, quoi. C'est très compliqué, ça.

Moi je pense qu'il faut qu'on donne quand même une euh... je ne dirais pas une garantie, parce que le gars qui s'engage pour trois mois, lui, de son côté, il n'a peut-être pas envie pour plus longtemps. Mais, il faut qu'on essaie de - comme tout, dans notre métier de médecin généraliste - d'avoir une certaine stabilité dans le temps. On ne peut pas se permettre de prendre un assistant trois mois, on en reprend un autre trois mois après... A mon avis ça va être compliqué, ça. Alors, je ne dirai peut-être pas la même chose en été. Je ne sais pas. On découvre.

M - Concernant la quantité et la qualité de votre travail, quelles différences peut-il y avoir entre vos journées avec et celles sans médecin adjoint?

MGI5 - Avant... Enfin, pour moi ce n'était pas la pression parce que j'ai mis un carcan terrible autour de l'organisation de mon activité, donc d'un point de vue personnel, ça ne change pas, parce que ces gens que [MA5] voit, ben... je les aurais vu... (*hausse les épaules*) quand j'aurais eu le temps. Ils seraient allés à l'hôpital. Ils seraient allés à la maison médicale de garde. Ils auraient vu un de mes associés. Ils seraient allés voir un autre médecin en ville. Ou ils auraient vu un interne. J'aurais fait travailler un peu plus l'interne, peut-être. Je ne suis même pas sûr, parce que l'interne a déjà pas mal de boulot. En tous cas, pour moi, c'est un confort, dans le sens où je sais que mes patients trouvent une réponse à leur demande. Enfin non, je sais que les patients de la maison de santé trouvent une réponse à leur demande.

M - Quelles difficultés avez-vous rencontrées dans votre pratique médicale depuis la présence des médecins adjoints? C'est à dire, les difficultés d'ordre administratif, d'organisation, de coordination...

MG15 - Alors, la difficulté majeure... ça c'en est une, qui est quand même, euh... Voilà, là aussi on est en pleine réflexion. Premièrement, c'est compliqué de faire de la ... Alors lui, il n'est là que trois jours par semaine. C'est compliqué de faire de la médecine générale à temps partiel. Surtout à temps discontinu. Ca c'est une première difficulté. [MA5] voit un patient le lundi. Il va lui prescrire un examen . Le patient ne sera pas forcément revu par [MA5], parce qu'il viendra avec des résultats d'examen un peu urgent , un jeudi, où [MA5] n'est pas là. Ca c'est une des premières difficultés. Donc , ça veut dire que [MA5] doit s'inscrire dans un temps de médecine générale en discontinu. Ce n'est pas simple. C'est gérable parce qu'on a des dossiers partagés. On a de la chance. On est en maison de santé. J'imagine que , pour quelqu'un qui serait installé tout seul, ou même à deux médecins , avec des systèmes d'information qui sont différents, de logiciels différents, par exemple. Ou un qui est informatisé , l'autre qui l'est beaucoup moins. Enfin, ce serait un peu plus compliqué. Donc ça, c'est une première difficulté. L'autre difficulté, elle réside dans le fait que [MA5], il n'a pas ses ordonnances. Il a des ordonnances au nom des uns et des autres en fonction des remplacements qu'il fait. Donc il prescrit un bilan biologique à un patient X, sur l'ordonnance du docteur Machin, et ensuite il y a les résultats qui apparaissent sur le bureau du docteur Machin. Et le docteur Machin ne sait pas pourquoi ça a été prescrit, il est obligé de rentrer dans le dossier *et cetera*. Donc il dit "oh bah tiens, ça ce sera pour [MA5]". Il redonne à la secrétaire en disant à la secrétaire "Ce n'est pas moi qui l'ai prescrit, c'est pour un patient que je ne connais pas" . Il y a tout un système comme ça, d'organisation. Pareil, pour les courriers. [MA5] est obligé de lire les courriers, pratiquement des trois praticiens, s'il veut se tenir un peu au courant de ce qui se passe. Ca lui demande un boulot qui est assez considérable. Puis après, il y a eu tout le travail, au niveau du système d'information, des cartes vitales, *et cetera*, avec une difficulté au départ, qui a été qu'il ne pouvait pas faire de feuille de soins électronique. Là, on vient de lever la difficulté. Mais c'est compliqué, parce que ça oblige donc, par exemple, [MA5] à faire des feuilles de soin papier. Ca oblige, nous, à les renvoyer. Avec le délai de paiement des feuilles de soin papier, c'est compliqué, d'un point de vue "gestion du cabinet". Parce qu'il faut payer ses honoraires, puisque c'est un système de rétrocession d'honoraires . Avec un décalage par rapport à l'arrivée de l'argent sur le compte ... Donc en fait, on a trouvé une solution en disant "on va se mettre d'accord pour que tout soit centralisé au niveau de la fin de mois, et on fera le chèque au remplaçant, à l'assistant donc, à la fin du mois". Ce qui est un peu compliqué. Voilà, il y a des choses de cet ordre là, de l'ordre de la gestion, de l'ordre de l'organisation du cabinet, qui n'est pas facile . En plus, nous, on est sur un système de partage de bureau, et donc il a fallu créer un logiciel spécifique , qui permette d'indiquer , de flécher un bureau, par rapport à une activité , par rapport à celui qui va se trouver dans le bureau. Ca nous a demandé un investissement important au niveau financier pour avoir un logiciel , puisque c'est un logiciel qui n'existe pas. Il existait uniquement pour les orthodontistes. Ils avaient un logiciel-métier qui tournait autour de ça. Et nous on l'avait pas. Donc on a demandé à ce que Doctolib, qui est notre logiciel de prise de rendez-vous, soit compatible avec un... bon on a eu du mal parce qu'il y a eu une histoire de protection des données, une histoire de protection intellectuelle de logiciel *et cetera*. Il a fallu que [D6] travaille beaucoup beaucoup, sur tout ça , pour arriver à... voilà. Mais là, on a un outil qui a l'air de fonctionner. On en est au tout début. Donc j'imagine des maisons de santé qui s'organisent, ou qui vont s'organiser dans les mois, dans les années qui viennent, s'ils veulent travailler sur ce mode de travail, ça va être aussi compliqué. Après , il y a des maisons de santé qui travaillent avec un médecin dans un bureau , qui

est toujours le même. Donc voilà. Nous on a choisi ce type de fonctionnement, parce que justement on ne veut pas que les bureaux soient strictement affiliés à un médecin particulier. Parce qu'actuellement, l'immobilier est tellement cher, surtout avec les normes d'accessibilité *et cetera*, surtout comme ici, avec des normes d'éco-quartier, qu'il faut rentabiliser au maximum les structures. Et il ne faut pas qu'il y ait des structures qui soient vides. Il faut remplir les bureaux au maximum. Et donc il faut imaginer un système de travail - et l'assistant en fait partie - autour d'un mode de fonctionnement, qui soit le plus efficient possible à tous les niveaux.

M - Ok. Quel impact y'a t-il eu sur votre relation avec vos patients? Avez-vous eu des retours de leur part?

MGI5 - Alors, [MA5] était venu en N1. Il est venu en N2. Donc les patients le connaissent. Il nous a remplacé. Il est accueilli à bras ouverts de la part des patients . Parce que les patients le connaissent, ont appris à lui faire confiance. Voilà, ça se passe très bien. La question que je me pose, c'est "après [MA5], comment sera accueilli le prochain assistant? ". Je pense qu'on a intérêt à ce que ce soit des gens qui ont déjà travaillé dans le cabinet, que les gens connaissent un peu. Voilà, je parlais de cette espèce de progression, de filiation, de passage et d'arrivée dans des structures qui se fait progressivement . Je... - alors, ça c'est le médecin de trente ans d'expérience qui vous parle - j'ai l'impression que le paradigme a changé. De plus en plus, ce qui est recherché par les gens, c'est une réponse à leur demande de soin. Et non plus, un médecin qui soit disponible H vingt-quatre. Alors nous on y travaille depuis dix ans. On avait déjà transformé notre mode d'exercice ces cinq dernières années. Ca fait dix ans qu'on est repérés en maison de santé. Ca fait cinq ans qu'on est vraiment sur un mode d'exercice pluri-professionnel. Et les gens ne sont pas surpris par un médecin. Mais ça peut aussi être reçu par un infirmier, dans le cadre d'une demande de soin non programmé, où c'est l'infirmier qui va le recevoir en premier. Ils se sont habitués à nos internes. Alors, on a eu aussi donc, parallèlement à ça, un changement complet de... enfin, complet, un changement important de la patientèle. Il y a des gens qui n'ont pas accepté le système. Alors, on ne les voit plus, sans doute. Mais ça me fait penser exactement à la même histoire que les visites, en 2002 , quand on a décidé que les médecins généralistes n'étaient plus taillables et corvéables à merci pour des visites. Et qu'on a dit, enfin que certains médecins ont dit stop, c'est fini , je ne me déplace plus , je ne me déplace que pour une raison médicale. Je me souviens à l'époque que j'étais le premier dans le cabinet. Ca a été la révolution. Il a fallu que je fasse accepter à mes collègues qui me disaient "Mais tu ne fais plus rien de tes journées. Qu'est-ce que tu fais? Tu ne veux même plus te déplacer pour voir les gens. Qu'est-ce que tu es devenu?" Bon, ça a duré pendant cinq ans. Il y a eu de la bagarre. J'ai eu une fuite de la moitié... bon peut-être pas la moitié, allez, un tiers de la patientèle, qui a préféré aller voir d'autres qui se déplaçaient. Et puis voilà, quoi. Ca a été remplacé par des gens qui acceptaient de venir en consultation. Et puis voilà. Et bien là, c'est exactement le même système, ceux qui tiennent absolument à voir LE médecin à huit heures le soir, dernier rendez-vous, et que ce soit leur médecin à eux et à personne d'autre, ben, ils se débrouillent. Et si le médecin à fini à six heures, et que de six à huit c'est un autre, ben...soit ils prennent, soit ils vont ailleurs. Et ça, je pense qu'on peut le faire parce qu'on n'est plus en situation de concurrence, et que, en plus, je pense que les mentalités des patients ont changé. Donc, par rapport à

l'assistant, on est exactement sur cette dynamique là. C'est à dire que la perception qu'on a, c'est que les gens cherchent une réponse à une demande de soin à un moment donné. Alors, bien sûr, par préférence, ils vont avoir des affinités avec leur médecin, avec des médecins qu'ils connaissent bien. Mais, l'important, pour eux, c'est de trouver une réponse.

M - Quel impact y a-t-il eu sur la qualité de soins de vos patients? Avez-vous modifié votre façon de les prendre en charge?

MGI5 - L'impact sur la qualité des soins... Je pense que c'est surtout un accès aux soins qui est plus facile. Sur la qualité, c'est surtout l'ensemble des médecins qui est moins stressé. Enfin, on a moins de pression. Un accueil qui va être beaucoup plus fluide, et qui va se faire avec une certaine aisance, alors qu'avant c'était toujours dans la contrainte, dans le fait que "oh ben non j'ai pas de place", dans le refus. Donc forcément, ça fritait quoi. Là, je vois que ça frite beaucoup moins, parce qu'on a de l'espace pour accueillir les gens. Sur la qualité même du soin... Alors il y a le partage avec l'assistant qui est important. Enfin, on le vit avec nos internes. On le vit avec nos remplaçants habituels. C'est à dire qu'on a une possibilité d'échange. On le vit avec nos associés hein. Qu'on a depuis très longtemps. Et d'ailleurs, on le vit avec les paramédicaux. Parce qu'ils nous apportent beaucoup aussi, sur le regard qu'ils ont sur le patient, et sur notre propre pratique. Donc ça ne peut être que du positif. Sur du négatif, par rapport à ça, euh... Je vous dis, c'est surtout l'organisation et les partages d'information qui sont quelques fois un petit peu compliqué. Parce que l'assistant ... J'en reparlais avec lui il n'y a pas longtemps, ça n'est pas un interne, on n'a pas de débriefe, on perd de vue des patients qu'on va revoir après et qui ont été pris en charge par l'assistant. Et, on n'a pas forcément eu le débriefe qu'on pouvait avoir avant. Alors ce qu'on gagne parfois en temps, en ayant l'assistant, on peut le reperdre aussi. Mais c'est pareil, c'est le même travail qu'on fait avec nos internes, dans le sens où, cette difficulté à faire de la médecine de premier recours, ou de soins primaire, qui dure dans le temps, avec un suivi du patient... A chaque fois qu'on revoit le patient, on sait ce qu'il s'est passé avant. C'est relativement rapide et relativement aisé. Ce que je dis souvent c'est que, depuis que [MA5] est là, mais aussi avec les internes, mais avec les internes on a le débriefe, mais le remplaçant et surtout l'assistant, j'ai l'impression de vivre des situations que je vivais avant quand j'étais en vacances prolongées. Vous savez? On part un mois en vacances, on revient. Le remplaçant a vu nos patients pendant ce mois, et puis on est très content parce qu'on a vu un remplacement et "haaa, on s'est ressourcé". Et les 15 premiers jours, on est explosé. Parce que nos consultations durent deux fois plus longtemps qu'avant de partir en vacances, parce qu'il faut reprendre l'histoire du patient. "Bah ouais vous l'avez vu. Vous l'avez vu pour quoi? Il a fait quoi? Ca s'est passé comment? Ah, vous êtes allés voir le spécialiste?", la montagne de courrier qui nous attend. Bah c'est exactement ça. Et la on le vit très régulièrement, parce que par exemple, l'assistant a vu quatre fois un patient pour un problème particulier. Et puis, la cinquième fois, c'est nous qui le revoyons, et le patient va nous raconter son histoire: "ouais vous savez je l'ai vu, et puis il m'a fait ça, il m'a fait ça..." voila. Et cette consultation qui devait être une consultation de vingt minutes sur l'espace de temps que je consacre à une consultation, c'est une consultation de trois quarts d'heure. Et les quinze premières minutes, ça a été de me raconter ce qui s'est passé avec l'assistant. Alors, est-ce que ça, ça nuit à la qualité de soin? Je ne pense pas.

Mais en tous cas, ça nuit à la fluidité de notre travail (*rires*) . Je ne parlerai pas de rapidité, mais je parlerai de fluidité, plutôt.

M - Concernant votre qualité de vie privée, comment vous sentez-vous après une journée de travail avec un médecin adjoint? Est-ce qu'il y a une différence avec les journées où vous travaillez seul?

MGI5 - Bien sûr. On finit plus tôt, on est moins fatigué, on est moins stressé. On a un confort de vie.. Voilà, on ne travaille plus de la même façon. Et on n'a pas... Bon, ça va être méchant, ce que je dis, par rapport aux internes, mais on n'a pas la "corvée" d'aller faire le débriefe avec l'assistant le soir. Parce que l'interne, il nous délivre d'une certaine partie de notre travail dans la journée. Mais le soir, quand on a le débriefe, on rentre souvent tard, et on consacre beaucoup de temps et d'énergie pour faire de la pédagogie etc, ce qu'on n'a pas avec l'assistant. Donc, c'est confortable.

M - Quel impact y'a t-il eu sur votre vie privée? Comment le fait d'avoir un médecin adjoint a-t-il modifié votre mode de vie?

MGI5 - Alors là, c'est trop court pour en parler. Pour l'instant , ça n'a pas été source de stress, parce que je connais, parce qu'il y avait un système qui a été bien pensé, parce qu'on est plusieurs à le penser, parce qu'on est dans une structure pluri-professionnelle. Etant d'un naturel plutôt anxieux, je me dis, les problèmes vont arriver. Et les problèmes qui peuvent arriver, c'est... pas renouveler en temps et en heure le fameux contrat. C'est... pas avoir intégré suffisamment l'afflux de patient qui va se re-faire. Parce qu'il ne faut pas croire, il y a une aspiration qui se fait sur les trois premiers mois, parce que l'assistant est là. Mais déjà, l'assistant est débordé. Donc je n'anticipe pas trop , mais je me dis, bon, est-ce que trois jours suffisent? Est-ce qu'il ne faudra pas un deuxième assistant? ... Troisièmement, je me dis "qu'est-ce qu'on va faire après que [MA5] soit parti?" . Donc j'ai des préoccupations d'ordre personnel, qui viennent autour de ça, qui sont liées à l'exercice professionnel, mais qui m'impactent complètement sur l'organisation de mon travail. Parce que, par exemple, je me dis "ben ouais, mais s'il n'y a personne après [MA5], à la fin de son année, quand lui décidera de faire autre chose? Est-ce que je m'engage pour des vacances?..." Voilà. Donc ça, ce sont des questionnements de fonctionnement de cabinet. A coté de ça, j'ai une qualité de vie personnelle qui est beaucoup mieux depuis...Mais c'est pas que depuis l'assistant, c'est depuis les internes, c'est depuis la structuration en maison de santé.

M - Comment imaginez-vous votre pratique médicale après la durée du contrat écoulée? Quelles perspectives sont apparues?

MGI5 - Ben, la perspective, c'est d'avoir un collaborateur, ensuite, d'avoir un associé, et puis d'avoir un successeur. Parce que je suis à une petite dizaine d'années de la retraite, et je me dis qu'il faut déjà que j'y réfléchisse... Enfin, entre cinq et dix ans on va dire, parce que... Pour des raisons personnelles de santé, je serai peut-être amené à interrompre mon activité un peu avant. Donc je me dis, je suis déjà en train de préparer, d'anticiper mon départ. Alors que je viens d'arriver dans la structure. Parce que c'est le but. Le but, il est là. C'est que je puisse transmettre, comme j'ai transmis une certaine partie de mes

compétences à des internes, c'est de transmettre mon activité professionnelle à quelqu'un dans de très bonnes conditions.

M - Ok. Comment pérenniser ce modèle selon vous?

MGI5 - Alors, pour le pérenniser, il faut qu'il reste souple. Donc il faut l'assouplir encore. L'histoire de trois mois de renouvellement...Enfin bon, des choses comme ça. Il faut vraiment, vraiment, le faire à la carte des besoins des professionnels. Il faut l'ouvrir ailleurs que dans les zones sous-dotées. Il faut que n'importe quel médecin puisse prendre un assistant, comme il prend un remplaçant. A condition que l'accueil de l'assistance soit pensé, organisé, et dans un projet professionnel. Enfin, je veux dire, il ne faut pas se servir de l'assistant comme quelqu'un qui va faire le boulot à sa place. Il faut absolument que...alors je ne sais pas comment on peut le mettre en place mais, les conditions d'accueil de l'assistant, les conditions de...enfin la projection dans l'avenir d'une structure, d'un cabinet médical, elle soit pensée autour de l'assistant. Alors, l'assistant, ce n'est pas toujours forcément le même, mais celui qui acceptera à un moment donné de rester là, ben voilà, c'est bien. Mais ça ne doit pas être simplement, le fait que "il y a quelqu'un qui travaille pour moi et puis voilà. Bon moi, je travaille plus, puis c'est quelqu'un d'autre qui bosse à ma place". Et puis il faut développer tous les outils qui peuvent faciliter la mise en route. Exemple, là, nous, sur notre logiciel, on a dû leur développer des choses avec l'informaticien, sur l'histoire des cartes vitales aussi. Enfin on a demandé à ce que l'informaticien identifie les ordonnances à son nom parce que c'est important pour les pharmaciens. Mais il n'y a pas de numéro RPPS qui est enregistré au niveau de la sécu. Pour l'instant il travaille sur les numéros ADELI des médecins qu'il remplace.

M - Il n'a pas de carte?

MGI5 - Alors il a une carte, mais sa carte euh... La carte donne un numéro, mais qui est un numéro pour l'enregistrement des feuilles de soins. Pas pour l'enregistrement par exemple des médicaments. Il fait l'ordonnance au nom de [MA5]. Il n'y a pas de numéro RPPS. Il y a son numéro à lui RPPS, mais il n'est pas enregistré à la SECU comme étant un médecin actif, qui travaille. Il est enregistré comme un remplaçant. Donc forcément, c'est le numéro d'ADELI du médecin remplacé qui compte. Donc le pharmacien c'est "Allo, il travaille pour qui aujourd'hui? Allo, j'ai une prescription..." L'infirmier c'est pareil. Il y a une prescription d'injection qui est fait au nom du docteur [MA5]. Il met quoi comme numéro? S'il met le numéro RPPS de [MA5], la sécu va dire que c'est un praticien qui n'existe pas. Puisque lui, il ne travaille que à travers euh... donc vous voyez, il y a toute une réflexion à avoir autour de ça. Actuellement, quand [MA5] travaille, il travaille sur le numéro de [D10] par exemple, ben ça il faut qu'on arrive à l'identifier.

M - Que pensez-vous globalement de l'existence de ce type de contrat?

MGI5 - C'est ce qu'il manquait. C'est ce qu'il manquait. Mais qu'est-ce qu'on va en faire? Qu'est ce que ça va devenir? Parce que je pense que... Si le conseil de l'ordre actuellement, est toujours aussi frileux pour accéder à des demandes d'assistants... Mais, il y a quelque chose de tout simple, quoi. Actuellement je crois que dans le Nord Pas de Calais, il doit y avoir une dizaine d'assistants qui sont en place. Imaginons qu'on ouvre les

vannes. Imaginons que c'est cent assistants qui rentrent. Parce qu'à mon avis il y a de la place pour cent assistants, peut-être. Vous imaginez une session du conseil de l'ordre des médecins. Alors, hop, ça se passe, les mecs ils vont arriver, ils vont avoir les dossiers sur la table. Allez, étude du dossier de monsieur Truc qui demande un assistantat pour le Docteur Machin et le Docteur Bazar. Si, pendant une session il y a cent dossiers à traiter, ils vont devoir ouvrir tous les trois mois, des sessions, rien que pour traiter les dossiers des assistants. On va rigoler. C'est un exemple, hein. Mais je veux dire, ça se passe à tous les niveaux. La caisse, on leur a appris. On leur a dit, ben voilà, qu'est-ce que c'est qu'un assistant. La fille qui est venue, qui pilote la maison de santé au niveau de la caisse, elle tombait des nues quoi. "Non, non, vous allez prendre un collaborateur? Bon, ben c'est facile". "Non, madame, ce n'est pas un collaborateur, c'est un assistant." "Ben c'est quoi la différence?". "Ben, c'est comme les assistants des kinés... Donc il va travailler sur nos feuilles." "Ha bon... Mais, attendez. Ca va être qui le médecin traitant alors? ". "Ben le médecin traitant ça va être ...". Vous voyez, il y a des hiatus, là aussi. L'assistant en tant que médecin traitant. Ce n'est pas concevable. En même temps, la rémunération ROSP, elle va tomber dans l'escarcelle du médecin qui est médecin traitant. Pourtant c'est peut-être lui qui aura vu le patient pendant un an, et qui normalement mériterait d'avoir une partie de la ROSP. Et l'assistant, est-ce qu'il va respecter les critères de la ROSP quand il va travailler?... Vous voyez, il y a toute une réflexion qu'il faut avoir autour de ça, qui est... C'est le début! Mais c'est passionnant.

ENTRETIEN 6

M - Est-ce que vous pouvez vous présenter? Me donner le sexe, tranche d'âge, secteur d'activité, mode d'exercice?

MGI6 - D'accord. Donc j'ai trente-huit ans, je suis un homme. Je suis installé depuis le 1er janvier 2012. Donc je travaille dans une maison de santé pluri-professionnelle. On est à trois médecins plus l'assistant. On est maîtres de stage. Donc on a des internes. On est une équipe avec des médecins, trois infirmiers, trois kinés, et un podologue.

M - Très bien. Alors, avec combien de médecins adjoints avez-vous travaillé?

MGI6 - Un seul.

M - Un seul, d'accord.

MGI6 - Oui, c'est le premier.

M - Donc la date du premier contrat?

MGI6 - Premier novembre (2017) .

M- Ok. Là, c'est le tout premier contrat que vous avez effectué, d'accord. Et le contrat, vous le faites en même temps que le docteur [MGI5]?

MGI6 - Oui, ce sont les secrétaires qui s'en occupent tous les trois mois. Et là, elles doivent s'en occuper pour le renouveler.

M - Comment avez-vous connu le contrat de médecin adjoint?

MGI6 - On l'a connu par euh.... Par Timothée Wattinne...

M - Oui, Remplanor.

MGI6 - Remplanor... Mais qui était quoi avant? Oui c'était Remplanor. Oui c'est ça. Maintenant c'est Remplafrance, c'est ça. Oui, on l'a connu par ce biais là. Du coup, on s'y est intéressé et ça correspondait parfaitement à ce qu'on voulait faire.

M - C'est à dire?

MGI6 - Ben nous, on était intéressé pour avoir un quatrième médecin, qui puisse être là en même temps que nous. Du coup, ça collait parfaitement dans le rôle de l'assistant. Et nous, ce qui était important, c'est que l'assistant prenne en charge tous les nouveaux patients que nous on ne pouvait pas accueillir. Et vu qu'on ouvrait une nouvelle structure, on avait envie d'accueillir les gens du quartier, les nouvelles personnes du quartier, et l'assistant a ce rôle là. Donc il accueille tous les nouveaux patients et il accueille nos patients qui ne peuvent pas avoir de rendez-vous rapidement.

M - D'accord. Et pourquoi un assistant plutôt qu'un collaborateur ou...?

MGI6 - Hum... Si! pour une bonne raison. C'est que l'assistant, il est là pour nous trois, nous trois médecins. Et que le collaborateur, c'est le collaborateur d'un médecin. Voilà, c'est la raison.

M - Quelle est l'organisation de votre cabinet et quelle est la place du médecin adjoint dans cette organisation?

MGI6 - Alors, on consulte uniquement sur rendez-vous. Voilà, après, quand il y a des prises en charge urgentes, les secrétaires font tout en sorte pour avoir des rendez-vous rapidement. L'assistant est là pour l'instant trois jours par semaine. Et parfois plus, quand on part en vacances, ou quand on prend des jours de congés. Voilà. Et donc, on fonctionne par Doctolib, la prise de rendez-vous en ligne. Et l'assistant aussi, on lui a créé un compte pour que les gens puissent prendre rendez-vous avec lui en ligne, sur internet, directement.

M - Comment est répartie la patientèle entre vous?

MGI6 - On prend les nouveaux patients par le biais de l'assistant. Mais alors, là il est en train de nous dire qu'il y en a beaucoup. Beaucoup de nouveaux patients. Et il voulait qu'on fasse une réunion pour savoir ce qu'on allait faire. L'idée, notre idée, c'est à terme d'avoir un deuxième assistant, pour pouvoir accueillir encore plus de nouveaux patients. A terme, le rôle de l'assistant... Enfin, nous on voudrait que l'assistant s'installe dans notre cabinet.

M - Très bien. Concernant la quantité et la qualité de votre travail, quelles différences peut il y avoir avec vos journées avec et celles sans médecin adjoint?

MGI6 - Ben c'est vachement plus agréable avec l'assistant. Parce que du coup, il fait un peu tampon pour les urgences. Et il a tendance à prendre les demandes rapides. Et du coup, pour nous, c'est vachement plus agréable.

M - Et concrètement? Enfin, quand vous dites "c'est plus agréable"?

MGI6 - Concrètement, les journées sont euh... Enfin ce n'est pas qu'elles sont moins chargées, mais... il y a moins d'urgences à gérer. Enfin, c'est plus réparti, quoi. C'est plus réparti. C'est super pour nous. C'est hyper positif.

M - Quelles difficultés avez-vous rencontrées dans votre pratique médicale depuis la présence des médecins adjoints? Je précise: des difficultés d'ordre administratif, d'organisation.

MGI6 - On a eu des problèmes qui viennent de s'améliorer, là, pour le logiciel informatique. Pour lui créer un compte sur le logiciel informatique. Un compte remplaçant-assistant. Ca a été la galère, on a mis du temps. Là, c'est en train de se régler, et il peut

enfin faire des factures électroniques. Ce qu'il ne pouvait pas faire les trois premiers mois. Du coup, on avait toutes les feuilles de soin papiers à envoyer, et compagnie. Voilà.

M - Est-ce qu'il y a des difficultés au niveau de la coordination des médecins, ou avec le secrétariat?

MGI6 - Alors, il y a un peu de difficultés, parce que, par rapport aux biologie. Parce que du coup, il n'a pas de compte Apicrypt. Donc, quand il demande des biologies, des radios, c'est envoyé sur le compte du médecin qu'il remplace. Et donc on se retrouve avec des bios, des radios, de gens qu'on ne connaît pas. C'est un peu..on regarde si tout est normal, on ne lui dit rien. Après s'il y a quelque chose d'anormal, qu'on ne connaît pas le patient, on demande si c'est lui. Et après, il y a toujours un doute que ce soit un de nos internes qui ait pu voir de nouveaux patients qu'on ne connaissait pas. Il y a un petit flou par rapport à ça. Ce serait bien que le médecin assistant puisse avoir un compte Apicrypt à lui, un numéro RPPS à lui, parce que là, il est obligé de mettre notre numéro RPPS sur les ordonnances. Enfin, c'est un peu... ça reste un peu laborieux quand même, au niveau administratif. Dans la structure même, ça va, mais quand on demande aux laboratoires, aux spécialistes... la coordination est moins simple, je trouve.

M - Quel impact y'a t-il eu sur votre relation avec vos patients? Avez-vous eu des retours de leur part?

MGI6 - [MA5], qui est notre assistant, a été interne N1 chez nous. Il a été interne N2 chez nous. Et il a enchaîné après son SASPAS, comme assistant. Donc, du coup, il est connu des patients. Il est carrément connu des patients. Donc on n'a pas de problème. Les gens sont plutôt contents, je pense, qu'on puisse leur proposer des rendez-vous plus vite, avec [MA5], qui en plus est super top. Donc pas de soucis. Après, il y a toujours peut-être des récalcitrants, mais pas de soucis.

(interruption dans l'enregistrement, car une personne est entrée dans le bureau.)

M - Quel impact y'a t-il eu sur la qualité des soins de vos patients? Avez-vous modifié votre façon de les prendre en charge?

MGI6 - L'impact est positif, car il y a une prise en charge plus rapide. Après, il y a une prise en charge pluri-professionnelle. C'est à dire qu'il donne un avis supplémentaire, un avis nouveau sur le patient, que nous on n'avait pas forcément. Du coup, ça enrichit la qualité du soin.

M - Et avez-vous modifié votre façon de les prendre en charge?

MGI6 - Non, non.

M - Comment vous sentez-vous après une journée de travail avec un médecin adjoint? Ressentez-vous une différence avec les journées où vous travaillez seul?

MGI6 - Comme je disais avant, c'est plus agréable, plus reposant. Moins d'urgences à

gérer. Meilleure qualité.

M - Mais concernant la qualité de vie privée?

MGI6 - Mouais, Mouais... Si, ben oui, forcément, oui. Si on est mieux au boulot, on est mieux dans sa vie privée.

M - Quel impact y a-t-il eu sur votre privée? Comment le fait d'avoir un médecin adjoint a t'il modifié votre mode de vie?

MGI6 - Pfff... C'est difficile à répondre. Mais à priori, enfin, c'est que c'est positif, oui. Après, le but, c'est d'avoir un deuxième médecin assistant, pour justement avoir un impact supplémentaire. *(rires)*

M - Concernant l'avenir, comment imaginez-vous votre pratique médicale après la durée de ce contrat écoulée? Quelles perspectives sont apparues?

MGI6 - Ben , pour moi, c'est quelque chose qui doit devenir pérenne dans la maison de santé. Il faudrait toujours qu'on ait un assistant, ou deux assistants, pour nous aider. Enfin là, on est dans un quartier où il y a beaucoup de patients, où il y a peu de médecins, et on a besoin d'aide.

M - Comment pérenniser ce modèle, selon vous?

MGI6 - Ben justement, les histoires, les trucs administratifs. En simplifiant les démarches auprès des logiciens, auprès de la Sécu, auprès des laboratoires, auprès des spécialistes.

M - Globalement, que pensez-vous de l'existence de ce type de contrat?

MGI6 - Ben c'est très positif. Après, je pense qu'il faudrait que ce soit des périodes plus longues. trois mois, c'est court. Alors , peut-être des périodes plus longues, mais pas non plus indéterminées. Enfin, il ne faudrait pas qu'on ait un assistant pendant cinq ans,quoi. Mais je pense qu'on pourrait très bien se calquer sur les hôpitaux, qui ont des assistants, des chefs de clinique, pendant deux ans. Enfin, ça me paraît être une durée honnête. Oui, honnête.

M- Ok, et avez-vous quelque chose à ajouter?

MGI6 - Là, comme ça, non.

ENTRETIEN 7

M - 1ère question, d'abord. Est-ce que vous pouvez vous présenter? Donc me donner le sexe, tranche d'âge, secteur d'activité, mode d'exercice?

MG17 - Alors, je suis le Docteur [prénom et nom du médecin]. Je suis du genre féminin. J'exerce depuis trente ans. Je me suis installée en 1991 dans le [territoire d'exercice]. J'ai changé d'exercice, d'un exercice isolé à un exercice en groupe en 2011 dans ce cabinet-ci. Avec, donc euh... Je suis maître de stage depuis 1998. Et j'ai repris une activité en unité pédagogique locale avec trois internes en 2011.

M - D'accord. Alors, avec combien de médecins adjoints avez-vous travaillé?

MG17 - Alors, deux. Deux internes "SASPAS" à la suite de l'un et de l'autre. Parce qu'en fait, ça correspondait à un problème local d'une collaboratrice qui s'était installée avec nous, et qui est partie de façon inopinée . C'est à dire avec juste le mois de préavis prévu. Avec un médecin qui était en futur départ en retraite, retraité actif. Donc on se retrouvait avec une patientèle sur les bras , un médecin retraité qui n'avait pas envie de travailler plus. Deux autres associés qui n'avaient pas forcément la possibilité de travailler plus non plus . Donc on a appelé le conseil de l'ordre en demandant si on pouvait utiliser notre "SASPAS" comme adjoint.

M - Quelle est la date du premier contrat? A peu près...

MG17 - Non, non. Je ne vais pas vous dire à peu près, je vais vous le dire. (*Prend un gros classeur et tourne les pages*) Collaborateur...remplaçant.... remplaçant...Voilà, et après le flux tendu a commencé. cherche. Alors, on a eu Madame [MA6], à partir du 16 octobre 2016. Et ensuite.... dans l'ordre...(cherche, tourne les pages de son classeur). Il manque un contrat. Il ne doit pas être là... Alors, en 2015, il y a eu Monsieur [MA7], qui a fait un an. Et en 2016, on a eu Madame [MA6].

M - J'allais vous demander, êtes-vous maître de stage, mais vous m'avez répondu.

MG17 - Oui.

M - Et la durée de chaque contrat?

MG17 - Alors, le conseil de l'ordre, de mémoire, nous fait un contrat de six mois...Non, un contrat de trois mois qui est à renouveler une fois. C'est à dire qu'on ne peut pas les avoir plus de six mois. Donc on fait trois mois, puis après on réévalue ses besoins et on refait trois mois. Donc en fait , nous, ils ont été suivis, parce que le besoin était resté. Alors, on avait un ancien interne qui faisait sa thèse avec moi, dont on savait qu'il allait arriver pour remplacer monsieur [D11], donc on savait que ça ne serait pas une durée prolongée, qu'on était sur un flux tendu pour une période donnée. Et actuellement,on a un ancien interne qui nous remplace, qui va passer collaborateur dès qu'il est thésé. Donc on ne va pas avoir besoin d'adjoint parce qu'on va avoir un collaborateur. Donc on fait bien la

distinction entre les titulaires, les remplaçants, les internes, les "SASPAS", les adjoints et les collaborateurs. L'intérêt du collaborateur, c'est qu'il n'a qu'un préavis d'un mois, et il ne s'engage pas dans toute l'installation. Et l'adjoint, ça pallie à une situation de crise.

M - Ok. Alors, comment avez-vous connu le contrat de médecin adjoint? et quelle est la raison qui vous a incité à signer ce contrat?

MG17 - Je suis au courant depuis longtemps que ça existe parce que il y avait déjà un ancien statut qui permettait à un médecin remplaçant de travailler en même temps qu'un médecin qu'il remplaçait, en cas de situation sanitaire difficile. Et ce contrat a évolué en adjoint. Et nous, on le sait, parce qu'on est syndiqué, et qu'on est à Paris toutes les semaines (*rires*). Et que du coup, on a appelé le conseil de l'ordre, c'était un coup de téléphone, "est-ce que ça existe toujours? Comment on fait?" Et Madame [nom de famille de l'interlocutrice]. nous avait répondu très vite, et ça s'est engagé très vite.

M - Et ce qui vous a incité, du coup, à signer ce contrat?

MG17 - Ben, parce que ça permettait qu'il y ait une continuité de soins auprès des patients qui était pris. Il y avait huit médecins généralistes sur le secteur qui avaient, ou cessé activité, ou été malade, ou décès. Et donc, on se retrouvait avec, à notre porte, des gens qui n'avaient plus de médecin traitant, et qui avaient besoin de traitement, qui avaient besoin de suivi. Ça n'était pas des pathologies intercurrentes. Ça n'était pas "pallier à des vacances" ou au fait qu'ils n'étaient pas là pas longtemps. C'est que c'était des cabinets qui étaient fermés. Donc les patients qui ont besoin d'un suivi au long cours, avaient besoin d'avoir quand-même quelqu'un d'attitré, pendant quelques temps. Donc nous on voulait bien prendre des nouveaux patients, mais avec des bras en plus. Donc les internes qui faisaient des SASPAS et leurs jours d'adjoint en même temps, ça leur faisait une journée de présence en plus, et donc ils ont pris des patients complètement pour eux.

M - Ah, ils ont pu être à la fois SASPAS et adjoint?

MG17 - Oui!

M - En même temps?

MG17 - Oui!

M - Ah, oui, je ne savais pas, ça.

MG17 - Eh oui! Donc ça, c'est intéressant, parce que, du coup, au lieu d'être deux jours ici - parce que l'autre maître de stage est à [ville d'exercice] - , ils étaient trois jours ou quatre jours. Et donc, il y avait une continuité. Ils pouvaient revoir leurs patients. Et donc, nous on a signé les contrats de médecin traitant. Mais c'est l'adjoint qui a suivi pendant presque un an, et celui qui a pris la suite, ben il a pris les dossiers et il a re-suivi les gens. Mais ils avaient au moins un interlocuteur unique, et pas de nouveau "grappiller" un peu partout. C'était ça qui était intéressant.

M - Quelle est l'organisation de votre cabinet? Quelle est la place du médecin adjoint dans cette organisation? Et comment est réparti la patientèle entre vous?

MGI7 - Alors... A l'époque où ça s'est passé, parce qu'aujourd'hui c'est un peu différent...Donc on avait trois médecins titulaires, et un "SASPAS" et deux internes de niveau un . Il y a quatre bureaux donc il y avait une répartition sur les bureaux, en sachant qu'on avait un des praticiens, comme je vous dis, qui était retraité actif et qui avait déjà levé le pied. Et on s'est tous arrangé pour regrouper nos visites, de manière à libérer des bureaux. Ici, il n'y a pas de bureau attribué. C'est à dire qu'il y a une optimisation des surfaces. Donc, le médecin adjoint, ben on a tous pris un tiers. Voilà. Comme on fait avec un collaborateur. Et il a travaillé... Donc monsieur [MA7] il était collaborateur (*le médecin adjoint*) de monsieur [D11]. Madame [MA6] elle était collaborateur (*le médecin adjoint*) de monsieur [D11], puisque c'était lui qui était en retrait d'activité. Et on a tous donné des patients. Alors ici, il y a un plan d'occupation des sols, parce que monsieur [MGI9] et moi on est à Paris un jour ou deux par semaine. Donc notre bureau n'est pas occupé, donc c'est normal qu'il y ait quelqu'un qui travaille dedans. Soit un interne, soit un "SASPAS" adjoint, soit un collaborateur. Et aujourd'hui on a en plus une infirmière éducatrice ASALEE. Et là maintenant, avec tous les postes suivants, on commence à être à l'étroit, donc on va voir monsieur le maire mardi, pour récupérer le premier étage. Si on arrête d'avoir des bureaux attribués et qu'on pense que les postes de travail sont des postes pour des docteurs, qu'ils soient remplaçants, adjoints, titulaires etc, il y a une vraie mutualisation.

M - Et du coup, comment est répartie la patientèle, par rapport aux médecins adjoints? Est-ce qu'ils ont leur propre patientèle?

MGI7 - L'adjoint n'a pas de patientèle "médecin traitant". C'est le collaborateur qui a une patientèle "médecin traitant". Mais ça s'est fait intuitivement. Comme c'était nos internes... C'est des anciens N1 qui sont passés "SASPAS" et qui ont été collaborateurs (*médecins adjoints*), ça s'est fait comme s'ils s'étaient installés avec nous en fait. Il y avait eu quand même une antériorité. C'est pas des gens qui ont débarqué ici adjoints qu'on ne connaissait pas. On savait comment ils travaillaient. Donc en fait ils ont gardé les dossiers... Les patients et les dossiers qu'ils avaient quand ils étaient internes. Et c'est la secrétaire qui gère les besoins des patients et qui fait le filtrage. Mais ils n'ont pas de patientèle "médecin traitant". Enfin ils ont du boulot, hein!

M - Concernant la quantité et la qualité de votre travail, quelles différences peut-il y avoir entre vos journées avec et celles sans médecin adjoint? Alors, c'est une question...plus dans le cadre où il y a un médecin adjoint adjoint pour un médecin installé...

MGI7 - Mais nous on le voit déjà aussi avec les "SASPAS" qui travaillent le même jour que nous. C'est à dire que, une grosse journée, où il y a beaucoup de demandes ou beaucoup de reports. Le médecin généraliste titulaire ou maître de stage, il va avoir les situations les plus complexes. Et l'adjoint ou le "SASPAS" va voir les situations complexes les plus simples. Du coup, c'est comme si on faisait double travail. Mais ça permet de mieux gérer les grandes complexités. On hospitalise beaucoup moins. Et ça permet aussi de faire tout le travail de réunion de concertation avec le médico-social, qu'on n'aurait peut

être pas le temps de faire si ils n'étaient pas là.

M - Quelles difficultés avez-vous rencontré dans votre pratique médicale depuis la présence des médecins adjoints? Difficultés d'ordre administratif, d'organisation, de coordination entre les médecins, avec le secrétariat... des choses comme ça.

MGI7 - Alors , la première difficulté, c'est la place. La place physique d'avoir un lieu de consultation. Parce que, pour notre part, on n'a pas de mal à recruter des médecins , mais disons qu'on pourrait être à l'étroit , et qu'il faut recombinaison la manière physique de travailler. La deuxième chose... euh, bon, la qualité des observations, ici, on est en dossier partagé, on a un système d'information partagée. Donc on a exigé quand même, de l'adjoint, d'avoir la même qualité d'observation qu'un interne. C'est à dire qu'il avait encore une supervision. S'il avait besoin, et bien il demandait, et puis... On a toujours fait des concertations, encore maintenant. A savoir que , si on a un problème avec un patient, ici, on ne reste pas tout seul avec son problème, et on en discute. La troisième chose qui pourrait poser problème si ça devait durer, et qu'on rencontre, même quand on est remplacé aussi, c'est de donner un cabinet en état de marche, et que le suivant le lendemain, puisse trouver un cabinet en état de marche. C'est ce qu'on appelle " le rempotage", de remettre tout le matériel qu'il faut en examen... Moi, je reviens régulièrement travailler le samedi, je suis toute seule à travailler le samedi. Mais l'appareil d' ECG je ne sais pas où il est.. Le dermatoscope il est perdu... Voilà. Donc en fait, il y a.. Il faut... Il nous manque un assistant médical. L'assistant médical, c'est un nouveau métier qui est en train de s'écrire, qui va être quelqu'un qui va alléger le travail administratif et médico-administratif ou un travail physique de remettre le matériel en place par exemple, pour dégager du temps médical. Voilà. Donc, oui c'est un peu un problème de discipline. C'est de travailler en groupe.

M - Pas d'autre problème?

MGI7 - Non. Franchement, ça s'est très très bien passé. On a même fait une proposition de collaboration et d'installation à une des personnes qui a fait ce travail, qui n'a pas voulu se mettre dans le critère de choix, donc du coup.. bon voilà, ben c'est tout hein. Mais, oui! C'est un moyen de tester quelqu'un en équipe, et d'éventuellement lui ouvrir la porte, bien sûr.

M - Quel impact y'a t-il eu sur votre relation avec vos patients? Avez-vous eu des retours de la part de ces derniers?

MGI7 - Ben, les retours, c'est que... Ben ils demandent des nouvelles, de toutes façons, des gens qui ne sont plus là... Euh... Quand la qualité de travail est là, ça va bien. Alors, on ne les voit plus forcément nous, puisque maintenant, on a un nouvel associé. Donc c'est le nouvel associé qui a repris ces patients qui étaient un peu en perte de vue. Voilà. Ça nous permet encore d'en reprendre des nouveaux. Donc il y a une gestion du flux. Combien il y en a qui sont sortis ou partis, pour savoir combien on peut en re-renter. Il faut savoir ici, qu'il y a six postes, mais on ne gère jamais le dossier. Ça fait déjà pas mal.

M - Ok. Et je voulais savoir, à part, pourquoi, plutôt des assistants plutôt que des

collaborateurs?

MG17 - Alors, l'assistant, c'est un contrat de trois mois. C'est une mesure ponctuelle. On savait que cette crise de médecin local, c'était ponctuel. Et que le contrat de collaboration a éventuellement été proposé à la première, mais qui n'a pas souhaité s'engager parce qu'elle voulait rester sur deux sites. Et elle ne pouvait pas, parce que, pour être collaborateur, il faut être thésé. Hors, les "SASPAS" sont rarement thésés. A priori ça n'est pas possible. Donc c'est une mesure ponctuelle. L'intérêt c'est qu'il n'y a pas de préavis. C'est à dire que si votre situation, aujourd'hui, vous avez besoin d'être plus, c'est épidémie, heu.. il y a deux médecins malades... Il y a un flux tendu pour les patients. C'est vraiment.... L'adjoint, ça vise à pallier la continuité des soins. Et si ce flux tendu est là, on le fait. Une fois que c'est fini, ça (*le contrat de médecin adjoint*) s'arrête. Donc, c'est tout. C'est une forme de remplacement avec un contrat différent. Mais l'intérêt surtout, c'est qu'il peut être présent EN MEME TEMPS que le médecin qui travaille. C'est surtout ça, l'intérêt.

M - Et pourquoi?

MG17 - Ben, parce que, quand vous avez une situation de crise importante, si vous avez de la place sur le bureau à côté, il y a personne, mais que vous vous êtes là, mais que vous voudriez bien, parce qu'il y a beaucoup de boulot dehors... Eh ben oui, on a un adjoint.

M - Ok. Quel impact y a-t-il eu sur la qualité des soins de vos patients? Avez-vous modifié votre façon de les prendre en charge, depuis qu'il y a des internes assistants?

MG17 - Alors, le fait d'avoir des internes... - moi, je vous dis, ça fait vingt ans que j'ai des internes - c'est autoriser un regard sur sa pratique, et de réfléchir soi-même à sa propre pratique. Et d'échanger. Donc, un point de vue d'un interne sur une situation couplée à un autre point de vue.. Bien sûr que ça fait évoluer tout le monde. En plus, moi je suis expert de médecine générale, et formatrice. Donc référer à sa propre pratique, c'est très étriqué. L'idée c'est quand même de chercher ensemble, et que la confrontation des points de vue... Et le point de vue de l'utilisateur, parce que aussi...ici on a quelques usagers qui peuvent être des usagers formateurs ou experts. Donc intégrer le point de vue de l'utilisateur aussi. Et alors, l'utilisateur il peut vous décrire une situation avec vous, qui êtes là depuis longtemps. Et puis décrire une autre situation quelques jours après, mais différemment, parce qu'il est dans une relation avec une autre personne. C'est pour ça que la confrontation des points de vue, elle est intéressante. "J'ai pas osé dire à docteur Untel ceci cela". "Ah, à moi il ne m'a pas dit pareil". Donc c'est un mini réseau, mais pour autant, il ne faut pas être chacun dans sa cellule. Il faut communiquer régulièrement sur les situations.

M - Donc vous communiquez avec le...

MG17 - Avec tout le monde, ici! Ici, on communique tous.

M - D'accord. Euh... Concernant la qualité de vie privée, comment vous sentez-vous après une journée de travail avec médecin adjoint? Ressentez-vous une différence avec les

journées où vous travaillez seule?... Mais vous ne travaillez pas seule.

MG17 - Oui, alors c'est faussé, effectivement. Si, le lundi je travaille heu.... A peu près seule. J'ai un interne qui est là, qui est actuellement en autonomie et qui va revenir cette après midi avec moi. Le mardi, c'est un travail... Je travaille avec un "SASPAS" qui fait donc sa journée en même temps que moi. Et je vous ai dit, ça me permet moi, en terme de confort professionnel, de gérer mes situations complexes mieux. Et sur ma vie privée, ça a un impact, parce que, au lieu de prendre son temps libre pour faire des courriers ou des synthèses, j'arrive normalement à les faire dans mon temps de travail. Et ça me permet de dégager du temps pour la formation continue, puisque je suis au conseil d'administration de [nom du syndicat] à [nom de ville] . Et s'il n'y avait pas eu, au moment de la période où on a été en crise, de médecin adjoint, on n'aurait pas pu continuer notre activité extérieure. Alors après, le confort de vie personnelle... On fait quand même des grosses journées. L'intérêt de l'adjoint c'est que, normalement, il n'y a pas de débriefing comme avec un interne, mais nous on l'a fait quand même. Parce qu'on a continué à avoir cette communication. Ce qui permet d'être serein quand même. Quand vous êtes le jeudi et le vendredi à Paris , vous n'avez pas peur pour vos malades. C'est pas la vie privée ça, mais c'est... Dans les temps où vous n'êtes pas à votre cabinet, vous ne vous faites pas de mouron en vous disant "j'aurai beaucoup plus de travail le jour d'après", ou " il va falloir tout refaire". Non. A condition de ne pas être chacun dans sa case.

M - Quel impact y a-t-il eu sur votre vie privée ? Comment le fait d'avoir un médecin adjoint a-t'il modifié votre mode de vie?

MG17 - Le mode de vie privée, normalement, n'est pas impacté, si on est organisé. C'est à dire que, si on s'organise professionnellement, et si on ne se laisse pas dépasser par les événements, c'est à dire qu'on réfléchit quand il y a un problème, avant de se laisser engoutir par le problème, la pratique réflexive permet de mettre le champs de la vie professionnelle et le champs de la vie privée, de le bordurer, de le border, de manière à ce que... Si vous vous dites "ben moi, j'ai l'intention de ne travailler que trois jours et demi à mon cabinet, parce que j'ai un autre travail ailleurs, et donc je peux voir tant de consultants et gérer autant de patients". C'est à dire qu'il faut réfléchir à la gestion du temps et des surfaces.

M - Oui. Alors, comment imaginez-vous votre pratique médicale après la durée du contrat écoulé? Quelles perspectives sont apparues après les premiers contrats?

MG17 - On savait que les contrats seraient temporaires. Donc on a bien été prévenus. Vous faites trois mois plus trois mois donc six mois, après c'est tout. Ou vous devez prendre la personne comme collaborateur. Mais le hic c'est que vous avez des internes qui ne passent pas leur thèse, et qui ne sont toujours pas thésés aujourd'hui. Donc ça, c'est un hic. Parce qu'on pourrait switcher tout de suite: adjoint, adjoint ça se passe bien , collaborateur. Mais s'il n'est pas thésé, on est coincé. Là, actuellement, l'interne qu'on a qui a pris un poste de remplaçant parce qu'il ne travaille pas beaucoup, il n'est pas thésé. Donc, tant qu'il n'est pas thésé, ben...La porte est ouverte pour la collaboration, mais voilà. Donc, le collaborateur, pour le patient, c'est encore plus sécurisant, quand même. Ils savent bien qu'un adjoint, c'est temporaire. C'est une mesure temporaire qui peut nous

mettre la tête hors de l'eau, qui peut être une manière de travailler ensemble. Et si le travail ensemble est de bonne qualité, ça peut donner envie à des gens de rester. Oui.

M - Comment pérenniser ce modèle selon vous?

MG17 - Il y a, au niveau ordinal, au niveau du conseil de l'ordre du Nord, si par exemple vous partagez un remplaçant à trois médecins régulièrement à jours fixes, effectivement, on vous dit, il faut le prendre en collaborateur. Et ça, c'est une obligation qui est difficile, parce que ça ne tient pas en compte la configuration des surfaces locales. La collaboration, ben...c'est un nouvel associé. Et ça ne met un préavis que d'un mois en cas de rupture. Et un mois c'est court. Ça fait faire beaucoup de paperasse. L'adjoint a cette commodité de pouvoir être un contrat qui se fait très rapidement. C'est à peu près les mêmes revenus pour la personne qui fait le travail. La contractualisation est plus souple. Pour autant, elle n'est pas pérenne. Mais après, c'est normal. Je veux dire, s'il y a du travail pour deux, il y a du travail pour deux. Ça peut être un moyen, pour un médecin, qui est à la retraite ou sur un départ à la retraite, effectivement, de pouvoir lever le pied, et de prendre du temps lui même, pour trouver un successeur. L'idée, c'est de dégager du temps non médical.

M - Globalement, que pensez-vous de l'existence de ce type de contrat?

MG17 - C'est très bien. L'intérêt c'est que c'est très réactif. Que, si on exprime son besoin, même au téléphone, au conseil de l'ordre " voilà, il y a tant de médecins comme ça, on a tant de demande, on a un problème de flux"... Alors, il faut bien analyser sa problématique. Ce n'est pas forcément une problématique personnelle. C'est centré sur la continuité des soins aux usagers. On pourrait imaginer par exemple, qu'un médecin qui est malade et qui doit faire des soins, au lieu de fermer son cabinet, pourrait prendre un adjoint le temps de se soigner. Par exemple. Ça devrait permettre, normalement, à des étudiants en "SASPAS" de s'essayer à l'exercice un petit peu plus poussé que le "SASPAS", à savoir que quand on est adjoint, on fait sa gestion de cabinet, on fait la gestion de son agenda. C'est un peu moins "pré-digéré". Après c'est normal que ce ne soit pas une solution pérenne. Parce que sinon tout le monde resterait adjoint, et le médecin, il ne prendrait pas de collaborateur. Alors le statut de collaborateur est quand même un statut intéressant. Parce que quand vous avez des gens dont le... Actuellement les gens travaillent tous les deux dans le couple. Et quand l'un n'est pas fixé par rapport à l'autre, et que les projets de carrière de l'un et de l'autre ne sont pas stabilisés, ça permet plus de mobilité. Donc il y a des gens à qui ça fait peur de s'installer. Mais aujourd'hui on ne s'installe plus pour vingt ans. Nul part d'ailleurs. Vous embauchez, vous n'êtes pas surs de rester vingt ans dans une boîte non plus.

M - Ma dernière question, c'est savoir si vous avez quelque chose à ajouter.

MG17 - Ben, ça a le mérite d'exister. Alors moi, en tant que remplaçante, j'ai travaillé sur un contrat comme ça, en même temps qu'un médecin. C'est pour ça que je savais que ça existait. Sur une grosse épidémie de grippe, à [nom de ville], dans les années 90. On a travaillé à deux, de front.

M - Mais vous étiez thésée.

MG17 - Mais j'étais thésée. Mais j'étais un remplaçant qui travaillais en même temps que le médecin. Donc je savais que c'était possible, dans des conditions particulières. Mais, on pourrait imaginer, là, si jamais il y avait une épidémie de rougeole ou à vacciner la population et cetera, de mettre en place ce genre de contrat, même sur des durées courtes. Et montrer que la médecin ambulatoire, elle a de la réactivité. Elle sait s'organiser et elle a de la réactivité. Alors ça n'était pas très très connu. D'ailleurs, je pense que ça serait bien qu'il y ait des brochures expliquant ce statut. Parce que les étudiants ne le connaissent pas. Il y a plein de maîtres de stage qui ne le connaissent pas non plus. Et c'est un bon moyen de rentrer collaborateur après.

M - Mais c'est un peu pour ça que je fais ma thèse, c'est pour faire connaître auprès des médecins, enfin en faire ressortir les aspects....

MG17 - ... Oui, mais vous voyez, il y a des brochures sur le remplacement, il y a plein de choses sur le remplacement. Il y a plein de choses sur le collaborateur. Mais ce statut là, en particulier, il n'est pas très connu.

M - Oui, c'est parce que c'est récent, le fait que ce soit des adjoints non thésés.

MG17 - Oui. Alors, étant donné la difficulté d'avoir une date de thèse, on peut avoir une thèse qui est quasiment finie et la difficulté d'avoir un jury, ben c'est quand même bien qu'il y ait ce statut là. Parce que les gens qui ont fini leurs stages et leur cursus mais qui ne sont pas encore thésés, il y en a quand même un paquet. Voilà.

ENTRETIEN 8

M - Est-ce que vous pouvez me donner votre âge, le secteur d'activité, le mode d'exercice?

MG18 - [*prénom et nom du médecin*]. Mon âge, trente-sept ans. Secteur d'activité, conventionné secteur un, médecine rurale.

M - Le mode d'exercice, si vous êtes seul ou en groupe.

MG18 - Seul. Avec depuis....depuis... Depuis quand? Elle est arrivée quand [MA7]? Au mois de novembre...Donc douze, quatorze, seize, depuis seize mois avec une assistante.

M - D'accord, donc avec combien de médecins adjoints avez-vous travaillé?

MG18 - Un seul, une seule.

M - Ok. La date du premier contrat?

MG18 - Euh... Novembre 2016.

M - Quels sont les autres contrats que vous avez effectué? Si vous avez fait des remplacements, d'autres types de contrat.

MG18 - Avant c'était des contrats de remplacement.

M - D'accord. Jamais eu de collaboration, rien du tout?

MG18 - Non

M - Ok. La durée de chaque contrat?

MG18 - Alors, ben là on fait... Je pense que... nous on est allés au conseil de l'ordre parce que c'était un petit peu nouveau, parce que moi, il fallait que j'ouvre un deuxième cabinet, parce qu'en fait, ici c'est mon cabinet principal. Et puis j'ai ré-ouvert mon ancien cabinet qui est un cabinet secondaire. Déjà il fallait avoir une autorisation. Et ensuite, on a fait un contrat avec Manu. Donc les contrats sont de trois mois, reconductibles jusque vingt-quatre mois. Donc ça ira jusque novembre 2018.

M - Etes-vous maître de stage?

MG18 - Non, pas encore.

M - Ok. Alors, comment avez-vous connu le contrat de médecin adjoint? Et quelle est la raison qui vous a incité à signer ce contrat?

MG18 - Comment je l'ai connu? Comment je l'ai connu...? Ben... Parce que...Euh... Très bonne question, il faut que je réfléchisse, comment on est venu à parler de ça? Ben, en fait, parce que j'avais appelé...Par le Conseil de l'Ordre. Parce que j'avais appelé le Conseil de l'Ordre parce que c'était un gros moment compliqué dans ma vie privée. Je voulais être remplacé régulièrement. Et à l'occasion d'une discussion au Conseil de l'Ordre, ils m'avaient dit qu'il y a un de mes confrères dans le Pas-de-Calais, qui avait fait ce genre de contrat, avec donc, une jeune consoeur, non encore thésée, qui pouvait le soulager de son activité. Donc, ensuite on s'est renseigné avec le docteur [D12] - enfin, maintenant elle est thésée, avec [MA7]. Et puis on a opté pour ce genre de pratique. Voilà

M - Donc , en fait, maintenant c'est un assistant thésé?

MG18 - Oui. Tout a fait. Depuis un mois. Elle a passé sa thèse au mois de Janvier.

M - Et la raison qui vous a incité... Oui, vous m'avez répondu...

MG18 - Nécessité dans la vie privée, de dégorger l'agenda. Oui.

M - Quelle est l'organisation de votre cabinet? Et quelle est la place du médecin adjoint dans cette organisation?

MG18 - Alors, ben, je dirais... Le fait d'être sur deux sites. Moi je consulte ici tous les jours, donc du lundi au samedi. Sauf le jeudi ou je fais mes visites. Et puis [MA7], mon assistante, elle travaille rarement ici. Elle travaille sur [ville1]. Elle vient le lundi toute la journée, le mercredi toute la journée, et le jeudi toute la journée. Donc c'est trois jours pendant lesquels on est un peu en binôme. Moi, je suis ici. Elle, elle est dans l'ancien cabinet. On travaille sur un seul dossier (*un seul logiciel*) , on a une coordination des soins. Donc quand elle rentre le soir, elle repasse ici. Et puis toute sa journée apparait sur le logiciel-métier. Donc voilà, puis après on se passe un petit coup de fil pour les transmissions.

M - Et comment est répartie la patientèle entre vous?

MG18 - Hum! Je pense qu'elle s'est faite géographiquement. Puisque [ville 1] - [ville 2], il y a dix-sept kilomètres. J'ai exercé à [ville 1] pendant dix ans, donc ma patientèle [de la ville 1] était bien contente de trouver [MA7]. Parce que ici, venir ici, ça leur fait dix-sept kilomètres de plus. Après, il faut retourner à la pharmacie. Donc ça s'est fait naturellement. Ca se fait par le choix d'aller voir [MA7] par la proximité . Puis après , ben voilà. Une consoeur qui passe très bien. Il y a un médecin sur un village voisin de [ville 1] qui a pris sa retraite il y a un an. Et [MA7] avait été formée chez lui, puisqu'il était maître de stage. Donc elle a aussi ramené pas mal la patientèle de ce médecin qui n'a pas été remplacé. Voilà. C'était quoi au départ le sens de la question? C'était la...Comment ça se répartit?

M - Oui, c'est ce que vous m'avez dit.

MG18 - J'avoue que les appels arrivent au cabinet, le numéro il est commun. Donc les appels, ils arrivent ici. J'ai ma secrétaire à coté. Et spontanément, les gens prennent leur

rendez-vous sur [ville 1] ou sur [ville 2]. Ca peut même être des gens qui ont l'habitude avec moi, et puis ben voilà, "moi le rendez-vous ça va être vingt heures ce soir. Il n'y pas de place sur [ville 1]..." Voilà, ça se passe bien. "Ben si, elle, elle pourrait vous voir un peu plus tôt" et voilà. Bien mieux que ce que je pensais!

M - C'est à dire?

MGI8 - Ben, je m'étais dit...Peut-être que les gens vont être récalcitrants, que ce sera compliqué. Alors, encore, en dehors de certains patients qui veulent plutôt avec moi, ou effectivement avec [MA7]. Finalement ça se passe très bien. Les gens sont presque un peu embêtés quand ils reviennent "ha ben j'ai vu votre assistante..." Moi, il n'y a pas de problème! Elle est là pour ça. Souvent, je leur montre l'écran, que tout est noté, la consultation. Et ça les rassure. Ils voient que, voilà, moi, même si je ne les ai pas vu depuis deux, trois fois, je regarde. Ce genre de chose, c'est important pour eux.

M - Donc, concernant la qualité de vie professionnelle, concernant la quantité et la qualité de votre travail, quelles différences peut-il y avoir entre vos journées avec et celles sans médecin adjoint?

MGI8 - Ha...C'est le jour et la nuit! Quand elle est là, j'avoue que si elle est là...Ben voilà, je vais vous dire, très honnêtement, je viens travailler sans avoir la boule au ventre. Parce que je sais que s'il y a une surcharge de travail, ben elle va être là. De toutes façons, ses journées, elle sont aussi bien remplies. Ses trois jours, elle ne chôme pas. Je sais que, moi personnellement, je peux me permettre de dire "ben je vais aller rechercher les enfants". Parce que je vais appeler, je vais demander à [MA7] si elle veut bien. Elle, elle n'a aucun soucis. Donc, en terme de qualité, beaucoup mieux. En terme de quantité, beaucoup mieux. Donc, des consultations qui, pour moi, peuvent être un peu plus longues, avec les choses qui me font plaisir, là où avant il fallait aller un peu plus vite, parce qu'il y avait du monde. Bien, bien sur les deux points.

M - Et donc, sur une semaine, par exemple, il y a des jours où elle ne travaille pas. Il y a une différence par rapport à...?

MGI8 - ... Oui, ben après, là, c'est clair, elle sait un peu adoucir les agendas. Mais effectivement, le mardi et le vendredi...Si j'arrive le vendredi et que je sais que je n'ai pas beaucoup de places parce que ça s'est rempli. Bon, je sais que [MA7], elle n'est pas là Vendredi et samedi. Voilà, c'est toujours pour moi un peu plus tendu. Le soir, mon téléphone sonne, ben va falloir que je gère. Parce qu'il n'y a personne, ou c'est moi ce soir, ou c'est moi demain. Mais, quand elle est là, j'ai clairement une charge de travail en moins. Et une pression en moins. Qu'elle prend.

M - Quelles difficultés avez-vous rencontrées dans votre pratique médicale depuis la présence des médecins adjoints? Donc difficultés d'ordre administrative, d'organisation, de coordination entre les médecins, le secrétariat....

MGI8 - Oui, ben alors, la difficulté toute bête, elle est administrative. J'ai dû appeler trois fois la caisse. Parce qu'en fait, ils sont médecins non thésés. Donc, elle travaille au

cabinet, elle est obligée de bosser avec des feuilles de soins papier. Parce que, ben c'est tout... ils n'ont pas le droit! Donc, j'ai appelé le directeur de la caisse, à [ville]... Qui sont très obtus et qui ne veulent rien savoir. Ils ne connaissent pas le nouveau statut. Eux, pour eux, médecin non thésé, pas de carte CPS, sauf une CPS remplaçante mais c'est pas le cas. On n'est pas un stage de remplaçant. Donc voilà, au niveau administratif, pour tous les patients qu'elle voit, bah c'est toujours une feuille de soin papier. Donc quand on a des familles qui ont consulté trois, quatre fois sur le mois parce qu'il y a des enfants, les remboursements c'est un peu plus... Les gens ne le disent pas, mais je sens bien que c'est embêtant quoi. Si elle pouvait télétransmettre, ce serait mieux. Ca a été ça, ça a été après, sur mon revenu d'activité. Puisqu'en fait, au niveau de la caisse primaire, c'est transparent. On a ce qu'on appelle un SMIR, qui permet de donner notre activité en terme de prescriptions, d'actes biologiques, d'actes de kiné, de transport. Donc, tout ça, finalement, c'est mis sur mon compte. Ce qui est normal, puisque toutes les ordonnances qui sortent de son bureau sont à mon nom, libellées à mon nom, c'est mes feuilles de soin. Donc, forcément, quand le délégué d'assurance maladie vient, j'ai une augmentation des prescriptions. Mais, pour eux, ils sont dans l'aveugle. Parce qu'il a une information qui leur monte, mais ils ne savent pas de quel bureau ça vient, et de qui ça vient. Voilà, il faut amener à se justifier là-dessus. Quelles difficultés....? Voilà, non, je n'en verrais pas plus. Administratives.

M - Quel impact y'a t-il eu sur votre relation avec vos patients? Avez-vous eu des retours de leur part?

MGI8 - Quel impact? Ben je pense que les gens m'avaient vu fatigué, savaient bien que la charge de travail était importante. Et donc, ils sont comme moi, ils sont bien contents qu'il y ait quelqu'un de l'autre côté. Ils me disent que ça me soulage, et c'est vrai. Et donc, comme ça me soulage, et bien j'arrive à prendre un peu plus de temps quand ils ont des soucis plus compliqués. Ils le ressentent. Donc du bénéfique. Je n'ai jamais eu de retour négatif. *(pause dans l'entretien car conversation téléphonique)* Les retours? Que des retours positifs. Des retours positifs, pour eux, en tant que patients, d'avoir quelqu'un... Voilà, il y a l'avantage que... C'est pas un problème, mais c'est particulier notre contrat. Puisque géographiquement, on n'est pas trop sur le même secteur. Il y a quinze kilomètres qui nous séparent. Mais elle, ça lui a permis de faire les visites que je ne pouvais plus faire parce que... *(inaudible)* c'est de partir en visite d'ici à trente bornes, donc voilà. Elle, elle les fait, donc c'est apporter ses soins au plus près des patients. C'est quelqu'un qui peut les recevoir plus rapidement que moi. Ca dégorge mon agenda. Ca réduit mes délais. Donc euh... que du positif.

M - Concernant la qualité de vie privée, comment vous sentez-vous après une journée de travail avec un médecin adjoint? Ressentez-vous une différence avec les journées où vous travaillez seul?

MGI8 - Oui. Plus....C'est sur ma vie privée, hein?

M - Oui.

MGI8 - J'ai pris l'exemple, tout à l'heure... Quand elle est là, je peux faire ce qu'il m'est

impossible de faire: prendre mon agenda et dire "ben je vais commencer un petit peu plus tard, et je vais finir un peu plus tôt." . Parce que, ben voilà, [MA7] , elle est là, et ça va aller. Quand elle n'est pas là, ou si elle s'absente une semaine.... C'est plus compliqué pour moi. Après il y a l'effet, peut-être... Quand on a des difficultés, il y a l'effet inverse, qui fait que, quand elle doit s'absenter une semaine, le fait d'avoir travaillé, elle a ramené quand même une patientèle un peu plus importante, qui fait que, quand je me retrouve seul, c'est un peu plus compliqué à gérer. Mais bon, en contre-partie des fois où elle est là, c'est... On va dire que c'est tout à fait acceptable. Mais en terme de vie privée.... Amélioration nette pour moi.

M - Comment le fait d'avoir un médecin adjoint a-t'il modifié votre mode de vie?

MGI8 - En terme de diminution de charge de travail, de présence pour moi plus importante à la maison, et de ben... Je dirais... L'impact essentiel , c'est la pression travail qui a diminué pour moi, et qui est tout à fait bénéfique dans mon travail.

M - Concernant l'avenir, comment imaginez-vous votre pratique médicale après la durée du contrat écoulée? Quelles perspectives sont apparues après ce premier contrat?

MGI8 - C'est la grande question. Parce que, ça va s'arrêter en novembre 2018. Et, très clairement, dans mon cas personnel, je ne vois pas comment je vais faire seul. Avec en plus, d'autres problèmes démographiques, qui sont que le cabinet où elle exerce, il y'a des médecins qui partent en retraite cette année, un peu partout. Et je ne me vois absolument pas reprendre les rennes seul, enfin, ne pas lui trouver de successeur. Parce que ça voudrait dire, pour moi, repartir dans une charge de travail qui n'est plus tolérable. Donc , comment est-ce que j'imagine ma pratique médicale après? Pas bien. Clairement, pas bien. Je sais que j'ai six mois pour réfléchir. Il faut qu'on trouve une solution. Elle a dit qu'elle essaierait aussi de trouver une collègue. Mais, il me reste six mois pour trouver quelqu'un après. Nettement. Et quelles perspectives sont apparues...?

M - Oui, quelles perspectives sont apparues après....?

MGI8 - ...Ben, il faut que la situation se pérennise, quoi. Au départ, on avait dit, on allait faire ça l'hiver , quand il y a un peu plus de boulot. Donc, effectivement, l'été quand on est deux. Il y a moins de travail, mais clairement, pour moi, de septembre à mars, c'est à dire six mois, il me faut quelqu'un en plus.

M - Comment pérenniser ce modèle, selon vous?

MGI8 - On peut peut-être travailler sur l'après? Parce que leur contrat est limité. Donc pourquoi pas, après, qu'il y ait des aides, si pas juridictionnelles, mais qu'il y ait des gens au niveau caisse ou au niveau faculté, qui puissent expliquer les autres contrats, qui seraient l'association, le collaborateur libéral. Enfin voilà. Qu'on puisse moduler un contrat sur un autre. Mais ça je dirais, ça ne m'appartient pas. Il faut aussi que la collaboratrice, elle veuille s'installer définitivement en campagne. Ce qui n'est pas donné. Peut-Être faire aussi un... il y a le site RemplaNor, pour tout ce qui est statut de remplaçant. Je dirais, ils devraient faire quelque chose pour les statuts d'assistant. Et que... voilà, si [MA7] s'en va,

il puisse y avoir une certaine liste de médecins qui ont déjà exercé dans ce type d'activité, qui seraient intéressés, qu'on puisse solliciter. Parce que c'est toujours à la charge du médecin généraliste de faire un petit peu le boulot quoi. Bon, quand c'est l'été, qu'on a un peu plus de temps, ça va, mais.... C'est toujours la même chose, quand c'est l'hiver, aaaah voilà. Rappeler les gens, essayer de les motiver, les faire venir, montrer le cabinet... Bon, ben quand vous êtes plus fatigué, vous avez du mal à vous vendre, quoi! S'il pouvait y avoir une émulation des jeunes, ou de ceux qui sortent, comme on avait un livret quand on allait en stage, en disant tel endroit c'était bien. Voilà, ce serait bien. Je pense que ce serait bien. Pour que nous, on n'aille pas toujours à la pêche. Voilà, parce qu'il faut y aller, les chercher, pour venir en campagne. C'est pas toujours forcément super intéressant. Ils n'ont pas toujours une bonne image. Alors que, je suis sûr que [MA7], elle ferait des commentaires super. A la limite, son commentaire à elle, il vaut certainement beaucoup mieux que moi.... Dans les qualités, et dans ce qu'elle va réussir à vendre auprès des autres, ce sera beaucoup mieux que moi. Donc, ce serait bien, ça. Qu'il y ait une page sur laquelle elle puisse heu... pas noter le cabinet en interne, mais dire comment elle a travaillé, ce qu'elle pense. Je pense que ça suffirait pour que, s'il y en ait dix, quinze qui se connectent, j'ai quelqu'un après.

M - Mais ça, après, il y a les groupes de la fac pour les internes de médecin générale. Enfin, je ne sais pas depuis quand elle a fini son internat mais...

MGI8 - Oh ben y'a déjà...Ben depuis fin 2016. Elle, elle était à la Catho.

M - Ah. Oui. Non, mais même, je pense ...Enfin il y a le groupe, où il y a plein d'internes qui posent des demandes de remplacement

MGI8 - Oui, moi je vois beaucoup de pub sur RemplaNor. Ce genre de choses.

M - Oui, mais là, c'est sur le groupe fermé de la promo. Donc peut-être qu'elle peut mettre un mot...

Globalement, que pensez-vous de l'existence de ce type de contrat?

MGI8 - Globalement...Positif. Globalement, très bien. Sinon, ça nous est arrivé... le conseil de l'ordre ne dit rien. Mais, en campagne ça nous est arrivé de faire des contrats déguisés de ça. Moi, quand j'ai commencé en novembre 2009, avant en 2006, j'étais avec un médecin qui avait cinquante-cinq ans, qui en avait ras-le-bol, qui était en campagne, et on faisait des contrats déguisés. Je remplaçais deux, trois jours par semaine, en envoyant régulièrement des contrats au conseil de l'ordre. Qui ne dit rien, parce qu'il se doute bien que....

M - ... Parce que vous travailliez en même temps?

MGI8 - On ne travaillait pas en même temps. Lui, il faisait par exemple, il laissait la place au bureau deux jours par semaine, mais en théorie, on n'a pas le droit d'être remplacé si souvent, et aussi fréquemment. Donc, il y a déjà une dizaine d'années, c'est ce qu'on faisait. L'hiver, il me laissait la place deux, trois jours. Donc, moi je pense que ce contrat, il est venu aider, il a sa place. Il a pris un manque qu'il y avait, qui n'était pas suffisant avec

un contrat de remplacement , donc c'est bien.

M - Ok. Et est-ce que vous avez quelque chose à ajouter?

MG18 - Ben oui, que... (*rires*) S'il y a des jeunes confrères qui sont intéressés, ben faut surtout pas hésiter!

ENTRETIEN 9

M - Alors d'abord, est-ce que vous pouvez vous présenter?

MG19 - Euh oui, bonjour, je m'appelle [prénom et nom du médecin], je suis médecin généraliste à [ville d'exercice] , installé en cabinet de groupe depuis trente-et-un ans.

M - D'accord, et vous avez quel âge?

MG19 - Ha.. T'es curieuse, hein! soixante ans.

M - D'accord. Avec combien de médecins adjoints avez-vous travaillé?

MG19 - Avec ... trois médecins adjoints. quatre médecins adjoints. quatre.

M - Quelle est la date du premier contrat, si vous vous souvenez.

MG19 - Alors, le premier contrat, c'était... Alors c'est mon associé qui l'a signé, mais c'est la première fois que j'avais entendu parlé de ça. C'était en... 90 je pense. 1990. Au siècle passé!

M - Et donc, du coup, c'était des médecins qui étaient thésés? C'était pas des....? A l'époque.

MG19 - Alors, la première, est-ce qu'elle était thésée à l'époque? Oui, elle devait être thésée. Elle devait être thésée. En fait, elle est venue, elle a été adjoint du Docteur [D13], pour prendre en charge le cabinet d'un médecin décédé subitement. Dans le même village. Et comme il fallait un médecin installé pour qu'elle puisse exercer en même temps que lui, c'est pour ça qu'on avait fait ça.

M - Mais du coup, c'était des contrats de trois mois comme maintenant ou c'était un contrat à durée....?

MG19 - Alors, ce premier contrat, je ne me souviens plus bien. Je pense.... non, j'ai peur de dire une bêtise. Je ne sais plus du tout s'il y avait une limite dans le temps. Ça n'a pas duré très longtemps. Ça a dû durer deux, trois mois mais... Parce qu'après quelqu'un d'autre est arrivé pour racheter la clientèle.

M - Quels sont les autres contrats que vous avez déjà effectués?

MG19 - Alors, ensuite, j'en ai fait un euh... Le suivant, on l'a fait avec euh... Bah c'était [MA8]. [MA8], elle est venue... Alors, pourquoi on avait fait ça? Je ne sais plus. Le but c'est qu'elle puisse travailler en même temps, c'est toujours la même histoire. Par rapport à un remplaçant. Travailler pendant qu'on est là au cabinet, avec les mêmes feuilles de soin. Je pense qu'on l'avait fait parce qu'elle ne souhaitait pas s'engager dans une collaboration, parce qu'elle ne resterait pas très longtemps. Elle était pour huit ou neuf mois avant de

partir, elle, s'installer, à la Réunion.

M - Donc ça, c'était en quelle année à peu près?

MGI9 - Alors, c'était au départ d'une associée. Donc c'est pour ça qu'on avait besoin de quelqu'un. Une associée quittait le cabinet de façon un petit peu inopinée. Et donc ça, c'était il y a dix, onze ans.

M - D'accord, ok. Donc, quelle est la durée de chaque contrat, des médecins adjoints que vous avez maintenant?

MGI9 - Alors, à l'heure actuelle, on n'en a plus. Mais... euh... Qui est-ce qui avait signé? C'est [MA9] qui avait trouvé...? Non c'est pas [MA9] qui avait signé... [MA8], bon j'ai souvenir qu'on l'a fait une fois pour les neuf mois où elle était venue. On avait fait un seul contrat d'une seule traite. Donc qui avait été accepté par l'ordre. Puisqu'on avait mis une date de début, une date de fin. Et après, le suivant, c'était... Je ne sais plus. Je ne sais plus avec qui on l'avait fait. Je ne sais plus, j'ai oublié avec qui on l'avait fait.

M - De toutes façons c'est le même contrat que....

MGI9 -... Ah ben c'était avec [MA10]! Suis-je bête ! C'était avec [MA10] avant qu'il s'installe, parce que... [D11] voulait travailler moins, qu'il était en cumul emploi-retraite, et qu'il voulait plus travailler que deux jours par semaine. Donc on avait un problème pour assumer la totalité de la patientèle. Et que c'était compliqué... Alors, [D11] ne voulait plus se faire remplacer parce qu'il ne voulait plus payer d'impôt. (*rires*). Il ne voulait pas payer trop d'impôt plutôt. Parce qu'il trouvait qu'il avait vachement augmenté. Et donc, pour maintenir la possibilité d'accueil de la patientèle complète du cabinet, on avait fait la demande d'un médecin assistant. Et lui, il avait dû faire deux fois trois mois, je crois.

M - D'accord. Et il était votre assistant à vous et au docteur [MGI7]? Pas au docteur [D11]?

MGI9 - Oui, il a été assistant des deux qui restaient. Donc, il était un jour par semaine, il était mon assistant. Et un jour par semaine, il était l'assistant du docteur [MGI7], pour que ce soit équitable.

M - Très bien. Ok. Etes-vous maître de stage?

MGI9 - Oui, je suis maître de stage.

M - Comment avez-vous connu le contrat de médecin adjoint?

MGI9 - Et bien, ce contrat, à l'époque, je ne sais plus si c'était adjoint déjà, ce titre là. Mais je pense que c'était ça. C'est vraiment, suite au décès subit de notre confrère, je pense c'était vers les années 90. Parce qu'il y avait un problème d'un cabinet qui n'avait plus de médecin, plus de possibilité de remplacement, puisque le médecin était décédé. Et donc, on a téléphoné à l'ordre, et l'ordre nous a dit, ben dans ce cas là, on peut avoir accès à un

contrat avec un médecin adjoint. C'est l'ordre qui nous en a informé, qui nous a expliqué la possibilité.

M - Et donc, ca, pour le contrat avec [MA10], c'était le même principe? Vous étiez au courant déjà que ça existait?

MG19 - Oui, la seule solution pour nous, c'est quelqu'un qui puisse travailler en même temps qu'on est là. Pour nous, tout de suite, ça a été le médecin adjoint.

M - Ok. Parce que, quand vous avez commencé le contrat de médecin adjoint avec [MA10], c'était... il était thésé ou pas? Vous ne savez pas?

MG19 - Alors, oui... Oui il était thésé. [MA8] était thésée aussi. Il fallait... Oui pour moi, un médecin adjoint c'est un médecin thésé.

M - Non, oui, non.

MG19 - Plus maintenant?

M - Oui, non, plus maintenant. Oui voilà, c'est pour ça.

MG19 - Plus maintenant. Ben tant mieux.

M - Quelle est la raison qui vous a incité à signer ce contrat?

MG19 - Ben c'est la nécessité d'avoir des gens qui puissent consulter alors qu'on est présent au cabinet. Puisque sinon, ça ne permet pas d'augmenter le nombre de patients pris en charge. Si c'est les jours où je ne suis pas là.... C'est juste une continuité de soins, et c'est pas assumer cet afflux de patientèle. Alors, on avait argué, pour quand [MA10] est venu... C'est : la diminution du nombre de jours de travail d'un associé, le départ en retraite de deux médecins des environs, qui avait fait un afflux de demande de prise en charge de patients.

M - Quelle est l'organisation de votre cabinet. Quelle est la place du médecin adjoint dans cette organisation?

MG19 - Alors, c'est assez ponctuel, puisqu'à l'heure actuelle, il n'y a plus de médecin adjoint. Mais... D'abord, ils ont des jours de consultation, avec leurs propres créneaux. Et c'est à travailler en fonction des disponibilités des différents bureaux du cabinet, puisqu'on est un petit peu à l'étroit. Entre les jours où il y a les internes, les jours où il y a l'infirmière ASALEE. Donc, c'est un petit peu limité dans le temps, aujourd'hui.

M - Et à l'époque?

MG19 - Ben c'était... Alors non, il n'y avait pas l'infirmière ASALEE. Donc c'est vrai que du coup, on avait un bureau disponible plus facilement. Et, [MA10], il devait venir travailler, je pense, deux ... trois jours par semaine. trois jours par semaine. Donc...

M - Comment était réparti la patientèle entre vous?

MG19 - Alors, ça, je dois dire qu'on n'a pas fait de calcul de répartition. C'est le.... Enfin, c'est la secrétaire qui, en fonction des appels, disait "je ne peux plus avec tel docteur, je vous propose avec tel autre". Et ,vu le nombre de demandes non prises en charges ou reportées à des jours plus lointains, ben elle n'avait aucun problème à les remplir dans des créneaux de consultation. Puisque ça n'est que sur rendez-vous, chez nous.

M - Ok. Il ne voyait pas forcément les nouveaux patients. Il pouvait voir vos patients à vous?

MG19 - Ah oui, oui. En fait, on est titulaire ici... Enfin, on est médecin traitant de certains patients, mais il y a beaucoup de patients, et depuis toujours, dans la façon de fonctionner du cabinet, on a dit que les patients ils pouvaient être interchangeable sans problème, selon s'ils veulent un rendez-vous.... Alors, avant on travaillait matin, après-midi. On a démarré ça, dans l'historique. Puisqu'on avait deux bureaux pour quatre docteurs. Donc, le matin, l'après midi. Celui qui ne pouvait pas venir le matin, ben il voyait un associé, forcément, puisqu'il venait l'après midi. Donc on a toujours cette idée qu'on était certes le médecin traitant, mais que, c'est plutôt le cabinet qui était médecin traitant, parce qu'on a le logiciel en commun. Et donc, on a toujours toutes les informations sur le patient, avec accès à la totalité de son dossier.

M - Ok. Concernant la quantité et la qualité de votre travail, quelles différences y'avait- il entre vos journées avec et celles sans médecin adjoint? Du coup je parle au passé, puisque maintenant vous n'en avez plus mais....

MG19 - Oui oui oui. Je pense que quand le médecin adjoint est arrivé, ça permet d'éviter ...Ca nous a permis de continuer de travailler de la même façon sans augmenter notre quantité horaire de travail par jour . Sinon, c'est sûr qu'on aurait fait une heure ou deux, chacun, de plus, chaque jour. Et on n'avait pas envie . (*rires*)

M - Quelles difficultés avez-vous rencontré dans votre pratique médicale suite à la présence du médecin adjoint? D'ordre administratif, d'organisation, coordination entre les médecins, avec le secrétariat....?

MG19 - Difficultés, pas vraiment. La seule chose qu'il faut, c'est être bien pointilleux sur la comptabilité, pour savoir quel acte il a fait, et quel acte j'ai fait, quand on était tous les deux présents le même jour. C'est un petit travail de précision dans la comptabilité, pour être sur, puisqu'à la fin, quand on a fait... La compta s'agrège sur une seule comptabilité. Donc il était obligé de tenir une comptabilité papier en parallèle de la comptabilité qui est faite dans le logiciel. Pour qu'on puisse bien différencier les actes qu'il avait fait, sur lesquels on lui faisait la rétrocession d'honoraire.

M - Quel impact y'a t-il eu sur votre relation avec vos patients? Est-ce que vous avez eu des retours de leur part, à l'époque?

MG19 - Ben, ils sont tellement habitués, dans ce cabinet, qu'il y ait des remplaçants, des internes, que ça s'est toujours bien passé. Et que ça n'a pas été choquant. Il y a même des patients, quand c'est [MA10] qui était là... [MA8], elle venait un jour par semaine je pense, donc elle avait moins de patientèle à elle. Mais c'est vrai que [MA10] a très vite eu des patients qui ne venaient voir plus que lui. En plus, sachant qu'à la suite, il allait probablement s'installer... Ben non, donc en fait, il n'était pas thésé.

M - Ah.

MG19 - Il n'était pas thésé! Tiens, bonne remarque. Il n'était pas thésé. Donc, en fait, oui, il a commencé à se faire sa patientèle grâce à ça. Oui. Sans aucun problème. Non, on a ici, toujours eu cette culture de... que la patientèle n'était pas quelque chose de privé, que c'était un bien collectif au cabinet. Donc, il n'y a jamais eu de difficulté avec les patients, je pense. De même qu'on arrive à donner des patients aux étudiants. Quand ils sont en autonomie.

M - Et pourquoi en fait, vous avez pris un assistant plutôt qu'un collaborateur, dès le départ? Un adjoint.

MG19 - Le collaborateur, donc, il faut qu'il soit thésé. On a eu des collaborateurs aussi. Ça ne s'est pas toujours très bien passé. Donc, c'est... L'adjoint, ça a le côté pratique d'être mis en place rapidement, quand même. On n'a pas besoin d'aller chercher des feuilles de soins, à imprimer à son nom etc. C'est simple et puis c'était faire face à des situations très rapidement. Et puis, l'opportunité d'avoir quelqu'un... Par exemple, [MA9], il va probablement venir faire des jours de façon fixe, maintenant au cabinet, dès qu'il aura sa thèse. Et il sera collaborateur. Je pense, très vraisemblablement. Même si on sait que c'est pour une durée limitée.

M - [MA9] c'était un adjoint aussi, ou c'était un interne?

MG19 - [MA9] il a été interne. Et il est remplaçant à l'heure actuelle. Il remplace madame [MG17] et puis il va nous faire les remplacements d'été.

M - Quel impact y'a-t'il eu sur la qualité des soins de vos patients? Avez-vous modifié votre façon de les prendre en charge?

MG19 - Alors, je crois qu'il n'y a pas eu d'énorme impact. Ce que j'explique toujours aux patients quand ils sont un peu réticents, c'est que avoir quelqu'un qui a un regard nouveau sur leur état de santé, ça peut parfois être très bénéfique. Donc il ne faut pas avoir peur. Que c'est des professionnels qui ont fini leur formation ou qui sont en train de la finir. Donc c'est des vrais professionnels médecins. Ils n'ont juste pas le titre de docteur. Mais ils sont tout à fait médecins et capables de soigner. Donc, un côté réassurance vis à vis des patients qui sont parfois réticents. Et puis, de temps en temps, c'est assez amusant de voir des patients qui viennent nous revoir, en disant "oh ben j'ai vu le collaborateur, il m'a fait ça, vous trouvez que c'est bien?" Puis quand on leur a expliqué deux, trois fois que c'était très bien, qu'on était tout à fait d'accord, ils n'ont plus tendance à le faire. Mais c'est vrai que c'est une habitude, ça. C'est assez classique. C'est peut-être un petit peu le moyen

pour eux de le tester.

M - Comment vous sentiez-vous après une journée de travail avec un médecin adjoint? Ressentiez-vous une différence avec les journées où vous travailliez seul?

MG19 - Ben, ici, on est rarement seul, au cabinet! Donc c'est compliqué. Euh... Non, quand on a mis en place et qu'on avait des créneaux avec des bureaux libres disponibles, donc c'était intéressant. C'est vrai, je pense que la vraie différence, c'est que s'ils n'avaient pas été là, on aurait eu, oui, une surcharge de travail qui aurait été difficile à assumer, quoi.

M - Quel impact y'a t-il eu sur votre vie privée? Comment le fait d'avoir un médecin adjoint à t'il modifié votre mode de vie? Si vous vous souvenez.

MG19 - Pas grand-chose (*rires*). Non, je pense, pas grand chose. Mais bon, peut-être parce qu'il y a plein d'autres activités en plus. Donc, euh....

M - Puis vous avez toujours travaillé comme ça ...

MG19 - Ben oui, on a toujours été en groupe. Puis après, le temps où on n'est pas au cabinet, c'est parce qu'on est ailleurs. Soit on est au syndicat, soit on est en formation. Donc c'est pas parce que... Le but c'est pas de travailler moins. Pour nous, ça n'a pas été de travailler moins, ça a été de pouvoir garder le même rythme et garder nos activités à coté. Qu'elles soient de formation, qu'elles soient syndicales... Essentiellement. Donc voilà.

M - Ok. Quelles perspectives sont apparues après les premiers contrats de médecin adjoint?

MG19 - Alors, le tout premier, c'était une situation vraiment très particulière. Donc... Pas très intéressant. La perspective, c'est surtout de permettre une bonne continuité des soins. Puisqu'on sait qu'on n'est pas là tout le temps. Ça permet que, malgré tout, les appels et les demandes de soins, programmées ou pas, des patients, soient pris en charge, et de faire qu'il n'y ait pas de temps en temps des vides, en disant "tiens y'a personne au cabinet". C'est essentiellement d'assurer que le patient pourra venir, qu'il pourra être pris en charge, quelque soit la problématique.

M - Quand vous aviez pris [MA10] comme médecin adjoint, c'était dans la perspective qu'il s'installe après? Ou vous y avez pensé après avoir commencé le début du contrat?

MG19 - Oh, je pense qu'on avait déjà l'espoir qu'il vienne. On savait qu'il y avait quelques contraintes. Il fallait qu'on ait une dérogation parce qu'il devait s'installer dans une zone déficitaire qui est le village juste à côté, qui est [nom de ville proche 1]. Et à [ville d'exercice], c'était de l'autre coté de la frontière. Où on était soit-disant pas déficitaires. Donc il fallait une dérogation de la DDASS. Donc on n'avait pas la certitude tant qu'on n'a pas eu son papier signé de la DDASS, comme quoi il pouvait venir, que c'était possible. Mais c'était quand même dans cette optique là, dès le début. Il était partant pour venir ici. Enfin on le savait tout de suite, là. Et puis c'était parce que [D11] avait dit "moi j'aimerais

bien travailler un petit peu moins" et que de l'autre côté il y avait des médecins qui étaient arrêtés. Donc un à [nom de ville proche 2]. Euh, qui est-ce qui s'était arrêté à l'époque? Il y avait [D14], et puis... Qui est-ce qui s'était arrêté d'autre? ... Je ne sais plus quel autre... A [nom de ville proche 1], il y en avait un autre. Donc on était pris en tenaille avec des gens qui affluaient.

M - Donc en fait, le contrat a été renouvelé ou pas, avec [MA10]? Il n'a fait que trois mois, ou est ce qu'il a fait plus de trois mois de contrat?

MG19 - Il a dû faire deux fois trois mois.

M - Ok. Bon. Comment pérenniser ce modèle selon vous?

MG19 - Je crois que c'est surtout le faire connaître. C'est des bons moyens sur quelqu'un qui serait pas ... Peut-être envie d'envisager ... une installation tout de suite, et de se lier. Parce que , la collaboration, quelque part, déjà, c'est une forme d'installation. On va dire un petit peu peut-être , à-minima. Mais c'est quand même déjà, une forme d'installation. Qui peut faire peur à certains. Je pense que si [MA10] avait été thésé, on serait peut-être passé par la collaboration plutôt que par l'assistantat. Mais comme il ne l'était pas, et qu'il était prêt à tout de suite s'installer, ben c'était bien de lui permettre de travailler et de gagner sa vie jusqu'à ce qu'il puisse s'installer, quoi. Parce qu'il avait un petit soucis avec sa date de thèse. Donc, c'est quand même des situations... Moi, je n'envisage pas l'assistantat - à l'heure actuelle, peut-être que ça viendra - comme quelque chose qui doit durer très longtemps dans le temps. Moi je vois plutôt ça trois mois, six mois, allez neuf mois, un an éventuellement. Mais je ne vois pas être un cabinet avec un assistant en permanence. Là, je me dirais , ben c'est qu'on a une place pour quelqu'un qui s'installe, et c'est peut-être presque là, à ce moment là, un échec de l'accueil d'un futur associé. Mais, pour certains, ça peut être aussi leur démystifier la peur de venir. Donc ça peut être un outil aussi. Mais du coup, voilà, pour moi ça ne doit pas avoir une durée très longue dans le temps. Quelqu'un qui me dirait " oh je m'installerais, mais j'hésite". Ben attends, on va faire une collaboration. On va faire, pas une collaboration parce que tu as tes feuilles, quelque part, tu marques dans le marbre que tu t'installes. On va faire un assistantat. Et puis tu vas bien voir. Tu vas essayer trois mois, six mois. Si tu trouves que ça te plait, peut-être que derrière tu vas dire "oui, je m'installe". Puis si ça ne te plait pas, tu pourras facilement dire du jour au lendemain "je m'en vais". A la fin du contrat, c'est la fin du contrat. Donc c'est plus comme ça que je le vois moi. Je ne le vois pas comme l'idée d'un assistant en permanence. Hein, comme certains peuvent l'avoir. Il y a des kinés qui ont des assistants tout le temps. Moi je ne me vois pas, par exemple, avec un médecin assistant salarié. Ca c'est plus la même chose. Et le médecin assistant ne doit pas être l'assistant médical qu'au syndicat [nom du syndicat] on prône, qui va être quelqu'un qui nous aide à peut-être prendre plus de patients en charge, parce que ça nous soulage de certains côtés de notre... de certaines tâches dans la consultation, qu'elle soit administrative , ou certaines tâches de types de soins. De dire à la fin "ben je ne refais pas le pansement moi-même" et ça me permet de plus vite aller voir le suivant. Donc c'est toutes ces choses là qui sont différentes. L'assistant, pour moi ça doit rester d'abord... On est dans le mode libéral et on prône un petit peu le mode libéral. Donc il faut que ça reste quelqu'un qui comprenne bien ce qu'est le travail en libéral. Et dire que si je reste deux

heures, ben je ne vais voir que cinq patients, et je ne vais pas gagner beaucoup de sous. Si je reste huit heures je vais gagner beaucoup de sous. Enfin, je vais bien gagner ma vie. Beaucoup, il ne faut pas exagérer non plus. On ne gagne pas encore comme les spécialistes d'organe. Mais on gagne correctement sa vie. Mais voilà, il faut être là un certain nombre d'heures et que , en face de cette capacité d'avoir des revenus et un chiffre d'affaire, il ne faut pas oublier aussi qu'il y a des frais, et qu'avoir un cabinet dans le monde libéral, ça met des charges. Et les charges, elles sont fixes . Il faut assurer de quoi les payer tous les mois.

M - Globalement, qu'avez-vous pensé de l'existence de ce type de contrat?

MG19 - Moi je trouve que c'est intéressant. Mais voilà, pour moi c'est quelque chose qui doit être ponctuel. Par moments, on va s'en servir. Et c'est pour ça qu'il faut que ça reste quelque chose d'assez simple à mettre en oeuvre. Quasiment aussi simple qu'une demande de remplacement, où il y a un contrat envoyé à l'ordre. L'ordre, très vite, donne son accord, et ça se met en place vite. Et donc, c'est parfois une mesure de protection d'urgence, parfois une mesure de... d'aide à faire un afflux... admettons, je ne sais pas, qu'il y ait une épidémie de grippe exceptionnelle, et qu'on pourrait avoir un contrat d'assistant pendant quinze jours, ou pendant un mois. Et puis voir le temps que l'épidémie dure.

M - Ok. Et avez-vous quelque chose à ajouter?

MG19 - Merci de cet entretien!

M - Merci!

AUTEUR: Nom: BILLIAUX

Prénom: Marine

Date de Soutenance: 27/09/2018

Titre de la thèse: Contrat de médecin adjoint: ressenti du médecin généraliste installé et impact sur son mode d'exercice.

Thèse - Médecine - Lille 2018

Cadre de classement: Médecine Générale

DES + spécialité: Médecine Générale

Mots-clés: médecin adjoint, interne assistant, médecin généraliste, désert médical, zone sous-dense

Résumé:

Introduction Un nouveau contrat, celui de médecin adjoint (MA), permet à de jeunes médecins doctorants d'exercer comme adjoints auprès de médecins généralistes installés (MGI), pour faire face à un afflux d'activité, de façon temporaire. L'objectif de notre étude était de recueillir le ressenti des MGI concernant l'impact qu'avait eu ce contrat sur leur mode d'exercice, afin d'apporter un éclairage sur une des solutions à la problématique de la désertification médicale.

Méthode Il s'agissait d'une étude qualitative par théorisation ancrée. Le recueil s'est fait par entretiens individuels semi-dirigés, avec l'aide d'un guide d'entretien, entre janvier et juin 2018. La population ciblée par l'étude concernait la totalité des MGI dans le Nord et le Pas-de-Calais, ayant travaillé avec au moins un médecin généraliste adjoint en 2017. Les entretiens ont été retranscrits puis analysés sur le logiciel NVIVO®.

Résultats : La saturation des données a été atteinte après neuf entretiens, car tous les sujets éligibles et ayant accepté de participer à l'étude ont été interrogés. Les MGI étaient des médecins pluri-actifs avec un réseau professionnel qui leur a permis de trouver des MA. Selon les MGI, le MA a permis d'améliorer la prise en charge des patients, d'augmenter l'offre de soin et de garantir l'avenir professionnel des MGI. Le MA était considéré comme une réponse à une situation aigüe, et une étape dans l'installation des jeunes médecins. De plus, la présence des MA a permis un enrichissement intellectuel des MGI et a eu un impact positif sur leur qualité de vie. Cependant, la coordination des soins des patients était plus difficile et a nécessité une adaptation. Enfin, des améliorations du contrat sont apparues nécessaires.

Conclusion : Le contrat de MA permet d'apporter une réponse à la demande de soins des patients dans les zones sous-denses, que ce soit de manière transitoire ou à plus long terme. Il présente de nombreux aspects positifs sur le plan professionnel et personnel. Mais il nécessiterait des améliorations pour renforcer le développement du statut, telles qu'une place administrative plus appropriée aux MA, et une modification de la législation concernant la durée du contrat.

Composition du Jury:

Président: Pr Olivier Cottencin

Assesseurs: Pr Patrick Lerouge, Dr Matthieu Calafiore, Dr Laurent Turi