

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2020

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Représentations du nouveau métier d'assistant médical par les
médecins généralistes, motivations et freins à leur embauche.**

Présentée et soutenue publiquement le 1^{er} Octobre 2020 à 18h
au Pôle Formation

par Aurélien Lebec

JURY

Président :

Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Asseseurs :

Monsieur le Professeur Éric BOULANGER

Madame le Docteur Anita TILLY

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Jean-Luc MALBRUNOT

Avertissement

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

Définitions et acronymes

ALD : Affection de longue durée

AM : Assistant médical

ARS : Agence régionale de santé

ASALEE : Action de santé libérale en équipe

BPCO : Bronchopneumopathie chronique obstructive

CERFA : Centre d'enregistrement et de révision des formulaires administratifs

CDD : Contrat à durée déterminée

CNAM : Caisse nationale de l'assurance maladie

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CPTS : Communautés professionnelles territoriales de santé

DFGSM2 : Diplôme de formation générale en sciences médicales 2^{ème} année

DMP : Dossier médical partagé

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

ETP : Éducation thérapeutique ou Equivalent temps plein

FEMAS : Fédération des maisons et pôles de santé

HAS : Haute autorité de santé

IDE : Infirmier diplômé d'état

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

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

MG : Médecin généraliste

MMS : Mini-mental state

MSP : Maison de santé pluridisciplinaire, ou pluriprofessionnelle

PTA : Plateformes territoriales d'appui

RCP : Réunion de concertation pluriprofessionnelle

URSSAF : Unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales

Sommaire

Résumé.....	8
Introduction.....	9
I. Les problématiques d'accès aux soins.....	9
II. Une offre et une demande de soins qui évoluent.....	9
III. La création du métier d'assistant médical.....	10
IV. Objectifs de la thèse.....	11
Méthode.....	13
I. Choix de la méthode.....	13
II. Canevas et déroulement des entretiens.....	13
III. Participants aux entretiens et échantillonnage.....	14
IV. Analyse des entretiens.....	14
V. Aspect éthique.....	15
Résultats.....	16
I. Population et entretien.....	16
1. Caractéristiques de la population étudiée.....	16
2. Caractéristiques des entretiens.....	17
II. Représentations du métier d'assistant médical.....	17
1. Perception du dispositif.....	17
a. Ressenti à l'annonce du projet.....	17
b. Compréhension du projet.....	18
c. Les différents biais d'information et la documentation.....	20
2. L'adhésion au projet des MG interrogés.....	22
3. L'organisation du métier d'AM.....	23
a. La place de l'AM vis à vis de la consultation médicale.....	23
b. L'espace de travail au sein de la maison de santé.....	24
c. S'inspirer d'autres modèles de transfert de compétences.....	25
d. Les modalités d'embauche.....	26
e. Les profils des futurs AM.....	26
f. Une conception personnalisable de l'AM.....	27
4. Le champ des compétences de l'AM.....	27
a. Les tâches que souhaiteraient déléguer les MG.....	27
b. Les limites à la délégation de tâches.....	32
c. Une délégation de tâches sous condition.....	34
5. Une nouveauté aussi pour le patient.....	35
a. Un AM qui bouscule le patient dans ses habitudes.....	35
b. Une nouvelle cohabitation qui peut déranger.....	36

c.	Un bénéfice à prouver.....	37
d.	Un dispositif en trompe l'œil.....	37
III.	Motivations et freins à l'embauche d'un assistant médical	38
1.	Les motivations	38
a.	Répondre à un objectif qualitatif	38
b.	Satisfaire un objectif quantitatif.....	39
c.	Les motivations inhérentes au médecin.....	40
2.	Les freins.....	42
a.	La gestion d'un salarié supplémentaire.....	42
b.	La nécessité d'augmenter son activité	42
c.	La crainte de voir la relation patient-médecin se dégrader	43
d.	Le risque d'une consultation moins riche cliniquement	45
e.	Un dispositif inadapté au lieu ou au mode d'exercice du médecin	46
f.	Le frein financier	47
g.	Des incertitudes qui limitent l'adhésion au dispositif.....	49
h.	Un principe de délégation inconcevable pour le médecin.....	50
	Discussion.....	51
I.	Forces et faiblesses de l'étude	51
1.	Les faiblesses de l'étude	51
a.	Liées au chercheur.....	51
b.	Les doutes méthodologiques.....	51
c.	La période d'étalement des entretiens	51
d.	Limite liée à l'échantillonnage.....	52
2.	Forces de l'étude	52
a.	Un sujet nouveau et dynamique.....	52
b.	Un thème clivant	53
c.	Les forces sur le plan méthodologique.....	53
3.	Difficultés rencontrées liées à la méconnaissance du sujet par les MG	54
II.	Principaux résultats	54
1.	Des médecins méfiants et sceptiques vis-à-vis du projet d'AM	54
2.	La crainte d'un alourdissement des charges de travail	57
3.	La formation d'un trio qui bouleverse l'exercice médical.....	58
4.	Un AM soulageant le médecin des charges administratives, un encouragement à l'installation ?	59
5.	Une autre conception de l'assistant médical.....	61
	Conclusion	64
	Références bibliographiques	66

Résumé

Contexte : En 2019, 5.4 millions de Français n'avaient pas de médecin traitant. L'offre de soins est insuffisante pour une population vieillissante présentant une chronicisation de ses pathologies. Des postes d'assistants médicaux (AM), exerçant des missions administratives et médicales, sont proposés par la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) aux médecins, afin de leur libérer du temps médical sous condition d'une hausse d'activité. Cette étude explore les représentations qu'ont les médecins généralistes de ce nouveau métier, et les freins et motivations à leur embauche.

Méthode : Pour cette thèse qualitative, des entretiens semi-dirigés ont été menés auprès de 12 médecins généralistes, puis une analyse thématique a été réalisée.

Résultats : Les médecins généralistes interrogés semblent se méfier de ce dispositif qui leur est proposé, et pour lequel beaucoup d'incertitudes demeurent. Cependant, leur souhait de redonner la priorité aux problématiques purement médicales, en déléguant à l'assistant médical les tâches administratives et de gestion de dossier, semble s'accorder avec ce que présente la CPAM. Par ailleurs, si certains médecins se voient délaissé l'accueil et l'installation du patient, la prise de constantes ainsi que la facturation à l'assistant, d'autres estiment que ces « temps morts » contribuent à la richesse clinique de la consultation. Les médecins voient dans le transfert de compétences l'opportunité d'améliorer la qualité du soin, tout en gagnant en confort de travail. Ils redoutent qu'au contraire, la hausse d'activité demandée par la CPAM entraîne une dégradation de leur qualité de vie, ainsi qu'un appauvrissement de la relation patient-médecin lié à l'intrusion d'une tierce personne. La gestion salariale de l'assistant médical et l'inadéquation de l'agencement du cabinet médical sont également considérées comme des freins majeurs à l'embauche.

Conclusion : Un équilibre doit être trouvé au sein de cette nouvelle coopération interprofessionnelle tout en sauvegardant les missions humaines qui contribuent à l'intérêt du métier de généraliste. Un assistant permettant de retrouver du temps médical pour le patient, et un confort de vie pour le médecin, renforcerait l'attrait du métier, et pourrait encourager les installations. La valorisation d'objectifs qualitatifs irait dans ce sens.

Introduction

I. Les problématiques d'accès aux soins

Une étude de la DREES parue en 2020, révèle une baisse de l'accessibilité aux médecins généralistes (MG). En 2018, les français avaient accès à 3.93 consultations par an et par habitant contre 4.06 en 2015 (1).

En 2019, selon Nicolas Revel, directeur de l'Assurance Maladie, 5.4 millions de français n'avaient pas de médecin traitant et la moitié en recherchait un réellement (2).

Au delà de ces données statistiques, le manque d'accès aux soins est ressenti chez les médecins généralistes dans leurs pratiques quotidiennes. En 2019, 7 médecins généralistes sur 10 jugeaient insuffisante l'offre de soins dans leur territoire. La moitié indiquaient refuser de nouveaux patients en tant que médecin traitant. Et 8 sur 10 exprimaient leurs difficultés à répondre aux sollicitations des patients (3).

De plus, les inégalités territoriales s'accroissent. La part de la population vivant dans une zone sous-dotée en médecins généralistes est passée de 3.8% à 5.7% en quatre ans (1).

Ces problématiques d'accès aux soins trouvent plusieurs sources d'explication.

II. Une offre et une demande de soins qui évoluent

D'une part, l'offre de soins diminue.

La démographie médicale est en baisse. Le nombre de médecins généralistes en activité diminue : en 2018, le tableau de l'ordre des médecins recensait 87 801 médecins généralistes en activité, soit une baisse d'effectif de 7% depuis 2010 et une diminution de 0.4% depuis 2017. Jusqu'en 2025, la tendance à la baisse semble se confirmer (4).

De plus, la pyramide des âges des médecins généralistes confirme un vieillissement déjà connu, même s'il ne s'accroît pas (4).

Beaucoup de médecins généralistes partant à la retraite ne sont pas remplacés et le nombre d'installations diminue. Depuis 2010, l'exercice libéral ne cesse de reculer (-3.5%) au profit de l'activité salariée (+4%) (4).

Par ailleurs, le temps médical consacré exclusivement aux patients, hors tâches administratives, diminue, les jeunes médecins souhaitant un meilleur équilibre vie professionnelle / vie familiale et personnelle (5).

De plus, le manque d'attractivité de certains territoires creuse l'inégalité d'accès aux soins. L'attractivité et la qualité de vie sont importantes dans les choix d'installation des médecins, en particulier chez les jeunes. Ces derniers sont attirés par des territoires dynamiques et par un mode d'exercice groupé permettant la mutualisation des services (5).

D'autre part, la demande grandit avec une population croissante et vieillissante (6). L'augmentation du nombre de patients et la chronicisation des pathologies entraînent une majoration du temps médical nécessaire.

III. La création du métier d'assistant médical

En 2018, le projet « Ma santé 2022 » annonce la création d'un nouveau métier, celui d'assistant médical (AM). L'objectif affiché est de redonner aux médecins du temps médical. Ce temps gagné leur permettrait de se concentrer sur les soins apportés à leur patient, sur la coordination de leurs parcours et d'améliorer les démarches de prévention (7).

Les médecins ont le choix des tâches qu'ils confieront à leur assistant. Le champ des missions qui peuvent être déléguées à l'AM reste volontairement large. Il pourra ainsi :

- Avoir un rôle administratif sans lien direct avec le soin (accueil du patient, création du dossier informatique, aide à la mise en place de téléconsultation...)

- Remplir des tâches en lien avec la préparation ou le déroulement de la consultation (aide au déshabillage et rhabillage, prise de constantes, mise à jour du dossier médical...)
- Etre impliqué dans des missions d'organisation et de coordination avec d'autres acteurs de soin (8).

Ces AM ont pu être recrutés dès septembre 2019, ils doivent suivre une formation dans les deux ans qui suivent leur recrutement. Le contenu de cette formation n'est pas encore défini, elle sera validée par une certification de qualification professionnelle (9) (8).

Les conditions d'éligibilité pour bénéficier d'un AM sont triple : (7)

- Exercer de manière groupée (au moins deux médecins)
- Avoir un exercice coordonné (notamment MSP, CPTS...)
- Avoir au moins 640 patients suivis comme médecin traitant et pouvoir augmenter ce nombre et/ou sa « file active ». Sachant que l'aide financière pérenne et dégressive, évolue selon cette augmentation.

Par exemple, pour une embauche d'un AM à 1/2 ETP, un médecin ayant une patientèle et/ou une file active comprise entre le 50ème et le 70ème percentile par rapport à l'activité moyenne nationale, devra l'augmenter de 20%. L'aide financière de la CPAM sera alors de 18 000 euros la 1^{ère} année, 13 500 euros la deuxième, puis d'un montant maximal de 10 500 euros de manière pérenne à partir de la troisième année. Pour un médecin dont la file active serait plus importante, l'augmentation exigée serait moindre, et inversement (8).

Ainsi, sans que cela soit une condition *sine qua non*, la CNAM estime que les MG pourraient passer de trois ou quatre consultations par heure à six (10).

IV. Objectifs de la thèse

La finalité de ce nouveau dispositif est de répondre aux problématiques d'accès aux soins. Le principe de transfert de compétences est peu présent en médecine générale et la survenue d'un autre acteur de soin au sein d'une coopération

interprofessionnelle reste innovante. L'étendue des tâches à déléguer à l'AM est vaste, et le contenu des formations reste à définir. Les représentations qu'ont les MG de ce nouveau dispositif aideraient à en dessiner les contours.

Par ailleurs, l'enjeu est de libérer du temps médical aux MG. A quels autres souhaits ce dispositif répondrait-il ? Les motivations à travailler avec un AM en sont le reflet.

Enfin, certaines conditions de financement et d'éligibilité ont été établies. Les MG vont-ils les considérer comme des obstacles à l'embauche ? Quels autres freins peuvent demeurer ? Leur mise en lumière aiderait à améliorer le dispositif.

L'objectif de cette thèse était donc d'étudier les représentations qu'ont les MG du nouveau métier d'AM, tout en explorant les motivations et les freins éventuels à leur embauche.

Méthode

I. Choix de la méthode

Dans son *Manuel d'analyse qualitative* (11) Christophe Lejeune cite Strauss et Corbin « Nous utilisons le terme de recherche qualitative pour définir tout type de recherche qui amène des résultats produits ni par des procédures statistiques ni par d'autres moyens de quantification » (12).

Ce type de recherche nous a paru pertinent pour cette thèse, notre travail ayant pour objet spécifique les représentations des acteurs de soins. Il s'agissait d'élaborer des hypothèses, à l'aide d'une démarche inductive, s'appuyant sur le recueil et l'interprétation des différentes opinions des MG. Il n'était pas question ici de quantifier les idées des MG (13).

II. Canevas et déroulement des entretiens

Le recueil des données a été permis grâce à des entretiens individuels semi-dirigés réalisés par le chercheur.

Un canevas d'entretien a été rédigé afin de guider le chercheur lors des interviews. Il permettait d'orienter ou de relancer le médecin sur différents thèmes. Les premières questions sont dites « brise glace », elles permettaient d'appréhender le mode de fonctionnement du médecin au sein de la structure médicale. Ensuite était abordée la position du médecin vis-à-vis du dispositif de la CPAM, ses motivations et freins à une éventuelle embauche, puis le principe de délégation de tâches. Enfin le médecin était interrogé sur ses craintes ou ses attentes pour sa vie professionnelle et personnelle, vis-à-vis du dispositif.

Les questions étaient les plus ouvertes possibles afin de favoriser l'expression et d'encourager la réflexion du médecin. Certaines questions ont été retravaillées et reformulées au fil des entretiens, contribuant à enrichir les thèmes abordés par les médecins interrogés.

III. Participants aux entretiens et échantillonnage

Pour cette étude, nous avons choisi d'interroger des médecins généralistes installés, sans critère de sexe, d'âge ou de durée d'installation. Nous avons cherché des médecins travaillant dans des cabinets de groupe (au moins deux médecins au sein de la structure). En effet, il nous paraissait plus judicieux d'interviewer des médecins éligibles au dispositif et donc potentiellement intéressés par les AM ou ayant un minimum de connaissance sur le sujet.

Afin de recruter des participants, un message a été transmis aux différentes MSP via la FEMAS Hauts-de-France (Fédération des structures d'exercice coordonné en Hauts-de-France). Ayant eu très peu de réponses, nous avons relancé ou contacté directement des MSP ou maisons médicales, parfois déjà connues du chercheur.

Le nombre d'entretiens à réaliser n'était pas déterminé à l'avance. Ils ont été menés jusqu'à la « suffisance » des données afin de tendre vers la plus grande diversité des opinions ; c'est-à-dire lorsque les discussions avec les MG n'apportaient plus de nouvelles idées.

IV. Analyse des entretiens

L'enregistrement des données se faisait à l'aide d'un enregistreur vocal. L'entretien était ensuite retranscrit mot pour mot dans son intégralité, avec les pauses, les hésitations et les éléments non verbaux, sur un document Word, constituant ainsi le *verbatim*.

Une analyse thématique était réalisée à partir de ce *verbatim* grâce au logiciel *NVivo*. Dans un premier temps, le codage ouvert a permis de formuler ce qu'exprime le médecin interrogé. Il a également été réalisé par un autre thésard sur les premiers entretiens. Les différents codes obtenus ont été mis en commun et discutés.

Dans un second temps, ces codes ont été regroupés en sous-thèmes pour enfin être « structurés en un système porteur de sens » (13).

V. Aspect éthique

Le médecin donnait son accord oral à l'enregistrement de la discussion après avoir été informé de l'anonymisation de ses propos.

Une déclaration auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés a été faite en février 2020.

Résultats

I. Population et entretien

1. Caractéristiques de la population étudiée

Les médecins interrogés exerçaient dans la région des Hauts-de-France à l'exception de trois médecins installés dans le département de l'Allier.

Les caractéristiques des médecins et de leurs modes d'exercice sont présentées dans le tableau suivant. A noter qu'au moment de l'entretien, aucun des médecins ne travaillait déjà avec un AM.

Médecin	Sexe	Âge	Durée d'installation	MSP	Présence IDE ASALEE	Secrétariat
M1	homme	50-59	>30ans	oui	non	sur place
M2	homme	30-39	<10ans	oui	oui	sur place
M3	femme	30-39	<10ans	oui	non	sur place
M4	homme	30-39	<10ans	oui	non	mixte
M5	femme	30-39	<10ans	oui	non	mixte
M6	femme	50-59	20-29ans	oui	non	mixte
M7	homme	40-49	<10ans	oui	oui	sur place
M8	homme	>60	>30ans	non	non	sur place
M9	femme	30-39	<10ans	non	non	mixte
M10	homme	50-59	20-29ans	oui	non	sur place
M11	femme	30-39	<10ans	oui	non	mixte
M12	femme	40-49	10-19ans	non	non	mixte

2. Caractéristiques des entretiens

12 entretiens ont été menés par le chercheur entre juillet 2019 et avril 2020. La suffisance des données a été obtenue au bout du dixième. Les deux derniers entretiens n'apportaient plus de nouvelles idées.

Trois entretiens ont été réalisés par téléphone en raison du confinement lié à la crise sanitaire du Covid 19, les neuf autres l'ont été en présentiel.

La durée des entretiens varie de 9 minutes et 16 secondes à 40 minutes et 34 secondes, pour une moyenne de 19 minutes et 4 secondes.

II. Représentations du métier d'assistant médical

1. Perception du dispositif

a. Ressenti à l'annonce du projet

- Un des médecins interrogés vivait de manière positive l'arrivée de ce projet d'AM, en partageant son enthousiasme,

M1 : « C'est génial tout est à construire (sourire) »

son espoir.

M1 : « il faut qu'on se batte pour ça, faut que ça marche. Alors je ne sais pas si ça va marcher parce qu'il y a plein de contraintes, plein de carcans... faut que ça marche. »

- Pour la plupart, l'annonce était ressentie plutôt négativement. Ils exprimaient de la désillusion,

M2 : « je pense que la réforme est complètement... euh... à côté de l'attente des professionnels. ».

M7 : « en fait, quand on n'a pas le détail, bah on se dit : « bah c'est super, c'est chouette », assistants médicaux en fait on en parle depuis... depuis un certain temps. Mais quand j'ai vu le détail de... de ce que... de ce que voulaient les politiques, je me suis dit que nan, c'était pas du tout... c'était pas du tout ça. »

de l'amertume,

M12 : « Bah... un peu avec un rire un peu jaune quoi. »

ainsi que du regret,

M7 : « il faut faire remonter ça au niveau national, pour essayer d'amener de la réflexion de terrain, pour faire bouger les lignes. J'ai le sentiment que c'est un peu tard. »

ou encore restaient méfiants.

M7 « Alors que peut-être que je n'ai pas reçu toute l'information non plus, mais... pour moi il y a encore beaucoup de flou et je suis un peu méfiant et sceptique. »

- Enfin, on retrouvait des sentiments plus nuancés.

M5 : « Honnêtement, je suis assez partagée »

Des médecins évoquaient leur curiosité,

M4 : « c'est pour ça que je serais curieux de creuser un petit peu »

ou simplement un a priori positif.

M6 : « Non, j'ai bien compris que c'était pour nous aider, mais (rire), après c'est tout. [...] franchement, en général ce genre de choses je suis plutôt assez ouverte »

b. Compréhension du projet

- Pour un des médecins, la raison d'être de ce projet était le désengorgement des urgences.

*M7 : « Grosso-modo, on a l'impression que les AM vont permettre de déplacer le b****l qu'il y a aux urgences, de le déplacer chez nous, dans les maisons de santé, c'est clairement le ressenti qu'on a. »*

L'objectif purement quantitatif était parfois perçu comme l'unique sens du dispositif.

M7 : « c'est le concept, c'est le principe hein de vouloir augmenter la cadence »

- Plusieurs des médecins interrogés ont fait part de leur méconnaissance du dispositif.

M4 : « Est-ce que concrètement tu en connais le contenu de ce dispositif ? (ndlr : les phrases en gras sont celles prononcées par le chercheur)

Concrètement non. »

M6 : « Alors, pour moi, c'est un grand point d'interrogation. Je ne connais rien là-dessus (rire) ! [...] je ne sais absolument pas à quoi... en quoi ça consiste »

M9 : « je savais pas du tout en quoi ça consistait, quelles tâches on pouvait déléguer. Donc, avant que je vienne t'en parler, tu ne connaissais pas les rôles possibles des assistants médicaux ? Nan, je connaissais juste le nom. »

M11 : « c'est quoi vraiment la différence entre AM et une secrétaire classique ? »

- Pour beaucoup, il y avait plusieurs interrogations sur le contenu, à propos des missions que peut remplir un AM,

M3 : « pour moi les rôles de l'assistant médical c'est un peu flou encore. »

M4 : « Bah euh... connaissant pas les autres missions potentielles, »

M12 : « là c'est un peu flou quand même, le rôle de l'assistante qu'ils proposent, c'est vraiment un peu flou. »

du coût salarial et des conditions de financement,

M3 : « je sais pas effectivement comment les assistants médicaux sont financés, si c'est... enfin j'imagine qu'ils sont salariés du médecin libéral... oui... Mais je ne sais pas quelles sont les aides de la sécu ou... »

M9 : « Après, ce qui manquait dans les informations, c'est que j'ai pas vu combien ça coûtait... enfin combien c'était le salaire brut et net d'un assistant médical, une fourchette, j'sais pas. »

ainsi que de sa formation.

M2 : « on ne connaît pas la formation non plus de ces assistants médicaux, on ne sait pas quelles vont être leurs, clairement leurs compétences, leurs missions... »

Un des médecins s'interrogeait sur la mise en place de l'AM au sein de la MSP.

M5 : « sur une maison de santé, est-ce que voilà, on peut avoir un assistant médical pour plusieurs médecins ? Enfin, voilà, comment ça, éventuellement, pourrait s'organiser ? »

- Pour un des médecins seulement, la connaissance qu'il avait du dispositif semblait plutôt claire. Il n'avait pas d'interrogation à propos du contenu du projet.

M1 : « Concrètement, en connaissez-vous le contenu ? Oui. Oui. Les conditions de financement ? Oui. »

Sa bonne connaissance du dispositif s'explique par son implication dans la création du projet.

M1 : « j'ai participé à la réflexion de tout ça. »

c. Les différents biais d'information et la documentation

Quel que soit leur degré de connaissance du dispositif, les médecins interrogés étaient tous au courant de l'existence de ce projet.

- Ils étaient informés principalement via la CPAM. Soit par un délégué,

M10 : « on a été pas mal démarchés par la CPAM, [...] on a des contacts très réguliers, on se connaît bien. Donc ils sont venus nous voir, en disant « Docteur c'est formidable faut y aller ». »

par email,

M2 : « Du coup on a reçu un mail de la CPAM, de notre CPAM, à travers la newsletter, avec une information sur comment est-ce qu'ils allaient déployer cette mesure, et c'est là que j'ai vraiment... j'ai été me renseigner un peu plus »

ou directement sur le site internet.

M9 : « je me suis renseigné sur le site Ameli, pour voir les tenants, les aboutissants, tout ça... les conditions, le travail exactement qu'est-ce qu'ils font. »

- Un des médecins avait eu vent du projet via sa MSP,

M11 : « C'est la coordinatrice de notre maison de santé qui nous en a parlé, qui nous a dit que ça existait et que vu qu'on avait des grosses patientèles on pouvait potentiellement y avoir droit. »

et s'était documenté grâce au premier retour d'expérience de médecins d'une MSP bénéficiant déjà d'un AM.

M11 : « on a parlé de la maison de santé de Sin le Noble, ils ont un assistant médical. Et du coup j'avais téléphoné au médecin de Sin le Noble pour savoir, ben comment on pouvait faire pour en avoir un, à quoi... à quoi ça servait. »

- La documentation pouvait également se faire par la lecture de la presse médicale.

M5 : « j'ai lu en diagonale le peu de choses qui est sorti dans le Quotidien du médecin et les choses comme ça »

- Par ailleurs, une confusion des informations a pu être entretenue par les messages politiques et les médias.

M7 : « Alors, bizarrement, c'est difficile à vraiment... à savoir, le vrai du faux, dans toute cette histoire, parce qu'à la fois on a des... des discours politiques euh... qui sont assez flous, et puis on a des retranscriptions médiatiques qui sont encore plus floues et encore assez polémiques »

- Enfin, certains médecins déclaraient n'avoir été ni contactés par la CPAM ni informés par leur MSP au moment où l'entretien était réalisé,

M9 : « Je n'en ai pas tellement entendu parler, je pense qu'il y a des délégués de l'assurance maladie qui viennent en parler avec les médecins mais j'ai pas été contacté directement »

M11 : « Alors bah je t'avoue qu'on ne nous en a pas trop parlé ici »

ou ne s'être pas documentés spontanément.

M3 : « le rôle des assistants médicaux ? Nan je me suis pas plus penché que ça. »

M5 : « Je m'étais posé la question, mais comme ça ne m'intéresse pas plus que ça, je me suis pas... bien documenté sur l'affaire. »

2. L'adhésion au projet des MG interrogés

- Un des médecins interrogés souhaitait embaucher un AM dès que possible, à savoir dès septembre 2019.

M1 : « Dans quel délai ? Le mois de septembre. Le plus vite possible. »

- Un AM allait être embauché sans passer par le dispositif de la CPAM.

M7 : « on va la recruter sans passer par... le dispositif... par le dispositif actuel. Voilà donc on va la, on la considère comme une AM. Donc ouais c'est dans l'immédiat »

- Pour un autre, l'embauche d'un AM était en cours de réflexion au sein de sa MSP. Au moment de l'entretien, il persistait un désaccord entre les différents associés de la structure.

M10 : « On était partagés, [...] certains sont prêts à mettre les deux pieds dedans, et d'autres moins. Donc, la réflexion n'est pas aboutie collectivement. [...] Chacun d'entre nous avons nos freins »

- Plusieurs médecins étaient indécis,

M6 : « Pourquoi pas. »

voire peu enclins à s'engager dans le dispositif et préféraient attendre l'évolution du projet et les retours d'expérience pour se décider.

M2 : « Là, comme j'ai lu, la façon dont ça va être déployé, non. Si ça venait à changer, pourquoi pas... »

- D'autres médecins étaient plus catégoriques et ne souhaitaient pas s'engager dans le dispositif pour le moment.

M3 : « Pas dans les prochaines années en tout cas. Alors après peut-être que l'exercice dans vingt ans il aura complètement changé et que tous les médecins ils

auront un assistant mais, dans les années à venir, non je ne me vois pas travailler avec quelqu'un... avec une assistante. »

M4 : « je n'en vois pas l'intérêt pour le moment. »

3. L'organisation du métier d'AM

a. La place de l'AM vis à vis de la consultation médicale

- L'assistant médical ne trouverait pas sa place lors de la consultation,

M12 : « je vois pas trop l'intérêt... Enfin si je devais la prendre avec moi dans cette pièce, qu'est-ce qu'elle ferait, où est-ce que je la mettrais ? »

durant laquelle il est vu comme une gêne.

M7 : « j'ai pas besoin de quelqu'un qui m'aide pendant la consultation. Je le verrais plus comme un parasite que comme une aide. »

- Une fonction extérieure à la consultation aurait plus de sens aux yeux des médecins interrogés. Elle pourrait être en pré-consultation,

M1 : « je pense que la préparation de la consultation avant, en aval de ce qui va se passer dans le cabinet du médecin c'est quelque chose de fondamental. »

M2 : « le temps d'attente aussi du coup serait perçu différemment peut être... »

M10 : « et puis de préparer la consultation »

après la consultation.

M1 : « En post-consultation, c'est tout ce qui est : est-ce que le patient a bien compris ? »

M12 : « par exemple la maison médicale de garde, ben quand tu finis ta consult', tu donnes, il y a des feuilles de consignes, de confinement et tout. Donc bon, toi tu les expliques globalement au patient, et [...] quand tu transmets le patient à l'infirmière, elle lui réexplique les choses, elle lui donne la feuille. »

L'AM pourrait également être impliqué dans une approche populationnelle, où le soin dépasserait les portes du cabinet. Il remplirait des missions qui touchent le patient dans son quotidien.

M7 : « en dehors de la maison de santé, vraiment dans la population, dans la vie de tous les jours, il faut qu'on investisse. Et je pense que l'AM a un rôle comme ça à jouer. »

M7 : « Donc si vraiment on veut tendre vers 100% de la santé des gens, il faut parler santé avec les gens, mais en dehors du cabinet. [...] aller accrocher comme ça des gens qui sont hors du système »

b. L'espace de travail au sein de la maison de santé

- Géographiquement, l'AM travaillerait en dehors du cabinet du médecin.

M1 : « On peut lui donner une place qui ne soit pas dans le cabinet. »

Il lui serait alors réservé un espace de travail personnel.

M1 : « il faut une place hein ! [...] Moi je pense qu'il faut un lieu. »

M7 : « on prévoit un espace euh... dédié au patient, information [...] là entre les deux salles d'attentes. Voilà, cette personne là serait en charge justement à penser, même à animer cet espace-là. Pour qu'il y ait une présence physique parfois »

M12 : « Par contre ce qui serait intéressant si chaque médecin pouvait avoir son assistante, avec une pièce dédiée, l'assistante reçoit les patients dans cette pièce, commence à prendre les constantes, à les faire se déshabiller, à regrouper les éléments intéressants pour la consultation. »

- L'idée que l'assistant alterne entre plusieurs cabinets de consultation est également avancée par un des médecins.

M8 : « On pourrait très bien imaginer, à la limite, deux cabinets de consultations.

C'est pour ça qu'il faut de l'espace. Le médecin passerait d'un cabinet à l'autre, sans

envoyer balader le patient, en l'obligeant à se rhabiller pratiquement dans la salle d'attente »

- Partagé au sein d'un exercice coordonné, l'AM répondrait au besoin de soins d'un territoire donné. Certains médecins regrettent que cela ne soit pas possible avec le projet actuel.

M7 : « je pense aussi que les AM ont sûrement un rôle à jouer dans les structurations CPTS. C'est-à-dire là on bascule vraiment dans la santé populationnelle. »

M8 : « mais le système est pas encore assez souple, c'est-à-dire qu'un médecin a son assistante médicale, il ne peut pas la partager avec une CPTS, donc euh... Elle est obligée de travailler dans le lieu où travaille, où exerce le médecin. »

c. S'inspirer d'autres modèles de transfert de compétences

- Pour certains médecins, l'exercice libéral a accumulé un retard sur le mode de fonctionnement hospitalier. S'en inspirer grâce aux assistants médicaux permettrait de le combler.

M1 : « avec ça, on est en train de rattraper ce qui se passe à l'hôpital. Ce retard qu'on a eu pendant vingt ans, trente ans. »

M12 : « Je pense qu'il faudrait qu'ils nous aident à fonctionner un peu comme à l'hôpital quoi. Avec vraiment des vraies assistantes, t'as un secrétariat, t'as ton assistante. »

- Certains fonctionnements libéraux étrangers, permettant au médecin de se concentrer sur son exercice médical grâce à la délégation de tâches, sont également cités en exemple.

M12 : « j'ai des échos de la Suisse ou de l'Allemagne, où t'as... ou même en Angleterre, j'ai eu l'occasion d'aller consulter un GP (General Practitioner) en Angleterre, euh... à la campagne, vraiment dans la campagne anglaise. Donc tu rentres, t'as une salle d'attente, t'as un accueil, avec un poste infirmier. Et quand tu rentres dans le cabinet du médecin, le médecin ne fait que s'occuper de sa partie médicale, et quand tu ressorts, tout est transmis à l'infirmière, et c'est l'infirmière qui

gère toute la paperasserie à côté, même les ordonnances, et t'as même une petite délivrance de médicaments sur place. Et ça je pense que c'est la National Health qui met ça en place hein, je pense pas que ça soit à la charge du médecin. »

d. Les modalités d'embauche

- Un des médecins embauchera un AM avec un contrat à durée déterminée. A noter que dans la MSP de ce médecin, l'embauche ne passera pas par le dispositif de la CPAM.

M7 : « on a déjà discuté des conditions de recrutement, donc c'est sous forme de CDD. »

- Afin d'encourager l'adhésion au dispositif et apporter un réel soutien à l'exercice libéral, un autre estime que l'embauche de l'AM devrait être prise en charge entièrement par la fonction publique.

M12 : « Moi je pense que si l'état voulait vraiment faire quelque chose pour nous, [...] ça serait quelqu'un qui serait embauché par l'état, payé par l'état, mis à notre disposition pour nous aider de A à Z, du début à la fin de la journée quoi. Pas juste comme ça. »

- Enfin, un des médecins souhaitant adhérer au dispositif de la CPAM souligne que le recrutement d'un AM nécessitera une embauche supplémentaire. Il ne sera pas possible de convertir un poste déjà existant au sein de la MSP.

M1 : « ils ne veulent pas que l'on transforme le poste de notre secrétariat médical en assistant, si on le fait il va falloir rembaucher une secrétaire. »

e. Les profils des futurs AM

Pour les 2 médecins certains d'embaucher un AM, le profil des candidats était en cours de réflexion.

M1 : « c'est un nouveau boulot, faudra le certifier. Alors qui sera assistant au départ ? Bon, moi je pense que ceux qui ont un profil médical... enfin paramédical peut-être, pas forcément. »

Plusieurs pistes étaient possibles selon eux.

M1 : « Là ici on a quelqu'un qui est sur le poste pressenti, qui a un profil de préparateur en pharmacie. »

M1 : « après ça peut être d'autres, des cadres qui ont été formés à... des masters 2 de santé des choses comme ça... infirmière, aide soignante, pourquoi pas. »

M7 : « On a une secrétaire remplaçante qui pourrait très bien remplir ce rôle de... d'assistante médicale »

f. Une conception personnalisable de l'AM

Plusieurs médecins ont souligné l'importance de pouvoir adapter les fonctions de l'AM selon leur besoin, ou selon l'orientation qu'ils souhaitent donner à leur projet de soin.

M7 : « si on nous dit « voyez, vous avez des postes d'assistants médicaux et vous en faites ce que vous voulez en fonction de votre projet de santé, en fonction de votre pratique, en fonction de vos besoins » donc là je dis : oui, bingo, je suis d'accord ; on aurait une assistante médicale et voilà. On peut en faire... en faire ce qu'on veut, en fonction ben de nous, de notre territoire, de ce qu'on connaît, de nos pratiques, de nos besoins... »

M12 : « C'est au médecin de définir son rôle »

4. Le champ des compétences de l'AM

a. Les tâches que souhaiteraient déléguer les MG

- Les AM pourraient se voir confier des missions de secrétariat,

M8 : « ce qu'on fait faire déjà par la secrétaire »

telles qu'accueillir le patient au sein de la maison de santé,

M4 : « l'accueil des patients [...] c'est ce que j'imaginai. »

prendre les rendez-vous d'examens complémentaires ou de consultation de second recours.

M1 : « servir de lien entre la prise d'un examen médical et... éventuellement... aider le patient à choisir le cabinet de radiologie, et cætera, donner l'adresse »

M1 : « Est-ce qu'il a un rendez-vous de spécialiste à prendre ? Si oui, est-ce qu'on peut lui avancer son rendez-vous ? »

Les médecins délégueraient également la gestion de leur planning ainsi que celui de la maison de santé.

M1 : « dans les maisons de santé il y a plein de réunions à droite à gauche. Il y a plein de rencontres qu'on doit avoir avec l'un avec l'autre pour échanger sur un patient, tout ça c'est elles qui vont le gérer. »

M8 : « Le fait de prendre les prochains rendez-vous. »

- La création et la gestion du dossier médical informatisé fait partie des tâches régulièrement citées d'emblée.

M1 : « création de dossier [...], ouvrir un DMP »

M7 : « un appui à tout ce qui est dossiers informatiques, [...] scannage de dossiers, choses comme ça, pour supprimer les archives papiers. »

L'AM enrichirait la partie médicale du dossier,

M3 : « Il pourrait peut-être remplir les antécédents médicaux chirurgicaux, les allergies. Ouais remplir le dossier informatique quoi. »

et vérifierait que les données administratives soient à jour.

M1 : « est-ce que c'est la bonne adresse ? Est-ce que la déclaration de médecin traitant est bien faite ? Est-ce que les ALD sont bien enregistrées, au bon endroit ? Est-ce que les dates de fin d'ALD approchent ou pas ? »

M10 : « pour les données d'état civil, pour euh... le... voilà la tenue du dossier »

- D'autres tâches administratives font également partie des missions qu'aimeraient déléguer les médecins interrogés, avec en premier lieu, la facturation et le passage de carte Vitale.

M11 : « Le paiement, c'est pas quelque chose que j'adore faire, je le délèguerais bien s'il y avait quelqu'un à l'accueil qui pouvait... se charger avec nos boîtiers de carte Vitale, de faire régler, pourquoi pas. »

L'AM remplirait les formulaires spécifiques.

M1 : « L'aide au remplissage des arrêts de travail, éventuellement les arrêts de travail en ligne, les bons de transport »

M6 : « collaborer à une certaine partie de dossiers MDPH par exemple, prise en charge en affection longue durée »

La comptabilité et la télétransmission pourraient également être confiées à l'AM.

M1 : « le soir, faire les télétransmissions, retours Noémie, tous les actes qui ont été rejetés, tous les impayés, tout l'aspect comptabilité. »

- Certains actes techniques pourraient être réalisés par l'AM.

M5 : « quand on a des électrocardiogrammes à faire, des choses comme ça, là par contre ça nous gagnerait du temps... »

M10 : « on fait tous de la spirométrie. Donc on ferait réaliser ça... après c'est à nous de les interpréter »

- L'AM pourrait remplir des missions de santé publique.

M7 : « La place est plus sur des missions de santé publique, prévention, promotion, éducation de la santé. »

Ces missions évolueraient dans le temps au sein d'une même structure.

M7 : « une information sur trois mois sur le tabac, après trois mois sur les dépistages, trois mois sur la prévention par rapport aux écrans pour les enfants, voilà des choses comme ça... »

L'AM pourrait tout aussi bien être sollicité pour le suivi des dépistages,

M10 : « suivi de mammographie, de rythme de mammographie, de dépistage, enfin et cætera »

que pour l'aide au sevrage tabagique.

M7 : « développer des techniques d'interventions brèves auprès des patients tabagiques. [...] continuer à faire un travail comme ça de phoning, tous les trois mois les appeler, pour voir leurs motivations à arrêter le tabac, voilà, vraiment pour faire des... un travail de qualité, de sensibilisation. »

Enfin, ils apporteraient des conseils sur l'hygiène de vie.

M1 : « Un rôle important aussi, c'est qu'ils peuvent apporter le conseil au patient. [...] du style euh... remise d'un régime, explication des grandes lignes... »

- L'AM serait amené à remplir des missions de coordination avec l'aide sociale, pour la prise en charge des situations complexes,

M1 : « le secteur social... un patient qui pose un problème social éventuellement sur un dossier complexe [...], mise en lien avec les PTA. »

ainsi que pour l'organisation des demandes de consultations urgentes.

M1 : « La coordination interne, planifier les fameux soins coordonnés, les demandes de soins non programmées. [...] Tous les certificats médicaux faciles... »

- Certains médecins envisagent de confier la logistique du cabinet médical à l'AM. Ce dernier serait en charge autant de l'approvisionnement du matériel médical,

M1 : « Les commandes de tout ce qui est administratif, les feuilles de soins euh... enfin tout ce qui est papier CERFA et cætera [...] Est-ce qu'il y a un otoscope ? Est-ce qu'il y a un tensiomètre ? Est-ce qu'il y a un stéthoscope dans le bureau ? Est-ce qu'il y a encore des draps d'examen ? Est-ce que la poubelle a été vidée ? »

que de la propreté et de la préparation du cabinet médical.

M2 : « le changement du drap d'examen entre deux consultations, la petite toilette du cabinet entre deux consultations pour que le cabinet soit propre entre chaque patient »

M11 : « j'aimerais bien que la lumière soit allumée quand j'arrive le matin (rire), les feuilles dans l'imprimante, que l'ordinateur soit ouvert avec mon logiciel informatique déjà ouvert »

La maintenance du logiciel médical pourrait aussi être assurée par l'AM.

M1 : « tout le relationnel avec notre éditeur de logiciel. Pour que le logiciel soit bien à jour au moment où on a besoin, que le logiciel fonctionne. »

- Enfin, certaines tâches médicales et paramédicales pourraient être déléguées à un AM. Il contribuerait au début de la consultation, en déchargeant le médecin de l'installation du patient dans le cabinet, avec aide au déshabillage, prise de constantes.

M2 : « l'installation du patient »

M3 : « il pourrait prendre la tension, poids, taille, tout ça... qui sont des choses qu'on peut déléguer. »

M5 : « pour gagner un peu de temps, tu peux leur demander de déshabiller les gens. »

M8 : « Par exemple, les enfants ça serait systématique. Donc ça pourrait permettre de vraiment voir les courbes de poids, donc il y aurait un meilleur suivi de la biométrie des patients avec meilleur enseignement. »

Certains médecins estiment que l'AM pourrait également effectuer un premier tri des patients selon l'urgence ainsi que recueillir leurs plaintes.

M2 : « voilà, un premier tri, s'il pouvait y avoir un accueil individualisé du patient en fonction du degré d'urgence »

M3 : « peut-être même commencer l'interrogatoire »

Déléguer la rédaction de certaines ordonnances paraît possible selon le type de prescription.

M1 : « la rédaction de l'ordonnance pourquoi pas, à terme, si on a des ordonnances dématérialisées, pourquoi pas certaines ordonnances faciles. »

Enfin, leur aide pourrait être requise lors de gestes techniques réalisés par le médecin.

M1 : « si je sais que le prochain acte ça sera un frottis, bah je demande à l'assistante de me préparer mon matériel pendant que je termine avec un autre patient. »

M1 : « Il y a un dépistage ici de... des troubles auditifs de l'enfant, je voudrais bien qu'il me prépare mon matériel. »

M1 : « Si certains médecins, certains de mes assistants font des infiltrations pourquoi pas... il faut préparer le matériel d'infiltration. »

M1 : « Eventuellement préparer des vaccins... »

b. Les limites à la délégation de tâches

- Pour certains médecins cette coopération apportera un bénéfice à condition de fixer des limites précises dans la séparation des rôles.

M10 : « à condition de bien circonscrire les rôles, ça peut être un plus, mais dans cette condition-là. [...] à condition de bien, bien modéliser les missions, bien les définir, bien... et puis avoir une limite. »

M12 : « si les choses sont bien mises en place, et bien définies dès le début. Au contraire, moi ça me conviendrait. »

- En effet, cette collaboration est perçue par d'autres comme empiétant sur l'identité même du médecin généraliste.

M7 : « là on a l'impression qu'on veut nous enlever au fur et à mesure, ben nous enlever des... des missions qui font partie de notre identité. Des missions de médecin, c'est pas ça qu'on demande. »

M7 : « d'avoir quelqu'un en appui dans nos structures, nos maisons de santé. Mais en appui pour euh, pour mieux organiser l'accueil, la prévention, les messages. Mais pas forcément venir empiéter sur notre travail de médecin généraliste »

- Ainsi des limites doivent être posées. L'interrogatoire et l'examen clinique sont très souvent cités d'emblée comme n'étant pas des tâches à déléguer, estimant qu'elles sont du ressort du médecin.

M3 : « L'examen clinique. Parce que je ne sais pas quelles sont leurs formations en fait, mais... je trouve quand même que c'est un acte médical, »

M5 : « tout ce qui est motif de consultation, interrogatoire... ouais toutes ces choses-là, je pense que c'est à moi de le faire. Tout le côté intrusif, secret professionnel. »

M9 : « Bah oui, l'examen clinique, l'auscultation pulmonaire, cardiaque, »

M11 : « prendre la tension, j'ai envie de le faire moi-même, la température... Enfin tous les gestes méd... en fait les gestes méd... »

- Il paraît évident, pour les médecins interrogés, de leur réserver la réflexion médicale, découlant sur le diagnostic, la décision thérapeutique et sur une éventuelle prescription.

M2 : « la prescription, la thérapeutique, je pense que ça pour le coup c'est de l'ordre du médecin, la prise de décision sur le... ben... la thérapeutique qu'on met en place, les éventuels examens complémentaires »

M8 : « la partie diagnostic clinique, ça c'est évident que ça doit rester de l'ordre des prérogatives du médecin. »

- Par ailleurs, les médecins interrogés manifestent leur attachement à la relation patient-médecin décrivant cette relation humaine comme étant au cœur du métier de MG. L'idée de la déléguer à une troisième personne leur déplaît.

M6 : « le relationnel avec le patient, non évidemment, ce sont les bons côtés, je pense qu'on est tous un petit peu dans ce sens-là... les bons côtés de la médecine, hein, c'est ce qu'on aime, donc ce côté-là. »

M7 : « Au contraire j'aime bien tout ce processus d'accueil du patient, discuter avec. Le cœur du métier, c'est la relation médecin-malade. [...] C'est nan... quelqu'un qui vient faire une partie de mon boulot à ma place, non c'est pas... J'ai pas besoin de ça. J'ai pas besoin de ça. »

M10 : « au-delà du côté scientifique, on... je dis on s'amuse, m'enfin, c'est notre... notre kiff, c'est aussi la relation aux autres quoi. C'est... quand même, enfin je pense, comme beaucoup de généralistes quoi. »

Cette relation est décrite comme étant une compétence propre au MG.

M7 : « Et je suis maître de stage hein, moi, j'ai des internes, et euh... voilà, c'est ce qu'on enseigne aux internes quoi. La relation médecin-malade, de l'accueil, quand on va chercher les patients, on est déjà médecin généraliste quand on va chercher. C'est important le... le fait d'accueillir, d'accompagner, de préparer, de mettre en condition, d'analyser un peu dans quel environnement on est avec le patient »

Même si un des médecins reconnaît qu'il sera difficile à l'AM de travailler sans créer du lien avec le patient.

M2 : « je pense que l'assistant devra aussi avoir un relationnel avec les patients, mais moi j'ai besoin d'avoir le temps de dire bonjour avec mes patients, de leur demander comment ils vont »

- Par ailleurs, certains médecins estiment qu'enrichir le dossier du patient reste du ressort du médecin, lui permettant de mieux connaître son patient.

M2 : « l'instruction du dossier médical, quoique ça reste pour moi une mission du médecin »

M4 : « entretenir le dossier bah c'est moi qui le fais au fur et à mesure des consultations, et de ce que je reçois, et c'est important parce que si tu connais tes patients faut que, enfin c'est en connaissant tes patients que tu remplis ça... »

c. Une délégation de tâches sous condition

Par ailleurs, des médecins ont émis des réserves quant aux tâches déléguées, en raison des incertitudes pesant sur la formation des AM.

M2 : « ça dépendra de leur niveau de formation, si c'est une formation qui est très administrative, voilà... après s'il ont une formation un peu plus... ciblée sur, je sais pas... sur l'éducation du patient, la gestion de la gravité d'une... du degré d'urgence d'un motif »

M6 : « Alors, ne connaissant pas leurs compétences, je ne connais pas... je ne sais pas qu'est-ce qui est de leur ressort ou pas... »

5. Une nouveauté aussi pour le patient

a. Un AM qui bouscule le patient dans ses habitudes

- Certains médecins craignent que les patients soient méfiants envers ce nouvel interlocuteur ; et que l'accélération des consultations soit mal vécue par les patients attachés à leurs habitudes et redoutant une médecine impersonnelle.

M2 : « Mais j'ai l'impression qu'ils (les patients, ndlr) ont peur que, ben oui, que la consultation ça devienne du soin low cost, rapide, un peu... en mode « bonjour, qu'est-ce que vous avez ? » voilà et puis « au revoir » et puis on passe au suivant [...] ils apprécient qu'on puisse se poser avec eux, qu'on puisse prendre le temps de les écouter. »

M8 : « le fait de voir quelqu'un, une tierce personne ça peut être pas forcément bien vu, pas forcément bien vécu. »

M9 : « ça peut être négatif pour le patient dans le sens où... il y a une tête, il y a une personne supplémentaire qui va le voir en fait. »

M11 : « C'est des gens qui sont très attachés, enfin je pense, très attachés à leur médecin et qui aiment pas forcément avoir des remplaçants, des internes, ou enfin... qui sont assez pour la médecine traditionnelle, et donc je pense pas que si, du jour au lendemain, il y avait quelqu'un, un AM qui se charge de ces tâches là, j'ai pas l'impression que ce serait super bien, super bien pris par ma patientèle en fait. »

- Cependant, même si l'acceptabilité peut diverger selon les patients,

M5 : « je pense que ça peut avoir des impacts positifs comme des impacts négatifs. Des gens qui apprécient et des gens qui n'apprécient pas du tout. »

M6 : « (soupir) Y en aura toujours, hein, qui vont se plaindre de quelque chose (rire) Mais de quoi ils pourraient se plaindre du coup ?

Nan, d'une façon globale. Après ça dépend de la personne »

la plupart des médecins interrogés comptent sur l'adaptabilité et la compliance de leurs patients, en cas d'embauche d'un AM.

M5 : « Toute façon les patients, y en a toujours des qui sont contents et des qui sont pas contents, y a toujours des parts... euh... moi je pense que de toute manière, quoi que ce soit, il suffit de leur dire « c'est comme ça et pas autrement ». »

M6 : « je pense que les gens, enfin moi mes patients, ils sont assez ouverts, ils ont l'habitude d'avoir des... des internes, des externes avec moi donc bon... ils sont pas... ils savent que je travaille pas forcément toute seule et je suis pas sûre... nan je pense que ça se passerait bien. »

M9 : « Après c'est des mentalités à changer je pense, si c'est toujours la même personne, ils prennent l'habitude. »

- AM ou pas, ce médecin estime que l'attente du patient restera de toutes les manières tournée vers son médecin traitant.

M2 : « je pense que là ça va être compliqué, parce que l'écoute sera aussi envers l'assistant, mais c'est pas lui qui... voilà, qui prendra les décisions donc euh... Donc l'attente des patients sera toujours d'avoir une écoute de la part du médecin puisque c'est lui qui prend la décision »

b. Une nouvelle cohabitation qui peut déranger

- Le rapport au corps n'est pas toujours évident pour le patient. Un des médecins souligne que la présence d'une tierce personne peut contribuer à une perte de l'intimité au sein du cabinet.

M9 : « Déjà il y en a qui sont mal à l'aise de se mettre à... plus ou moins à moitié nu devant le remplaçant ou le médecin qu'ils n'ont pas l'habitude, si en plus il y a une deuxième personne dans la pièce, où comme quand il y a un étudiant en médecine je pense, ça l'effraie un peu plus. »

- De même, l'intrusion d'une personne étrangère peut être mal vécue par l'enfant avec qui la relation de confiance est déjà parfois fragile.

M9 : « les enfants aussi, ça peut leur faire peur de voir encore une personne qu'ils ne connaissent pas, enfin après la connaître au fur et à mesure. Mais déjà face à une personne « étrangère » entre guillemets, et 2 personnes, ça fait encore plus. »

- Par ailleurs un AM non tenu par le secret professionnel limiterait la confidentialité des échanges avec le patient.

M8 : « c'est très dépendant... parce que dans un village, euh... quelqu'un qui est la fille du boucher et cætera, qui voit défiler... qui est pas tenu par le secret médical, qui voit défiler des gens, elle a quand même à partager le secret de tout le monde. C'est pas évident que les gens viennent spontanément se confier. »

*M8 : « **Et donc ça finalement, ça peut être un frein à l'embauche...** Ouais, la confidentialité de la relation ouais. »*

c. Un bénéfice à prouver

L'impact espéré pour le patient n'est pas évident.

M1 : « Je pense qu'il y a beaucoup de choses qui sont positives pour le patient. Mais j'en suis pas sûr, j'en suis pas sûr... »

d. Un dispositif en trompe l'œil

Un des médecins décrit le dispositif comme étant une fausse bonne idée, car il répond à une satisfaction primaire et à une demande d'immédiateté du patient qui ne répond pas à son réel besoin.

M7 : « Alors ça dépend, si on veut faire plaisir au patient, bah lui faire croire qu'on le prend bien en charge, tout ça, c'est-à-dire voilà la médecine un peu à la fast-food, et aux urgences, « venez c'est gratos, y a de la lumière ». [...] Là bah oui, il va être satisfait parce qu'on répond à un besoin primaire de... d'immédiateté. »

M7 : « Mais on va pas forcément lui rendre service, voilà, on va répondre à un besoin... une demande primaire, mais on va pas forcément répondre à un besoin de santé vraiment qui a un impact, pour sa... ben pour lui, en terme de santé sur le long terme, voilà. Tout dépend ce qu'on veut. Voilà, est-ce qu'on veut faire plaisir ou est-ce qu'on veut rendre service. [...] Donc politiquement ils veulent répondre à une demande, euh... faire plaisir, en tout cas faire semblant de mieux prendre en charge, voilà. Mais en aucun cas les politiques veulent vraiment répondre à un vrai besoin de santé quoi. »

III. Motivations et freins à l'embauche d'un assistant médical

1. Les motivations

a. Répondre à un objectif qualitatif

- L'amélioration de la qualité du soin est une des premières motivations citées. Le bénéfice apporté au patient suffirait à motiver le médecin à embaucher un assistant.

M7 : « A partir du moment où il y a un besoin, et il y a un intérêt pour le patient, je fonce. »

M10 : « La qualité du service offert. Donc il faut que ça ait une traduction dans la qualité de... du soin qu'on propose au patient qu'on prend en charge. »

- L'AM rendrait plus rigoureux le suivi médical du patient.

M8 : « Pour les patients, [...]. Ils seraient mieux surveillés»

*M10 : « L'aide à la gestion du soin quoi, **d'accord, du suivi du patient...** c'est du suivi, absolument, suivi de patients et dossiers. »*

- Certains médecins estiment que l'AM contribuerait à rendre le système de soin plus efficient, ce qui légitimerait son emploi au sein de la maison de santé.

M2 : « Améliorer l'organisation du parcours de soins dans ma structure, dans la maison de santé »

M6 : « peut-être des délais moins longs aussi, parce que bon, les... les... certaines choses administratives, c'est vrai qu'on a tendance à procrastiner »

M10 : « les tâches qu'on n'arrive pas, les insuffisances que nous avons aujourd'hui, qu'on arrive à mettre en lumière, pourraient être probablement euh... comblées »

- L'optimisation des compétences de chaque acteur de soins, en déléguant de manière pertinente des missions à l'AM, permettrait une meilleure efficacité.

M2 : « le temps que je passe à faire des choses qui pourraient être faites par quelqu'un d'autre, aussi bien que moi, voire mieux que moi, [...] on utilise les médecins à faire ce qu'ils sont les seuls à savoir faire, et ce que les autres peuvent faire à leur place on le fait faire par quelqu'un d'autre. »

Les MG souhaitent redonner la priorité aux problématiques purement médicales. Le temps libéré par l'AM laisserait le médecin se consacrer davantage aux plaintes du patient.

M6 : « oui, penser vraiment aux choses qui sont importantes, prioritaires, plus que sur des tâches administratives. [...] Voilà, avoir plus de temps sur euh... sur le côté purement médical »

b. Satisfaire un objectif quantitatif

Pour quelques médecins interrogés, le dispositif proposé répond de manière cohérente à la problématique d'accès aux soins. L'embauche d'un AM permettrait de faire face à l'explosion des demandes de soins et diminuerait le nombre de patients sans médecin traitant, à la fois dans les grandes villes et dans les zones sous dotées.

M8 : « Avoir un médecin traitant qui prend plus de patients, parce qu'on sait qu'en ville les patientèles sont plus réduites qu'à la campagne. [...] Donc si on avait quelqu'un qui peut accélérer certains types de consultations, oui ça pourrait être un bon moteur pour augmenter sa patientèle. »

M9 : « ça dépend aussi des régions, où il y a peut être moins de médecins, et que peut-être ça les arrange d'avoir quelqu'un pour les aider parce que ils voient déjà beaucoup de personnes »

c. Les motivations inhérentes au médecin

- Confier les missions administratives ou paramédicales à l'AM permettrait de se libérer des tâches que désaffectent certains médecins. Ces derniers aspirent ainsi à retrouver une médecine plus intéressante, privilégiant le travail purement médical.

M1 : « ne plus être confronté à des soucis d'administration, d'informatique et cætera. »

M8 : « avoir un travail un peu plus intéressant, dans la mesure où ils se concentrent... ils feront plus du tout de... de... de mesures hein. Ils prennent plus la tension, ils font plus la pesée des enfants, ils ont plus à déshabiller, rhabiller les personnes âgées. »

- La satisfaction d'un des médecins résidait dans l'exercice d'une médecine populationnelle, tournée vers des objectifs de santé publique. L'AM remplirait alors des missions de prévention, d'éducation.

M7 : « Par contre si effectivement, avec une AM, j'arrive à développer vraiment un projet de santé global populationnel, en lien avec des maisons de santé, CPTS et [...] qu'on arrive à faire de la bonne promotion, de la bonne prévention, de la bonne éducation, et que finalement les gens ne consomment plus la santé comme un service, « on a le droit », comme s'ils allaient dans un fast-food. Et ben là oui, là j'aurais une satisfaction professionnelle, personnelle... qui permettrait d'être mieux d'un point de vue personnel. »

- Un AM qui ferait gagner en confort de travail, en allégeant la charge mentale du médecin, encouragerait son embauche.

M3 : « Oui. Oui, me libérer l'esprit. Enfin, être plus serein pour aborder les consultations. »

M6 : « Parce que le temps de travail avec le patient, il sera peut-être pas forcément diminué, mais au moins le soir, on a... quand on a fini les consultations, on n'a pas plein de dossiers à... voilà, enfin, moins de tâches administratives. »

- Concernant l'impact sur leur vie personnelle, dans l'ensemble les médecins ne s'attendaient pas à une amélioration.

M10 : « Sur ma vie personnelle, aucun impact. [...] ça changerait pas grand-chose à mon avis, je vais pas partir plus tôt parce qu'il y a une assistante, un assistant. »

Cependant, ils peuvent être motivés à engager un AM qui diminuerait leur quantité de travail. Ce temps libéré serait utilisé à des fins personnelles, ou pour la formation des internes par exemple.

M1 : « Franchement j'ai autre chose à faire que de t'expliquer comment ça fonctionne une carte Vitale... Je pourrais t'expliquer euh... on pourrait discuter du dernier article Prescrire si on avait du temps. »

M2 : « améliorer ma qualité de vie aussi dans le sens où voilà peut être ça permettrait de mieux organiser les plannings afin de finir à des horaires plus respectables que ce qui nous arrive de faire de temps en temps quoi. »

M11 : « Me permettre de voilà, de dégager du temps qu'on met à profit comme on veut. »

- Le gain financier est également une des motivations avancées par un des médecins ; l'AM pouvant être amené à récupérer les impayés.

M1 : « Je pense aussi qu'ils vont nous faire récupérer une partie non négligeable d'actes, on va dire mal payés, [...]. Si j'ai quelqu'un qui le fait, pourquoi pas... »

- Enfin, l'AM pourrait participer à équilibrer et à faciliter la relation patient-médecin.

M8 : « Ça peut être très bien, parce qu'il y a des médecins qui ont un sale caractère donc l'assistant peut être un bon catalyseur. »

M5 : « les gens aiment bien qu'on s'occupe d'eux et donc euh... du coup euh... de voir une première personne, qui va commencer à s'occuper... et puis une deuxième personne, je pense que ça peut aussi les... bah les mettre en confiance. »

2. Les freins

a. La gestion d'un salarié supplémentaire

- Cette contrainte est citée d'emblée par plusieurs des médecins interrogés, qui insistent sur le fait qu'embaucher un AM salarié entraîne des lourdeurs administratives supplémentaires.

M4 : « employer quelqu'un, c'est un vrai travail, c'est des vraies contraintes, [...] c'est pas « ça peut être un frein », c'est un frein énorme ! »

*M9 : « comme tout salarié, faut gérer les congés payés, le remplacement en cas de congés, les arrêts maladies, tout ça... **La gestion d'un... d'un salarié en plus, ouais.** »*

M10 : « Le frein principal c'est la lourdeur administrative comme toujours.[...]Plus on fait monter la part de salariés, au plus il y a une part administrative importante.»

b. La nécessité d'augmenter son activité

L'augmentation du nombre de patients médecin traitant ou de sa file active est une des conditions de financement exigées par la CNAM.

- Cet objectif paraît inatteignable pour les médecins estimant leur charge de travail déjà trop importante.

M7 : « ça c'est sûr ça va me cramer, et je suis sûr que si on me l'oblige, on va dire on me l'oblige à prendre une assistante avec moi en consultation pour augmenter la cadence à six patients par heure, et voir comment dire... bah des motifs, pour moi qui ne nécessiteraient pas de voir un médecin, bah la c'est sûr je déplaque précocement, ou je change de carrière »

M9 : « j'ai l'impression que déjà 15 minutes c'est... c'est court. Et si en plus on doit en faire en dix ou douze minutes, euh... ça va faire de l'abattage quoi. »

M12 : « je ne peux pas voir plus de patients que ce que je vois déjà là, quoi, c'est pas possible. Déjà, déjà que c'est inhumain, euh... en voir plus c'est bon quoi, je termine en hôpital psychiatrique. »

- En diminuant leur confort de travail, cette condition irait à l'encontre de l'épanouissement du médecin.

M2 : « l'attente de la CNAM, c'est que les médecins soignent toujours plus de monde, l'attente des médecins c'est pas celle là, c'est d'avoir un rythme de vie plus facile [...] Donc... je pense pas que ça permette d'épanouir tous les médecins en tout cas, vu comment s'est présenté. »

M9 : « Si c'est censé t'apporter un confort mais qu'en fait tu vas augmenter tes horaires, c'est un peu paradoxal. »

- De plus cette demande paraît déraisonnable pour un médecin qui ressent, déjà avec son rythme actuel, une usure intellectuelle ou une baisse de sa concentration lors des dernières consultations de la journée.

M11 : « je trouve qu'intellectuellement au bout de 30... un gros 30 consult' par jour, intellectuellement j'ai plus envie de me concentrer sur... sur un nouveau dossier médical, une nouvelle question médicale. Au bout d'une trentaine j'en ai... j'en ai marre (rire).»

c. La crainte de voir la relation patient-médecin se dégrader

- La diminution de la durée de consultation, permise par l'AM, fait craindre une baisse de la disponibilité pour l'aspect relationnel.

M2 : « quand j'accueillais mon patient, quand je facturais la carte Vitale, quand je le déshabillais, c'est des temps que j'utilisais pour faire du relationnel [...] Là, je vais arriver, je vais être tout de suite dans le temps médical avec finalement moins de disponibilité, moins de temps « mort » entre guillemets dans ma consultation, pour faire ce côté relationnel de notre travail, qui est important et qui prépare le patient aussi dans sa consultation, qui le met à l'aise. »

- Plusieurs médecins redoutent que l'arrivée d'une tierce personne au sein du colloque singulier entraîne un appauvrissement de cette relation de confiance.

M10 : « la relation qu'on a tissée depuis longtemps, la confiance qu'on a su établir et cætera, font que bah les gens nous consultent par téléphone, par vidéo, par présentiel, en ayant confiance en nous. Et puis, bah à nous de mériter hein cette confiance. Mais effectivement je crains de diluer cette confiance, cette relation, cette proximité. »

*M10 : « la relation qu'on peut avoir, qui est établie avec ces personnes-là, quand ça change, quand il y a des choses qui changent dans notre organisation, ça les déstabilise. **D'accord, donc le changement...** Et mettre un interlocuteur supplémentaire euh... pff, c'est pas forcément stabilisant. »*

*M3 : « il y a une relation quand même assez, pas intime mais... ouais il y a une relation particulière quand même qui se crée avec le médecin donc s'il y a une tierce personne qui est dans la relation, je pense que ça... **pourrait créer un frein ?** Oui je pense. »*

- De plus, un médecin réduit au rang de simple effecteur dans un processus quasi automatisé, accentuerait cette déshumanisation.

*M7 : « le cœur de mon métier, c'est le contact avec le patient donc si j'ai plus de contact avec le patient, si c'est juste pour arriver et dire... hop euh... **ouvrez la bouche**... ouais (sourire), ou ok clic droit « voici votre ordonnance, bye bye. [...] Mais non, moi c'est pas ça mon métier, voilà, c'est tout un processus justement d'accueil, de relation, de mise en condition. »*

M10 : « Deuxième frein, ça devient un peu plus mécanique, notre métier deviendrait un peu plus mécanique. [...] on n'aura plus qu'à faire la synthèse de ce qui s'est passé avant, ça c'est un deuxième frein, donc la relation humaine, qui probablement y perdrait un peu. »

- Enfin, un des médecins considère que cette déshumanisation du métier de généraliste lui ferait perdre de son intérêt.

M10 : « S'il y a un intermédiaire, on dilue de l'information, on dilue de la relation, on dilue... et je pense que à terme je pense que nous sommes perdants dans notre métier de médecin généraliste. »

d. Le risque d'une consultation moins riche cliniquement

La délégation de certaines tâches risque de faire perdre de précieux renseignements cliniques au médecin.

- En effet, les médecins considèrent que l'accueil du patient leur permet de se faire une idée de l'état général du patient. La déléguer risque de voir se perdre certaines informations.

M11 : « Moi, ça me permet de voir autre chose, les... comment ils se déshabillent, comment ils arrivent, ça me permet de voir s'ils sont entre guillemets « tout mous », s'ils sont dynamiques, s'ils vont droit au but dans leurs explications, ou si rien qu'à la façon dont ils s'installent... Si si on a l'impression qu'ils viennent là... parce qu'ils ne savent pas trop quoi faire (sourire) »

- De plus, trop déléguer de tâches à l'AM réduirait le temps de consultation.

M11 : « je pense que si on délègue trop de tâches à quelqu'un d'autre, ça raccourcit la durée totale de la consult'. »

Alors que les « temps morts » de la consultation sont jugés utiles à la mise en route de la consultation.

M11 : « quand les gens viennent en consult' et qu'ils font ça, qu'ils préparent la carte Vitale et cætera, moi ça me permet déjà de... de rentrer dans le bain de la consultation, de tâter un peu le terrain, de voir comment ils se comportent, et puis de leur poser des questions aussi pendant qu'ils sont en train de se déshabiller et cætera, ou préparer d'autres choses. »

De plus, ils favorisent l'expression du patient, évitant le « syndrome du pas de porte »

M11 : « prendre une tension, prendre une température, généralement les gens ils parlent pendant ce temps là. C'est l'occasion de capter certaines choses »

M11 : « on a plus de chance que pendant ces 20 minutes il me dise des choses importantes, que si c'est pendant... que si on le garde bah 10 minutes seulement parce qu'on a délégué des autres tâches à quelqu'un d'autre. Et généralement il y a beaucoup de patients qui disent pas d'emblée pourquoi ils viennent, et qui au moment

de payer disent « ha au fait, il y a quand même, il y a aussi ça dont je ne vous ai pas parlé » »

e. Un dispositif inadapté au lieu ou au mode d'exercice du médecin

- Un des freins majeurs cités fréquemment par les médecins est l'inadéquation des locaux pour accueillir un AM.

M2 : « Première problématique, les locaux. Ça implique d'avoir plus de bureaux pour pouvoir tourner sur plusieurs bureaux. [...] Donc là clairement, l'architecture de mon cabinet ne me permet pas de faire ça [...] Donc ça c'est le premier gros frein... voilà, ça ça, clairement ça nous rend impossible. »

M8 : « ça aurait été utile, là il y a manifestement un problème de... d'exiguïté des locaux »

- Des modes d'exercice différents, des activités inégales au sein de la maison de santé, où chacun souhaite garder son indépendance, rendraient compliqué le partage d'un AM.

M11 : « On a tous un mode, une activité un peu différente quand même, on bosse pas les mêmes jours, on n'a pas le même âge forcément, donc il y a des médecins qui veulent bosser plus, d'autres un peu moins. »

- De plus, les missions de l'AM sont jugées redondantes par rapport aux tâches déjà déléguées aux IDE et au secrétariat. Des médecins ne voient donc pas d'utilité au dispositif proposé.

M4 : « faire un peu d'info diét' sur le... sur le diabète, faire du... des... des calculs de score, des MMS, des choses comme ça, bah y a les infirmières ASALEE. »

M4 : « je vois pas quel rôle on peut lui trouver entre la secrétaire, l'infirmier et le médecin. »

M12 : « on a déjà une secrétaire qui s'occupe de tout ce qui est paperasse. »

- Un volume de travail de l'AM trop réduit ne permettrait pas d'apporter un réel bénéfice.

M12 : « Nous ici on est trois médecins, et il faut qu'on se partage l'AM. Parce qu'on n'a le droit qu'à une assistante par cabinet de groupe, ou par maison de santé. Donc je vois vraiment pas l'intérêt de disposer d'une AM pour une demi-heure, enfin quelques heures dans la journée, ou à quel moment elle va venir plutôt travailler avec moi qu'avec mes collègues. Je ne comprends pas bien l'utilité.[...] ça me fera pas gagner du temps médical quoi. »

- Enfin, plusieurs médecins considèrent difficile de trouver un collaborateur à la fois compétent et adaptable.

M3 : « être avec quelqu'un enfin... En tant que médecin libéral, on n'a pas l'habitude de travailler, en tout cas dans le cabinet, à deux, avec quelqu'un. »

M8 : « en plus, avoir quelqu'un avec qui on va pas forcément s'entendre, parce que si vous avez la perle avec qui vous vous entendez très bien, c'est génial mais si c'est quelqu'un qui vous énerve et puis qui comprend rien, qui fait des erreurs, qui... ça peut plus vous ralentir qu'autre chose... »

- Les conditions d'éligibilité a fortiori limitent le nombre d'embauches

M9 : « je pense pas travailler avec un assistant médical. Ben, pour moi, on n'est pas éligible, déjà, au dispositif de financement, parce qu'on n'est pas une MSP »

f. Le frein financier

- Les médecins ne veulent pas supporter une charge salariale supplémentaire qui ne serait pas couverte par l'aide financière prévue par le dispositif.

Même avec l'aide financière de la CPAM, le risque que les recettes générées par la hausse d'activité ne couvrent pas les frais liés à l'AM est jugé trop important.

M5 : « moi personnellement, je payerais pas quelqu'un en plus pour faire mon travail. »

M9 : « l'aide elle couvre pas tout, elle couvre peut être presque tout, mais je sais pas combien coûte l'assistant médical, et combien il resterait à charge. »

M12 : « financièrement forcément. [...] si on doit prendre quelqu'un d'autre, malgré l'aide qui est proposée, elle est pas, elle est pas énorme hein. L'aide proposée elle est déjà sur deux ans je crois, deux ou trois ans. Elle est en plus dégressive. Franchement, voilà. »

- De plus, l'aide financière ne tient pas compte des frais additionnels au salaire de l'AM. Le partage des missions au sein du binôme AM-médecin fait craindre une évolution des responsabilités et donc une majoration des primes d'assurances.

M2 : « je pense qu'il va y avoir une responsabilité qui sera toujours celle du médecin, et peut-être d'ailleurs une surprime des assurances, parce que le risque ça sera calculé différemment, de par les assurances, si on a un salarié euh... voilà... donc ça va générer un coût, je pense important, sur le fait d'employer un assistant médical, avec tous les frais que ça implique d'assurance privée, de charges d'URSSAF, de comptabi... de gestion comptable. Et puis peut être d'assurance civile personnelle aussi, professionnelle, qui vont sûrement augmenter. »

En outre, certaines maisons de santé devront adapter leurs locaux afin d'accueillir un AM. L'aide financière proposée par la CNAM ne semble pas être adaptée pour financer ce réagencement.

*M2 : « Donc là clairement, l'architecture de mon cabinet ne me permet pas de faire ça... **Donc pour toi, c'est un frein à embaucher...** ouais. Et ça c'est pas du tout mesuré dans le... l'aide que la CPAM, en tout cas que la CNAM propose si on prenait un assistant médical. »*

- Si le frein financier semble être un frein important, l'aide de la CPAM ne semble pas être pour certains une incitation à embaucher ; soit parce que cette aide passe en second plan vis-à-vis du fond du projet,

M7 : « Nous c'est clairement, nous c'est le principe. [...] c'est pas parce qu'il y a un financement qu'on va le faire, ça c'est clair net et précis. Ça c'est... ce rapport à l'argent ici pfff... ça nous dépasse complètement ce sujet-là. »

soit parce que le médecin ne souhaite pas gagner davantage et donc ne voit pas l'intérêt d'augmenter son activité grâce à l'AM.

M8 : « Beaucoup sont dans le système « bah ça me suffit, je gagne suffisamment, je vois pas pourquoi je m'embêterais... » »

g. Des incertitudes qui limitent l'adhésion au dispositif

- Le doute sur l'efficacité du dispositif n'encourage pas le médecin à s'engager dans le projet.

M4 : « faudrait vraiment que, si c'était moi qui avais besoin de l'employé, que ses missions soient très très bien définies et m'apportent vraiment un vrai plus, et pas un petit plus, sinon j'embaucherais pas. »

- Il ressort également un scepticisme concernant la formation des AM, le manque d'informations ne permet pas au médecin de se décider.

M2 : « il y a aussi un flou sur la formation des assistants, on sait pas du tout ce qui va... de quoi il va s'agir, donc là aussi j'attends plus de recul. »

- La méconnaissance des conditions de financement et de la rémunération laisse le médecin dans le flou quant à la rentabilité de l'embauche.

M3 : « Après dans les faits, [...], comment on les rémunère.[...] Mais je ne sais pas quelles sont les aides de la sécu »

M6 : « C'est difficile de dire parce que je... je... voilà hein, toujours le même problème, comme j'en connais pas forcément les conditions »

- Certains médecins ne pensent pas pouvoir gagner de temps grâce à la délégation de tâches.

M4 : « En tous cas, j'ai pas l'impression que, si ses rôles sont seulement ceux que j'imagine, que ça me fasse gagner du temps. »

M11 : « Je trouve pas qu'il y ait de grosse perte de temps à des tâches que je pourrais déléguer à des... à un secrétaire... enfin à un AM par exemple »

h. Un principe de délégation inconcevable pour le médecin

- Le besoin de maîtriser dans la personnalité de certains médecins rend le transfert de tâches impensable.

M5 : « je suis un petit peu maniaque, remplissage de dossier... j'aime bien quand c'est moi qui le fais. »

M9 : « je pense que d'un point de vue personnel, c'est pas vraiment dans ma personnalité de déléguer des choses en fait.»

*M11 : « moi j'ai un peu de mal à déléguer, je suis un jeune médecin, je suis pas installé depuis longtemps. Donc un peu trouillard et du coup j'aime bien, ben me baser sur des choses que... **tu as faites toi-même...** que j'ai demandées moi-même, ouais. J'ai un peu de mal... je pense »*

- D'autres ressentent le besoin de contrôler la consultation de bout en bout afin de mieux assimiler les différentes informations.

M5 : « j'ai besoin de comprendre, j'ai besoin de parler aux gens, et du coup, voilà, ce serait... ça me servirait pas, ça m'avancerait pas, par rapport à ce côté interrogatoire, remplissage de dossier... »

M9 : « Je préfère voir les patients moi-même, les examiner moi-même et gérer les dossiers, comme ça j'intègre mieux qui sont mes patients en fait. »

Discussion

I. Forces et faiblesses de l'étude

1. Les faiblesses de l'étude

a. Liées au chercheur

Ce travail a été réalisé par un étudiant dont c'était le premier travail en recherche qualitative. Les entretiens ont été réalisés par lui seul. On peut penser que certains médecins interrogés n'ont pas été poussés au bout de leur raisonnement, ou relancés de manière assez pertinente, en raison du manque d'expérience de l'intervieweur. La richesse de l'étude a donc pu en pâtir.

b. Les doutes méthodologiques

Initialement, il a été décidé d'utiliser la méthode d'analyse par théorisation ancrée. Cependant, après avoir réalisé les premiers entretiens, le chercheur a bénéficié d'une formation sur cette méthodologie. La discussion avec l'intervenant nous a fait comprendre que notre question de recherche ne concordait pas suffisamment avec l'analyse par théorisation ancrée car elle n'explorait pas assez le vécu des personnes interrogées. Il s'en est suivi des échanges avec le formateur et une réflexion avec le directeur de thèse. La poursuite de l'étude avec réalisation d'une analyse thématique simple a tout de même été validée afin d'explorer au mieux notre sujet.

c. La période d'étalement des entretiens

Le dispositif d'AM étant d'actualité, les informations et les échanges autour du sujet évoluent rapidement. Les entretiens se sont déroulés sur une période plus longue que prévue, 10 mois, les hésitations méthodologiques nous ayant fait temporiser avant de reprendre les entretiens.

Certains médecins ont pu être contactés ou informés entre temps par la CPAM après le déroulement de l'entretien. Ils ont également pu se documenter, améliorant leur connaissance du sujet. Leur représentation du métier d'AM a donc pu en être modifiée, faisant évoluer leur opinion.

d. Limite liée à l'échantillonnage

La taille de l'échantillon, à savoir le nombre de médecins à interroger, n'était pas fixé à l'avance. Il a été décidé d'arrêter les entretiens lorsqu'aucune nouvelle idée nous paraissant pertinente n'était apportée par l'entretien réalisé. Nous nous sommes limités à deux entretiens supplémentaires afin de vérifier cette suffisance des données.

Même avec cette méthode d'échantillonnage par saturation des données, il est possible qu'en ayant multiplié davantage les entretiens, nous aurions pu mettre en évidence d'autres idées pour notre étude.

Par ailleurs, un entretien avec des médecins n'ayant pas de secrétariat aurait été judicieux afin d'étayer cette étude. La réflexion du médecin se serait placée dans un contexte de travail différent, où le rapport à la délégation de tâches est moins présent. Ses réponses auraient probablement permis d'étayer davantage la représentation du métier d'AM par les MG.

2. Forces de l'étude

a. Un sujet nouveau et dynamique

Nous le verrons plus bas, nous avons rencontré des difficultés face à certains médecins ne connaissant pas ou peu le dispositif de la CPAM. Cependant, il était tout à fait judicieux d'interroger ces médecins dans notre étude. En effet, leurs réponses étaient tout de même pertinentes, elles permettaient de cerner leur propre conception de la délégation de tâches et d'étudier leur vision personnelle de l'AM. Ces représentations peuvent enrichir le dispositif actuellement proposé par la CPAM.

De plus, les médecins se sont exprimés sur un concept ouvert qui reste en mouvement. La dynamique du sujet a encouragé les médecins à s'exprimer pleinement et ouvertement sur un dispositif qui reste à enrichir. Notre travail permettra d'éclairer les médecins méconnaissant le dispositif de la CPAM ou ayant un avis à sens unique sur le transfert de compétences.

b. Un thème clivant

Au fil de notre étude, nous nous sommes rendu compte que le sujet des AM était assez clivant parmi les médecins interrogés. Le côté politique du sujet est peu exploré lors des entretiens. Cependant, comme le soulignait un des médecins interrogés, ce projet d'AM est soutenu politiquement et exposé médiatiquement. Il est possible que ces discours renforcent ce clivage. Ces divergences d'opinion, parfois radicalement opposées au sein d'un même métier, enrichissent et renforcent la portée de notre étude.

c. Les forces sur le plan méthodologique

Le choix d'une étude qualitative a permis de diversifier les opinions sans les quantifier. Le choix de mener des entretiens semi-dirigés anonymes a permis aux médecins interrogés d'afficher franchement leur point de vue en s'exprimant en toute liberté, et ainsi exprimer leurs attentes et leurs craintes vis-à-vis du dispositif proposé.

De plus, les questions ouvertes et les relances du chercheur ont encouragé certains médecins à développer des idées innovantes sur le concept de transfert de compétences, en s'affranchissant des limites fixées par le dispositif de la CPAM.

Par ailleurs, le codage thématique des premiers entretiens a été réalisé par une autre étudiante en parallèle, mis en commun puis comparé. Les différents codes retrouvés étaient concordants dans les deux analyses. Cette triangulation a permis de renforcer la validité de l'analyse.

3. Difficultés rencontrées liées à la méconnaissance du sujet par les MG

Certains médecins ne se laissaient pas la possibilité de travailler avec un AM du fait de leur méconnaissance du dispositif. Ils étaient parfois d'emblée opposés au dispositif, car n'en voyant pas l'utilité. De ce fait, il était difficile de les faire rebondir sur la proposition de la CPAM. Les questions sur les motivations éventuelles, les impacts pour le médecin et le patient étaient alors compliquées à faire ressortir. De plus, certaines réponses étaient davantage basées sur leur imagination à propos du concept d'assistance et de délégation de tâches, que sur leur perception du dispositif proposé par la CPAM. Comme nous l'avons vu plus haut, cela a pu enrichir notre travail.

Cependant, le chercheur pouvait être tenté d'orienter le discours avec des questions plus fermées, occasionnant des biais pour certaines réponses, avec des idées impersonnelles ou manquant de conviction.

Par ailleurs, lorsque nous avons abordé les champs de compétence et les motivations à l'embauche, un des médecins exprimait davantage les propositions de la CNAM plutôt que sa propre représentation de l'AM ou que ses motivations personnelles.

II. Principaux résultats

1. Des médecins méfiants et sceptiques vis-à-vis du projet d'AM

Parmi les 12 médecins interrogés, seuls deux avaient pour projet certain d'embaucher un AM, dont un en dehors du dispositif proposé par la CPAM. Il n'est certes pas approprié dans cette étude de quantifier le nombre de médecins n'adhérant pas au projet et d'en tirer une conclusion représentative. Mais on peut tout de même pointer la méfiance et le scepticisme qui se dégagent lors de nombreux entretiens.

Début 2020, le dispositif peinait à convaincre ; il n'y avait que 259 contrats signés, plus de trois quarts avec des médecins généralistes. De plus, peu d'AM avaient été engagés à temps plein. Les contrats signés ne représentaient que 53 ETP (14).

L'objectif annoncé dans « Ma santé 2022 » étant la création de 4000 postes d'assistants médicaux pour 2022, équivalant à 2000 ETP (7).

Ce manque d'engouement était paradoxal au vu des études déjà publiées sur le sujet et des nombreux exemples à l'étranger.

En effet, déjà en 2006, un rapport de la DREES annonçait, qu'en raison de la hausse des patients chroniques, il était envisageable en France de développer de nouvelles fonctions basées sur la délégation de tâches, permettant de libérer du temps médical aux médecins (15).

En 2008, l'HAS recommandait la mise en place de nouvelles coopérations interprofessionnelles visant à améliorer la qualité du soin, et augmenter l'attractivité des professions médicales en favorisant le confort de travail (16).

Plus récemment, une étude de 2018, révélait la volonté des MG de libérer du temps médical, et proposait la création d'une nouvelle fonction d'« assistant médical », via l'élargissement du champ de compétences des secrétaires. Elle était destinée à réduire la survenue de burn-out chez les médecins en luttant contre l'isolement (17).

Par ailleurs, de nombreux pays ont déjà mis en place des coopérations interprofessionnelles en soin primaire.

Ainsi, la fonction de *nurse practitioner*, apparue aux Etats-Unis dans les années soixante, se développe aux Pays-Bas depuis plus de vingt ans. Ces infirmiers praticiens remplissent des tâches habituellement réservées aux médecins, allant jusqu'à l'autorisation de prescription médicamenteuse, en toute autonomie (18).

Au Royaume Uni, ces collaborations existent au sein des cabinets de groupe. Les infirmiers sont soit embauchés par les autorités locales, où ils exercent en tant que consultants en coordination au sein des cabinets médicaux, soit, majoritairement, salariés sous l'autorité hiérarchique du responsable du cabinet, en général un médecin. Les nouveaux objectifs opposables à ces médecins d'outre-Manche sont de renforcer les dépistages, d'améliorer la prévention, l'organisation du cabinet, le suivi des patients présentant des pathologies chroniques (19).

Les exemples américain et britannique semblent montrer des résultats probants sur la qualité du soin, notamment en matière d'éducation thérapeutique, ainsi que sur la problématique de démographie médicale. L'impact dépend de l'utilisation du temps

dégagé par ces collaborations. Ces expériences, marquées par des formations coûteuses, entraînent toutefois une hausse des dépenses de santé (16) (19). D'autres formes de coopération interprofessionnelle pourraient également être citées en Allemagne, au Canada, au Québec, en Suède, ou en Italie (15).

Les expériences similaires sont nombreuses et semblent porter leur fruit. Et les dernières études montrent que les médecins français sont plutôt enclins à accueillir ce type de collaboration. Le dispositif proposé dans « ma santé 2022 » arrive donc dans des dispositions favorables, ce que semblent finalement montrer les derniers chiffres publiés par l'Assurance Maladie. En juin 2020, elle annonçait que 1100 contrats étaient signés ou allaient l'être prochainement, sans préciser cependant le nombre d'ETP (20).

Néanmoins, tout au long de nos entretiens, nous avons noté un manque d'enthousiasme, que nous pouvons comprendre par les nombreux freins mis en évidence dans notre étude.

Nous l'expliquons en premier lieu par le manque de certitudes entourant le dispositif. D'une part, certains médecins se trouvaient peu - voire pas du tout - informés sur le contenu, alors que les derniers entretiens se sont déroulés en avril 2020, soit dix mois après la prise de fonction des premiers AM en France. Il est possible que, depuis, ces médecins aient été démarchés par un délégué de la CPAM ou que, suite à notre rencontre, ils aient cherché à se documenter davantage. D'autre part, d'autres médecins étaient bien au fait du projet grâce à la documentation reçue ou au démarchage de la CPAM. Malgré cela, ils faisaient part d'un besoin de clarté, notamment sur la formation des AM, et de certitude concernant l'efficacité du dispositif. Ce manque de recul ne leur permettait pas de savoir si l'embauche d'un AM concordait avec leur mode d'exercice et leur activité. On peut penser que les premiers retours d'expériences aideront à clarifier les interrogations et les inquiétudes de ces médecins.

2. La crainte d'un alourdissement des charges de travail

La nécessité d'augmenter sa patientèle ou sa file active est un des freins majeurs cités par les médecins dans cette étude. C'est pourtant une condition *sine qua non* pour bénéficier de l'aide financière de la CNAM.

Leur réserve s'explique par la crainte de voir augmenter leur charge de travail et de voir leurs conditions de travail se détériorer.

Les médecins interrogés entendent bien que ce nouveau dispositif a pour but principal de répondre au problème d'accès aux soins. Un des médecins estime même que cela est l'unique finalité du dispositif, au détriment de la qualité du soin. Néanmoins, notre étude montre qu'ils ne semblent pas vouloir travailler davantage, certains désirant même alléger leur charge de travail. Ce qui corrobore plusieurs rapports de la DREES. En 2012, l'un révélait que, pour répondre aux sollicitations des patients, plus de la moitié des médecins généralistes travaillaient plus qu'ils ne le souhaitaient (21). En 2020, un autre montrait que presque trois quarts d'entre eux aspiraient à raccourcir leurs journées de travail (3).

Cette réticence à augmenter la cadence des consultations peut s'expliquer par une saturation intellectuelle voire physique, ressentie par les médecins après un certain nombre de consultations. On peut donc se demander si le médecin sera capable de mener ces consultations supplémentaires avec les mêmes capacités d'écoute et la même qualité de réflexion. Cette augmentation de cadence ne nuirait-elle pas à la qualité du soin ?

Par ailleurs, plusieurs médecins nous ont confié que cette hausse d'activité irait à l'encontre de l'épanouissement du médecin.

Dans une étude réalisée en Ile de France, la moitié des médecins libéraux présentaient des symptômes d'épuisement professionnel, dont les causes principales étaient entre autres une charge de travail trop importante et un manque de temps personnel (22). Les MG passant suffisamment de temps en famille sont moins exposés au syndrome de burn-out d'après une thèse lilloise de 2018 (23).

Dans notre étude, plusieurs médecins souhaitaient se libérer du temps personnel et voyaient dans ce dispositif d'AM l'opportunité d'améliorer leur qualité de vie.

Cela appuie une autre thèse lilloise de 2017 montrant que le temps réservé à la vie de famille était primordial dans l'équilibre professionnel des jeunes MG installés (24). La crainte d'une dégradation de la qualité de vie est un des premiers freins à l'installation, et les jeunes médecins en font un critère prioritaire lorsqu'ils choisissent de s'installer (25) (26) (27).

3. La formation d'un trio qui bouleverse l'exercice médical

Les médecins font le constat que pour accéder à la demande quantitative de la CNAM, il faut soit augmenter leur amplitude horaire, ce qu'ils ne souhaitent pas, soit augmenter leur cadence et donc repenser la consultation en termes de durée et de contenu.

Le dispositif propose de gagner du temps sur des tâches situées en début de consultation. L'accueil du patient, son installation face au médecin, l'aide au déshabillage sont proposés afin de réduire le temps de consultation.

Cependant, les médecins interrogés estiment que ce temps de début de consultation leur apporte des renseignements cliniques sur l'état général du patient qui seraient perdus si l'assistant réalisait ces tâches.

L'importance de ces premières minutes de consultation est également soulignée dans une revue de littérature de 2016 montrant que le diagnostic est posé dans 56 à 95% des cas dans les tout premiers instants de la consultation (28).

De même, des tâches telles que le passage de la carte Vitale, la facturation, la prise de constantes, sont considérées comme des « temps morts » dans la consultation. Pour les médecins de notre étude, ces « temps morts » sont précieux, car ils constituent des moments d'écoute et encouragent l'expression du patient.

Les médecins soulignent ici l'importance du temps dans la consultation, autant pour l'information clinique qu'ils craignent de voir se diluer, que pour la relation humaine avec le patient qu'ils redoutent de voir se détériorer.

Les étudiants en médecine interrogés dans une thèse niçoise de 2019 se représentaient la médecine générale comme une spécialité où le côté relationnel primait sur le côté biomédical (29). Dans notre étude, plusieurs médecins affichent

cette qualité comme une compétence faisant partie de l'identité même de notre profession.

Cette relation de confiance construite avec le temps risque d'être bouleversée par l'intrusion d'une tierce personne au sein du binôme médecin-patient et par la réduction du temps passé avec chaque patient en consultation.

Une thèse en miroir de 2019, explorant également la représentation qu'ont les MG du métier d'AM, montre aussi le point de vue des patients. Ces derniers font part du lien unique qu'ils entretiennent avec leur médecin et insistent sur l'importance des qualités humaines que devrait avoir l'AM s'il venait à s'immiscer au sein de ce duo (30). Ce constat rejoint le point de vue d'un des médecins de notre étude.

De plus, à trop déléguer, les médecins redoutent d'être réduits au rang d'effecteur, pratiquant un exercice automatisé dénué de réflexion intellectuelle.

Les patients partagent eux aussi la crainte d'une médecine « robotisée », dans cette même thèse de 2019 (30).

Comme le soulignaient plusieurs médecins dans notre étude, les patients sont attachés à leur médecin traitant et pourraient voir dans ce nouveau trio la marque d'un soin « low cost » et la fin d'une médecine dite « traditionnelle ».

Si, pour certains médecins, la méfiance des patients peut être un frein à l'embauche d'un AM ; pour d'autres, ces derniers, ouverts au changement, s'adapteront au choix de leur médecin et les mentalités évolueront avec le temps. Comme l'expriment plusieurs patients dans la thèse de C. Raguideau et L. Levesque, l'AM s'inscrit dans une logique d' « une médecine qui évolue » (30).

4. Un AM soulageant le médecin des charges administratives, un encouragement à l'installation ?

L'AM ne semble pas avoir sa place au sein de la consultation, où il est parfois désigné davantage comme une gêne que comme une aide. Les médecins n'imaginent pas lui donner une place au sein de leur cabinet, tout au plus une présence momentanée pour la préparation ou une aide lors de certains actes techniques par exemple. Ils lui réserveraient plutôt un lieu de travail qui lui est propre au sein de la maison de santé.

Nous soulignons que cette conception de l'AM engendre cependant un problème majeur, le manque de place au sein de la maison de santé. Cette contrainte géographique est perçue comme un frein au dispositif proposé, souvent rédhibitoire pour certains médecins. Un des médecins de l'étude regrettait que l'assistant doive travailler sur le même lieu que le médecin et qu'il ne puisse pas être partagé au sein d'une même CPTS.

Par ailleurs, entre 2012 et 2019, les médecins généralistes ont été confrontés à une augmentation de leurs charges administratives. Cette hausse relatée dans plusieurs rapports de la DREES se reflète dans notre étude (31) (32).

Si les médecins laissent peu de place à l'AM au sein de leur bureau médical, c'est que peu souhaitent le voir jouer un rôle au sein de la consultation. Même si quelques médecins le laisseraient prendre les constantes ou aider au déshabillage, ils le voient principalement réaliser des tâches administratives et de gestion de dossier de patients.

Dans les tâches que les médecins accepteraient de déléguer, ils évoquent fréquemment le besoin de se décharger du versant administratif de leur métier. Pour les médecins, le temps passé à effectuer la comptabilité, la gestion des cartes Vitales, la création et le remplissage d'une partie du dossier médical, des ALD, à compléter certains formulaires CERFA, empiète sur l'aspect médical du métier. L'interrogatoire, l'examen clinique, la réflexion diagnostique et thérapeutique sont difficiles à déléguer aux AM pour l'ensemble des MG interrogés. Ils aimeraient ainsi redonner priorité à ce côté purement médical en s'épargnant les tâches administratives qu'ils considèrent souvent comme sans intérêt, et qu'ils ne jugent pas de leur ressort.

Ce souhait révèle une volonté de réserver leurs compétences aux soins apportés aux patients, mais aussi de sauvegarder un certain intérêt de leur profession.

Ces résultats vont dans le sens d'une thèse lilloise de 2019 explorant la vision de la médecine générale par les MG remplaçants. Elle montrait que ce rôle administratif était pour la plupart totalement rejeté par les remplaçants interrogés, ces derniers estimant que ces missions étaient excessives, et très éloignées de leur première mission de soignant (33).

Or ces remplaçants sont les candidats aux futures installations libérales.

Ainsi, l'accroissement des lourdeurs administratives est une des causes de la diminution des installations (34). Et plusieurs thèses évoquent ainsi ces charges administratives comme frein à l'installation (25) (26).

Un AM allégeant les charges administratives des médecins encouragerait sans doute les installations en libéral. Des retours d'expérience allant dans ce sens y contribueraient.

Toutefois, plusieurs médecins interrogés dans notre étude appréhendaient les charges de gestion générées par l'embauche d'une personne supplémentaire au sein du cabinet médical. Ils considéraient cette charge comme un frein majeur à l'embauche.

Si l'objectif du dispositif de redonner du temps médical aux médecins en les libérant des contraintes administratives s'accorde avec les attentes des médecins interrogés, cette charge supplémentaire liée au salariat apparaît problématique.

Comme l'évoquait un médecin, la mise en place d'un service étatique similaire au modèle britannique, avec un AM embauché par l'état, serait la solution.

5. Une autre conception de l'assistant médical

Ce qui motiverait majoritairement les médecins à embaucher un AM est l'amélioration de la qualité du soin proposé aux patients. Ils envisagent que cette aide permette un suivi médical plus rigoureux et une coordination plus efficace entre les différents acteurs de soin.

Même tournés vers cet objectif qualitatif commun, les médecins peuvent avoir une conception différente de l'AM, par les missions qu'ils délégueraient et par le fonctionnement de cette coopération.

En effet, un des médecins sollicités dans cette étude souhaitait engager un assistant en dehors du dispositif. Sa vision de l'assistant contribuant à une médecine populationnelle diverge de celui de la CNAM, dont l'objectif premier est quantitatif. Cet assistant serait impliqué dans des missions autres que celles principalement proposées par la CPAM (administrative, aide au déroulement de la consultation, organisation et coordination du parcours de soin...).

Cet assistant, exerçant en dehors du temps de la consultation, remplirait des missions d'information et de promotion de la santé, délivrerait des messages de prévention et d'éducation accompagnant le patient dans son quotidien.

Cette vision globale du soin fait écho au dispositif « Asalée », ayant démarré en 2004. Ces infirmières, exerçant au sein de maisons de santé, suivent des patients chroniques et remplissent des missions de « santé publique ».

Un des objectifs est d'améliorer la qualité des soins. Elles contribuent entre autres au dépistage des cancers, de la BPCO, suivent les patients à risque cardio-vasculaire, et sont impliquées dans l'éducation thérapeutique individualisée (35).

Un rapport de l'IRDES de 2019 montre les impacts du dispositif « Asalée » sur le système de soin. Il révèle que les médecins généralistes impliqués dans cette collaboration interprofessionnelle voient leur patientèle augmenter, ce qui peut se traduire par une amélioration de l'accès aux soins et par une bonne acceptabilité de la part des patients (36).

L'étude DAPHNEE, menée par l'IRDES, est en cours afin d'évaluer de manière qualitative et quantitative l'expérimentation « Asalée » (35).

Cependant, une thèse de 2011 montre déjà les premiers bénéfices du dispositif sur la tenue du dossier informatisé et sur la qualité des pratiques médicales (37).

Il est question ici d'optimiser les qualités de chaque acteur du système de soins, comme l'évoquait un des médecins de notre étude. On pourrait ainsi concevoir qu'un AM plus compétent que le médecin sur des thèmes précis comme la prévention, l'éducation ou le dépistage contribue à cette approche globale du patient tant recherchée.

Certains médecins faisaient remarquer que pour ce type de mission, l'intérêt d'embaucher un AM est très relatif lorsque le cabinet médical bénéficie déjà d'une infirmière « Asalée ».

Malgré tout, les premiers résultats encourageants de ce type de coopération montrent que cette conception de l'AM mérite d'être mise en lumière. Comme cela est fait en Angleterre avec les « nurses practitioner » orientés « santé publique », cette représentation de l'AM pourrait être encouragée grâce à une contribution

financière de la CNAM qui ne se limiterait donc plus à une seule condition quantitative.

Conclusion

Le transfert de compétences entre professionnels de santé est un concept faisant déjà ses preuves à l'étranger (16) (19). Cette nouvelle coopération, participant à l'évolution inéluctable et nécessaire de notre système de soins, va dans le sens des attentes des médecins généralistes (17). De plus, les patients ne semblent pas être opposés à l'arrivée de ce nouveau métier d'assistant médical pour certaines tâches médicales (38)

Notre travail montre les représentations qu'ont les médecins généralistes de ce nouveau métier, en réaction au dispositif proposé par la CNAM. Mais plus largement, il explore leurs conceptions du partage de compétences.

Le rôle administratif, les tâches paramédicales et les missions de coordination proposées par le dispositif correspondent dans l'ensemble aux attentes des médecins interrogés dans notre étude. Mais nos résultats montrent que le dispositif proposé par la CNAM ne s'accorde pas pleinement avec les représentations que se font les médecins généralistes du métier d'assistant médical.

En effet, les médecins semblent enclins à déléguer certaines tâches à condition de fixer une limite à ce transfert de compétences. Ils souhaitent préserver l'identité et l'intérêt de leur métier en sauvegardant la relation de confiance construite avec le patient. Ainsi, un équilibre doit être trouvé au sein d'un nouveau trio ne pouvant exister sans les qualités humaines de l'assistant, essentielles pour le patient.

De plus, les médecins généralistes voient dans le concept de délégation de tâches l'opportunité de gagner en confort de vie, et d'améliorer la qualité des soins en se concentrant sur les problématiques purement médicales qu'ils affectionnent. Cependant ils craignent de voir l'expression du patient être restreinte, et la consultation s'appauvrir, au profit d'une nécessaire mais contraignante hausse d'activité réclamée par la CNAM.

Par ailleurs, un assistant médical tourné vers des objectifs qualitatifs tels que la prévention, le dépistage, l'éducation du patient contribuerait à une approche

populationnelle et globale de la médecine. Cette vision de l'assistant viendrait compléter le dispositif actuellement proposé par la CPAM, tout en prolongeant l'expérimentation « Asalée » déjà existante.

Les représentations développées dans cette étude reflètent une vision du soin qui attire les médecins généralistes, et montrent l'évolution souhaitée pour leur exercice quotidien.

Ces propositions valorisant notre profession encourageraient l'installation des médecins généralistes, et mériteraient d'être favorisées par les instances publiques.

Références bibliographiques

1. En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6 % de la population - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 10 avr 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/en-2018-les-territoires-sous-dotes-en-medecins-generalistes-concernent-pres-de>
2. Nicolas Revel, directeur général de l'Assurance maladie : « L'accès au médecin traitant me préoccupe » [Internet]. Le Généraliste. [cité 8 avr 2020]. Disponible sur: https://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2020/01/09/nicolas-revel-directeur-general-de-l-assurance-maladie-lacces-au-medecin-traitant-me-preoccupe-_320983
3. Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 8 avr 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/difficultes-et-adaptation-des-medecins-generalistes-face-a-l-offre-de-soins>
4. cnom_atlas_2018_0.pdf [Internet]. [cité 7 avr 2020]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf
5. Castaigne (s), CASTAIGNE (S.), LASNIER (Y.). Les déserts médicaux : avis. - Résultats de votre recherche - Recherche simple - Banque de données en santé publique. In 2017 [cité 7 avr 2020]. Disponible sur: <http://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=517721>
6. Évolution de la population – Bilan démographique 2019 | Insee [Internet]. [cité 8 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892117?sommaire=1912926#titre-bloc-13>
7. ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf [Internet]. [cité 25 sept 2018]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf
8. Arrêté du 14 août 2019 portant approbation de l'avenant n° 7 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016.
9. CP_Assistants_medicaux.pdf [Internet]. [cité 25 août 2020]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CP_Assistants_medicaux.pdf
10. 6 patients à l'heure ? 100 généralistes pétitionnent contre « l'abattage » [Internet]. Le Quotidien du Médecin. [cité 30 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/6-patients-lheure-100-generalistes-petitionnent-contre-labattage>
11. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative. De Boeck Supérieur; 2019. 162 p.
12. Strauss AL, Corbin JM. Les fondements de la recherche qualitative: techniques et procédures de développement de la théorie enracinée. Academic Press / Saint-Paul; 2004. 342 p.
13. Frappé P. Initiation à la recherche - 2ème édition [Internet]. Global Média Santé, CNGE. [cité 28 juin 2020]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/les_productiones_scientifiques/initiation_la_recherche_2eme_edition/

14. WOZNIAK L. « Si les médecins pouvaient avoir un assistant médical à temps plein, il n'y aurait plus de problèmes d'accès aux soins » [Internet]. Les Généralistes-CSMF. 2020 [cité 21 juill 2020]. Disponible sur: <https://lesgeneralistes-csmf.fr/2020/01/29/si-les-medecins-pouvaient-avoir-un-assistant-medical-a-temps-plein-il-ny-aurait-plus-de-problemes-dacces-aux-soins/>
15. Soins primaires vers une coopération entre médecin.pdf [Internet]. [cité 25 août 2020]. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/Publications/Rapports2006/rap1624part1.pdf>
16. 2008 - Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment .pdf [Internet]. [cité 25 sept 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/reco_cooperation_vvd_16_avril_2008_04_16__12__23_31_188.pdf
17. Chanu A, Caron A, Ficheur G, Berkhout C, Duhamel A, Rochoy M. Préférences des médecins généralistes libéraux en France métropolitaine quant à la délégation des tâches médico-administratives aux secrétaires assistant(e)s médico-social(e)s : étude en analyse conjointe. Rev D'Épidémiologie Santé Publique. 1 mai 2018;66(3):171-80.
18. Rosman S. Se former pour construire son espace d'autonomie professionnelle ? Le cas des Nurses practitioners néerlandaises. Rech Form. 19 nov 2014;(76):79-92.
19. Sibbald B. Transferts de tâches entre professionnels de santé dans les soins primaires au Royaume-Uni et enseignements de la littérature internationale. Rev Fr Aff Soc. 22 oct 2010;(3):35-47.
20. Ségur de la santé [Internet]. Médecin d'Occitanie. 2020 [cité 21 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.medecin-occitanie.org/consultation-segur-de-la-sante/>
21. Jakoubovitch - Les emplois du temps des médecins généralistes.pdf [Internet]. [cité 8 oct 2018]. Disponible sur: <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Drees/EtudesResultats/2012/797/er797-2.pdf>
22. Mouries - L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL DES MÉDECINS LIBÉRAUX F.pdf [Internet]. [cité 11 oct 2018]. Disponible sur: http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_070723.pdf
23. Leman G. Prévalence du burnout des médecins généralistes libéraux en activité dans le Nord et le Pas-de-Calais: étude quantitative descriptive et recherche des facteurs favorisants [Thèse d'exercice]. [2018-....., France]: Université de Lille; 2018.
24. Decrequey A. Croyances et représentations des médecins généralistes sur leur installation en libéral [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2017.
25. Coppolani E. Je peux m'installer, mais je ne le fais pas, pourquoi ? : enquête auprès des médecins généralistes remplaçants thésés de Haute-Garonne [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2014.
26. Dupont C. Les facteurs motivant l'installation en médecine générale libérale: étude qualitative auprès de médecins généralistes de l'Aisne, l'Oise et la Somme, installés depuis moins de trois ans [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie Jules Verne; 2017.
27. Lemoine P. Facteurs déterminant le lieu d'installation des jeunes médecins généralistes et opinion sur les mesures incitatives: enquête auprès des diplômés de médecine générale des facultés de médecine de Lille (promotions 2004 à 2008) [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2014.

28. Fouzai-Jaaouani A. La contribution des différents temps de la consultation dans l'établissement du diagnostic en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7 (1970-2019). UFR de médecine; 2016.
29. Le Hong M. Représentation du métier de médecin généraliste chez les étudiants en DFGSM2 de la faculté de Nice: enquête qualitative [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2019.
30. Raguideau C, Levesque L. Le nouveau métier d'assistant médical en cabinet de médecine générale: représentations des médecins généralistes et des patients, une étude qualitative en miroir [Thèse d'exercice]. [2012-, France]: Aix-Marseille Université. Faculté de médecine; 2019.
31. Les emplois du temps des médecins généralistes - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 8 avr 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-emplois-du-temps-des-medecins-generalistes>
32. Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 10 avr 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/deux-tiers-des-medecins-generalistes-liberaux-declarent-travailler-au-moins-50>
33. Coriou M. La médecine générale vue par les médecins généralistes remplaçants: regards sur les enjeux d'une discipline [Thèse d'exercice]. [2018-...., France]: Université de Lille; 2019.
34. Gamassou et Moisson-Duthoit - Epuisement professionnel des médecins généralistes.pdf [Internet]. [cité 11 oct 2018]. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01528826/document>
35. evaluation-de-l-experimentation-de-cooperation-entre-generalistes-et-infirmieres-asalee-daphnee-comite-de-suivi.pdf [Internet]. [cité 28 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/recherche/projets/daphnee-doctor-and-advanced-public-health-nurse-experiment-evaluation/evaluation-de-l-experimentation-de-cooperation-entre-generalistes-et-infirmieres-asalee-daphnee-comite-de-suivi.pdf>
36. C L, C F, Y V, J M. La coopération avec une infirmière modifie-t-elle l'activité du médecin généraliste ? L'impact du dispositif Asalée. Quest Déconomie Santé Irdes [Internet]. 1 avr 2019 [cité 7 août 2020];(241). Disponible sur: <https://www.irdes.fr/recherche/2019/qes-241-la-cooperation-avec-une-infirmiere-modifie-t-elle-l-activite-du-medecin-generaliste.html>
37. Prato A. Coopération entre professionnels de santé en médecine générale : évaluation qualitative de Asalée Vosges par la méthode des focus group après deux ans d'expérience [Internet] [other]. UHP - Université Henri Poincaré; 2011 [cité 26 août 2020]. p. non renseigné. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01731857>
38. Vigouroux L. Les patients accepteraient-ils d'être reçus en préconsultation par un(e) assistant médical(e) avant une visite chez leur médecin généraliste ?: enquête auprès de 3 cabinets de la région Occitanie [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2017.

AUTEUR : LEBEC Aurélien

Date de soutenance : 1^{er} Octobre 2020

Titre de la thèse : Représentations du nouveau métier d'assistant médical par les médecins généralistes, motivations et freins à leur embauche

Thèse - Médecine - Lille - 2020

Cadre de classement : Médecine générale

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : assistant médical, médecin généraliste, délégation de tâches, transfert de compétences

Résumé :

Contexte : En 2019, 5.4 millions de Français n'avaient pas de médecin traitant. L'offre de soins est insuffisante pour une population vieillissante présentant une chronicisation de ses pathologies. Des postes d'assistants médicaux (AM), exerçant des missions administratives et médicales, sont proposés par la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) aux médecins, afin de leur libérer du temps médical sous condition d'une hausse d'activité. Cette étude explore les représentations qu'ont les médecins généralistes de ce nouveau métier, et les freins et motivations à leur embauche.

Méthode : Pour cette thèse qualitative, des entretiens semi-dirigés ont été menés auprès de 12 médecins généralistes, puis une analyse thématique a été réalisée.

Résultats : Les médecins généralistes interrogés semblent se méfier de ce dispositif qui leur est proposé, et pour lequel beaucoup d'incertitudes demeurent. Cependant, leur souhait de redonner la priorité aux problématiques purement médicales, en déléguant à l'assistant médical les tâches administratives et de gestion de dossier, semble s'accorder avec ce que présente la CPAM. Par ailleurs, si certains médecins se voient délaissé l'accueil et l'installation du patient, la prise de constantes ainsi que la facturation à l'assistant, d'autres estiment que ces « temps morts » contribuent à la richesse clinique de la consultation. Les médecins voient dans le transfert de compétences l'opportunité d'améliorer la qualité du soin, tout en gagnant en confort de travail. Ils redoutent qu'au contraire, la hausse d'activité demandée par la CPAM entraîne une dégradation de leur qualité de vie, ainsi qu'un appauvrissement de la relation patient-médecin lié à l'intrusion d'une tierce personne. La gestion salariale de l'assistant médical et l'inadéquation de l'agencement du cabinet médical sont également considérées comme des freins majeurs à l'embauche.

Conclusion : Un équilibre doit être trouvé au sein de cette nouvelle coopération interprofessionnelle tout en sauvegardant les missions humaines qui contribuent à l'intérêt du métier de généraliste. Un assistant permettant de retrouver du temps médical pour le patient, et un confort de vie pour le médecin, renforcerait l'attrait du métier, et pourrait encourager les installations. La valorisation d'objectifs qualitatifs irait dans ce sens.

Composition du Jury :

Président : Pr François PUISIEUX

Assesseurs :

Pr Éric BOULANGER

Dr Anita TILLY

Directeur de thèse : Dr Jean-Luc MALBRUNOT