



UNIVERSITE DE LILLE DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2019

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Représentations et attentes des médecins généralistes concernant les
assistants médicaux et les infirmiers de pratique avancée**

Présentée et soutenue publiquement le 06 novembre 2019
au Pôle Formation de la faculté de médecine Henri Warembourg à Lille
Par Sophie PIRER

JURY

Président :

Monsieur le Professeur PUISIEUX François

Assesseurs :

Monsieur le Docteur CHOURAKI Vincent

Monsieur le Docteur HUMEZ Jean-François

Directeur de Thèse :

Monsieur le Professeur BERKHOUT Christophe

Avertissement

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

Liste des abréviations

ARS	Agence régionale de santé
CERFA	Certificat d'enregistrement et de révision des formulaires administratifs
CNAM	Caisse nationale de l'Assurance Maladie
CPTS	Communautés professionnelles territoriales de santé
DU	Diplôme universitaire
ECG	Electrocardiogramme
EFR	Exploration fonctionnelle respiratoire
ETP	Education thérapeutique du patient
F	Femme
H	Homme
HBA1C	Hémoglobine glyquée
IDE	Infirmier diplômé d'état
IFSI	Institut de formation en soins infirmiers
IPA	Infirmier de pratique avancée
M	Médecin
MSP	Maison de santé pluridisciplinaire

Table des matières

Résumé	1
Introduction	3
I. Les assistants médicaux	4
II. L'infirmier de pratique avancée	6
Méthode	10
I. Type d'étude	10
II. Population étudiée	10
III. Méthode de recrutement	10
IV. Réalisation des entretiens	10
V. Analyse des données	11
VI. Saturation des données.....	12
VII. Ethique	12
Résultats	13
I. Population étudiée	13
II. Information concernant les assistants médicaux et les IPA	13
III. Rôle des assistants médicaux et des IPA	15
a. Assistants médicaux	15
b. IPA	16
IV. Formation des assistants médicaux et des IPA selon les médecins généralistes	18
a. Assistants médicaux	18
b. IPA	20
V. Avantages de ces nouvelles professions	22
a. Assistants médicaux	22
b. IPA	23
VI. Inconvénients de ces nouvelles professions	25
a. Assistants médicaux	25
b. IPA	27
VII. Assistants médicaux et IPA dans la pratique de la médecine générale	31
VIII. Rémunération des assistants médicaux et des IPA	33
a. Assistants médicaux	33
i. Financement par le médecin	33
ii. Financement par l'Assurance Maladie	35
iii. Financement partagé	36
b. IPA	37
IX. Assistant médical et augmentation du nombre d'actes	38
X. Vision de l'avenir	39
Discussion	45
I. Méthode	45
a. Choix de la méthode qualitative	45
b. L'entretien	45
c. Limites de l'étude	45

II.	Discussion des résultats	46
a.	Rôle des nouvelles professions	46
b.	Avantages et inconvénients	48
i.	Avantages	48
ii.	Inconvénients	48
c.	Augmentation du nombre d'actes	49
d.	Rémunération	49
e.	Avenir de la médecine générale	50
Conclusion		51
Références bibliographiques		52
Annexes		54

Résumé

Contexte : Afin de pallier la désertification médicale, les pouvoirs publics ont créé deux nouvelles professions : les assistants médicaux et les infirmiers de pratique avancée. Le but affiché est de libérer du temps médical aux médecins et de faciliter l'accès aux soins. Ce sujet étant récent, aucun travail universitaire explorant l'opinion des médecins généralistes au sujet de ces nouvelles professions n'a été trouvé. Nous leur avons demandé leurs avis.

Méthode : Étude qualitative s'inspirant de la théorisation ancrée en utilisant une approche phénoménologique. Entretiens semi-dirigés réalisés entre mai 2019 et juillet 2019 dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais. Suffisance des données obtenue après quatorze entretiens : un quinzième entretien a été réalisé pour s'assurer de l'absence de nouveaux thèmes.

Résultats : Les médecins interrogés étaient globalement mal informés sur ces nouvelles professions. Une confusion existait parfois entre les assistants médicaux et les infirmiers de pratique avancée. Ils estimaient que les inconvénients (dégradation de la relation médecin-malade, perte du rôle central du médecin traitant, erreurs médicale...) seraient plus importants que les bénéfices annoncés (gain de temps médical). Concernant les assistant médicaux, le financement posait un problème. La majorité refusait la rémunération de ces professionnels à leur charge, même avec une aide au financement. Une majorité ne souhaite pas augmenter sa patientèle. Enfin concernant l'avenir de la profession médicale, la question d'un salariat généralisé est souvent évoquée.

Conclusion : Les médecins interrogés semblaient globalement défavorables à la mise en place de ces nouvelles professions. Ils craignaient de perdre le rôle central de la médecine générale dans la prise en charge des patients.

Introduction

Depuis 2010, le nombre de médecins généralistes libéraux diminue chaque année. Cette tendance devrait se poursuivre jusqu'en 2025. En parallèle, le nombre de médecins généralistes salariés augmente mais seule une minorité exerce dans des centres de santé et peut contribuer à l'offre de soins de premier recours. (1)

Le Ministère des solidarités et de la santé a mis au point une stratégie (Ma Santé 2022) dont le but principal est de renforcer l'accès aux soins premiers dans les territoires à faible densité médicale. Cette stratégie s'appuie sur plusieurs axes. Le premier axe consiste à inciter les médecins à s'installer, notamment dans les territoires à faible densité médicale (1)

- Développer les stages de médecine générale pour promouvoir cette spécialité
- Verser des bourses étudiantes en contrepartie de l'installation
- Aider financièrement et professionnellement l'installation et l'exercice
- Favoriser les centres et maisons de santé

Le second axe consiste à encourager de nouvelles formes d'exercice médical

- Favoriser la porosité entre médecine de ville et médecine hospitalière en créant des postes partagés entre les deux
- Déployer la télémédecine
- Inciter au cumul emploi retraite pour le maintien de l'activité de médecins seniors
- Assurer un renfort médical par des médecins hospitaliers ou libéraux d'autres territoires

Le troisième axe s'oriente vers la libération de temps médical en s'appuyant sur d'autres professionnels de santé

- Développement de la fonction des infirmiers de pratique avancée pour le suivi des patients chroniques
- Délégation de certaines tâches médicales à d'autres professionnels (exemple : vaccination en pharmacie)
- Créer la fonction d'assistant médical pour la pré-consultation et le suivi des patients.

I. Les assistants médicaux

La création d'assistants médicaux est un sujet d'actualité. Elle a fait l'objet de négociations dans le cadre de la convention médicale entre la CNAM et les syndicats représentatifs des médecins. Le but étant de libérer du temps médical aux médecins pour ainsi augmenter leur nombre de consultations quotidien et ainsi mathématiquement réduire les délais de consultation.

Reste alors la question de savoir comment seront formés ces assistants médicaux. Il pourrait s'agir de secrétaires médicales qui suivront une formation complémentaire ou encore d'aides-soignants. La question est en cours de discussion. (2)

Autre source d'interrogation, le financement de ces assistants. Une alternative a été débattue. Soit l'Assurance Maladie finançait un assistant médical pour trois médecins. Soit le financement (dit populationnel) de l'assistant médical dépendait de la patientèle du médecin généraliste. Le financement de l'assistant médical serait assuré en échange d'une augmentation par le médecin du nombre de patients suivis, en lien avec sa patientèle de départ. C'est cette dernière qui a été retenue. (3)

Le rôle de ces assistant médicaux n'est pour l'heure pas complètement éclairci. Le but est de faire gagner du temps médical en jouant sur deux tableaux : une délégation de tâches administratives et une délégation de tâches de soins. Des pistes sont avancées (2)

- Optimisation de la tenue du dossier patient
- Gestion du matériel médical
- Gestion du parcours de soins des patients
- Problématiques sociales
- Relation avec la CPAM
- Entretien du cabinet médical
- Autres : préparation du patient, prise de constantes...

Selon les cabinets, le profil des assistants médicaux pourrait donc être différent, le but étant de répondre aux besoins spécifiques de chaque médecin généraliste.

Ce système existe déjà chez nos voisins européens. Prenons l'exemple de la Suisse où les assistants médicaux sont sous la responsabilité d'un ou plusieurs médecins. (4) L'assistant médical est le premier contact entre le cabinet médical et les patients (tri des urgences, aiguillage vers un service approprié, prise de rendez-vous) mais aussi avec les autres professionnels de santé (médecins, Assurance Maladie, pharmaciens, autres partenaires de la santé). Leur formation dure 3 ans et se divise entre une formation théorique dans une école professionnelle et le travail pratique en cabinet. Elle s'articule autour de plusieurs axes

- L'accueil des patients qui comprend l'installation du patient, la prise de tension, la pesée et au besoin la réalisation d'un électrocardiogramme. Mais aussi,

l'installation des instruments nécessaire à l'examen médical (frottis cervico-vaginal).

- Les tâches administratives telles que commander le matériel nécessaire au bon fonctionnement du cabinet, préparer les ordonnances que doit signer le médecin, effectuer la facturation et tenir à jour le fichier des patients dans le respect de la protection des données.
- L'assistance des praticiens notamment lors de petites interventions (sutures) ou de soins pansements. Par ailleurs, les assistant médicaux sont habilités à administrer les vaccins et les traitements de désensibilisation sous la surveillance d'un médecin.
- Les travaux de laboratoire et de radiologie dont certains groupes de médecins sont équipés.

Au terme de cette formation le titre obtenu est un certificat fédéral de capacité d'assistante médicale. Leur rémunération dépend des médecins généralistes. Ces derniers sont rémunérés par la tarification à l'acte. Les consultations sont chères, entre 100 et 200 euros. (5)

II. L'infirmier de pratique avancée

La création de cette nouvelle profession répond à plusieurs objectifs permettant de

- Favoriser le suivi des pathologies chroniques et l'interprofessionnalité.
- Réduire la charge de travail du médecin généraliste sur des pathologies ciblées.
- D'apporter une plus grande autonomie de travail aux infirmières.

L'infirmier en pratique avancée peut exercer en ambulatoire au sein d'une équipe de soins premiers coordonnée par le médecin (par exemple en maison ou centre de santé) ou dans un centre médical du service de santé des armées coordonnée par un médecin des armées. Hormis les soins premiers, il peut assister un médecin spécialiste. Il peut également exercer en établissement de santé, {Citation}en établissement médico-social ou dans un hôpital des armées, au sein d'une équipe de soins coordonnée par un médecin. (6,7)

Comparativement à l'assistant médical où le cadre de la formation n'est pas encore défini, la formation de l'infirmier en pratique avancée se déroule sur deux années et est accessible après trois ans d'exercice. Cependant, chaque université accréditée peut définir ses propres modalités d'admission. La première année est un tronc commun permettant à l'infirmier d'acquérir les bases de l'exercice en pratique avancée. (6) La seconde année dépend de la mention choisie par l'infirmier. Initialement, trois mentions ont été définies (7)

- Pathologies chroniques stabilisées et poly-pathologies courantes en soins premiers,
- Oncologie et hémato-oncologie,
- Maladie rénale chronique, dialyse et transplantation rénale.

Celles-ci seront rejointes dès la rentrée 2019-2020 par la santé mentale et la psychiatrie. En plus de l'enseignement théorique, la formation se compose également de deux stages répartis entre la première et la deuxième d'une durée totale de minimum 6 mois. (8)

Au terme de cette formation et après la validation des enseignements, des stages pratiques ainsi que du mémoire, un diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée avec la mention choisie est délivré et est reconnu au grade universitaire de master. (9)

Selon le Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice d'infirmier en pratique avancée et Art. R. 4301-3, l'infirmier exerçant en pratique avancée peut (10)

- Conduire toute activité d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage qu'il juge nécessaire
- Effectuer tout acte d'évaluation et de conclusion clinique ou tout acte de surveillance clinique et para-clinique, consistant à adapter le suivi du patient en fonction des résultats des actes techniques ou des examens complémentaires ou de l'environnement global du patient ou reposant sur l'évaluation de l'adhésion et des capacités d'adaptation du patient à son traitement ou sur l'évaluation des risques liés aux traitements médicamenteux et non médicamenteux
- Effectuer les actes techniques et demander les actes de suivi et de prévention inscrits sur les listes établies par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Académie nationale de médecine (11)
- Prescrire
 - ✓ des médicaments non soumis à prescription médicale obligatoire figurant sur la liste établie par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé en application de l'article R. 5121-202 ; « – des dispositifs médicaux non soumis à prescription médicale obligatoire dont la liste est établie par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Académie nationale de médecine » (12)

- ✓ des examens de biologie médicale dont la liste est établie par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Académie nationale de médecine (12)
- Renouveler, en les adaptant si besoin, des prescriptions médicales dont la liste est établie par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Académie nationale de médecine. (11)

Ce sujet étant particulièrement récent aucun travail de thèse francophone n'a été retrouvé évaluant l'avis des médecins généralistes concernant les assistants médicaux et les infirmiers de pratique avancée. Plusieurs études anglophones ont évalué le rôle ou l'efficacité de ces assistants. (13–15)

L'objectif de ce travail de recherche sera d'identifier les représentations des médecins généralistes concernant ces nouvelles professions et de faire la synthèse de leurs attentes pour leur mise en place. Seront discutés : la formation et le rôle des assistants médicaux et des infirmiers de pratique avancée, les avantages et inconvénients pressentis par les médecins ou encore leur mode de rémunération.

Méthode

I. Type d'étude

Le choix s'est porté sur une étude qualitative s'inspirant de la théorisation ancrée en utilisant une approche phénoménologique. Les données ont été recueillies par des entretiens individuels semi-dirigés. Une revue simple de la littérature a été réalisée en utilisant les mots-clés : assistants médicaux, infirmiers de pratique avancée, médecin généraliste pour établir le guide d'entretien et argumenter la discussion...

II. Population étudiée

Pour être inclus il fallait être médecin généraliste en exercice libéral dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais. Les médecins généralistes hospitaliers ou salariés en soins premiers étaient exclus.

III. Méthode de recrutement

Le recrutement des médecins généralistes a été réalisé de manière raisonnée afin d'atteindre la plus grande variance, entre les mois de mai et juillet 2019. La sélection a été effectuée sur l'âge, le sexe, la zone d'exercice (urbain ou rural).

Un premier contact a été effectué par appel téléphonique. Un rendez-vous a été programmé au cabinet des médecins généralistes. Chacun a été informé de l'objectif de l'étude, de la méthode utilisée et du caractère enregistré mais anonyme des entretiens.

IV. Réalisation des entretiens

Suite à la revue de la littérature, un premier guide d'entretien a été réalisé. Ce guide d'entretien a évolué afin de clarifier la distinction entre assistant médical et infirmier de

pratique avancée, et afin de prendre en compte les apports induits par les entretiens précédents. Le premier et le dernier guide constituent les annexes 1 et 2. L'utilisation de questions ouvertes était privilégiée. La question brise-glace explorait les informations qu'ils avaient reçues concernant les deux nouvelles professions de santé. L'enregistrement des entretiens a été réalisé à l'aide de l'application Dictaphone présente sur le système d'exploitation Android® (Open Handset Alliance®, Mountain View, California, US). Suite à l'enregistrement, les entretiens ont été transcrits *verbatim* par le traitement de texte Word® (Microsoft®, Redmond (WA), USA). Chaque participant a été anonymisé à l'aide des codes M1 pour médecin généraliste 1, M2 pour médecin généraliste 2, etc.

V. Analyse des données

Le logiciel d'analyse de contenu Nvivo12® (QSR international®, Melbourne, Australie) a été utilisé pour réaliser l'analyse et le codage heuristique, donc interprétatif, des transcriptions. Cette analyse discursive des transcriptions s'inspirant de la théorisation ancrée ou *grounded theory* a été menée en parallèle et indépendamment par deux chercheurs.

L'ancrage permet de retranscrire les croyances et les représentations des personnes rencontrées sur le terrain en faisant émerger une théorie à partir de l'ensemble des nouveaux concepts apportés par les participants.

Cette analyse se décompose en trois niveaux (16)

- Codage ouvert : il permet de faire émerger des données le plus grand nombre de concepts et de catégories possibles.
- Codage axial : il procède de l'articulation des propriétés découvertes lors du codage ouvert.

- Codage sélectif : il procède de l'intégration des relations élaborées lors du codage axial.

La théorie a été générée à partir des faits observés et exprimée sous la forme d'une hypothèse. La méthode de la théorisation ancrée propose de collecter et d'analyser les transcriptions en parallèle dans un aller-retour permanent.

Une triangulation du codage entre les deux chercheurs a été réalisée par consensus pour convenir de codes communs. Une tierce personne pour départager des divergences d'analyse a été prévue mais n'a pas été nécessaire. (16)

VI. Saturation des données

Dans une étude qualitative, le nombre d'entretiens n'est pas préalablement établi. La saturation théorique des données a été retenue atteinte lorsque l'analyse de nouveaux entretiens n'a plus modifié la théorie. Elle a été déclarée atteinte au 14^e entretien. Un entretien supplémentaire a été effectué pour s'assurer de l'absence d'émergence de nouveaux thèmes.

VII. Ethique

En l'absence d'intervention, aucun avis de CPP n'était requis.

Une déclaration simplifiée a été effectuée auprès de la Commission nationale informatique et libertés dans le respect de la législation (annexe 3).

Le plan de rédaction de cette thèse était RATS (annexe 4). (17)

Résultats

I. Population étudiée

L'échantillon était composé de 15 médecins généralistes. 7 femmes et 8 hommes. Ils étaient âgés de 29 à 72 ans. 12 exerçaient en milieu rural et 3 en milieu urbain.

M	Sexe	Age (en années)	Durée d'installation	Lieux	Exercice	Durée de l'entretien (minutes)
M1	H	35	2 ans	rural	En groupe	25
M2	F	42	12 ans	rural	En groupe	18
M3	H	48	20 ans	rural	En groupe	10
M4	H	33	2 ans	rural	Seul	26
M5	F	33	3 ans	rural	En groupe	17
M6	F	42	12 ans	rural	En groupe	24
M7	F	34	2 ans	rural	En groupe	18
M8	F	34	8 mois	rural	En groupe	16
M9	H	49	14 ans	rural	Seul	20
M10	H	72	40 ans	urbain	En groupe	26
M11	H	53	17 ans	urbain	En groupe	8
M12	F	58	20 ans	urbain	En groupe	15
M13	H	29	7 mois	rural	MSP	16
M14	F	56	19 ans	rural	MSP	14
M15	H	34	3 ans	rural	En groupe	17

II. Information concernant les assistants médicaux et les IPA

Certains médecins interrogés ont appris l'existence de ces nouvelles professions via des médias comme la télévision ou la radio :

« Euh les infos publiques, ceux que la radio les journaux télévisés. » M12

« Je les ai eues à la télé » M11

Ou encore via la presse grand public :

« les informations par le grand public déjà, par la presse grand public » M9

Certains s'en plaignent :

« les informations par le grand public déjà, par la presse grand public, parce que comme d'habitude nous on nous informe toujours par le canal professionnel quand tout est fait. Ça c'est clair que ce soit l'ARS, le ministère, le conseil de l'ordre on est toujours informé en dernier, donc la presse grand public. » M9

D'autres médecins ont reçu des informations via des médias spécialisés :

« Au suivi de publication spécialisée sur la médecine générale » M4

« Oh c'est au travers des mails que l'on reçoit, on est abonné à un tas de trucs. » M3

« Ben j'étais resté sur les assistants médicaux parce que c'est vrai qu'on entend parler dans les magazines, dans les revues qu'on reçoit » M5

Certains ont entrepris des recherches personnelles :

« Alors, aucune par le canal officiel et professionnel, toujours pas, donc c'est plutôt, comme l'idée est quand même moins avancée que les assistants médicaux, là c'est plutôt par des lectures personnelles ou de la recherche d'informations personnelle parce que, enfin ça fait un petit moment que je n'ai pas regardé, mais moi j'étais très intéressé par cette façon de faire. » M9

Pour certains d'entre eux la distinction entre assistants médicaux et IPA n'était pas claire :

« C'est quoi alors ? Alors quelle est la différence entre l'infirmier de pratique avancée et l'assistant médical ? » M5

« Alors je ne sais pas bien faire la différence avec les assistants médicaux et infirmiers de pratique avancée, clairement, j'ai plus d'informations sur les infirmiers. » M8

Pour d'autres, la profession d'infirmier en pratique avancée était totalement inconnue :

« Mais infirmier de pratique médical, je ne sais pas ce que ça change de la profession d'infirmier ou même de l'assistant ou même avec qui il va travailler si c'est avec le médecin ? En continu tout au long de la journée enfin c'est depuis quand ? » M5

« Alors ça je sais pas ce que c'est infirmier de pratique avancée c'est des infirmières qui vont pouvoir faire des prescriptions des choses comme ça. » M11

« Je sais pas ce que ça veut dire en fait. » M6

III. Rôle des assistants médicaux et des IPA

a. Assistants médicaux

Ils auraient une fonction administrative avec gestion de la facturation, des feuilles de soins... :

« une gestion administrative euhmmm qui qui nous incombe. Je pense voilà aux feuilles de soins, la facturation, des demandes d'ALD, de la commande de documents donc un soutien finalement entre guillemets un peu logistique mais administratif » M1

Ils pourraient prendre les rendez-vous :

« par exemple on pourrait imaginer une prise de rendez-vous » M1

Accueillir les patients et préparer la consultation :

« Accueillir les patients peut-être » M12

« J' imagine qu'ils seraient là pour alléger le travail en consultation c'est-à-dire préparer la consultation » M14

Ils auraient également une part d'activité médicale. Notamment dans la prise de constantes et le recueil d'informations :

« en cabinet comme hum les prises de poids, de tension, les prises de constantes, d'antécédents des patients voilà c'est des choses qui peuvent faire avancer les consultations médicales. » M13

« prendre la tension, prendre des constantes qui sont faciles à prendre éventuellement vérifier certaines données comme un carnet de vaccination, peser, mesurer un bébé, des choses de base qui permettraient de faire des consultations plus courtes. » M14

Le but final étant de faire gagner du temps au médecin :

« Ils permettraient de faire gagner du temps en faisant diverses choses » M13

« Bah nous faire gagner du temps (rire). » M3

b. IPA

Certains l'envisagent pour les renouvellements d'ordonnance :

« Des renouvellements de traitement des patients hypertendus, diabétiques. Je vois pas forcément d'inconvénient à ça en réalité. A partir du moment où on est averti où on sait quand c'est fait et entre guillemets comment c'est fait. » M1

D'autres pour des pathologies considérées comme bénignes :

« donc oui après est-ce-que c'est que pour du suivi au long cours qui seront là ou est-ce que ce serait aussi pour des pathologies bénignes enfin considérées comme bénignes après ça pourrait être intéressant aussi si il avait une formation

complémentaire là-dessus ça permettrait aussi de plutôt que de passer par le médecin et de prendre du temps de consultation. Ce serait qu'il soit capable de traiter et de gérer en fait sans passer par le médecin des pathologies qui semble bénigne. » M13

Ou encore comme première évaluation en pédiatrie :

« même une première évaluation d'un syndrome fébrile chez un gamin qui a pas de critère de gravité et moi je trouve ça très bien » M9

Ils pourraient être utiles dans la prise de constantes :

« vérification des constantes » M9

Ou pour la gestion de patients complexes. En ayant un rôle d'alerte par exemple :

*« je trouve et du coup hum je pense qu'on se repose enfin on ne se repose pas on travaille ensemble, on collabore je trouve qu'elles ont de plus en plus de choses à gérer, elles nous alertent sur certaines choses, nous renvoient des choses, du suivi. »
M15*

Voir même de prescripteur :

« Aide à la prise en charge de situations complexes comme on pourrait l'avoir avec une infirmière dans le cadre d'un patient un peu compliqué mais avec peut-être avec une donc leur rôle de prescription possible » M1

Certains envisagent également un rôle prépondérant dans l'éducation thérapeutique.

Notamment pour les patients atteints de maladies chroniques :

« J'ai compris que ce serait de l'éducation, faire des groupes avec plusieurs patients, faire de l'ETP hum après hum on m'a dit que c'est sur des patients un peu chronique

un patient diabétique par exemple, elle pourrait les reprendre pour faire un peu tout ce qui est équilibre alimentaire ou activité physique des thèmes un peu dans leur globalité je pense enfin sur la prise en charge globale du patient. » M7

IV. Formation des assistants médicaux et des IPA selon les médecins généralistes

a. Assistants médicaux

Concernant la formation de ces assistants médicaux, un médecin déclare ne pas savoir :

« Ben je ne sais pas quel type de formation ils vont avoir ? Et qui va la gérer ? Comment on va les former ? Ce qu'il y a à apprendre » M5

Un médecin pointe du doigt la nécessité de savoir appréhender le contact humain :

« Alors, comment j'imagine leur formation ? Bonne question, premièrement le contact avec le patient, je pense que ça c'est le premier truc surtout en médecine générale c'est important, je prends un exemple, le patient un truc administratif, sa carte vitale n'était pas à jour, je n'ai pas été réglé correctement, il faut amener la chose parce que les gens se sentent un peu agressés, quand on leur demande si leur papiers sont à jour, pourquoi ils ne sont pas venus régler la consultation, dès qu'ils n'ont pas les sous, ils vont venir payer la consultation plus tard, mais ils ne le font pas toujours, donc prendre contact, c'est un peu fastidieux, un peu délicat. Dans un premier temps, tout ce qui est humain » M8

Sur le plan administratif, des médecins considèrent que leur formation devra passer par les services de l'Assurance Maladie :

« sur le plan administratif savoir comment la Sécurité Sociale fonctionne, comment fonctionne les tiers payant après en soit il n'y a rien de très compliqué je pense qu'il faut quand même avoir les bases, savoir aussi qu'il y a des tonnes de mutuelles qui existent et il faut savoir les contacter » M8

« Voilà mais qu'elles sachent travailler dans les services d'Assurance Maladie » M1

Notamment pour la gestion des feuilles de soins :

« j'imaginerais euuh moi je le vois surtout pour les feuilles de soins. La gestion des feuilles de soins, aux rejets des feuilles de soins. » M1

Ou la tarification :

« Une aide à la tarification peut-être » M1

Outre le côté administratif la nécessité d'une formation médicale est explicitée :

« Pour moi, il faut faire des études médicales. » M7

« Ben déjà il faudrait avoir certaines bases médicales et paramédicales parce que là on s'occupe de patients et pour certaines personnes qui ont jamais eu de travail dans ce milieu-là c'est assez difficile, pour nous ça coule de source parce qu'on baigne dedans depuis plus de 10 ans, les infirmiers aussi ont une formation de par leur stage hospitalier aussi sont complètement baignés de ce milieu. » M13

Notamment en apprentissage auprès du médecin généraliste :

« je pense sur la pratique de base mais je pense que la pratique aussi via des stages qui se feraient alors je ne sais pas soit dans les cabinets médicaux soit en secteur hospitalier c'est peut-être moins intéressant pour le projet mais il faudrait aussi un aspect pratique à côté. » M13

En s'adaptant à sa pratique :

« Mais une formation pro quoi, une formation professionnelle chez le médecin pour adapter leur savoir-faire euhh mm puis s'adapter aussi à la demande du médecin. Si un médecin a plus besoin d'une aide je sais pas alors euuuh d'une aide pour aller euhh pour aller euhh je sais pas » M1

Certains n'oublient pas la nécessité d'une formation théorique :

« il faudrait déjà des cours théoriques » M13

b. IPA

Comme pour les assistants médicaux, quand on demande à certains médecins s'ils ont une idée de la formation des IPA certains répondent non :

« Non » M8

Certains pensent à une formation complémentaire aux études d'infirmière :

« J'imagine que c'est un complément de formation par rapport à leur métier mais je ne sais pas du tout » M2

D'autres ont une idée plus claire en imaginant des formations complémentaires pour les infirmiers sous la forme de DU sur des thèmes comme prise en charge des plaies, des sujets âgés ou porteurs de pathologies chroniques :

« Beaucoup devraient bénéficier de diplômes universitaires en terme de prise en charge de la plaie. Ça ça me paraît essentiel beaucoup devraient avoir pareil un diplôme universitaire donc ça serait parce que bon les études sont ce qu'elles sont. Je crois que c'est 3 ans et demi mais après en pratique je pense qu'il faut voilà des formations, des formations complémentaires et spécifiques. La plaie, la prise en

charge de la personne âgée et la prise en charge du patient chronique. Je le vois comme un DU. Ça pourrait je pense être un bon moyen pour qu'elles soient en tout cas à l'aise dans la prescription. » M1

Un médecin imagine que la réforme des études de santé avec notamment la suppression du numerus clausus entraînera la création d'une nouvelle profession qui serait équivalente aux IPA :

« Ce qui est sûr c'est que si on augmente trop l'entrée en P1 enfin de P1 à P2 hum ouais je suis vieux hum. On va arriver au mur en fait de l'internat parce qu'on a pas assez de gens pour former de nouveau interne. Donc on ne pourra pas former en tant qu'interne tous les gens qui vont arriver à ce niveau-là. Et ça tombe bien, ce barrage arrive en bac plus 5. Donc ce bac plus 5 en santé ben qu'est-ce tu vas dire à tous ces gens qui ont fait bac plus 5 ? Donc tu peux les envoyer chier et leur disant ben tant pis vous n'avez pas de poste vous n'êtes pas assez bon tant pis ou tu en fais des infirmiers en pratique avancée ça tombe bien ils sont bac plus 5, ils ont déjà fait infirmier pendant trois ans à l'hosto ou tu en fais des assistants médicaux. » M4

Enfin un médecin met en évidence le fossé qui existerait entre les études d'infirmier et la pratique :

« Je pense qu'il y a un problème de décret d'application vis-à-vis des objectifs de formation dans les IFSI et la réalité pratique voilà. Je rencontre régulièrement des infirmières en troisième année qui n'ont jamais vacciné. Et quand je donne mon accord pour vacciner, l'infirmière référente qui est en charge de sa formation ne lui permet pas de le faire. Donc voilà. Alors qu'en ville elle pourrait le faire. Elle peut vacciner donc voilà il y a un gros problème dans les décrets d'application. En tout cas une mise à jour dans les décrets d'application avec la réalité pratique. » M1

V. Avantages de ces nouvelles professions

a. Assistants médicaux

Lorsqu'il leur est demandé quels avantages les médecins voient dans l'arrivée de cette nouvelle profession, la réponse la plus commune est aucun :

« Je ne vois pas d'avantages. » M14

« Pour moi. Pas grand-chose. Pour moi ça ne sert pas à grand-chose dans l'absolu »

M12

Certains approfondissent leur point de vue en mettant en rapport les avantages attendus avec les nouvelles contraintes :

« Ben moi je n'en vois pas, je ne vois que des inconvénients par ce qu'en fait hum. Alors si l'assistant médical me fait gagner du temps administratif et tension alors je vois un avantage ; effectivement de gagner plus de temps pour m'occuper des patients. Mais comme la contrepartie c'est de voir plus de monde au final j'ai aucun avantage. » M4

D'autres sont plus optimistes et pensent que ces assistants médicaux favoriseront l'interprofessionnalité et diminueront la fatigue des médecins :

« Hum ben l'avantage déjà c'est que ça va renforcer aussi. Mon avis ça va renforcer la pratique d'exercice en groupe. Ça augmente un peu l'effectif des structures, ça peut être aussi un intermédiaire enfin voilà pour discuter des patients le fait de les avoir en premier lieu qu'ils voient les patients en premier lieu c'est aussi une autre vision en fait une autre personne qui peut ensuite discuter avec le médecin enfin je pense aussi qu'il a du dialogue. Quand le médecin au bout d'une journée par exemple à 18, 19heures 20 heures a déjà vu une trentaine de patients ou voilà il commence à être fatigué le

but ce n'est pas de bâcler loin de là les consultations je pense que le fait d'avoir un assistant à coté donc déjà qui aurait permis d'avoir une journée un peu plus allégée mais aussi d'avoir une discussion avec lui je trouve que c'est bien. » M13

Notamment en gérant la partie administrative :

« Parce que clairement les tâches administratives nous prennent énormément de temps et là pourquoi pas » M2

Un médecin y voit même un avantage pour améliorer ses consultations à la condition qu'il ne doive pas augmenter leurs nombres :

« il disait je suis très content d'avoir un assistant médical parce que j'ai plus de temps à consacrer à mon patient dans une consultation et donc lui a une assistante médicale pas pour voir plus de monde mais pour voir mieux les gens. » M4

Certains ont tout simplement un a priori positif :

« Ben non parce que le but à priori c'est de nous décharger donc il n'y a que des effets positifs. » M5

b. IPA

Comme pour les assistants médicaux, cette nouvelle profession ne présente aucun avantage pour de nombreux médecins :

« Après l'infirmier en pratique avancée c'est pareil, je n'y vois aucun avantage parce que si c'est pour voir le patient uniquement quand il est décompensé et qu'il est pas bien et que l'infirmier ne sait pas gérer ben hum du coup moi je ne le connais pas le patient, parce que ça fait peut-être 6 mois que je ne l'ai pas vu, 9 mois que je ne l'ai pas vu, un an que je ne l'ai pas vu. » M4

Notamment car la valeur ajoutée par rapport à un infirmier actuel n'est pas claire :

« En fait, je ne vois pas l'utilité d'avoir un infirmier en pratique avancée puisqu'on a déjà des infirmières à domicile qui savent nous contacter si besoin ? En plus si c'est pour faire du renouvellement d'ordonnance alors qu'on les fait déjà tous les trois mois je trouve qu'on peut gérer la situation. » M5

D'autres au contraire y voient des avantages notamment dans la collaboration interprofessionnelle :

« parce que moi une infirmière de pratique avancée je vois plus ça comme un partenariat » M9

« Ouais ça c'est un peu... ça c'est je pense que c'est plus l'avenir c'est plus une histoire comme ça. Une infirmière un peu spécialisée qui surveille, qui saurait donc très traiter le suivi tant qu'il n'y a pas de problème et qui saurait détecter en plus s'il y a un problème. Parce que les gens qui ont des problèmes ne savent pas toujours s'en rendre compte. Et donc là ça serait plus intéressant qu'elle fasse le suivi et éventuellement qu'elle prévienne quand il y a un problème qui apparaît même si les gens ne s'en rendent pas bien compte. » M10

Un médecin y voit même un moyen de favoriser l'installation :

« Je pense que les infirmiers de pratique avancée (rires) je suis pas contre je pense que ça peut être un système qui favorise l'installation pourquoi pas » M10

Cela pourrait également libérer des plages horaires de consultation :

« Alors l'avantage c'est que effectivement, je vais commencer par les points positifs. Ça nous libérera des plages horaires, pour des patients hum parce que il y en a qui veulent venir nous voir tous les mois alors que ce n'est pas forcément nécessaire, moi je suis très à 3 mois, ceux qui sont stables il n'y a pas de soucis, mais non. » M8

En déchargeant aussi bien un médecin généraliste qu'un spécialiste :

« En fait, je pense que ça permettrait de décharger le médecin généraliste et peut-être les spécialistes, je sais pas. Dans certaines tâches ciblées. » M2

Enfin un médecin y voit surtout un avantage pour les pouvoirs publics :

« Pour les pouvoirs publics oui » M7

VI. Inconvénients de ces nouvelles professions

a. Assistants médicaux

Le grief le plus souvent cité par les médecins généralistes est la dégradation de la relation médecin malade :

« Dans la consultation je prends la tension, je parle aux gens, je discute avec eux. Tout un ensemble de choses. Ça fait partie de mon exercice, ça me prend pas plus de temps. » M11

« c'est l'impression de d'enlever la substantielle moelle de notre métier. » M14

Il est suivi par les charges supplémentaires qu'engendreraient cet assistant :

« Après c'est des freins, c'est quel coût. C'est un coût notamment pour les assistants. » M1

« c'est comme une secrétaire médicale je pourrais avoir une secrétaire deux jours semaine qui va scanner mes courriers, appeler les gens que je n'ai pas eu la veille

mais je ne le fais pas parce que c'est un coût par rapport à ma charge de travail. »

M7

Certains pensent que cela va être compliqué à organiser :

« Après bon c'est difficile à gérer car on sait pas vraiment quel est le nombre de voilà c'est pour un papier venez tel jour à telle date. Est-ce que ça correspond ? Comment ça se goupille en pratique je sais pas. C'est délicat. Si j'ai beaucoup de place le mardi et que l'assistante elle est là que le jeudi beh ça m'embête d'adapter mon planning. Ça ça m'embête. »M1

Un médecin s'inquiète de l'augmentation de la charge de travail :

« Mais, heu, un des regards que j'ai aussi, faut pas non que ce soit un prétexte pour faire de l'abattage, l'abattage c'est insupportable quoi donc heu si c'est pour devoir en faire encore plus et donc de faire de l'abattage, ouais, je suis un peu sceptique. »

M9

D'autres font part de leur peur de déléguer une part de leur activité :

« Non mais moi j'ai dû mal à déléguer, c'est mon travail que de prendre la tension puis après on est dans un cabinet » M15

« L'inconvénient principal c'est ce que le travail est fait par quelqu'un d'autre donc il faut que les formations en effet soient vraiment efficaces pour former ces personnes. Hum à côté de ça enfin je pense qu'on est tous un peu différent et certaines personnes ont dû mal à déléguer, à faire confiance hum en les examens qui ont été fait par une autre personne à côté qui dans le cadre d'un assistant alors il faudrait voir ces formations en question parce que autant une infirmière on peut lui faire

confiance sur les prises de constantes parce que en effet elle a été formée à ça, elle l'a fait et refait hum elle a beaucoup d'expérience hum autant là on ne sait pas trop où on va quoi donc il y a quand même cet aspect de confiance parce que si c'est pour refaire derrière le travail qui a été fait en amont ça ne sert strictement à rien. »

M13

Enfin un médecin interrogé n'en retrouve aucun :

« Ben non parce que le but à priori c'est de nous décharger donc il n'y a que des effets positifs. » M5

b. IPA

Comme pour les assistants médicaux, les médecins généralistes interrogés éprouvent plutôt de la méfiance envers cette nouvelle profession d'infirmiers en pratique avancée. Ils craignent une dégradation de la relation médecin-malade et une perte de contact avec les patients :

« J'ai l'impression qu'on désagrège complètement notre rôle de médecin généraliste, de médecin de famille, de médecin de suivi, de médecin de proximité. On donne notre compétence à d'autres pour qu'on se retrouve avec que des patients en difficulté ou qu'on ne connaîtra pas bien. Tous nos chroniques, on les verra quasiment plus sauf quand ils vont mal où on les verra plus souvent. C'est difficile dans ces cas-là, pour nous comme pour eux. Comme Monsieur M, quelqu'un qui va toujours mal c'est épuisant, on n'a pas l'impression de faire du bon boulot quoi. »

M14

« Encore une fois ce n'est pas le patient équilibré qu'on voit une fois tous les trois mois pour le diabète, justement en plus, on leur fait des piqûres de rappel et puis on

les encourage. Quand je vois mon patient qui a une bonne hémoglobine glyquée alors qu'on parlait de haut, je lui dis « c'est bien », je l'encourage, « vous avez perdu du poids c'est bien, continuez ainsi ». Enfin il y a ce lien, il y a cette relation ce n'est pas quelque chose de mathématique ou des chiffres en fait » M5

Le manque de formation médicale globale leur fait craindre des erreurs ou des oublis :

« Ben moi l'infirmier ça me fait un peu peur parce que ben je pense que la prise en charge du patient reste globale et que elle ne limite pas à des tâches ciblées qui pourraient occulter les pathologies derrière donc c'est vrai que ça me fait un peu peur » M2

« Beh même ça parce que je pense qu'il faut écouter le cœur. Il y a plein de trucs. On vient pour un panaris et moi je regarde s'il y a pas un grain de beauté qui dégénère. Tout ça. Ouais alors ça la règle ABCDE les infirmières elles peuvent être formées, elles le sont mais voilà on vient pour une prise de sang beh on parle d'un tas de trucs. Je fais beaucoup beaucoup de prévention. Et quand on décèle les choses souvent c'est au premier stade et on s'en sort. » M3

Se pose alors la question de la responsabilité :

« puis si l'infirmier se trompe enfin c'est la responsabilité de qui ? On dira, je vous avais dit que l'hémoglobine glyquée est là mais je ne sais si entre temps le patient a pris dix kilos, si il n'a plus fait d'exercice physique. » M5

« Bah je sais pas trop. Alors moi le gros problème de ces pratiques avancées pourquoi pas ça me gêne pas qu'une infirmière fasse telle tâche mais le problème c'est la responsabilité. Qui est responsable. Voilà c'est surtout ça ma grosse

question. Donc si elles sont responsables de leurs actes beh à ce moment-là ok. Par contre si c'est le médecin qui doit être responsable de leurs actes beh ça m'embête un peu quoi. » M12

Certains médecins ont peur de ne servir qu'aux urgences :

« Le cabinet de médecin généraliste n'est pas là que pour les urgences. De toute façon, si le patient ne va pas bien et qu'il décompense, l'infirmier devrait l'envoyer plutôt aux urgences puisque nous s'il trouve que ces constantes ne sont pas bonnes et qu'il fait un peu notre boulot, je ne vois pas ce que je ferais de plus ? S'il trouve que c'est urgent, ben ça n'a rien à faire dans un cabinet de médecin généraliste puisqu'à priori il a la même formation que nous, il a les mêmes critères de gravité que nous. Dans ces cas-là, on ne sert à rien. » M5

A fortiori pour des patients qu'ils ne connaissent pas :

« on devient la bouée alors je suis désolée d'être franche mais la bouée de secours au cas où qu'il y ait un problème ben là tiens vous devriez aller voir votre médecin alors que je ne vous ai pas vu depuis un an. C'est ce qui me dérange, on va servir grosso modo d'urgences, on aura pas vu le patient depuis 3 ans parce qu'il aura été très bien équilibré et qu'au bout de 3 ans ben c'est vrai j'ai monsieur un tel qui est diabétique, ah ben c'est vrai je m'en souvenais plus il est bien pas bien. » M5

Certains ont l'impression de perdre leur rôle central dans le soin des patients :

« grosso modo ça veut dire que l'infirmier devient quand même plus le médecin traitant du patient et que nous grosso modo on devient la bouée » M5

Un médecin estime également qu'en leur enlevant les consultations de suivi, les consultations restantes seront plus chronophages :

« Après le soucis de voir les personnes tous les ans ou tous les 6 mois c'est pas en quinze minutes ce n'est pas possible parce que forcément ils vont avoir des choses à nous raconter même si ils sont stables, même si tout va plus ou moins bien, 6 mois ça va faire, ou alors c'est dans ce cas-là qu'il faudrait faire des plages horaires d'une demi-heure, moi après ça ne me dérange pas de faire ça mais ils sont pas prêt à faire ça mais effectivement, alors là les voir tous les ans c'est encore pire. Parce que nous c'est du boulot derrière. Et effectivement pour nous ça nous libère des plages horaires dans l'année mais en contrepartie, ils vont nous ramener, ça, enfin une pile énorme de documents qu'i va falloir scanner, consulter, analyser, voir si les choses sont bien déroulées, donc sur le moment ce sera plus de boulot mais après... » M8

Certains médecins se placent du côté des IDE et craignent des réticences notamment sur le plan financier :

« Moi j'ai une sœur qui est infirmière est-ce qu'elle va accepter pour la même rémunération de prendre la responsabilité qui est pour l'instant en dehors de ses compétences. » M12

Ou encore des contraintes de formation :

« Il y a déjà des infirmières libérales qui bossent pas mal. Est-ce qu'elles auront le temps de se faire former pendant deux ans ? Je crois pas. » M12

Un médecin craint également que les IPA prennent du travail aux infirmières déjà en place :

« Donc là j'ai une dame je la vois pas la dame je la vois une fois de temps en temps et en fait on discute avec les infirmières pour les adaptations de traitement en fonction des bilans biologiques etc. Donc ça se fait déjà faut pas croire. C'est rajouter des gens en plus. Moi ça me dérange pas mais faut voir si les infirmières ça va pas

leur prendre du boulot. Il faut voir si elles veulent faire cette formation de deux ans en plus. » M11

Enfin certains ne voient pas d'inconvénient dans cette nouvelle profession qui pourrait palier un manque :

« On a du mal à trouver un médecin qu'est-ce qu'on fait concrètement pour eux ? Donc soit on est d'accord pour remettre en question la liberté d'installation. Mais je crois qu'il y aura un mouvement corporatiste contre et c'est normal c'est une liberté fondamentale qu'on puisse avoir donc c'est important de la garder. Mais il faut aussi accepter que d'autres professionnels puissent prescrire aussi. Et avec un partenariat » M1

VII. Assistants médicaux et IPA dans la pratique de la médecine générale

La réponse la plus communément reprise est les déserts médicaux :

« Et du coup forcément les médecins qui sont dans les déserts médicaux ont peut-être une surcharge de travail et du coup pour eux se déplacer à domicile alors que l'agenda est plein c'est difficile. Et là avoir le soutien d'une infirmière en pratique avancée, de peut-être d'un assistant qui puisse être là voilà pour peut-être éventuellement gérer une tâche administrative oui pourquoi pas. » M1

« Je pense dans les déserts médicaux » M12

Avec la crainte cependant de créer des inégalités :

« Ben en quelque part, effectivement on aurait tendance à dire que s'il y a des déserts médicaux ça pourrait rendre service au patient mais finalement est-ce que ça ne hum ne créerait pas encore plus d'écart en confirmant les inégalités après je ne sais pas

comment dire ouais c'est difficile ça ferait des zones avec médecins et des zones avec assistants médicaux en fait c'est toujours mieux qu'une zone avec médecin et une zone sans médecin. » M2

Ces nouveaux métiers s'adapteraient donc aux praticiens avec une forte activité :

« Ça pourrait s'adapter aux médecins qui font déjà beaucoup d'actes, admettons un médecin qui fait 50 actes par jour ça existe, moi j'en fais 30 maximum, parce que après je sature, je ne peux plus, il y en a qui font 50 à l'aise, je pense que pour ces gens-là ça serait très utile mais c'est des gens qui bossent beaucoup donc bon. Mais voilà, est-ce que eux ne seraient pas capable d'augmenter à 60 ou 70, c'est ça il faut leur poser la question, je ne sais pas, mais je pense il y en a qui sont capables de le faire. »

M8

Un autre médecin l'envisage plus pour les MSP où les patients sont habitués à côtoyer plusieurs professionnels :

« après c'est toujours pareil dans des MSP. Je vois que je côtoie Dr X qui est dans la MSP X alors là, il n'y a pas de problème. Ils travaillent tellement en collaboration que les patients sont habitués à passer d'un bureau à l'autre parce que là on va vous parler du diabète vous allez voir telle infirmière on vous parle de ça vous allez là donc au final une infirmière de pratique avancée je pense que pour eux il n'y a pas de personnalisation de leur médecin etc... » M7

Elles pourraient s'adapter aux spécialistes :

« Je pense peut-être plus aux spécialistes comme les ophtalmologues qui ont beaucoup d'appareillage à faire comme les fond d'œil, dilater les pupilles et tout ça, peut-être que les ophtalmo, après le cardio oui parce qu'il peut faire les électrocardiogrammes, préparer la machine, le pneumo, les EFR enfin après il faut voir

leur formation, ils ont des formations différentes les assistants médicaux comme les infirmiers de pratique avancée parce qu'à priori les infirmiers en pratique avancée ils ont à priori des formations différentes, donc peut-être faire une formation différente pour les assistants médicaux. » M6

Voire à tous les médecins, si ces derniers en expriment le besoin :

« Moi je pense que à partir du moment où le médecin a des attentes et qu'il exprime ce besoin je pense que ça serait bien. » M1

VIII. Rémunération des assistants médicaux et des IPA

a. Assistants médicaux

i. Financement par le médecin

L'avis général s'oriente vers un refus par les médecins généralistes de financer un assistant médical sur leurs fonds propres :

« A la charge du médecin, ça me paraît impensable parce que ben ça fonctionnera pas enfin moi si on me laisse le choix, je ne vais pas embaucher quelqu'un pour prendre la tension et déshabiller les bébés déjà je pense que c'est ce que je venais de dire juste avant, le temps passé avec le patient est nécessaire le faire et en plus c'est une charge supplémentaire » M2

« En tous cas, je ne suis pas contre d'avoir un assistant médical mais hum si c'est pour avoir une charge salariale en plus... grosso modo non quoi enfin. » M5

Même avec des aides financières :

« Oui, mais même avec une aide financière, si c'est moi qui dois, moi je ne le ferais pas. Non. » M8

Notamment si elles sont temporaires :

« Ce sera à la charge du médecin c'est sûr ou alors dans un premier temps ils vont dire que c'est pris en charge et puis après ils vont dire ça vous convient au bout de un an ou deux puis basta c'est à vous de payer quoi c'est comme une secrétaire médicale je pourrais avoir une secrétaire deux jours semaine qui va scanner mes courriers, appeler les gens que je n'ai pas eu la veille mais je ne le fais pas parce que c'est un coût par rapport à ma charge de travail. » M7

La part des charges étant jugée déjà trop importante pour rajouter ces frais-là :

« Ah ben ça, certainement pas par moi. Vu les propos que j'ai tenu, non, non parce que là s'ils font ça par contre, alors là il n'y a plus de jeunes médecins qui s'installent, c'est mort, enfin, là c'est clair que déjà avec toutes les charges qu'on a, qu'on paye, parce que enfin je veux dire dans le cabinet de groupe où je suis par exemple, il y a une secrétaire, une femme de ménage, c'est la base de ce qui a en cabinet de groupe, il n'y a pas de plus, clairement c'est des postes qui sont vraiment nécessaires. Déjà avec ça, enfin, on paye des charges c'est inimaginable quoi, je pense que si ils veulent nous faire payer les assistants médicaux ou les infirmiers là ils ont rien compris, parce que... » M8

Certains estiment que les consultations supplémentaires n'engendreront pas assez d'argent pour compenser le salaire d'un assistant médical :

« Ben là, enfin heu, je veux dire si je rémunère quelqu'un faut vraiment que je travaille beaucoup plus quoi. Je vois pas comment embaucher quelqu'un ça va me permettre de travailler suffisamment plus pour que ce soit rentable pour moi » M6

Enfin un médecin interrogé serait enclin à le financer dans le cadre d'un projet bien défini et pour répondre à un besoin :

« Si vraiment enfin avec un projet bien expliqué et bien défini, qu'on arrive à nous prouver qu'en effet on pourrait travailler plus enfin voire répondre plus vite à la demande des patients hum qui est un problème actuellement dans toutes les communes. Hum si en effet on voit qu'il y a un bénéfice hum bien sûr si ça peut nous aider parce que le but ce n'est pas seulement d'aider le médecin c'est aussi aider la ville la région où on voit tous les jours en consultation des gens nous dire hier ou avant-hier je ne pouvais pas avoir de rendez-vous on est toujours bloqué et on se retrouve dans des situations délicates par moment quand il s'agit par exemple d'un accident de travail mais que ça n'a pas été dit, la secrétaire ne pouvait pas le savoir et qu'on revoit le patient deux jours après voilà des situations qu'on aimerait éviter et qui malheureusement en fait face à la demande trop importante des patients on ne peut pas y répondre donc. » M13

ii. Financement par l'Assurance Maladie

Certains médecins interrogés pensent que l'Assurance Maladie paiera l'assistant médical :

« A ce moment-là que la sécu finance, paye cette personne. » M3

En échange d'actes supplémentaires :

« Donc en fait un assistant médical mais c'est la sécu qui le finance mais en contrepartie il faut faire des actes en plus ? » M5

Un médecin envisage que l'argent versé aux médecins dans le cadre de « primes » ou d'astreintes pourrait être versé aux assistants médicaux :

« Concernant les assistant très franchement euh on est salarié de la sécu car je suis désolé je le vois comme ça c'est une réalité. Je m'en fous pas mal de leur mmh on est formé pour bien travailler. Être payé pour avoir des objectifs je trouve ça un peu mmh c'est une pratique particulière. C'est aberrant en réalité c'est aberrant. On a pas à être payé pour bien travailler. Voilà donc ils nous versent des primes et des astreintes et des ceux-ci et des cela moi je serais tout à fait d'avis pour que cet argent-là qu'ils nous versent puisse servir à quelqu'un qui puisse pourquoi pas vienne nous aider nous épauler dans un certain nombre de tâches. » M1

iii. Financement partagé

Un médecin interrogé estime que le financement de l'assistant médical pourrait être mixte avec d'un côté une aide de la sécurité sociale et de l'autre un financement par le médecin qui gagnerait plus grâce à un plus grand nombre de consultations :

« Ben mon avis personnel hum, si le médecin ça lui permet de voir plus de patients donc forcément il va augmenter son chiffre d'affaire donc je pense qu'il faut qu'il rétrocède une partie de ses honoraires puis après comme c'est une aide qu'on lui apporte et lui il apporte une aide à la population je pense qu'il y aura une aide de la sécurité sociale, je pense que c'est moitié moitié après le pourcentage reste à définir mais je pense en partie le médecin, c'est dans son intérêt aussi je parle pour le médecin, moi pour le médecin je pense que l'assistant médical est utile pour les médecins qui sont dans des zones désertifiées je pense que c'est fait pour ça à la base et puis ceux qui sont tout seuls. » M15

b. IPA

Les IPA sont plutôt perçus comme des travailleurs indépendants cotant leurs propres actes. Ils estiment donc globalement qu'elles pourraient bénéficier d'une cotation majorée :

« C'est-à-dire que à partir du moment où elles font une prescription mmh et qu'elles nous en réfèrent je serais d'accord pour qu'elles puissent avoir une majoration. Qu'il y ait une cotation leur permettant. » M1

« Ben là je pense une majoration, je ne sais pas du tout, leur cotation c'est assez complexe et je sais que c'est dégressif je pense une revalorisation de leur diplôme et de leur cotation. » M15

Certains médecins redoutent une cotation trop proche de la leur qui dévaloriserait leur pratique :

« Pour le coup effectivement qu'elles soient payées correctement c'est normal mais je vois les sages-femmes qui font des consultations en ville. Par rapport à notre consultation à nous elles ont un tarif de consultation identique pour un nombre d'études largement moins importantes et ça je comprends qu'elles soient payées normal mais à ce moment-là que nous on augmente notre consultation. J'allais dire à niveau d'étude équivalent ok il y a quand même une grosse différence d'écart de nombre d'études et je veux dire à ce moment-là moi j'aurais dû faire sage-femme hein. Non mais parce que sachant que c'est un métier, la gynéco ça m'intéresse elles font énormément de choses maintenant donc c'est très bien elles déchargent les gynécos mais à la limite pourquoi on s'embête à faire dix ans d'études alors qu'en fait je trouve que la rémunération n'est pas équitable par rapport aux différentes professions de santé. Après qu'elles soient rémunérées 25 euros la consultation mais il y a deux poids deux mesures là-dedans je trouve c'est pas bien. » M11

« Comment on peut rémunérer ce genre de gens, si c'est à l'acte, à quel tarif ? Ça risque de faire grincer beaucoup de gens si le tarif est celui du médecin qui fait le renouvellement de traitement. Si le tarif est le même ça va faire grincer les gens parce que les médecins diront à quoi ça sert que je fasse dix ans d'études si c'est pour qu'on paye des gens qui en ont fait que 4 ou 5 donc ça me paraît difficile et compliqué de gérer ce genre de choses. Après je me dis que comme dans tout métier, je fais partie de la veille gamme maintenant et peut-être que j'ai une vision des choses négative que voilà parce que voilà c'est nouveau et que je changerais d'avis avec le temps parce que je me rendrais compte que effectivement ça apporte beaucoup de choses mais je ne suis pas sûre. » M14

IX. Assistant médical et augmentation du nombre d'actes

Certains sont contre l'augmentation du nombre de leurs consultations. Ils souhaitent conserver une charge de travail et un temps de consultation qui leur conviennent :

« Non, je n'accepterai pas tout ça parce que en fait comme je le dis, le but de l'assistant médical c'est de me faire gagner du temps de consultation et c'est donc du coup pour faire mieux quelque chose, passer plus du temps avec mon patient et n'ayant éliminé les cinq minutes de prise de tension machin bidule chose, le paiement etc.... etc.... Donc pour moi, le but c'est d'avoir plus de temps donc si je prends ma consultation de 15 minutes et que j'ampute cinq minutes de choses diverses et variées que l'on a dit, la tension etc.... Je me retrouve avec dix minutes de temps de consultation. Le but de l'assistant médical pour moi c'est de me libérer ces cinq minutes pour que j'ai quinze minutes avec le patient et pas pour me dire chichichic je peux passer à dix minutes la consultation sans problème en voyant 6 par heure et au lieu de quatre. Voilà c'est pour ça. » M4

« Est-ce que j'ai, je suis pas sûr que ça m'apporte quelque chose. Parce que décharger du temps mais c'est à dire qu'au lieu de passer 15 minutes à la consultation je vais prendre un exemple on passe à toutes les 10 par exemple. Beh ça m'intéresse pas du tout. Ou allonger mon temps de consultation donc finir à 21h30 en ce moment au lieu de 20h quoi. » M12

Un autre accepterait pour rendre service :

« Si vraiment enfin avec un projet bien expliqué et bien défini, qu'on arrive à nous prouver qu'en effet on pourrait travailler plus enfin voire répondre plus vite à la demande des patients hum qui est un problème actuellement dans toutes les communes. Hum si en effet on voit qu'il y a un bénéfice hum bien sûr si ça peut nous aider parce que le but ce n'est pas seulement d'aider le médecin c'est aussi aider la ville la région où on voit tous les jours en consultation des gens nous dire hier ou avant-hier je ne pouvais pas avoir de rendez-vous on est toujours bloqué et on se retrouve dans des situations délicates par moment quand il s'agit par exemple d'un accident de travail mais que ça n'a pas été dit, la secrétaire ne pouvait pas le savoir et qu'on revoit le patient deux jours après voilà des situations qu'on aimerait éviter et qui malheureusement en fait face à la demande trop importante des patients on ne peut pas y répondre donc. » M13

X. Vision de l'avenir

Les médecins ont été interrogés sur leur vision du système de santé futur. Notamment avec la fin du numerus clausus et l'émergence de ces nouvelles professions de santé.

Certains estiment que ces nouvelles professions font partie d'un objectif de destruction de la médecine libérale :

« Moi je pense qu'on est à une croisée de chemins dans la médecine libérale. Mes collègues quand on discute, moi je dis la médecine libérale c'est fini, vous comprenez pourquoi je vous disais ces petites phrases. Moi je pense que c'est fini et je pense que les jeunes ils ne veulent plus être en libéral, ils veulent être salariés et c'est pas parce qu'on travaille en ville qu'on ne peut pas être salarié quoi. Donc moi je crois que c'est fini, je pense que je verrais la fin de la médecine libérale, vous voyez ? Donc voilà après tout dépend de ce que l'on veut, tout dépend de ce que l'on veut parce que il faut mettre les moyens, il faut faire les choses bien, bon là ils ont déjà trouvé les solutions dans les zones désertifiées et où ils vont mettre des maisons de santé qui vont être construites par l'ARS avec des médecins salariés par l'ARS, c'est super bien, c'est très très bien. Personnellement, je pense qu'ils ont laissé pourrir la situation pour pouvoir placer ce genre de choses, vous voyez ? ça ça arrivera après, ça va être décliné mais il faut qu'ils aillent au bout de la logique à ce moment-là, il ne faut pas nous prendre pour des débiles, qu'ils disent bon ben voilà maintenant on a fait un sondage sur je sais pas 5 promos, on a 15% des gens qui veulent s'installer en libéral, je ne dois pas être loin des chiffres. Bon donc on ne peut pas laisser une situation comme ça. Et puis ben après, il y a plein d'endroits, plein de pays en Europe où il y a un système libéral et puis un système salarié et les patients ils vont dans l'un ou dans l'autre en fonction de ce qu'ils veulent et comment ils veulent et les médecins ils s'installent dans un seul secteur ou dans un autre secteur. Bah c'est tout, je veux dire il n'y a pas de drame quoi. Donc voilà quoi. » M9

Avec la mise en place de centres de santé au sein ou en lien avec les hôpitaux :

« A côté de ça, l'évolution si on se projette dans dix ans , moi je pense que dans dix ans je ne suis pas visionnaire mais j'ai tendance à dire que le monde libéral va diminuer

voire disparaître au fur et à mesure des années pour laisser place à des mini centres hum des mini centres de santé en lien avec les hôpitaux où à l'intérieur tout le monde sera salarié en fait on sera tous salarié alors bien sûr ça va créer si cela arrive un jour ça va créer beaucoup de cris à droite et à gauche comme je pense certaines personnes qui seraient contentes aussi parce qu'il y a quand même des avantages au salariat mais je pense qu'on tend de plus en plus vers ce système qui d'ailleurs est déjà présente dans beaucoup de pays de l'Europe et qui a prouvé que ça marchait très bien ailleurs alors pourquoi pas chez nous mais bon après des années, des décennies de médecine libérale c'est vrai que c'est quelque chose qui est difficile à concevoir après si ça marche ailleurs pourquoi pas chez nous. » M13

Un médecin pense que ses collègues du futur serviront à chapoter une structure où travailleront plusieurs professionnels de santé (pharmaciens, assistants médicaux, IPA...) :

« Dans 10 ans, tu vas avoir ce qu'on appelait à l'époque la soviétisation de la médecine. Qu'est-ce qui va se passer ? Tu vas avoir des centres médicaux, pseudo médicaux de campagne les fameux CPTS machin etc.... qui seront dans les endroits où il n'y a pas de médecin et dans ses structures, ben dans ces structures, tu auras ton pharmacien avec bac +5, tu auras ton infirmier en pratique avancée avec bac +5 et tu auras ton assistant médical bac +5 qui sera renommé technicien de santé [...] Et donc tous ces métiers vont plus ou moins fusionner en un seul truc qui va être technicien de santé en bac plus 5. Donc en gros tous les gens qui ont fait médecine mais qui n'ont pas réussi à avoir l'internat. Et donc ces gens-là, ben ils vont arriver dans ces locaux, dans ces structures qui auront pour but de faire du tout-venant donc le premier recours. [...] Donc pour désengorger les urgences, pour désengorger les médecins généralistes etc. Donc ces gens-là ils vont faire du premier recours de

renouvellement de traitement, de rhume, de petites pathologies de ces choses-là et ils vont gérer tout ça et ils seront chapoter ben je sais pas on va dire un médecin généraliste pour 3 ou 4 types voilà. Et quand ils auront un doute ou qu'ils ne seront pas gérer quelque chose, ils s'en référeront à leur médecin généraliste référent. [...]

Qui sera entre guillemets chef de service. Et donc on va vendre hum, on va offrir aux Français en disant vous voyez vous n'avez pas de médecin mais vous avez des officiers de santé qui font tout pareil, tout bien et quand vous y allez, il n'y a pas de rdv et puis vous ne payez pas c'est gratuit et puis c'est génial. Et officiellement ces gens-là feront 35 heures. On sait bien ce que 35 heures en soins mais il seront payés 35 et il n'y aura pas de problème et on aura ça et en fait on va avoir une médecine à deux vitesses très clairement comme c'est en train se dessiner actuellement à savoir les gens qui n'ont soit pas les moyens de prendre un rdv chez des gens en secteur 2 qui sont les plus cher voilà ou qui n'auront plus de médecin traitant et de toute façon, les médecins généralistes sont entre guillemets voués à disparaître pour le moment parce qu'on est en train de leur taper dessus jusqu'à ce qu'il se salarie pour avoir des médecins généralistes salariés qui chapoteront des assistants de santé salariés dans des structures pour gérer tout ça pour faire des micro urgences ce n'est pas des urgences mais des micro trucs où les gens viendront en tout-venant. C'est comme ça que je vois dans 10 ans et je pense que c'est comme ça que le gouvernement le voit dans 10 ans également. » M4

Au sujet de la fin du numerus clausus, certains estiment que les réformes ne changeront rien. Le problème étant connu depuis longtemps :

« Après c'est un problème de formation donc moi déjà quand j'étais en P1 donc en 1986 on me disait déjà qu'il y allait y avoir des carences de médecins dans 10 ans, 15

ans. Ça n'a jamais bougé. Ouais... Voilà. On en reparle dans 40 ans. Dans 40 ans peut-être pas. » M12

Une sélection se fera à un moment donné :

« Il y aura sans doute une sélection quand même à l'entrée. On est dans une période charnière, charnière entre beaucoup de médecins qui partent en retraite, quelques maisons de santé qui se créent par ci par là mais qui sont vides ou à moitié vides et quelques cabinets qui résistent, il y a très peu d'installation pour l'instant après dans dix ans hum le temps que ça porte ses fruits hélas ce sera encore compliqué, les dix ans qui arrivent, il va falloir encore serrer les dents. » M15

D'autres pensent que des mesures de coercition seront mises en place :

« Bah j'espère pour les nouveaux médecins qui arrivent qu'ils seront pas obligés d'aller.... On leur imposera pas un lieu de travail, une région pour pouvoir exercer car alors là il y aura de moins en moins de médecins ça c'est clair. Au jour d'aujourd'hui-moi si on m'imposait d'aller m'installer dans un désert médical contre ma volonté après avoir fait dix ans d'études je dirais non tout de suite ça c'est clair. » M11

Concernant les nouvelles professions, un médecin pense que certains se retrouveront sans travail :

« De voir ces gens qui sont soi-disant là pour aider se retrouver sans boulot parce que les médecins ne lâcheront pas leurs compétences pour ne pas perdre leur patientèle. J'ai l'impression que ça risque d'être compliqué. Je ne sais pas, je ne suis pas persuadée que ce soit des solutions intéressantes » M14

Un autre pense que c'est un cache-misère :

« c'est un cache-misère. Il manque de médecins parce qu'on a pas formé assez de médecins donc non c'est un cache misère donc non je ne suis pas pour clairement. Par contre oui c'est bien le numerus clausus a été arrêté ben oui c'est une bonne chose maintenant il faut voir la suite. Il n'y pas que le concours de médecine est-ce qu'on aura plus de médecins je ne sais pas encore après ça il faut voir, après oui, formons plus de médecins. Après ça peut être une manière transitoire de palier au nombre de médecins à un moment de crise actuellement on est en moment de crise donc pourquoi pas mais je pense que c'est un cache-misère. Après je regrette, je ne sais pas bien les assistants médicaux. Là, j'ai plutôt parlé des infirmières. » M2

D'autres sont plus optimistes et considèrent que cela va dans le sens d'une modernisation du système de santé :

« Je vois plus comme une modernisation du travail finalement quelque chose comme encore une fois cette volonté de voilà. » M1

Discussion

I. Méthode

a. Choix de la méthode qualitative

L'intérêt de la méthode qualitative par approche phénoménologique est qu'elle permet la compréhension de phénomènes subjectifs, sans les dénaturer, à partir du récit d'une personne.

b. L'entretien

Les entretiens individuels ont été réalisés dans des conditions similaires dans les cabinets des médecins généralistes afin de les questionner dans un climat de confiance pour qu'ils retranscrivent librement leurs avis. Les questions étaient ouvertes afin de leur permettre de s'exprimer au maximum.

c. Limites de l'étude

Il existe certains biais inhérents aux études qualitatives. Ce travail n'a pu y échapper. Les biais internes sont causés par les caractéristiques personnelles du chercheur et des sujets interrogés : âge, sexe, expérience, valeurs, etc. L'inexpérience du chercheur dans le domaine de la recherche qualitative était compensée par la rigueur du respect de la méthode. La difficulté à formuler les questions a pu limiter les réponses des médecins généralistes et par conséquent limité l'apparition de nouveaux thèmes.

Les biais externes résultent de l'environnement du chercheur et des sujets interrogés. Les entretiens ont eu lieu dans le cabinet des médecins généralistes durant une pause dans leurs consultations. Il n'y avait pas de tierce personne au cours des entretiens.

La méthode de recrutement raisonné a été utilisée pour la sélection des médecins généralistes en recherchant une variabilité maximale en fonction de l'âge, du sexe et du lieu d'exercice.

Les biais d'investigation sont consécutifs d'une méthode d'entretien pouvant influencer les réponses des participants dans le sens de la désirabilité sociale et du conformisme. L'utilisation de questions ouvertes avait pour but de limiter ce biais.

Dans cette analyse interprétative du discours, le risque d'interprétation influencée par les représentations des chercheurs a été limité par la réalisation d'une triangulation. Cela assure la validité interne de l'étude.

La validité externe était limitée par l'absence de travaux universitaires équivalents limitant la comparaison.

II. Discussion des résultats

a. Rôle des nouvelles professions

Concernant le rôle des assistants médicaux, les médecins interrogés citaient en premier lieu les actes administratifs : gestion de la facturation, feuilles de soins, CERA, prise de rendez-vous. Dans un second temps, ils pourraient servir à l'accueil et à la préparation des patients en vue de la consultation. Voir même dans le recueil d'informations et la prise de constantes.

Un syndicat de jeunes médecins généralistes a enquêté sur les atteintes de ces derniers concernant le rôle d'assistant médical. Comme dans ce travail de thèse, les médecins interrogés citent en premier lieu des tâches administratives dans un but de se libérer du temps médical. Les tâches citées sont : l'encaissement, le relevé des impayés et le contact des caisses et mutuelles. Ils citent aussi la tenue à jour des dossiers des patients, la vérification de leurs coordonnées et de leur couverture

sociale, la numérisation des courriers médicaux ou encore la prise de rendez-vous. (18)

Les médecins interrogés s'avèrent par contre plus mitigés concernant la réalisation de gestes médicaux. Ils sont plus ouverts (50%) concernant la prise des constantes mais sont plus réticents concernant la réalisation de tests urinaires ou de vaccins (20%). Enfin, comme dans notre étude, certains médecins ne souhaitent déléguer aucun geste pour préserver le lien avec leurs patients. (18)

Concernant le rôle des infirmiers en pratique avancée, les généralistes interrogés dans notre étude envisagent leurs rôles dans le suivi de maladies chroniques (éducation thérapeutique, renouvellement d'ordonnance), mais aussi pour des pathologies jugées bénignes ou même encore pour une première évaluation pédiatrique. Aucune étude spécifique à l'opinion des médecins généralistes sur les infirmiers en pratique avancée n'a pu être trouvée. Cependant une étude de 2016 a questionné les médecins sur les tâches qu'ils accepteraient de déléguer aux infirmiers de leurs cabinets. Les résultats variaient énormément en fonction du mode de financement de ces infirmiers. Plus la rémunération des infirmiers était prise en charge par le médecin, plus ils étaient défavorables à la délégation de tâches. Inversement si les infirmiers étaient financés par l'Assurance Maladie, les médecins se montraient plus favorables pour déléguer des tâches. En prenant en compte cette dernière option les médecins se montraient favorables à : (19)

- l'éducation thérapeutique et nutritionnelle (53%)
- l'accompagnement dans l'arrêt du tabagisme (52%)
- la surveillance de la tension artérielle (51%)
- le test de diagnostic rapide (43%)

- la vaccination (41%)
- l'interrogation sur les habitudes de vie (40%)
- les gestes techniques : ECG, sutures... (36%)
- la prescription HBA1C (29%)
- le frottis cervical (18%)

b. Avantages et inconvénients

i. Avantages

Dans notre étude, la majorité des médecins interrogés déclarent ne trouver aucun avantage à l'arrivée de ces nouvelles professions. En particulier car les financements ont lieu sous conditions (augmentation du nombre de consultations) et que le gain de temps supposé ne couvrirait pas les frais engendrés. Certains y voient cependant quelques avantages : amélioration de l'interprofessionnalité, gain de temps administratif et médical, libération de plages de consultations... Concernant les assistants médicaux ces résultats sont en légère contradiction avec un sondage effectué par un syndicat médical. En effet, quand ce syndicat demande à des médecins généralistes si cette mesure pourrait les aider dans leur pratique, 47% répondent oui. (20) Aucune comparaison n'a pu être retrouvée concernant les infirmiers en pratique avancée.

ii. Inconvénients

Les inconvénients cités par les médecins interrogés sont multiples : coût important, risque d'« abattage », perte du contact humain, perte du rôle central du médecin traitant, contraintes d'organisation (local, matériel, emploi du temps), question de la responsabilité. Avec la perte de consultations dites « simples » au profit des IPA, certains craignent également d'avoir des consultations plus compliquées et donc plus

chronophages ou encore de ne servir qu'aux urgences. En outre, la plus-value apportée par les IPA en comparaison des IDE classiques n'est pas assez importante pour certains. La comparabilité des résultats est limitée par le caractère récent de ces professions et l'absence d'étude similaire.

c. Augmentation du nombre d'actes

L'opinion majoritaire qui ressortait des entretiens auprès des médecins généralistes concernant une augmentation du nombre d'actes en échange d'une aide au financement d'un assistant médical était plutôt défavorable. Ils estimaient réussir à effectuer leurs consultations dans un temps adéquat pour conserver une bonne relation médecin-malade et souhaitaient continuer comme ça. Un des principaux syndicats a interrogé des médecins pour voir s'ils seraient prêts à augmenter leur patientèle s'ils bénéficiaient d'un assistant médical. 57% ont répondu positivement, 32% contre et 11 ne se sont pas prononcés. Ces résultats plutôt positifs vont à l'encontre de l'opinion générale retrouvée dans notre étude. (20)

d. Rémunération

Peu des médecins généralistes interrogés envisagent de payer pour les services d'un assistant médical. Ils estiment que le gain de temps et les consultations supplémentaires que cela engendrera n'est pas assez conséquent pour se permettre ce surplus de charges. Et cela malgré les aides au financement annoncées.

Ce résultat est en accord avec une enquête réalisée auprès de médecins toutes spécialités confondues concernant leur utilisation d'un secrétariat « physique » ou d'un télésecrétariat. Il en résulte que 45% emploient des secrétaires, 24% sont utilisateurs de télésecrétariat, 7,5% ont un usage mixte (secrétariat et télésecrétariat) et 23,5% sont dans une autre situation (pas de secrétariat, conjoint collaborateur). Quand il est

demandé aux médecins n'utilisant ni les services d'un secrétariat ni ceux d'un télésecrétariat quelle est leur principale motivation, le coût est cité en premier 6 fois sur 10. (21)

e. Avenir de la médecine générale

L'avis des médecins interrogés sur l'impact des nouvelles professions quant à l'avenir de la médecine générale est disparate. Certains pensent que rien ne changera, d'autres en revanche estiment que nous sommes au-devant d'une révolution dans la pratique de la médecine générale. Notamment avec la part grandissante du salariat et la multiplication des projets de centres médicaux où, selon certains, de multiples professions médicales se côtoieront et remplaceront les médecins généralistes : pharmaciens, infirmiers de pratique avancée, étudiants en médecine n'ayant pu accéder à l'internat à cause de l'ouverture du numerus clausus...

Cette supposition concernant le salariat est confirmée par la part déjà grandissante de médecins généralistes à adopter ce mode de travail. La proportion de médecins libéraux de 2010 à aujourd'hui est passée de 47 à 42%. La proportion de médecins ayant opté pour le salariat ayant suivie le chemin inverse (42 à 47%). (22)

En outre la volonté du gouvernement dans son plan « Ma Santé 2022 » va dans le sens de la coopération entre métiers de la santé, en souhaitant la création de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) regroupant les professionnels d'un même territoire actuellement sur la base du volontariat. (23)

Conclusion

Les médecins généralistes interrogés s'estiment mal informés concernant les nouvelles professions de santé que sont les assistants médicaux et les infirmiers en pratique avancée.

Au sujet des assistants médicaux, ils s'accordent pour leur attribuer un rôle médico-administratif. Leur intérêt personnel à bénéficier d'un assistant médical est contrebalancé par le coût qu'il engendrerait. Le gain de temps et l'augmentation potentielle du nombre de consultations sont jugés insuffisants pour couvrir ce coût. De plus, il existe une peur de perte de contact avec les patients.

Concernant les infirmiers en pratique avancée même si certains leur accordent un intérêt dans les déserts médicaux, leur compétence est remise en question. La question de la responsabilité de leurs actes est soulevée. En outre, tout comme avec les assistants médicaux, la crainte d'une altération de la relation médecin-malade est exprimée. Le médecin ne voyant que plus rarement son patient.

A propos de l'avenir de la médecine, le salariat est mis en avant. Certains estiment que l'apparition de ces nouvelles professions fait partie d'une stratégie globale du gouvernement avec la réforme des études de santé pour salarier les médecins dans des centres de santé.

Références bibliographiques

1. Santé M des S et de la. Lutter contre les déserts médicaux [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 16 mai 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/ma-sante-2022-un-engagement-collectif/lutter-contre-les-deserts-medicaux/>
2. Des assistants médicaux pour retrouver du temps médical [Internet]. [cité 31 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/des-assistants-medicaux-pour-retrouver-du-temps-medical>
3. Comprendre le nouveau dispositif d'aide au financement des assistants médicaux [Internet]. [cité 31 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/comprendre-le-nouveau-dispositif-daide-au-financement-des-assistants-medicaux>
4. Cahier des compétences professionnelles de l'assistante médicale. Cahier de l'AM. ARAM 2013 [Internet]. [cité 29 mai 2019]. Disponible sur: <https://agam-ge.ch/wp-content/uploads/2018/10/Cahier-des-comp%C3%A9tences-professionnelles-AM.pdf>
5. Structure tarifaire pour les prestations médicales. Suisse. 2018 [Internet]. [cité 10 juin 2019]. Disponible sur: https://www.admin.ch/ch/f/gg/pc/documents/2851/Structures-tarifaires-assurance-maladie_Annexe-1-TARMED_fr.pdf
6. DGOS, Michel.C. L'infirmier en pratique avancée [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 31 juill 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>
7. Arrêté du 18 juillet 2018 fixant la liste des pathologies chroniques stabilisées prévue à l'article R. 4301-2 du code de santé publique.
8. Arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée.
9. Décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée | Legifrance [Internet]. [cité 9 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000037218444&categorieLien=id>
10. Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée. 2018-629 juill 18, 2018.
11. Arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de santé publique.
12. Arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de santé publique | Legifrance

[Internet]. [cité 5 oct 2019]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000037218201&categorieLien=id>

13. Bodenheimer T, Willard-Grace R, Ghorob A. Expanding the Roles of Medical Assistants: Who Does What in Primary Care? *JAMA Intern Med.* 1 juill 2014;174(7):1025-6.
14. Willard-Grace R, Chen EH, Hessler D, DeVore D, Prado C, Bodenheimer T, et al. Health Coaching by Medical Assistants to Improve Control of Diabetes, Hypertension, and Hyperlipidemia in Low-Income Patients: A Randomized Controlled Trial. *Ann Fam Med.* 3 janv 2015;13(2):130-8.
15. Medical assistants: the invisible “glue” of primary health care practices in the United States? | *Journal of Health Organization and Management* | Vol 24, No 3 [Internet]. [cité 16 mai 2019]. Disponible sur:
<https://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/14777261011054626>
16. Lejeune C. Manuel d’analyse qualitative - Analyser sans compter ni classer. 2007.
17. Qualitative research review guideline - RATS [Internet]. [cité 6 oct 2019]. Disponible sur:
https://bmjopen.bmj.com/content/suppl/2012/01/12/bmjopen-2011-000138.DC1/BMJ_Open_IMG_Physician_Migration_RATS_Checklist.pdf
18. Assistants Médicaux [Internet]. ReAGJIR. [cité 31 juill 2019]. Disponible sur:
<https://www.reagjir.fr/assistants-medicaux/>
19. Agamaliyev E, Mikol F, Prost T. Les déterminants de l’opinion des médecins généralistes sur la délégation de tâches vers les infirmiers de leur cabinet. *Revue française des affaires sociales.* 15 juin 2016;(1):375-404.
20. User S. Sondage Assistant médical. [Internet]. Syndicat MGFrance. [cité 31 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/actualite/profession/2070-sondage-am>
21. L’Union Régionale des Professionnels de santé Médecins d’Auvergne-Rhône-Alpes au service des médecins libéraux - Publications - Secrétariat médical et télé-secretariat médical [Internet]. [cité 11 août 2019]. Disponible sur: http://www.urps-med-aura.fr/publications/secretariat-medical-et-tele-secretariat-medical_50
22. Démographie médicale et projet de loi « Ma santé 2022 » [Internet]. Conseil National de l’Ordre des Médecins. 2019 [cité 8 août 2019]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/demographie-medicale-projet-loi-sante-2022>
23. Les communautés professionnelles territoriales de santé [Internet]. [cité 8 août 2019]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/les-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante>

Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien n°1

De nouvelles professions vont prochainement apparaître dans le champ des soins premiers : celles d'assistants médicaux et d'infirmiers de pratique avancée (IPA)

- Qu'avez-vous eu comme information concernant ces nouvelles professions de santé ?
- Quel serait selon vous le rôle respectif des assistants médicaux et des IPA ?
- Quelle serait leur formation ?
- Selon vous, quels seraient les avantages liés à l'arrivée de ces nouvelles professions ?
- Selon vous, quels seraient les inconvénients liés à l'arrivée de ces nouvelles professions ?
- Pour quels patients la présence d'un assistant médical serait-elle une aide?
- Pour quels patients la présence d'un IPA serait-elle une aide?
- Pour quelles actions hors du cadre de la consultation médicale l'intervention d'un assistant médical aiderait-elle ?
- Pour quelles actions hors du cadre de la consultation médicale l'intervention d'un IPA aiderait-elle ?
- Dans votre pratique personnelle, en quoi un assistant médical ou un IPA pourrait vous aider ?
- Dans quelle mesure accepteriez-vous d'augmenter votre nombre de consultations si vous disposiez d'un assistant médical ?
- Quels actes protocolisés feriez-vous réaliser par un IPA ?
- Comment voyez-vous la rémunération des assistants médicaux et des IPA ?
- Selon vous, qui pourrait bénéficier de la présence des assistants médicaux et des IPA ?
- Si les assistants médicaux et les IPA ont pour but de permettre un meilleur accès à des soins premiers de qualité à la population en situation de carence de médecins dans 3 ans, comment voyez-vous l'arrivée de jeunes médecins avec la suppression du numerus clausus dans 10 ans ?

Annexe 2 : Guide d'entretien n°2

De nouvelles professions vont prochainement apparaître dans le champ des soins premiers : celles d'assistants médicaux et d'infirmiers de pratique avancée (IPA). Nous allons dans un premier temps, nous intéresser aux assistants médicaux puis dans un second temps aux infirmiers en pratique avancée.

Concernant les assistants médicaux :

- Qu'avez-vous eu comme information concernant l'assistant médicaux?
- Quel serait selon vous leur rôle?
- Quelle serait leur formation?
- Selon vous, quels seraient les avantages liés à l'arrivée de cette profession ?
- Selon vous, quels seraient les inconvénients liés à l'arrivée de cette profession?
- Dans votre pratique personnelle, en quoi un assistant médical pourrait vous aider?
- Pour quels patients la présence d'un assistant médical serait-elle une aide?
- Pour quelles actions hors du cadre de la consultation médicale l'intervention d'un assistant médical aiderait-elle ?
- Dans quelle mesure accepteriez-vous d'augmenter votre nombre de consultations si vous disposiez d'un assistant médical ?
- Comment voyez-vous la rémunération des assistants médicaux?
- Selon vous, qui pourrait bénéficier de la présence des assistants médicaux ?

Concernant les infirmiers en pratique avancée ?

- Qu'avez-vous eu comme information concernant l'IPA?
- Quel serait selon vous leur rôle?
- Quelle serait leur formation?
- Selon vous, quels seraient les avantages liés à l'arrivée de cette profession ?
- Selon vous, quels seraient les inconvénients liés à l'arrivée de cette profession?
- Dans votre pratique personnelle, en quoi un IPA pourrait vous aider?
- Pour quels patients la présence d'un IPA serait-elle une aide?
- Quels actes protocolisés feriez-vous réaliser par un IPA ?
- Pour quelles actions hors du cadre de la consultation médicale l'intervention un IPA aiderait-elle ?
- Comment voyez-vous la rémunération des IPA?
- Selon vous, qui pourrait bénéficier de la présence des IPA?
- Comment voyez-vous l'arrivée de jeunes médecins avec la suppression du numerus clausus et l'arrivée de ces nouvelles professions dans une dizaine d'années?

Annexe n°3 : Déclaration CNIL



RÉCÉPISSÉ

Madame PIRER Sophie

**DÉCLARATION DE CONFORMITÉ À
UNE MÉTHODOLOGIE DE
RÉFÉRENCE**

Numéro de déclaration

2214027 v 0

du 19 juin 2019

À LIRE IMPÉRATIVEMENT

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en oeuvre votre traitement de données à caractère personnel.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « Informatique et libertés », consultez le site internet de la CNIL : www.cnil.fr.

Nom : Madame PIRER Sophie

Service :

Code NAF ou APE :

Adresse :

Tél. :

Code postal :

Fax. :

Ville :

Traitement déclaré

Finalité : MR1 - Recherches dans le domaine de la santé avec recueil du consentement

Transferts d'informations hors de l'Union européenne : Non

Fait à Paris, le 19 juin 2019
Par délégation de la commission

Marie-Laure DENIS
Présidente

Annexe n°4 : RATS

■ Qualitative research review guidelines – RATS

ASK THIS OF THE MANUSCRIPT	THIS SHOULD BE INCLUDED IN THE MANUSCRIPT	✓
<p>R Relevance of study question</p> <p>Is the research question interesting?</p> <p>Is the research question relevant to clinical practice, public health, or policy?</p>	<p>Research question explicitly stated</p> <p>Research question justified and linked to the existing knowledge base (empirical research, theory, policy)</p>	<p>✗</p> <p>✗</p>
<p>A Appropriateness of qualitative method</p> <p>Is qualitative methodology the best approach for the study aims?</p> <p><i>Interviews:</i> experience, perceptions, behaviour, practice, process</p> <p><i>Focus groups:</i> group dynamics, convenience, non-sensitive topics</p> <p><i>Ethnography:</i> culture, organizational behaviour, interaction</p> <p><i>Textual analysis:</i> documents, art, representations, conversations</p>	<p>Study design described and justified e.g., why was a particular method (i.e., interviews) chosen?</p>	<p>✗</p>
<p>T Transparency of procedures</p> <p><i>Sampling</i></p> <p>Are the participants selected the most appropriate to provide access to type of knowledge sought by the study?</p> <p>Is the sampling strategy appropriate?</p>	<p>Criteria for selecting the study sample justified and explained</p> <p><i>theoretical:</i> based on pre conceived or emergent theory</p> <p><i>purposive:</i> diversity of opinion</p> <p><i>volunteer:</i> feasibility, hard-to-reach groups</p>	<p>✗</p>
<p><i>Recruitment</i></p> <p>Was recruitment conducted using appropriate methods?</p> <p>Is the sampling strategy appropriate?</p> <p>Could there be selection bias?</p>	<p>Details of how recruitment was conducted and by whom</p> <p>Details of who chose not to participate and why</p>	<p>✗</p> <p>✗</p>
<p><i>Data collection</i></p> <p>Was collection of data systematic and comprehensive?</p> <p>Are characteristics of the study group and setting clear?</p> <p>Why and when was data collection stopped, and is this reasonable?</p>	<p>Method (s) outlined and examples given (e.g., interview questions)</p> <p>Study group and setting clearly described</p> <p>End of data collection justified and described</p>	<p>✗</p> <p>✗</p> <p>✗</p>
<p><i>Role of researchers</i></p> <p>Is the researcher (s) appropriate? How might they bias (good and bad) the conduct of the study and results?</p>	<p>Do the researchers occupy dual roles (clinician and researcher)?</p> <p>Are the ethics of this discussed? Do the researcher(s) critically examine their own influence on the formulation of the research question, data collection, and interpretation?</p>	<p>✗</p> <p>✗</p>

<p><i>Ethics</i></p> <p>Was informed consent sought and granted?</p> <p>Were participants' anonymity and confidentiality ensured?</p> <p>Was approval from an appropriate ethics committee received?</p>	<p>Informed consent process explicitly and clearly detailed</p> <p>Anonymity and confidentiality discussed</p> <p>Ethics approval cited</p>	<p>✗</p> <p>✗</p> <p>✗</p>
<p>S Soundness of interpretive approach</p> <p><i>Analysis</i></p> <p>Is the type of analysis appropriate for the type of study? <i>thematic: exploratory, descriptive, hypothesis generating framework: e.g., policy constant comparison/grounded theory: theory generating, analytical</i></p> <p>Are the interpretations clearly presented and adequately supported by the evidence?</p> <p>Are quotes used and are these appropriate and effective?</p> <p>Was trustworthiness/reliability of the data and interpretations checked?</p>	<p>Analytic approach described in depth and justified</p> <p><i>Indicators of quality: Description of how themes were derived from the data (inductive or deductive)</i> Evidence of alternative explanations being sought Analysis and presentation of negative or deviant cases Description of the basis on which quotes were chosen Semi-quantification when appropriate Illumination of context and/or meaning, richly detailed</p> <p>Method of reliability check described and justified e.g., was an audit trail, triangulation, or member checking employed? Did an independent analyst review data and contest themes? How were disagreements resolved?</p>	<p>✗</p> <p>✗</p> <p>✗</p> <p>✗</p>
<p><i>Discussion and presentation</i></p> <p>Are findings sufficiently grounded in a theoretical or conceptual framework?</p> <p>Is adequate account taken of previous knowledge and how the findings add?</p> <p>Are the limitations thoughtfully considered?</p> <p>Is the manuscript well written and accessible?</p>	<p>Findings presented with reference to existing theoretical and empirical literature, and how they contribute</p> <p>Strengths and limitations explicitly described and discussed</p> <p>Evidence of following guidelines (format, word count) Detail of methods or additional quotes contained in appendix Written for a health sciences audience</p>	<p>✗</p> <p>✗</p> <p>✗</p>
		<p>?</p>
<p>Are <u>red flags</u> present? these are common features of ill conceived or poorly executed qualitative studies, are a cause for concern, and must be viewed critically. They might be fatal flaws, or they may result from lack of detail or clarity.</p>	<p><i>Grounded theory: not a simple content analysis but a complex, sociological, theory generating approach</i> <i>Jargon: descriptions that are trite, pat, or jargon filled should be viewed sceptically</i> <i>Over interpretation: interpretation must be grounded in "accounts" and semi-quantified if possible or appropriate</i> <i>Seems anecdotal, self evident: may be a</i></p>	<p>✗</p>

	superficial analysis, not rooted in conceptual framework or linked to previous knowledge, and lacking depth <i>Consent process thinly discussed:</i> may not have met ethics requirements <i>Doctor-researcher:</i> consider the ethical implications for patients and the bias in data collection and interpretation
--	---

The RATS guidelines modified for BioMed Central are copyright Jocelyn Clark, BMJ. They can be found in Clark JP: **How to peer review a qualitative manuscript**. In *Peer Review in Health Sciences*. Second edition. Edited by Godlee F, Jefferson T. London: BMJ Books; 2003:219-235

AUTEUR : Nom : PIRER

Prénom : Sophie

Date de Soutenance : 6 novembre 2019

Titre de la Thèse : Représentations et attentes des médecins généralistes concernant les assistants médicaux et les infirmiers de pratique avancée

Thèse - Médecine - Lille 2019

Cadre de classement : assistants médicaux, infirmiers de pratique avancée

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : assistants médicaux, infirmiers de pratique avancée, médecine générale

Résumé :

Contexte : Afin de pallier la désertification médicale, les pouvoirs publics ont créé deux nouvelles professions : les assistants médicaux et les infirmiers de pratique avancée. Le but affiché est de libérer du temps médical aux médecins et de faciliter l'accès aux soins. Ce sujet étant récent, aucun travail universitaire explorant l'opinion des médecins généralistes au sujet de ces nouvelles professions n'a été trouvé. Nous leur avons demandé leurs avis.

Méthode : Étude qualitative s'inspirant de la théorisation ancrée en utilisant une approche phénoménologique. Entretiens semi-dirigés réalisés entre mai 2019 et juillet 2019 dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais. Suffisance des données obtenue après quatorze entretiens : un quinzième entretien a été réalisé pour s'assurer de l'absence de nouveaux thèmes.

Résultats :

Les médecins interrogés étaient globalement mal informés sur ces nouvelles professions. Une confusion existait parfois entre les assistants médicaux et les infirmiers de pratique avancée. Ils estimaient que les inconvénients (dégradation de la relation médecin-malade, perte du rôle central du médecin traitant, erreurs médicale...) seraient plus importants que les bénéfices annoncés (gain de temps médical). Concernant les assistant médicaux, le financement posait un problème. La majorité refusait la rémunération de ces professionnels à leur charge, même avec une aide au financement. Une majorité ne souhaite pas augmenter sa patientèle. Enfin concernant l'avenir de la profession médicale, la question d'un salariat généralisé est souvent évoquée.

Conclusion :

Les médecins interrogés semblaient globalement défavorables à la mise en place de ces nouvelles professions. Ils craignaient de perdre le rôle central de la médecine générale dans la prise en charge des patients.

Composition du Jury :

Président : Pr PUISIEUX François

Assesseurs : Dr CHOURAKI Vincent, Dr HUMEZ Jean-François

Directeur de thèse : Pr BERKHOUT Christophe