



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2022

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Opinion des médecins généralistes libéraux du Valenciennois sur la
mise en place d'assistants médicaux.**

Présentée et soutenue publiquement le 23 février 2022 à 18 heures
au Pôle Formation

Par Margaux VILENO

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Jean-Baptiste BEUSCART

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Marc BAYEN

Monsieur le Docteur Jan BARAN

Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur Marc BAYEN

Avertissement

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

LISTE DES ABREVIATIONS

ALD : Affection de Longue Durée

AM : Assistant(s) Médical(aux)

APL : Accessibilité Potentielle Localisée

ASALEE : Action de SAnté Libérale En Equipe

BPCO : Bronchopneumopathie chronique obstructive

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

COREQ : CONSolidated criteria for REporting Qualitative research

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CQP : Certificat de Qualification Professionnelle

DMP : Dossier Médical Partagé

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

ETP : Equivalent Temps Plein

HAD : Hospitalisation à Domicile

IPA : Infirmier en Pratique Avancée

MA : Medical Assistant

MDPH : Maison Départementale pour les Personnes Handicapées

MG : Médecin Généraliste

MG1 à MG17 : Médecins généralistes interrogés de 1 à 17

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

MT : Médecin Traitant

ONDAM : Objectif National de Dépenses de d'Assurance Maladie

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

PRADO : Programme d'Accompagnement du retour à domicile après hospitalisation

ReAGJIR : Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et
Remplaçants

RNCP : Répertoire National des Certifications Professionnelles

RQTH : Reconnaissance de la Qualité du Travailleur Handicapé

TABLE DES MATIERES

RESUME.....	1
INTRODUCTION	2
MATERIEL ET METHODE	11
1. Approche – Type d'étude.....	11
2. Population étudiée	12
3. Guide d'entretien et recueil des données.....	12
4. Analyse des données.....	13
5. Aspects réglementaires et éthiques	14
6. Recherches bibliographiques	14
RESULTATS.....	16
I. Etat des lieux de la situation médicale en soins primaires.	20
A. Des AM pour répondre aux besoins de la population.	20
1. Manque de médecins.	20
2. Une population vieillissante et demandeuse.....	20
3. Manque de temps des médecins.	21
B. Des AM, une réponse rapide pour améliorer la situation actuelle.	21
1. Création du métier d'AM, une solution rapide	21
2. Avoir plus de médecins, une solution à long terme	22
II. Des AM, pour quel MG et pour quelles missions ?.....	23
A. Profils des MG susceptibles d'accueillir les AM.	23
1. Des médecins exerçant en MSP ou de manière regroupée.....	23
2. Des médecins ayant une forte activité.	24
3. Des médecins qui ont des locaux adaptés afin d'accueillir un AM.....	24
B. La délégation de tâches.....	26
1. Délégation de tâches administratives	26
2. Délégation de certaines tâches médicales	28
3. Les tâches non déléguables.....	32
C. Le risque à déléguer des tâches :.....	34
III. Des médecins généralistes divisés.....	35
A. AM, un atout pour les MG qui en bénéficient	35
1. Amélioration de l'accès aux soins :	35
2. Amélioration de la qualité des soins.....	35

3. Amélioration de la coordination des soins	38
4. Amélioration de la qualité de travail du médecin	38
B. AM, un métier encore peu connu en France	39
1. Les craintes de MG	39
2. Méconnaissance du métier d'AM par manque d'informations.....	43
C. De multiples questionnements soulevés par les MG	46
1. Questionnement sur la responsabilité médicale.	46
2. Questionnement sur le secret médical.....	46
3. Questionnement sur la réorganisation du cabinet et de la consultation.....	46
D. Est-ce que l'AM permet réellement de gagner du temps ?	47
IV. Vers un métier d'avenir ?	48
A. Les médecins ont besoin d'aides.....	48
B. Les médecins se projettent dans l'avenir.	49
C. Modification du statut de l'AM et revalorisation de l'acte médical.....	50
DISCUSSION.....	52
I. Forces et limites de l'étude:	52
A. Forces :	52
B. Limites :	53
II. Les assistants médicaux.....	53
A. En France	53
1. Des médecins frileux	53
2. Les craintes à engager un AM	55
3. Apport des assistants médicaux.....	56
4. Profils de MG susceptibles d'accueillir un AM	59
5. Des AM, pour aider les jeunes médecins à remplacer et à s'installer.....	60
B. A l'étranger	61
1. Des médecins travaillant avec des AM.	61
2. Rôles des assistants médicaux à l'étranger.....	62
III. Perspectives	63
A. Revalorisation de l'acte médical français.....	63
B. Envisager un statut libéral de l'AM et envisager un mode de fonctionnement hybride.	64
C. Evaluer le ressenti des AM et des patients	65
CONCLUSION.....	66
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	68
ANNEXES.....	72

RESUME

Contexte : En France, face à la pénurie des médecins généralistes (MG) libéraux, Emmanuel Macron a annoncé en septembre 2018 la création d'un nouveau poste de santé: l'assistant médical. Celui-ci accompagnera le médecin généraliste dans son activité dans le but de libérer du temps de travail afin que ce dernier puisse prendre plus de patients. Cette forme de délégation de tâche grâce à un assistant médical existe depuis plusieurs années à l'étranger (Etats-Unis, Canada, Allemagne).

Objectif : Analyser l'opinion des médecins généralistes libéraux du Valenciennois concernant la mise en place d'un assistant médical en soins primaires.

Méthodes : Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés. Le codage des entretiens s'est fait à l'aide du logiciel QSR Nvivo®. L'analyse des *verbatim* a été faite par théorisation ancrée. Enfin une triangulation a été réalisée.

Résultats : Dix-sept entretiens ont été réalisés. Le manque de médecins et la demande croissante de la population sont soulignés par les MG interrogés. Un profil type de MG susceptibles d'engager un assistant médical (AM) se dessine : médecins exerçant en cabinet de groupe et/ou ayant une forte activité et ayant des locaux adaptés. Cette condition semble nécessaire mais non suffisante. Les missions pouvant être confiées à l'AM sont les tâches administratives et quelques tâches médicales. Les médecins sont divisés face à l'arrivée de ces nouveaux professionnels de santé. Les atouts sont l'amélioration de l'accès aux soins, de la qualité des soins, de la coordination des soins, et l'amélioration des conditions d'exercice du médecin. Cependant la méconnaissance du métier, de sa formation et des fonctions de l'AM, les craintes concernant le coût à long terme, le fait de devoir manager et la contrepartie imposée par l'assurance maladie ainsi que les nombreux questionnements freinent les médecins à se lancer dans le dispositif.

Conclusion. L'assistant médical est un métier d'avenir qui va se développer progressivement et s'adapter aux attentes de médecins. Un statut libéral de l'AM, un mode d'exercice mixte avec et sans AM et la revalorisation de l'acte médical sont trois propositions à explorer en vue de convaincre les médecins à se lancer dans le dispositif.

INTRODUCTION

En 2019, le nombre de patients français qui ne disposent pas de médecin traitant s'élevait à 5.4 millions, soit environ 10 % de la population. [1] 5 % de patients en Affection de longue durée (ALD) n'ont pas de médecin traitant. [2] Selon une enquête réalisée en 2019, un médecin sur deux ne prendrait pas de nouveau patient. [1] Et pourtant, le médecin généraliste a un rôle central d'aiguilleur des patients dans le système de santé. En assurant l'essentiel de l'adéquation entre les besoins et l'offre de santé, il est un facteur essentiel de l'efficience de l'offre médicale dans son ensemble. [3]

La population française vivant en zone sous-dotée en médecins généralistes est passée, en quatre ans (de 2015 à 2018), de 3.8 % à 5.7%. A cela s'ajoute une diminution globale du nombre de médecins généralistes en activité sous l'effet de nombreux départs à la retraite. La baisse de l'accessibilité est plus marquée dans le centre de la France. De nouveaux territoires sont concernés par la sous-densité, notamment du centre de la France vers le nord-ouest. (*Annexe 1*, [4])

Pour y faire face, le président de la république, Emmanuel Macron a annoncé, lors de son discours en septembre 2018, la création de 4 000 postes d'assistants médicaux en 2022 dans l'optique d'aider les médecins libéraux à libérer du temps médical. Cette nouvelle proposition fait partie du plan santé 2022 qui comprend plusieurs autres réformes visant à réformer le système de santé. Dès la fin 2019, les

premiers assistants médicaux seront affectés dans les quartiers prioritaires pour l'accès aux soins. [5,6]

Lors de son discours concernant le plan santé 2022, Emmanuel Macron a défini ces assistants médicaux comme étant « des professionnels qui assisteront et accompagneront les médecins afin de décharger ces derniers d'actes simples, concourant à la prise en charge du patient ». Emmanuel Macron estimait que le médecin aura 15 à 20 % de temps médical supplémentaire grâce aux assistants médicaux. L'objectif du quinquennat est de déployer au moins 4 000 assistants médicaux, ce qui représenterait un gain de temps médical équivalent à 2 000 médecins supplémentaires. [6]

En ce qui concerne la formation, quel que soit le profil de la personne recrutée en qualité d'assistant médical (profil soignant : infirmière, aide-soignante, auxiliaire de puériculture ou profil non soignant : secrétaire administratif, ambulanciers, assistants dentaires), ce dernier devra être doté d'une qualification professionnelle, qui sera obtenue à l'issue d'une formation spécifique. [7] Pour les profils soignants, seule une formation courte d'adaptation à l'emploi sera exigée, partant du principe que ces profils n'ont pas besoin de certification pour la partie en lien avec le soin notamment. Pour les profils non soignants, l'accès à la fonction d'assistant médical ne peut se faire qu'après obtention d'un Certificat de qualification professionnel (CQP). [8] Il n'y a pas d'obligation pour l'assistant médical d'être préalablement formé pour être embauché, le médecin doit s'engager à lui faire suivre une formation dans les 2 ans

qui suivent l'embauche et s'assurer de l'obtention de sa qualification professionnelle dans un délai maximum de trois ans suivant le recrutement. [7]

Les 3 principales missions des assistants médicaux sont [7] :

- ✓ de gérer le volet administratif : recueil et enregistrement des informations administratives et médicales, collecte des résultats d'examens, gestion de l'espace numérique de santé, vérification des vaccinations et des dépistages effectués, accompagnement de la mise en place de la télémédecine dans le cabinet.
- ✓ d'aider le médecin généraliste lors de ses consultations en fonction des besoins : accueil du patient, aide au déshabillage de ce dernier, effectuer une pré consultation (installer, mesurer, peser, prendre la tension) réaliser un Streptatest® si besoin.
- ✓ d'accompagner le parcours du patient : prise de rendez-vous chez le spécialiste et/ou pour les examens, coordination pour les hospitalisations, mise à jour du dossier médical.

A noter que le médecin généraliste peut définir librement les tâches à donner à son assistant médical. Les missions que le médecin confie à l'assistant médical sont donc laissées à son appréciation en fonction de ses besoins et de son mode d'organisation et ce, à la condition de respecter le champ de compétences délimité par le CQP d'assistant médical enregistré au Répertoire national des certifications professionnelles (RNCP) et, pour les professionnels de santé, leur décret de compétence. [8]

Lors de son discours concernant le plan santé 2022, Agnès Buzin a annoncé que le président de la république prévoyait une revalorisation de l'Objectif national de dépenses de d'assurance maladie (ONDAM) à 2.5%. Cette augmentation devra prioritairement servir au déploiement des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), à la création et au financement de la fonction d'assistants médicaux et à accompagner la transformation des hôpitaux de proximité. Cela représentera au total plus de 3,4 milliards d'euros qui seront consacrés à cette transformation d'ici 2022. [10]

L'état prendra donc en charge une partie du salaire de ces nouveaux professionnels de santé. L'aide est annuelle, dégressive la 2^e année et pérenne au-delà de la troisième année. Celle-ci est aussi fonction du temps de travail de l'assistant médical. Les détails de cette rémunération sont regroupés dans *l'annexe 2*. En contrepartie, chaque médecin s'engagera à augmenter la prise en charge de nouveaux patients sur son territoire, proportionnellement à la taille initiale de sa patientèle et/ou sa file active et du temps de travail de l'assistant médical. La file active correspond au nombre de patients différents tout âge confondu vus dans l'année par le médecin. Les conditions d'engagements sont regroupées dans *l'annexe 3*. A noter que l'engagement de résultats n'interviendra qu'à compter de la troisième année. [7] A compter de la 3^{ème} année, et jusqu'au terme du contrat, l'objectif attendu est un maintien des effectifs de patientèle du médecin signataire à hauteur de l'objectif fixé par le contrat. [9] A compter de la quatrième année et pour les années suivantes, le montant de l'aide versée est proratisé en fonction du niveau d'atteinte de l'objectif fixé.[9] Si le médecin signataire n'atteint pas plus de 75% des objectifs fixés, l'aide

est versée au prorata de l'écart constaté par rapport à l'objectif fixé. Le contrat est conclu pour une durée de 5 ans et se montre renouvelable.[9]

Pour bénéficier du financement d'un assistant médical, les médecins généralistes devront ; [7,8]

- ✓ Exercer en secteur à honoraires opposables (secteur 1 ou 2) et être adhérents à l'Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM).
- ✓ Avoir un exercice coordonné structuré (équipe de soins primaires, maison de santé pluriprofessionnelle, communauté professionnelle territoriale de santé ...) ou s'engager dans une telle démarche dans les deux ans suivant l'embauche de l'assistant médical.
- ✓ Avoir un exercice regroupé : Cette condition s'entend comme le regroupement d'au moins deux médecins dans un même lieu d'exercice. A noter qu'un médecin exerçant seul peut également bénéficier du dispositif, sous réserve de pratiquer en exercice non regroupé physiquement mais dans une logique de coordination renforcée (partage d'agendas, organisation de la continuité des soins). Les médecins exerçant de façon isolée en zone sous-dense (désert médical) sont exempts de cette condition.
- ✓ Avoir un niveau d'activité minimale : 640 patients adultes (âgés de plus de 16 ans) déclarés comme médecin traitant pour un médecin généraliste sauf pour les médecins nouvellement installés, pour les médecins ayant plus de 20% d'enfants de moins de 16 ans dans leur patientèle et pour les médecins Reconnus en qualité de travailleur

handicapé (RQTH) ou souffrant d'une ALD dont le handicap ou la pathologie engendre un impact sur leur activité. 30 % des médecins ne sont donc pas concernés par cette aide.

- ✓ Exercer dans une zone éligible : il s'agit de l'ensemble du territoire pour les médecins généralistes contrairement à d'autres spécialités où cela dépend de chaque département.

Pour savoir s'il est éligible, le médecin peut télécharger sur son smartphone et tablette l'application gratuite « Améli mémo ». L'objectif de ce simulateur est de permettre au médecin intéressé par le dispositif d'assistants médicaux, d'évaluer simplement et rapidement son éligibilité à l'aide, en répondant à quelques questions simples. [8] De plus, cette application permet de calculer l'objectif à atteindre en fonction de sa patientèle de départ et du temps de travail de l'assistant médical. Deux exemples sont donnés en *annexe 4*.

Ce système de prise en charge du patient en soins primaires existe dans de nombreux pays étrangers (Etats-Unis, Canada, Allemagne, Pays-Bas, Australie, Grande Bretagne) depuis plusieurs années. La profession d'assistant médical y apparaît construite sur le modèle de transfert de tâches bien précises sous délégation, avec contrôle du médecin. [11] En Allemagne, on ne les trouve que dans le secteur ambulatoire et quasiment chez tous les médecins. [11]

Depuis 2006, l'Allemagne forme des assistants médicaux spécialisés en rhumatologie. Ces assistants spécialistes en rhumatologie exercent au côté des rhumatologues. Ces derniers ont défini récemment les différentes tâches médicales pouvant être attribuées aux assistants médicaux : effectuer l'anamnèse (à l'aide de questionnaires), effectuer les radiographies, préparer et assister le rhumatologue pour des infiltrations, effectuer des prélèvements sanguins, lire les résultats de bilans biologiques, réaliser des vaccinations, prévoir les prochains rendez-vous. [12]

En 2019, 7 médecins généralistes sur 10 estimaient que l'offre de médecine générale dans leur zone d'exercice est insuffisante. Ils étaient deux fois plus nombreux à la juger très lacunaire lorsqu'ils exercent dans un territoire sous-dense. Près de 4 médecins sur 5 s'attendent à une baisse de cette offre dans les années à venir. Ils étaient par ailleurs 8 sur 10 à déclarer des difficultés pour répondre aux sollicitations des patients. [13]

Une étude française récente de 2018 s'est intéressée aux préférences des médecins généralistes quant à la délégation de tâches médico-administratives. L'étude a montré que la délégation de la gestion du planning et des dossiers médicaux était les deux attributs les plus importants pour les médecins [14]. En 2019, une enquête auprès des médecins généralistes libéraux révélait que seul 23 % de l'ensemble des MG déclarent déléguer certaines tâches assurées auparavant. En ce sens, la présence d'un assistant médical accompagnant le médecin généraliste pourrait permettre de décharger le médecin de tâches chronophages et pourrait permettre à celui-ci de se concentrer sur son activité de soin.

Cependant un sondage réalisé en avril 2019 auprès de jeunes médecins et remplaçants français du Regroupement autonome des généralistes jeunes installés et remplaçants (ReAGJIR) faisait apparaître que 52 % d'entre eux refusaient de travailler avec un assistant médical. 25% ne se prononçaient pas et 22% accepteraient de composer avec un assistant médical. [15] Parmi l'ensemble des MG libéraux qui considèrent que les perspectives démographiques sur leur zone d'exercice sont à la baisse, 32% sont prêts à recourir au dispositif d'AM afin de répondre à l'offre de soins. [13, *annexe 5*]

Depuis l'annonce de cette nouvelle mesure, des négociations s'effectuent entre les syndicats de médecins généralistes et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM). Fin janvier 2020, lors de la dernière Commission Paritaire Nationale de la Convention Nationale des médecins, s'est tenue une réflexion sur les assistants médicaux. Selon Dr Luc Duquesnel, Président du syndicat Les Généralistes-CSMF, le taux de contrat signé par les médecins généralistes au début du mois de janvier 2020 est faible. D'après le site de la CNAM, 684 contrats ont été signés de janvier à septembre 2020. [15] En mars 2021, le nombre de contrats signés était de 1729 (dont 82% de médecins généralistes). Ce nouveau mode de fonctionnement a permis à 625 373 patients d'avoir un accès aux soins. [16] Concernant le profil des médecins recruteurs, on constate que 85 % des médecins qui recourent aux services d'un assistant médical sont des médecins généralistes et 15% des médecins spécialistes. [16]

Ces assistants médicaux constituent une évolution majeure dans l'organisation du métier médical dans notre pays. Ainsi dans cette étude, nous souhaitons répondre à la question suivante : Comment les médecins généralistes libéraux du Valenciennois imaginent-ils la mise en place d'assistants médicaux ?

L'objectif principal de ce travail était d'analyser l'opinion des médecins généralistes libéraux du Valenciennois sur la mise en place d'assistants médicaux.

L'objectif secondaire de ce travail était d'identifier les attentes des médecins généralistes libéraux face à la mise en place d'assistants médicaux en soins primaires.

MATERIEL ET METHODE

1. Approche – Type d'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative, par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes. Cette méthode est la plus appropriée pour recueillir les opinions concernant ce thème récent et peu exploré. La recherche qualitative est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont subjectifs, donc difficiles à mesurer. [17] La recherche qualitative ne cherche pas à quantifier ou à mesurer, elle consiste le plus souvent à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative. Elle permet d'étudier des sujets dans leur environnement. [17]

Une étude qualitative avec une approche inspirée de la théorisation ancrée a été conduite par entretiens individuels dans le Valenciennois, visant à explorer leurs opinions sur la mise en place d'assistants médicaux. La méthode par théorisation ancrée vise la production de théories à partir de matériau empirique. [18] Cette méthode convient à toute question visant à comprendre les acteurs, en partant de la façon dont ils vivent et appréhendent ce qui leur arrive. A contrario, elle convient moins aux questions tenant à expliquer ou à déterminer les causes d'éléments factuels (comme la chronologie des événements ou un mode d'organisation sociale). [18]

2. Carnet de bord

J'ai utilisé comme support de réflexivité un carnet de bord. Cet outil de travail m'a permis de rassembler mes traces écrites tout au long de ma thèse : de l'idée de mon sujet de thèse jusqu'à la mise au point de ma question de recherche. J'y ai également consigné mes recherches bibliographiques, l'élaboration de mon guide

d'entretien ainsi que l'analyse de mes entretiens. [Annexe 6] Lors des entretiens, j'utilisais ce carnet de bord afin de noter les questions pour relancer les médecins généralistes.

3. Population étudiée

La population sélectionnée faisait figurer des médecins généralistes libéraux dans le Valenciennois et aux alentours qui travaillaient ou non avec un assistant médical. Le recrutement s'est effectué sur la base de mes connaissances de médecins généralistes maîtres de stage dans la région et sur l'effet « boule de neige » qui nous a permis de recruter des participants potentiels à partir de participants déjà recrutés. L'échantillon a été constitué selon la technique d'échantillonnage raisonné, en faisant varier les critères des participants afin de potentialiser la variété d'expérience. Les critères de variation des sujets interrogés étaient : le genre, l'âge, le type d'exercice professionnel (cabinet libéral seul, en groupe), la localisation géographique. La prise de contact s'est effectuée par téléphone, par mail, par message. Le contenu de l'appel, du message ou du courriel comprenait le thème de l'étude ainsi que les raisons pour lesquelles les médecins sollicités remplissaient les critères de sélection. Les caractéristiques de cette population sont regroupées dans le *tableau 1*.

4. Guide d'entretien et recueil des données

Le guide d'entretien a été élaboré par mon directeur de thèse et moi-même. Les questions posées consistaient en deux questions ouvertes. Dans un premier temps, j'ai interrogé mon directeur de thèse. J'ai effectué les entretiens. La première question du guide d'entretien invitait le MG à se présenter. Les sujets suivants exploraient l'opinion du MG sur les AM de façon globale puis au sein de son cabinet.

[Annexe 7] Le guide a été affiné au cours de la réalisation des entretiens. Je n'avais pas d'expérience antérieure en recherche qualitative. Cependant, j'ai réalisé une autoformation à l'aide d'un kit pédagogique développé dans une étude parue en 2020. En effet, ce travail permet aux étudiants de 3^e cycle effectuant un travail de recherche qualitative, d'avoir un apprentissage dans la conduite des entretiens. Une attitude d'écoute active et une conduite d'entretien centrée sur la personne était gage d'un entretien de qualité. De plus, il était utile de veiller à relancer la personne interrogée de manière générale afin de préciser sa pensée, à laisser des temps de silence et à reformuler les propos de chacun. [19]

Les entretiens ont été menés entre octobre 2020 et octobre 2021 et les modalités de ceux-ci ont été choisies par les médecins généralistes. En effet, ces entretiens ont été réalisés au domicile des médecins ou sur le lieu d'exercice des médecins, pour la grande majorité par téléphone ou par visio. Les échanges ont été enregistrés par dictaphone et le *verbatim* retranscrit mot à mot. Chaque participant était consentant pour participer à l'étude et pour que les entretiens soient enregistrés. Les propos ont été rendus anonymes, les MG ont été désignés aléatoirement par « MG suivi du numéro de l'entretien ». L'étude s'est achevée lorsque la suffisance des données a été atteinte, vérifiée par 2 entretiens supplémentaires. [17]

5. Analyse des données

L'analyse des *verbatim* a été faite par théorisation ancrée avec initialement une analyse verticale : les *verbatim* ont été réduits et codés en unités de sens. Le codage des entretiens s'est fait à l'aide du logiciel QSR Nvivo®. Secondairement, une recontextualisation a été faite par regroupements thématiques transversaux permettant de les réunir en thèmes plus généraux. L'ordonnancement de ces

catégories a permis d'énoncer des résultats sous forme d'une proposition phénoménologique pragmatique synthétique. Une triangulation des chercheurs a été réalisée afin d'augmenter la qualité des résultats. Les entretiens ont été analysés par l'investigatrice et par une interne de médecine générale. A noter qu'un entretien réalisé n'a pas été pris en compte dans l'analyse car l'investigatrice a renseigné le médecin durant l'entretien sur les fonctions potentielles d'un AM, pouvant ainsi l'influencer dans ses propos.

6. Aspects réglementaires et éthiques

L'accord pour la participation et l'enregistrement des échanges a été demandé au début des entretiens. Aucun des MG ne s'y est opposé. Toute donnée permettant de les identifier a été effacée lors de la retranscription. Ce travail de recherche a fait l'objet d'une déclaration à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), et a reçu un avis favorable du Comité de protection des personnes (CPP).
[Annexe 8]

7. Recherches bibliographiques

J'ai utilisé le moteur de recherche « pubmed », « google scholar », et le mot clef suivant pour désigner l'assistant médical à l'étranger « medical assistant (MA) ». Le Physician assistant (PA) désigne plus le médecin adjoint/ médecin assistant et reste à différencier de l'assistant médical. Cependant, dans certains pays anglophones, « medical assistant » signifie médecin adjoint. Ce qui différencie les deux métiers est que l'assistant médical a une formation plus courte, ne prescrit pas et n'a pas fait des études de médecine, à la différence du médecin adjoint.

Il est important de différencier également l'assistant médical de l'Infirmier en pratique avancée (IPA) qui peut suivre des patients chroniques des médecins généralistes, renouveler une prescription médicale, prescrire des examens complémentaires ; des infirmière(s) Action de santé libérale en équipe (ASALEE) intervenant dans l'éducation thérapeutique des patients (diabète, maladie cardio-vasculaire, Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), troubles mnésiques) ainsi que des infirmière(s) Programme d'accompagnement du retour à domicile après hospitalisation (PRADO) intervenant dans le cadre d'un retour au domicile suite à une décompensation d'une maladie chronique (cardiaque, BPCO).

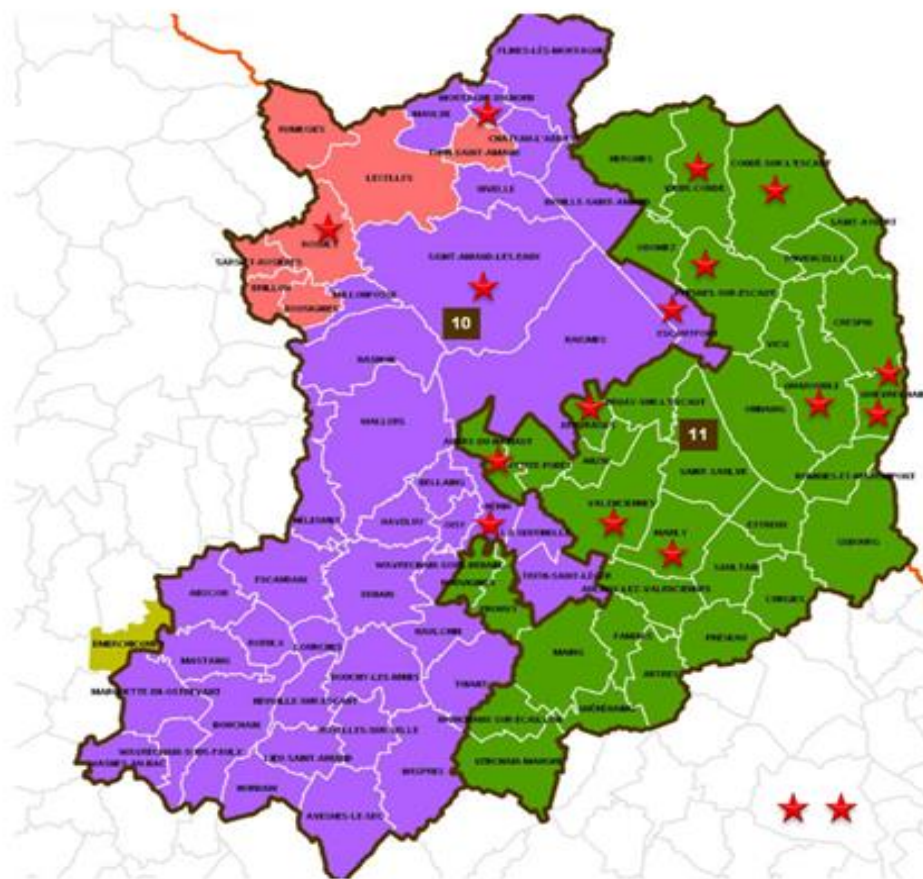
RESULTATS

Caractéristiques de l'échantillon :

Dix-sept entretiens ont été réalisés auprès des MG. [Annexe 9] Leur durée était comprise entre 5 et 32 minutes avec une moyenne de 10 minutes. L'échantillon final était composé de 5 femmes et 12 hommes, âgés de 29 à 64 ans. Les caractéristiques des participant(e)s sont résumées dans le *tableau 1*. Deux des médecins interrogés travaillaient avec des AM. La carte du Valenciennois regroupe les emplacements des participants.

Médecin Généraliste (MG)	Age	Genre M : Masculin/ F : Féminin	Type d'exercice (nombre de médecins)	Durée de l'entretien	Présence d'un(e) AM
MG1	62 ans	M	Cabinet de groupe (2)	5 minutes	non
MG2	53 ans	M	Cabinet de groupe (8)	6 minutes	non
MG3	53 ans	F	Cabinet de groupe (5)	7 minutes	non
MG4	55 ans	M	MSP	5 minutes	non
MG5	64 ans	M	Seul	14 minutes	non
MG6	32 ans	M	MSP	8 minutes et 30 secondes	non
MG7	36 ans	M	Cabinet de groupe (2)	4 minutes et 30 secondes	non
MG8	42 ans	M	Cabinet de groupe (2)	5 minutes	non
MG9	34 ans	F	Cabinet de groupe SCM (8)	5 minutes et 20 secondes	non
MG10	34 ans	F	Cabinet de groupe (5)	8 minutes	non
MG11	35 ans	M	Cabinet de groupe (5)	8 minutes	non
MG12	54 ans	F	Cabinet de groupe (4)	13 minutes	non
MG13	52 ans	M	Seul	5 minutes	non
MG14	33 ans	M	Seul	32 minutes	non
MG15	60 ans	M	MSP (10)	15 minutes	Oui
MG16	29 ans	F	Cabinet de groupe (2)	8 minutes	Non
MG17	31 ans	M	MSP	15 minutes	Oui

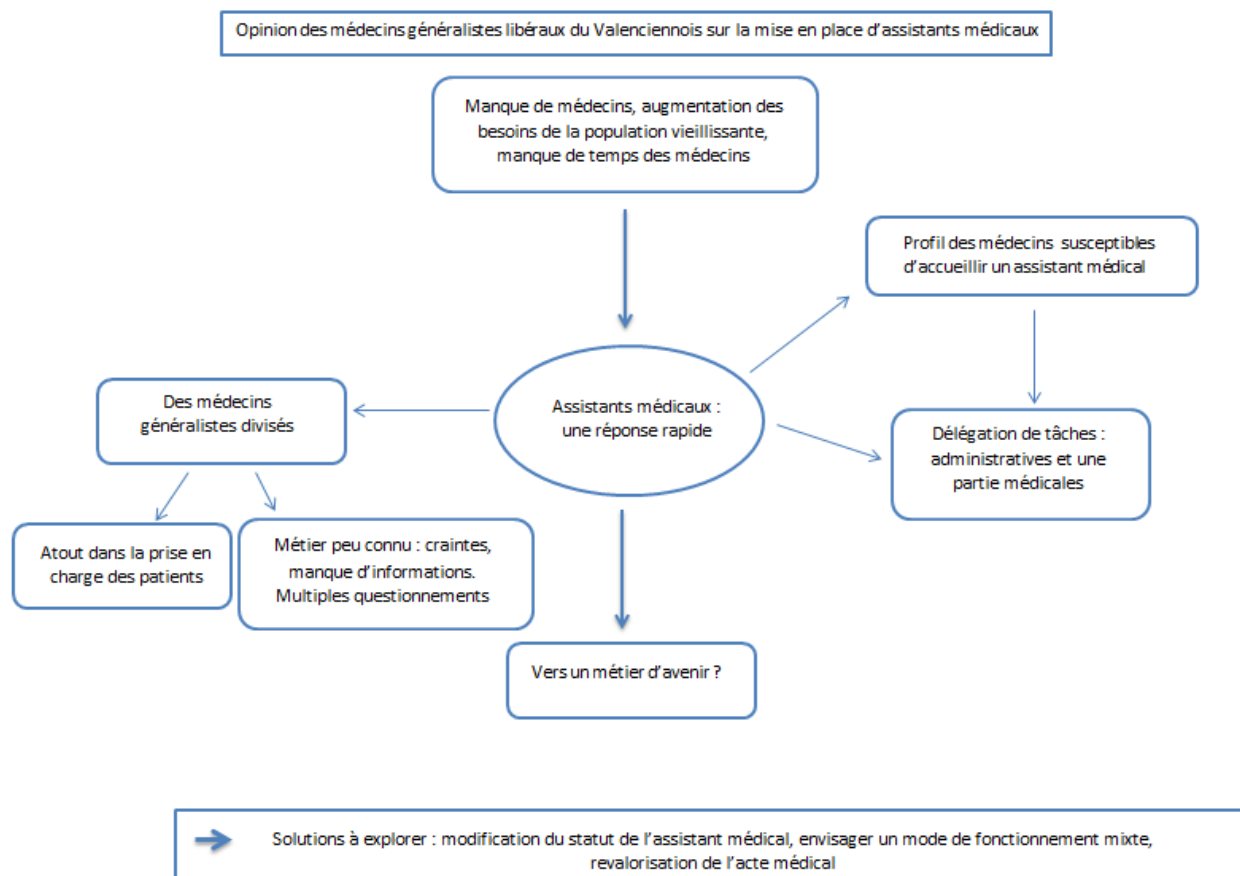
Tableau 1 : Caractéristiques des médecins généralistes interrogés.



Répartition géographique des médecins généralistes interrogés. [20]

★ Médecins généralistes interrogés

L'analyse des transcriptions des entretiens a fait ressortir des problématiques principales regroupées dans le schéma suivant.



I. Etat des lieux de la situation médicale en soins primaires

Le constat est sans appels : les médecins interrogés ressentent au quotidien la pénurie de médecins généralistes et la demande croissante de la population. Ils doivent fréquemment refuser de nouveaux patients.

A. Des AM pour répondre aux besoins de la population

Plusieurs médecins voient les AM comme une aide afin de répondre à une demande croissante des patients et à la pénurie médicale.

1. Manque de médecins

Sur plusieurs entretiens réalisés, le manque de médecins était cité.

MG2 : « car on aura de moins en moins de médecins et qu'on sera de moins en moins faire face à la demande de la population. »

Face aux manques de médecins, les interlocuteurs voient une aide essentielle à la venue des AM.

MG1 : « je pense que ce sera l'avenir de la médecine car il n'a pas assez de médecin. »

2. Une population vieillissante et demandeuse

Le second constat relevé est l'émergence d'une population demandeuse et vieillissante.

MG5 : « surtout pour une population qui va être de plus en plus demandeur. »

MG14 : « c'est qu'on a une population qui est très vieillissante, [...] qui n'a pas de médecin traitant et c'est ce qui arrive dans mon coin. »

Les AM permettraient de répondre à cette demande grandissante.

MG17 : « ça va être la seule réponse rapide pour répondre à la demande grandissante clairement. »

3. Manque de temps des médecins

Quelques médecins avouent ne pas prendre le temps de réaliser certains actes qu'ils aimeraient faire dans leur quotidien.

MG1 : « beaucoup de papiers qui sont essentiels et qu'on n'a pas le temps de faire. »

MG5 : « dans mon activité, je fais de la mésothérapie mais je n'ai pas beaucoup le temps d'en faire. »

B. Des AM, une réponse rapide pour améliorer la situation actuelle

1. Création du métier d'AM, une solution rapide

Certains médecins sont enthousiastes à l'arrivée des AM. Ces derniers pourraient améliorer rapidement la situation médicale actuelle.

MG1 : « moi je pense que cela peut être une très bonne chose étant donné la désertification médicale. »

MG17 : « c'est la seule réponse rapide. »

En revanche, d'autres médecins voient la venue des AM comme une solution de « colmatage de la situation actuelle ».

MG16 : « au final, en fait c'est une décision gouvernementale de colmatage du manque des médecins généralistes et spécialistes depuis la création du numerus clausus pour diminuer le nombre des médecins généralistes. Il essaye de nous trouver des solutions de colmatage. »

2. Avoir plus de médecins, une solution à long terme

Pour plusieurs médecins, la solution est tout simplement d'augmenter le nombre de médecins.

MG1 : « la solution c'est qu'il y ait plus de médecins. »

Mais cette solution est une solution qui portera ses fruits dans plusieurs années. La mise en place des AM est une solution rapide aux manques de médecins.

II. Des AM, pour quel MG et pour quelles missions ?

A. Profils des MG susceptibles d'accueillir les AM

Les médecins interrogés semblent définir plusieurs profils de médecins pouvant accueillir un AM :

1. Des médecins exerçant en MSP ou de manière regroupée

Plusieurs des MG interrogés semblent envisager la place d'un AM au sein d'un regroupement physique de plusieurs médecins, quel qu'il soit.

MG1 : « dans ce cas-là je pense que cela peut être autre chose. Je pense que cela puisse rentrer dans le cadre d'une maison médicale. »

MG5 : « je crois aussi que c'est davantage destiné aux cabinets de groupe avec une/un AM pour plusieurs médecins généralistes au sein du cabinet. »

L'AM pourrait gérer le flux de patients au sein du cabinet médical.

MG8 : « après si on était un gros cabinet avec 4-5 médecins, là peut-être que cela permettrait d'apporter une certaine fluidité. »

Et par conséquent, la décision de prendre un AM dépend des médecins de la structure de regroupement.

MG12 : « Pareil, puisque nous sommes un cabinet de groupe si j'entreprends quelque chose dans ce sens il faut que ce soit coordonné avec mes collègues. »

2. Des médecins ayant une forte activité

Les médecins ayant un flux important de patients auraient davantage besoin d'assistance qu'un médecin ayant une plus petite activité.

MG2 : « après je pense que c'est bien pour un médecin seul qui voit 70 personnes par jour, ça pourrait le soulager un petit peu. »

MG9 : « et que moi avec 25-30 patients par jour, je n'en ressens pas le besoin. »

3. Des médecins qui ont des locaux adaptés afin d'accueillir un AM

Cette condition semble nécessaire mais non suffisante à l'embauche d'un AM. Un local adapté afin que celui-ci puisse accueillir les patients.

MG1 : « la mise en place d'un assistant médical dans mon cabinet ... le cabinet est peut-être un peu exigu il n'y a pas de salle dédiée exprès. »

Un des médecins compare le fait d'autonomiser un AM comme autonomiser un interne en l'accueillant dans une salle dédiée.

MG15 « ce qu'il faut bien comprendre c'est que pour faire ça il faut avoir de quoi accueillir personnellement comme pour les internes afin de les autonomiser avec un cabinet perso. »

Cette condition semble décourager certains médecins, intéressés initialement par l'embauche d'un AM.

MG10 : « c'est vrai que moi je trouvais ça sympa à l'époque, j'y avais réfléchi un peu je me suis dit que ça pourrait être sympa le problème c'est que je ne sais pas si cela peut être développé au cabinet parce qu'on n'a pas vraiment de bureaux dédiés. »

L'AM doit avoir un local avec du matériel adéquat (ordinateur, table d'examen, matériel médical).

MG15 : « donc finalement l'assistante médicale a son propre poste informatique, elle a son propre cabinet, exactement identique au mien. »

Certains médecins qui se sont lancés dans le dispositif ont agencé la maison médicale.

MG14 : « ils ont agencé leur cabinet, pour avoir un autre cabinet à côté, pour faire d'un cabinet à un autre. »

Ainsi, le profil des MG susceptibles d'accueillir un AM serait des médecins exerçant de façon regroupée, ayant une forte activité et disposant de locaux adaptés afin d'accueillir physiquement un AM. Cette condition semble nécessaire à l'embauche d'un AM. Sans local, le MG ne parvient pas à imaginer le fonctionnement de son cabinet avec un AM.

Si ces conditions sont remplies, quelles missions aura l'AM au sein du cabinet ?

B. La délégation de tâches

Quelques médecins sont prêts à déléguer certaines tâches. En effet, selon certains praticiens, des tâches que fait le médecin peuvent être accomplies par un AM.

MG12 : « alors c'est utile parce qu'il y a quand même une partie du travail qui peut être faite par un assistant [médical]. »

Cependant quelles tâches sont susceptibles d'être déléguées ?

1. Délégation de tâches administratives

De nombreux médecins semblent vouloir déléguer les tâches administratives chronophages pouvant être exécutées par une tierce personne.

MG3 : « bien sûr qu'on a besoin d'aide de quelqu'un qui va nous aider pour tous les papiers qu'on a à gérer à côté de la pratique médicale. »

MG14 : « souvent j'avais une heure / une heure et demie le soir après à faire de l'administratif, j'avoue que c'est vraiment pénible. »

Il peut s'agir de compléter le dossier médical du patient. Ce travail est essentiel car il est la base de travail du médecin quand celui-ci voit son patient en consultation.

MG14 : « mais au pire l'AM peut remplir le dossier : antécédents/ test de dépistage/où on en est dans les facteurs de risques cardio-vasculaire, noter tout cela, vraiment blinder le dossier médical, je pense que ça peut être un de ses rôles. »

Un dossier médical bien renseigné évite de nombreuses erreurs. Aussi, cela permet aux médecins de retrouver une trace des consultations précédentes.

MG14 : « et ça peut être également mise à jour du dossier médical, ça c'est peut être un truc, c'est hyper important sur le plan médical, c'est un truc qu'on oublie à chaque fois de bien remplir (on ne met pas assez bien les antécédents), plus je passe du temps avec le patient moins je remplis le dossier médical, je me dis que je le ferai plus tard mais en fait je ne le fais jamais plus tard. »

Un des médecins disposant d'un AM utilise les compétences de ce dernier afin de créer un premier dossier médical et de vérifier si le nouveau patient peut se déplacer ou non pour venir en consultation. Cela permet un gain de temps lors de la première consultation médicale entre le praticien et son nouveau patient.

MG14 : « elle (l'AM) fait le premier entretien alors c'est-à-dire : elle va en visite, va vérifier si le patient ne peut vraiment pas se déplacer en consultation, essayer de trouver un moyen pour qu'il se déplace en consultation, [...] et surtout, de déjà faire l'interrogatoire, un premier examen , débrouiller le dossier nous en parler et ensuite on y va dans un second temps, parce se pointer chez un nouveau patient, des fois ça prend une heure , ça peut vraiment faire économiser du temps. »

Il peut s'agir également d'aider au remplissage du dossier Maison départementale pour les personnes handicapées (MDPH) qui est chronophage.

MG3 : « ça peut m'aider sur le fait d'organiser un dossier MDPH qui me prend la tête chaque fois que je dois faire un dossier MDPH. »

C'est en ce sens que déléguer les tâches administratives serait susceptible de faire gagner du temps médical.

MG14 : « passer moins de temps après le soir à faire de la paperasse, gagner du temps ça permet d'optimiser le temps de consultation médicale, qu'il y ait moins de côté administratif un peu rébarbatif. »

MG17 : « ça permet de gagner plus de temps au niveau de ton organisation. »

Pour l'un des médecins, la question de la délégation de la facturation est évoquée.

MG14 : « ça peut être vraiment pas mal, après j'avais pensé à passer la carte vitale. »

2. Délégation de certaines tâches médicales

La question de la délégation de tâches médicales divise les médecins. Quelques-uns sont prêts à se décharger de certaines parties de leurs tâches médicales.

- Les AM auraient la possibilité de préparer la consultation :

MG5 : « les tâches qu'on pourrait demander à l'AM, par exemple ; préparer la consultation d'une personne âgée en la déshabillant et en prenant ses constantes ça peut être intéressant, car dans notre pratique on s'aperçoit qu'il y a des choses chronophages pour les personnes âgées. »

- Les AM seraient susceptibles de débiter l'interrogatoire du patient et d'accompagner la consultation :

MG9 : « je pense que cela sert surtout à aider le médecin quand il y a un gros flux de patients, à débayer un peu, à commencer à interroger, à faire les Streptatests®, les choses comme ça qui peuvent accompagner une consultation. »

- Les AM pourraient recueillir les constantes :

MG5 : « comme la tension, le dextro, prendre un pouls, des choses qui peuvent nous orienter et l'AM peut nous faire avancer le travail et nous orienter. »

Il semble évident que l'AM doit disposer d'une formation adéquate qui lui permette, entre autres, de bien prendre les constantes.

MG1 « et laisser les actes essentiels prise une tension artérielle, poids (si cela est bien fait) à l'assistant médical (avec des connaissances médicales) sur qui le médecin pourra compter. »

- Les AM auraient la possibilité d'aider lors des soins non programmés :

Un des praticiens évoquait le fait d'employer les AM en situation de soins non programmés : pendant la période COVID ou lors d'une situation urgente.

MG5 : « lors de la téléconsultation, quand un médecin est au cabinet et est bloqué, l'AM peut aller au domicile, prendre la tension, pas forcément réaliser une auscultation, elle peut faire les gestes élémentaires, évaluer la conscience, évaluer la douleur, prendre un pouls, prendre la saturation, faire un dextro, toutes ces choses qui peuvent orienter en téléconsultation. »

MG14 : « l'infirmière appelle ma secrétaire qui me met un mot mais je le vois une heure plus tard : une épigastralgie chez, par exemple, quelqu'un qui a une cardiopathie ischémique , il n'est pas bien , eh bien tu pourrais très bien dire, l'AM va voir sur place , fait un semblant d'interrogatoire, moi je finis ma consultation si elle me dit : « il a avalé de travers », voilà j'attends le midi avant d'y aller, sinon de l'envoyer aux urgences si le patient veut bien. »

MG14 : « et un truc pratique, quand tu appelles le SAMU (Service d'Aide Médicale Urgente) et que le SMUR (Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation) vient au bout de 20 minutes , et que toi tu es à la bourre, [...] tu peux très bien dire à l'assistante médicale de mettre le patient dans la salle de soin, de surveiller le patient et puis elle reste avec le patient, le rassure, prendre les constantes, parce que pour l'instant moi le patient (suspicion d'infarctus du myocarde (IDM) ou d'embolie pulmonaire) bah voilà c'est dur de lui dire voilà restez là , j'ai des patients après , voilà donc tu l'installes , il reste confortablement dans sa salle de soins. »

- Les AM pourraient intervenir dans l'éducation thérapeutique du patient, dans le dépistage et l'automesure de tension.

MG14 : « j'avais noté aussi : aider à l'éducation thérapeutique du patient, expliquer l'automesure tensionnelle, les choses un peu rébarbatives, expliquer l'intérêt du dépistage.»

- Les AM pourraient répondre aux questions des patients par téléphone :

MG10 : « je sais que les secrétaires prennent tous les messages des patients (on a un cahier pour cela) il faut rappeler pour telle question, en période de covid c'est vrai

qu'on a eu beaucoup d'appels de gens, on a eu beaucoup de questions pour les cas contact, c'est toujours la même chose mais les gens ont quand même besoin d'un avis médical et du coup la secrétaire n'a pas le même poids qu'un médecin. Dans ce sens-là, il [l'assistant médical] peut nous faire gagner du temps. »

- L'AM serait en mesure d'utiliser la téléconsultation pour aider le médecin :

MG5 : « elle [l'AM] peut faire les gestes élémentaires, évaluer la conscience, évaluer la douleur, prendre un pouls, prendre la saturation faire un dextro, toutes ces choses qui peuvent orienter en téléconsultation. »

- Les AM pourraient aider lors de la consultation des nourrissons :

MG14 : « l'aide à la préparation des nourrissons [...] je trouve que voilà, les peser, je trouverais ça top qu'elle commence à les déshabiller, limite qu'on fasse la consultation à deux au début, et puis qu'elle commence à peser, mesurer, moi pendant ce temps-là je fais l'interrogatoire, sur ce qui va ce qui va pas, je prépare le vaccin, je l'ausculte, et ça, ça me ferait gagner un temps fou.»

MG15 : « il y a une fluidité dans l'acte, quand j'arrive le gamin est déshabillé, je n'ai pas à le rhabiller. »

- Les AM pourraient lire les bilans biologiques :

MG14 : « souvent on a des bios qui arrivent dans la journée, et l'AM pourrait [lire les bio], je pense que ce n'est pas un boulot de secrétaire de regarder les bios et de

nous dire celles qui ne vont pas (alors des fois le labo nous appelle et parfois il nous appelle pas). »

- Les AM disposeraient du droit de participer à la coordination des soins :

MG14 : « ça peut être ça, voilà et puis j'avais écrit ça : aider à rétablir les protocoles de santé, organiser les campagnes de vaccination éventuellement avec les autres infirmiers. »

Cependant quelques tâches restent non déléguables.

3. Les tâches non déléguables

Certaines tâches ne sont pas confiées aux AM et restent propres aux médecins.

- L'examen clinique, le diagnostic et la prise en charge sont propres au médecin :

MG5 : « il va falloir déléguer certaines tâches que l'on peut déléguer, bien évidemment on ne peut pas déléguer ton analyse, ton diagnostic, ton traitement. »

En libérant du temps médical grâce à l'AM, le médecin pourrait se concentrer sur le diagnostic du patient.

MG1 : « les médecins pourraient se concentrer uniquement sur les actes intellectuels. »

- Prendre les avis médicaux reste propre au médecin :

MG14 : « j'avais l'idée qu'il appelle à notre place pour les avis mais ça c'est plus notre boulot quand même d'expliquer d'un médecin à un médecin. »

- Pour certains médecins, la prise de constantes n'est pas envisageable car cela correspond à une symbolique et prend peu de temps :

MG14 : « le fait de [déléguer la prise de] la tension ça ne sert relativement à rien, ça nous laisse toujours une symbolique, dans la pratique médicale il y a beaucoup de symbolique. »

- Pour l'un des praticiens, la facturation n'est pas délégable car celle-ci permet de clôturer la consultation :

MG15 : « je ne lui fais pas faire la facturation, c'est moi qui fait la facturation, de toute façon je revois tous les patients, [...] puis ça finit ma consultation, c'est le moment où moi je suis avec le patient, [...] et du coup c'est moi qui fait [la facturation] ça fait partie de la fin de l'acte où on discute ensemble. »

- Les jeunes médecins, venant tout juste de s'installer, craignent de déléguer les tâches. Ils ressentent le besoin de rencontrer leurs nouveaux patients et de les connaître.

MG16 : « en début de carrière, là par exemple pour moi en début d'installation je ne vois pas faire appel à un AM parce que je ne me sens pas prête à déléguer des activités, j'ai besoin de les rencontrer pour les connaître de fond en comble. »

C. Le risque à déléguer des tâches

Certains médecins redoutent le fait de perdre des informations pour leur diagnostic en déléguant des tâches. De ce fait, ils préfèrent tout contrôler.

M16 : « moi personnellement je trouve ça compliqué parce que j'aime bien prendre l'intégralité de ma consultation, les questions, l'examen, la tension, s'il manque une partie des éléments j'ai peur de ne pas avoir assez d'informations pour poser au mieux mon diagnostic et la prise en charge. »

- Un des risques : surcharger l'AM :

A confier de trop nombreuses tâches à l'AM, ce dernier risque peut être de ne pas suivre le rythme de travail.

MG16 : « Comme par exemple cela peut être même trop chargé pour lui [l'assistant médical] parce que si on lui délègue à la fois un rôle du secrétariat, de l'administratif, d'infirmier, l'examen clinique comme un médecin pourrait le faire. »

- Un autre risque : la perte des informations précieuses :

Finalement, le fait de voir le patient sur un laps de temps plus restreint pourrait avoir pour conséquence de perdre des informations essentielles au diagnostic.

MG6 : « bien que le fait de déshabiller le patient ça permet une interaction, il y a la relation qui se construit au travers des paroles qu'on peut avoir avec le patient, on peut recueillir des informations en le déshabillant ce n'est pas forcément une perte de temps. »

MG 9 : « quand on reçoit le patient c'est quand même intéressant déjà de voir en premier abord quand il rentre dans le cabinet comment on le voit marcher on a déjà un diagnostic rien que ça et l'interroger ça fait partie de notre boulot. »

III. Des médecins généralistes divisés

A. AM, un atout pour les MG qui en bénéficient

Les médecins généralistes interrogés travaillant avec un AM ne souhaitent pas retourner en arrière. Ils semblent satisfaits de ce nouveau mode de travail.

MG15 : « je pense que c'est indispensable à mon exercice. »

MG15 : « c'est une autre médecine personnellement je ne changerais pas... »

Ce travail en binôme présente des effets positifs à plusieurs niveaux :

1. Amélioration de l'accès aux soins

Avoir un AM permet d'alléger le médecin de tâches chronophages, et libère, par conséquent, des plages de consultation. Le praticien peut alors recevoir davantage de patients.

MG3 : « l'idée de ne pas être seul, l'idée du binôme c'est magnifique. On voyait plus de personnes. »

MG5 : « donc on réduit les délais d'attente des patients et on augmente leur satisfaction, donc pour moi c'est tout bénéf. »

2. Amélioration de la qualité des soins

Le travail en binôme permet d'améliorer la qualité des soins. En ayant plus de temps médical, le médecin peut diversifier les soins médicaux. Tout ceci étant impossible sans une aide extérieure.

MG5 : « l'AM permet de faire plus de choses que l'on fait actuellement je n'aurais pas le temps de les faire si je n'avais pas T. »

Comme par exemple pour :

- effectuer un électrocardiogramme (ECG) pour une suspicion d'arythmie, d'infarctus du myocarde ou pour un certificat d'aptitude au sport :

MG14 : « on peut très bien se dire lors d'une consultation pour un patient que l'on ait besoin de faire un électrocardiogramme, ça, ça m'arrive souvent de se dire, quand j'ai même un petit doute sur une arythmie ou sur autre chose pour quelqu'un qui vient en consultation pour un certificat de sport , on leur dit il faut un électro , pour les certif médicaux je leur disais de revenir plus tard mais là on pourrait se dire mon assistante va vous installer dans la salle de soins. »

- gérer les INR lorsque le patient est sous anticoagulants :

MG5 : « par contre j'ai toujours travaillé en binôme avec une infirmière. C'est-à-dire que tous les jours, je vois les infirmières, on a la même patientèle. Donc j'ai des nouvelles de mes patients tous les jours, quand quelque chose ne va pas, l'infirmière me le dit. Je pense que pour les patients c'est un plus qui est hyper intéressant. Ne serait-ce que pour la gestion des anticoagulants. »

- gérer une consultation de plaies chroniques :

MG12 : « créer une nouvelle consultation spécialisée dans certains domaines, si là on va au bout de notre projet au niveau de la MSP avec les histoires de pieds et de plaies des membres inférieurs, là oui on aura peut-être besoin d'une AM. »

- réaliser une spirométrie pour les patients asthmatiques ou BPCO (Bronchopneumopathie chronique obstructive) :

MG14 : « nous on aura une salle de soins où l'on pourra faire une spiro. »

- réaliser des sutures :

MG5 : « par exemple l'autre jour, j'avais eu une suture à faire, une plaie de l'arcade sourcilière elle est arrivée au cabinet, je n'avais pas d'infirmière, j'ai dit à T. quoi faire, elle m'avancait les compresses, elle tenait les ciseaux pendant que je suturais, non, c'est une aide qui est primordiale. »

- réaliser un bilan auditif et visuel des enfants :

MG5 : « par exemple je pense aussi au bilan auditif et visuel des enfants de 3 ans, j'ai la valise (sensory baby test), ça prend 20-25 minutes, qui est bien cotée sur le plan de la cotation, c'est T. qui le fait et moi je conclus en fonction des données qu'elle me donne, je gagne 20 minutes d'examen. »

Etre à deux permet de convaincre le patient de faire ses soins.

MG14 : « souvent, les gens ne veulent pas aller à l'hôpital (je ne sais pas pourquoi, ça doit être la campagne) des fois on n'est pas trop d'être à deux à motiver quelqu'un à y aller. »

3. Amélioration de la coordination des soins

L'AM pourrait devenir l'intermédiaire entre le médecin et les structures de soins (HAD : Hospitalisation à domicile, EHPAD : Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) ou les infirmières au domicile.

MG14 : « donc ça pourrait être un meilleur lien entre les EHPAD et les cabinets médicaux, une meilleure communication avec l'EHPAD. »

4. Amélioration de la qualité de travail du médecin

Avoir un AM impacterait favorablement l'état du médecin lors de ses journées de travail : celui-ci serait moins stressé.

MG14 : « ça pourrait faire aussi que notre exercice serait moins stressant, moins frustrant en fin de journée, ce qui fait dévisser des plaques c'est le stress, c'est plus ça ; de se sentir épauler encadrer, ça pourrait être pas mal. »

MG14 : « je pense que sincèrement le fait d'être moins stressé, je pense que je peux en prendre 4-5 de plus par jour, et ça peut vraiment, je pense que ça peut être une bonne idée finalement sur le plan organisationnel, voilà ce que j'ai à dire. »

Disposer d'un AM allègerait la charge mentale des praticiens.

MG15 : « tous les médecins disent davantage c'est que c'est une diminution de la charge mentale. »

Tout ceci est envisageable s'il y a une bonne entente et coordination entre le médecin et son AM.

MG1 : « il faut qu'il y ait une bonne coordination avec les médecins. »

MG3 : « moi j'ai travaillé dans mon pays avec une infirmière, on était obligé d'embaucher une infirmière pour qu'elle ait un salaire car chez nous il n'y a pas de libéral pour l'infirmière. Si moi je fais la consultation elle fait la vaccination Si elle fait le pansement je fais les ordonnances Si elle fait les ordonnances moi je fais autre chose. Bien sûr c'était un binôme qui fonctionnait bien. »

Ce premier constat résulte de l'expérience de médecins exerçants déjà avec un AM ou ayant travaillé en binôme dans un autre pays ou alors désireux de travailler avec un AM. Toutefois, ce métier est encore peu connu en France.

B. AM, un métier encore peu connu en France

1. Les craintes de MG

Plusieurs médecins ont signifié des inquiétudes à engager un AM au sein de leur cabinet :

- Inquiétude face au coût d'un AM :

Malgré l'aide de la sécurité sociale suite à l'embauche d'un AM, les médecins appréhendent le coût que leur représentera un AM à long terme.

MG2 : « l'autre versant aussi c'est le versant financier, au départ je pense qu'il y a une aide de l'assurance maladie ou de l'ARS mais à long terme cela à un coût on a

des aides pour les 3 premières années. Après c'est quand même un coût qu'il faut répercuter. Nous on a déjà des frais de SCM assez lourds avec les secrétaires et les femmes de ménages, cela fait partie des charges de cabinet. C'est quand même relativement lourd même si on est 8, un AM à temps plein c'est quand même un coût. »

- Appréhension due au fait de manager un AM :

Les praticiens ne souhaitent pas devenir employeur des AM car ils ne disposent pas des compétences requises dans la gestion d'une équipe.

MG11 : « c'est quand même compliqué de salarier quelqu'un, les problèmes pratiques du salariat finalement, gérer les arrêts de travail, trouver quelqu'un qui est compétent au poste et avec qui ça se passe bien. »

MG12 : « pour le MG oui c'est bien c'est de l'aide apportée mais c'est des tâches supplémentaires plutôt de manager. »

Cependant avec de l'expérience et quelques conseils, il est possible de surmonter cette crainte de devenir manager.

MG17 : « je suis peut-être aussi encore frileux là-dessus parce que je n'ai pas encore eu cette expérience de cette gestion d'équipe et que ça s'apprend, et clairement, plus tu apprends à gérer ton équipe et tes AM et plus tu optimises ton temps et mieux. »

- Refus de la contrepartie : faire plus d'actes

L'assurance maladie impose aux médecins d'augmenter leur patientèle d'un certain niveau en fonction de l'embauche à tiers-temps, mi-temps, ou temps plein d'un AM ; une contrainte qui déplaît aux praticiens.

MG6 : « le contrat de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) qui propose au MG qui veulent se doter d'un AM et qu'ils veulent avoir une aide financière pour ces professions là il y a une notion de pérennité de la rémunération sous réserve d'augmentation de la patientèle – médecin traitant et nous ça ne colle pas du tout avec notre vision de de la médecine générale non plus, on n'envisage pas forcément que cela puisse nous libérer autant de temps que ça. »

- Retentissement sur la relation médecin-patient :

Les médecins craignent que l'arrivée d'un AM ne constitue qu'une entrave à la relation qu'ils ont avec leur patient car leur temps de consultation se verra réduit.

MG8 : « la médecine générale ça reste une relation assez particulière avec le patient, casser cette relation avec le patient, je ne sais pas si ça apporterait quelque chose en plus. »

MG17 : « c'est un acteur en plus dans une relation médecin-patient et est-ce que cela ne nuirait pas à cette relation ? »

D'autant plus que cette interaction aide au diagnostic :

MG9 : « je trouve que dans notre pratique on a besoin d'avoir cette interaction avec le patient pour poser des diagnostics plus précis. »

MG12 : « mais je me suis rendu compte que préserver l'intimité c'est très important même si ça peut être quelqu'un de très bien, très performant, bien préparé à tous les points de vue et même si les patients qui étaient habitués à nous voir à deux, quand elle était absente, les patients se confiaient beaucoup plus et allaient beaucoup plus loin dans leur confiance et leur problème que si on était à deux. »

- Le risque d'une médecine d'abattage :

Avec ce dispositif d'AM, la priorité du médecin est de veiller à éviter une « médecine d'abattage ».

MG14 « le but c'est aussi que le patient ne soit pas de la chair à canon.»

- Risque de conflit avec les infirmiers :

Un des médecins craint que la présence de l'AM soit source de conflit avec les infirmiers.

MG14 : « j'avais juste une remarque sur le fait qu'il ne faut pas que ça se substitue à un infirmier, car il y a énormément de jalousie entre les professionnels de santé, surtout entre les infirmiers. »

- Bon fonctionnement actuel sans AM :

D'autres médecins ne ressentent pas le besoin de disposer d'un AM. Ils estiment avoir un bon mode de fonctionnement et ne souhaitent pas en changer.

MG2 : « mais je pense qu'en continuant à travailler comme ça, ça ne me paraît pas d'une aide énorme je pense qu'il faudrait travailler différemment je n'en ressens pas

le besoin, je ne travaille pas trop mal comme ça. En plus j'ai l'habitude de travailler comme ça. »

- Des médecins peu intéressés :

Par conséquent, certains médecins ne sont pas séduits par ce dispositif.

MG5 : « aucun intérêt. Je fais partie d'une MSP où l'on est 25, on en a parlé (on est 5 médecins généralistes). »

2. Méconnaissance du métier d'AM par manque d'informations

Plusieurs praticiens avouent ne pas disposer de suffisamment d'informations sur l'AM pour en avoir l'attrait. Certains d'entre eux n'avaient pas connaissance de l'existence de ce métier.

- Méconnaissance sur l'AM :

Les médecins ont reçu peu d'informations par la sécurité sociale.

MG7 : « on n'a peut-être pas encore suffisamment d'informations pour en avoir l'attrait. »

Certains médecins souhaitent avoir des retours d'expérience de MG qui ont embauché des AM.

MG9 : « j'aimerais bien être informée par la sécurité sociale sur les AM, voire un petit peu, eux s'ils arrivent à en embaucher ou à en faire embaucher par des médecins. »

- Méconnaissance sur sa fonction :

Aussi, les médecins semblent peu éclairés sur la fonction des AM au sein du cabinet. Celle-ci demeure imprécise.

MG2 : « maintenant ici quand j'avais parlé avec ce délégué d'assurance maladie Mr N. [un médecin du cabinet médical] avait évoqué le fait d'avoir une AM pour nous deux mais il/elle ferait quoi ? »

- Méconnaissance sur leur formation :

Egalement, les praticiens semblent peu renseignés sur la formation suivie par les AM.

MG6 : « l'une des deux [secrétaires] pourrait devenir AM sous réserve de quelle formation ? »

MG7 : « mais c'est quoi la formation, tient, de ces gens ? »

Quelques praticiens craignent de devoir former l'AM, chose qu'ils ne souhaitent pas faire.

MG3 : « Si je dois rester à côté d'une personne pour l'apprendre à faire les choses c'est mieux que je le fasse toute seule. Pour l'instant au moins c'est comme ça. Parce que j'ai pensé bien sûr de prendre quelqu'un pour m'aider mais finalement si je dois l'apprendre c'est plus simple que je le fasse moi-même malheureusement. »

D'autres médecins s'interrogent sur la limite entre un AM et une secrétaire médicale.

MG12 : « mais j'ai du mal à voir qu'est-ce qu'un AM pourrait faire plus qu'une secrétaire. »

Par contre, l'un des praticiens a initié sa secrétaire dans le but que celle-ci devienne AM.

MG5 : « T. s'investi beaucoup, je lui ai appris pleins de choses. Aujourd'hui lorsque je ne suis pas au cabinet elle sait prendre une tension, une saturation, un dextro, un pouls elle pourrait éventuellement faire un pré-bilan et me le dire au téléphone. »

MG5 : « il faut les former au début mais une fois acquis ça peut être d'une grande utilité. »

Un autre médecin dispose déjà d'une idée précise du profil de l'AM qu'il emploiera dans quelques mois :

MG14 : « moi je pense que je prendrai un infirmier, c'est vrai qu'on n'en a pas parlé mais je sais qu'on peut prendre un infirmier, une aide-soignante, une secrétaire en reconversion, une personne au chômage mais je prendrai plus et j'aurai plus confiance en un infirmier, qui a déjà un pied à l'étrier. »

De plus le profil de l'AM qui travaille avec le MG15 est une infirmière qui est devenue AM.

En plus du manque d'informations concernant la fonction et la formation de l'AM, des questionnements sont soulevés par les MG.

C. De multiples questionnements soulevés par les MG

1. Questionnement sur la responsabilité médicale

Les médecins interrogés se questionnent sur la responsabilité médicale de l'AM : les actes réalisés par l'AM seront-ils imputables au praticien qui a réalisé l'embauche ?

MG12 : « quels sont les droits, quelles sont les obligations ? »

MG16 : « la responsabilité médicale d'une éventuelle erreur de l'AM je ne la connais pas. »

2. Questionnement sur le secret médical

Qui plus est, la question du secret médical vis-à-vis de l'AM se pose.

MG12 : « déjà sur le plan juridique, je ne suis pas rentrée dans les détails ; [...] Comment ça se situe par rapport au secret médical ? »

3. Questionnement sur la réorganisation du cabinet et de la consultation

L'accueil d'un AM engendrerait un nouveau mode de fonctionnement au sein du cabinet.

MG1 : « il faut revoir le fonctionnement du cabinet. »

MG6 : « la question de la répartition d'un AM et du temps médical entre les différents médecins, en théorie s'il y a 1 AM pour 5 médecins l'AM ne va pas déshabiller 5 patients en même temps ? »

Avec un AM, l'organisation de la consultation risque d'être également bouleversée.

MG17 : « ça nécessite de prioriser un petit peu, de réfléchir un petit peu différemment dans ta consultation, plutôt que de prendre toute ta consultation tu vas hiérarchiser ta consultation et réfléchir à ce que tu peux déléguer et ce que tu ne peux pas déléguer et en fonction de ça, ça peut fragmenter un peu ta consultation, c'est un pli à prendre. »

D. Est-ce que l'AM permet réellement de gagner du temps ?

Selon la loi du plan « Ma santé 2022 », l'objectif visé par le fait de disposer d'un AM est de dégager du temps médical afin de recevoir davantage de patients. Cependant certains médecins doutent de ce gain de temps.

MG6 : « on n'envisage pas forcément que cela puisse nous libérer autant de temps que ça. »

Face à ces craintes, à ces nombreux questionnements et à ce manque d'informations, les médecins indécis se trouvent découragés et ne s'engagent pas à employer un AM.

Toutefois, il est à noter que les praticiens qui ont sauté le pas ne le regrettent nullement et n'envisagent plus de travailler sans AM.

IV. Vers un métier d'avenir ?

A. Les médecins ont besoin d'aides

En effet, plusieurs médecins manifestent le besoin d'une aide au quotidien.

MG10 : « mais de l'aide on en a toujours besoin, je pense qu'il y a des périodes toujours beaucoup plus chargées , on a eu des périodes très chargées et des périodes beaucoup plus calmes je pense que ça pourrait être une aide importante. »

A l'avenir, les AM pourraient incarner ladite aide, qu'il faudra développer.

MG5 : « je pense que c'est un métier d'avenir qui va beaucoup aider. »

MG10 : « je pense qu'il faut développer les AM. On est un métier où on doit s'adapter au quotidien encore plus depuis un an et je pense que des nouvelles choses, des aides ça peut être sympa et ça peut débloquer beaucoup de charges de travail. »

Certains médecins envisagent de se lancer dans le projet.

MG14 : « non parce que moi ça m'intéresse beaucoup, je vais essayer de me lancer dans ça rapidement, l'année prochaine [2022] j'espère. »

MG17 : « donc oui je pense que j'en aurai à l'avenir, comment, ça reste un peu flou. On verra ça d'ici-là. »

Un AM peut être un attrait pour les jeunes praticiens qui s'installent.

MG10 : « si ça peut nous aider et faire rentrer tout doucement des jeunes dans les cabinets pour qu'ils s'installent ça serait bien aussi car on manque de médecins et de jeunes médecins aussi et si ça peut les faire rentrer tout doucement... »

B. Les médecins se projettent dans l'avenir

Certains médecins avouent avoir changé d'opinion concernant les AM. Il est donc envisageable que d'autres praticiens puissent également changer d'avis, à l'avenir.

MG5 : « il y a 7-8 ans, j'aurais peut-être répondu qu'il n'y avait pas d'intérêt mais on est tellement habitué à travailler seul, on tombe dans la routine et le jour où on découvre que quelqu'un peut t'aider, que c'est appréciable. »

MG14 : « au début j'étais un peu partie pessimiste sur ça , me disant que ça n'allait pas m'apporter grand-chose mais en fait en réfléchissant sur la pratique quotidienne eh bien oui ça peut aider. »

Des médecins pensent éventuellement à former leurs secrétaires actuelles au cabinet.

MG2 : « si on avait la possibilité ça serait peut-être à l'avenir, comme on a deux secrétaires, de former, si c'était possible, l'une d'elle en tant qu'assistante et de garder la seconde en tant que secrétaire si c'est possible. »

MG5 : « T. s'investit beaucoup, je lui ai appris plein de choses. Aujourd'hui lorsque je ne suis pas au cabinet elle sait prendre une tension, une saturation, un dextro, un pouls elle pourrait éventuellement faire un pré-bilan et me le dire au téléphone. Et en

fait, j'aimerais la faire évoluer vers ce poste d'assistante médicale, je pense que ça lui plairait. »

On pourrait envisager un mode de fonctionnement hybride : avec et sans AM. L'un des praticiens qui a fonctionné de cette façon avoue avoir aimé les deux modes d'exercice.

MG17 : « moi j'avoue que j'ai aimé les deux types d'exercices : avec et sans [AM]. J'ai eu cette chance justement de pouvoir travailler un peu avec tout le monde dans le cabinet. Et j'aime bien alterner les deux. »

C. Modification du statut de l'AM et revalorisation de l'acte médical

Un des médecins a proposé une modification du statut de l'AM. Selon le praticien, l'AM n'est pas suffisamment rémunéré et un statut d'AM libéral constituerait une solution. Qui plus est, cela pourrait permettre de se décharger de la responsabilité salariale et médicale de l'AM. L'AM disposerait ainsi d'une rémunération à l'acte, tout comme le médecin. Ceci concèderait à l'AM un revenu satisfaisant et attractif.

MG15 : « donc les sous de la sécurité sociale ne suffisent pas, les sous sont dégressifs. »

MG16 : « l'AM a quand même besoin d'un revenu déterminé parce qu'il aura une pratique avancée donc il ne doit pas être payé au smic. »

MG15 : « elle pourrait très bien être indemnisée sur des honoraires libéraux sur lesquels elles payent ses charges. »

Certains médecins interrogés soulèvent le problème de la rémunération de l'acte médical en France qui est insuffisante. Ces praticiens reconnaissent vouloir s'engager à prendre un AM si l'acte médical est lui-même revalorisé.

MG1 : « moi je trouve que cela peut être une très bonne chose à condition de revaloriser l'acte médical, l'acte intellectuel du médecin. »

MG4 : « donc si on remodifie tout et que l'on passe les consultations à 80 euros je prendrai peut être un AM. »

DISCUSSION

Les dix-sept MG interrogés au cours de cette étude ont permis, à travers l'analyse de leur discours, d'analyser le ressenti des médecins généralistes libéraux du Valenciennois sur la mise en place d'AM en soins primaires.

I. Forces et limites de l'étude

A. Forces :

La principale force de cette étude était l'originalité du sujet. Ce dernier est d'actualité et peu de recherches ont été établies à ce jour. Les questions du guide d'entretien étaient larges afin de ne pas orienter les propos des MG. J'ai suivi la grille COREQ [annexe 10] traduite en français [21] pour garantir la qualité méthodologique du travail de recherche. Le choix des entretiens individuels a été fait dans le but de favoriser les réponses personnelles et d'éviter d'être influencé par le groupe. Pour les entretiens en présentiel, le lieu de l'entretien a été choisi pour que les MG se sentent en confiance dans un lieu familier. Durant les entretiens j'ai veillé à ne pas poser de questions inductrices. Un des entretiens menés n'a pas été pris en compte car l'investigatrice a orienté les propos du MG.

La seconde force de ce travail est d'avoir interrogé des médecins qui exerçaient déjà avec un assistant médical ou qui avaient fait l'expérience, de par leur pratique passée à l'étranger, de travailler en binôme avec une infirmière. Leur retour d'expérience est susceptible d'intéresser de nombreux praticiens qui n'osent pas engager un assistant médical. Ce changement de mode de travail peut perturber un grand nombre de médecins qui ont l'habitude de travailler sans aides extérieures.

B. Limites :

Les limites de cette étude étaient inhérentes à la méthode qualitative. Ayant peu d'expériences en entretiens individuels, je n'ai peut-être pas su relancer les MG.

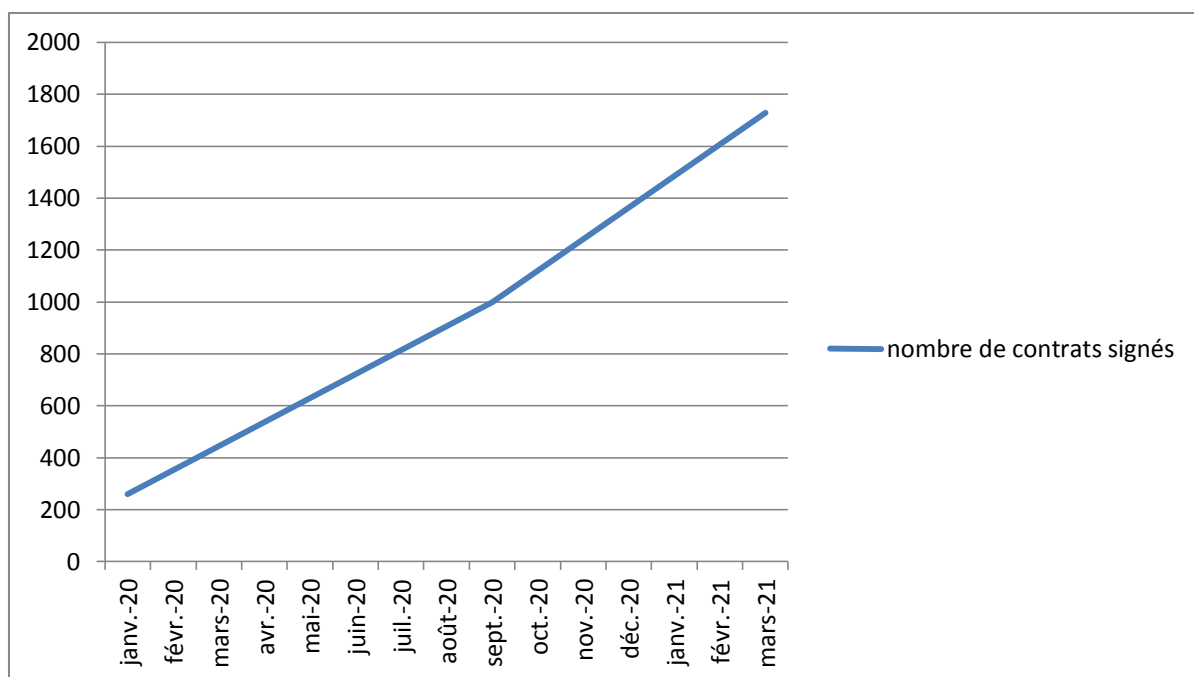
J'ai réalisé ces entretiens au cours d'une année. Les médecins interrogés en premier lieu disposaient peut-être moins d'informations et avaient moins de recul sur le métier d'assistant médical par rapport aux derniers médecins interviewés. Certains entretiens étaient courts. Cette rapidité de l'entretien peut être expliquée par le lieu de l'entretien (au cabinet médical) et le moment de la journée (entre deux consultations). L'entretien au cabinet était parfois morcelé, du fait d'appels, interrompant le médecin dans ses propos. Les entretiens les plus longs étaient réalisés lors des journées de congés des médecins.

II. Les assistants médicaux

A. En France

1. Des médecins frileux

Lors de son discours concernant le plan « Ma Santé 2022 », l'objectif initial du président de la république consistait à déployer 4000 postes d'AM en 2022. [5,6] Les derniers chiffres recueillis montrent qu'au total 1729 contrats ont été signés en France de septembre 2019 à mars 2021 [16]. Le graphique suivant récapitule le nombre de contrats signés en fonction des années.



Graphique représentant le nombre de contrats d'AM signés en fonction des années. [16]

L'objectif fixé par Emmanuel Macron semble difficile à atteindre d'ici la fin 2022.

D'après l'étude du Docteur Raphael Abt en 2020, l'idée d'avoir un assistant médical est plutôt bien accueillie par les MG mais peu d'entre eux sauteraient le pas. En effet, certains MG interrogés se trouvent favorables à la mise en place d'un AM mais ne prévoient pas de le faire dans plusieurs années [22]. Les praticiens n'ont peut-être pas suffisamment de retour d'expériences de médecins ayant engagés un AM.

Les médecins interviewés ont exprimé le fait qu'ils manquaient grandement d'informations sur ce nouveau métier (sur l'AM lui-même, sa formation et sa fonction) par l'assurance maladie et avaient de nombreux questionnements notamment en termes de responsabilité médicale et de secret médical.

Il semblerait important que les délégués de l'assurance maladie renseignent davantage les médecins sur ce métier récent et que les médecins travaillant déjà

avec un AM participent à ces réunions dans l'optique d'informer les praticiens n'osant pas se lancer dans le dispositif.

La question des locaux peut également expliquer ce résultat. En effet, dans notre étude plusieurs médecins montraient un intérêt pour le dispositif d'AM mais se trouvaient bloqués par le manque de place au sein du cabinet. L'assurance maladie pourrait peut-être proposer une aide à la réorganisation des locaux du cabinet afin d'accueillir un éventuel AM. Les médecins qui ne sont pas encore installés peuvent anticiper cet obstacle en prévoyant un bureau pour l'AM.

En plus du manque d'informations, notre étude montre que les médecins manifestent de nombreuses craintes à engager un AM.

2. Les craintes à engager un AM

Tout changement dans notre mode de travail peut effrayer et peut être difficile à accepter. Notre étude montre que l'accueil d'un AM obligerait une refonte de l'organisation du cabinet et que ce bouleversement freine les médecins à s'engager dans le dispositif « AM ».

L'engagement d'un AM ajoute un acteur de plus dans la prise en charge du patient. La relation entre le médecin et le patient serait alors susceptible d'être perturbée par une tierce personne. Notre étude souligne la crainte des MG à perdre cette relation qui est précieuse pour la prise en charge de leur patient. « On va voir plus de patients mais un peu moins longtemps » d'après un des médecins interrogés.
(MG17)

Le risque de passer moins de temps avec le patient peut provoquer une diminution de la confiance du patient envers son médecin. Une étude qui comparerait la confiance du patient envers son médecin traitant avant et après l'arrivée de l'AM en utilisant l'échelle de confiance de Wake Forest traduite en français serait intéressante à mener. [23]

A cela s'ajoute le fait que certains médecins interrogés ne pensent pas que l'AM aiderait le médecin à dégager du temps. En 2018 un sondage réalisé auprès de 1100 médecins montre que 60% des praticiens interrogés ne croient pas à ce nouveau métier pour dégager du temps médical. [24]

De plus, le fait de devoir manager les AM effraie les médecins. Diriger une équipe ne fait pas partie de la formation d'un médecin. Cette crainte peut représenter un frein à l'engagement d'un AM.

Enfin le coût que représentera un AM à long terme freine les médecins à s'engager dans leur embauche. L'aide financière de l'assurance maladie est, en effet, pérenne mais dégressive.

3. Apport des assistants médicaux

Dans notre étude le retour d'expérience de MG travaillant avec les AM suggère que ces derniers peuvent apporter leur pierre à l'édifice dans la prise en charge du patient. Notre étude montre que l'aide d'un AM peut en effet améliorer l'accès aux soins, améliorer la qualité des soins, aider à la coordination de ceux-ci et optimiser la qualité de travail du médecin en diminuant sa « charge mentale ».

Une enquête réalisée en février 2021 par l'institut BVA pour le compte de l'assurance maladie confirme ce constat en montrant la satisfaction des médecins généralistes à

engager un AM. En plus du gain de temps en soin et de l'allègement de la charge mentale pour les médecins, l'étude fait apparaître un impact positif sur la qualité de prise en charge des patients. [25]

L'AM participe ainsi à la coordination des soins, à l'instar des infirmières IPA, ASALEE et PRADO. Il faut veiller à bien différencier ces professionnels de santé. Le médecin généraliste est alors entouré de professionnels concourant à une meilleure prise en charge du patient grâce à une bonne coordination des soins.

Qui plus est, une étude réalisée en 2004 a évalué le degré d'épuisement professionnel des médecins libéraux du département de la Loire et a montré que 50 % des médecins ayant répondu à l'enquête avaient un niveau élevé de burn out. Plus d'un médecin sur deux envisageait une reconversion. Parmi les causes d'épuisement professionnel évoquées par les praticiens, on retrouvait l'organisation ainsi que l'administration (charge de travail élevée, poids de l'administratif). [26] Ainsi en s'occupant des tâches administratives, l'AM allègerait le médecin. Ce dernier se trouverait alors moins stressé et sa charge mentale de travail s'en verrait diminuée. La qualité de travail du médecin sera alors meilleure. Ce constat s'est fait ressentir dans l'entretien du MG15 qui travaille depuis plusieurs années avec une AM. De même, le Dr Ballenghien Isabelle installée à Miradou, dans le Gers travaille depuis plus de 5 ans avec une assistante médicale et déclare qu'elle a pris environ « 60 nouveaux patients sur les 3 derniers mois ». Celle-ci avoue aussi « être moins stressée ou pressée ». [24]

Ce gain de temps s'observe grâce à la délégation de tâches. Dans notre étude, des médecins demeurent d'accord pour déléguer les tâches administratives qui sont

chronophages. Selon une étude parue fin 2018 publiée par la mutuelle des médecins, les médecins généralistes estiment travailler 50 heures par semaine dont 7 heures exclusivement consacrées aux obligations administratives (soit 14 % de leur temps professionnel). [27] Une étude réalisée en 2018 en Occitanie par le Dr Pruniers Jean-Baptiste retrouve ce même constat : les tâches non médicales représentaient en moyenne 13 heures et 6 minutes par semaine dont 6 heures et 36 minutes par semaine pour les tâches administratives. [28] Ces données sont également confirmées par une enquête menée par la Drees en mai 2019. [29]

Ainsi les tâches pouvant être déléguées à l'AM sont ;

- L'organisation des rendez-vous médicaux : un renouvellement de traitement peut attendre quelques jours, alors qu'un problème aigu doit être vu le jour même (infection urinaire, douleur abdominale, otite etc...)
- La création du dossier médical du patient (données administratives, antécédents, allergies, vaccinations, dépistages, traitement) si nouveau patient ou de compléter le dossier médical déjà existant
- La prise de constantes : tension, fréquence cardiaque, température et saturation si besoin, poids, taille
- De réaliser une partie du dossier MDPH
- De préparer les bons de transports
- De réaliser les Streptatests® si besoin
- De réaliser le retrait de points de sutures
- De réaliser des spirométries ou des ECG

- D'aider à la consultation de pédiatrie : déshabiller l'enfant, le peser, le mesurer, prendre sa température
- D'aider à la consultation en cas d'urgence (soins non programmés)
- De participer à l'éducation thérapeutique du patient
- D'expliquer le dépistage et son intérêt
- De prendre les rendez-vous médicaux avec le spécialiste
- De trier et suivre le courrier, scanner les courriers dans le dossier médical du patient, une fois lu par le médecin, archiver les comptes rendus

Le médecin s'occupera de réaliser l'examen physique (auscultation, palpation), d'établir un diagnostic et de prescrire le traitement adéquat.

En plus de ces nombreuses missions citées ci-dessus, l'AM peut avoir un rôle de gestionnaire de flux de patients. Dans une étude qualitative réalisée en 2016, les auteurs ont interrogé les AM et les médecins pour identifier les défis à l'inclusion des AM dans le système de santé américain. Un des rôles important identifié, en plus de la prise en charge des tâches administratives, est la gestion des flux afin de faciliter l'organisation du cabinet en guidant le médecin. [30] Dans cette étude, la présence d'un AM réduisait le stress du médecin et permettait une bonne satisfaction des patients.

4. Profils de MG susceptibles d'accueillir un AM

Au travers l'analyse des dix-sept entretiens, notre étude propose un profil de MG susceptibles d'accueillir plus facilement un AM. Deux des médecins ont évoqué également un profil d'AM qu'ils souhaiteraient engager.

- Le profil du MG serait : un MG
 - exerçant de façon regroupée
 - et/ou ayant une forte activité (au moins 40 patients par jour)
 - et ayant des locaux adaptés

- Le profil de l'AM serait :
 - un soignant (aide-soignant ou infirmière)

Notre étude étant qualitative, elle n'est pas représentative de la population générale. Il serait intéressant de réaliser une étude quantitative afin d'évaluer le profil type des MG engageant les AM et de comparer ces résultats à notre étude. En parallèle, il serait également attrayant d'évaluer quel profil type d'AM est engagé par les MG.

5. Des AM, pour aider les jeunes médecins à remplacer et à s'installer

On peut imaginer que les AM puissent être un attrait pour les jeunes médecins qui viennent remplacer les médecins dans des régions qu'ils ne connaissent pas. L'AM peut en effet, les seconder à leur arrivée dans le cabinet : expliquer le fonctionnement de ce dernier, renseigner le remplaçant sur l'endroit où se trouve le matériel (test de dépistage, feuille de soins, Streptatests®, ordonnances, papiers, cartouche d'imprimante). L'AM connaîtra également les patients. En ce sens, l'AM peut donc être un point positif pour l'installation des jeunes médecins. En effet, une étude a montré que l'âge d'installation des jeunes médecins était de plus en plus tardif : 31 ans dans les années 80, 35 ans en 2001 et 38 ans en 2010 [31]. Une des raisons évoquées pour expliquer ce retard à l'installation était la gestion des tâches administratives [32]. L'une des missions de l'AM est de gérer ces tâches administratives et notre étude a montré que les médecins interrogés seraient prêts à

déléguer ces tâches chronophages. Ainsi, le fait d'avoir un AM pourrait faciliter une installation plus précoce des jeunes médecins remplaçants.

B. A l'étranger

1. Des médecins travaillant avec des AM

Ce système de travail en binôme « MG-AM » existe dans de nombreux pays étrangers (Etats-Unis, Canada, Allemagne, Pays-Bas, Australie, Royaume-Uni) depuis plusieurs années. [11] Les Etats-Unis et le Canada sont les deux pays précurseurs en matière d'assistance aux médecins. [11]

- Aux Pays-Bas, le médecin généraliste a un rôle de « gate-keeping ». Celui-ci exerce majoritairement en groupe avec des assistants médicaux. [11]
- En Allemagne, les AM sont dénommés « employées médicales spécialisées » (Medizinische Fachangestellte, MFA). On trouve les assistants médicaux quasiment chez tous les médecins en ambulatoire. [11] Ces AM aux nombres de 440 000 en 2019 sont depuis longtemps indispensables au fonctionnement des cabinets médicaux allemands. Ils deviennent même de plus en plus difficiles à recruter. [24] Leur taux de chômage est inférieur à 2%. A mi-chemin entre secrétaires et des aides-soignantes les MFA suivent une formation duale, c'est-à-dire à la fois en lycée professionnel et chez les médecins, d'une durée de 3 ans, sanctionnée par un diplôme officiel. [24] Les MFA ont leur propre ordre régional pour gérer les contrats professionnels et les litiges éventuels. [24]

Le tableau suivant résume le nombre d'AM présents dans les différents pays cités, prouvant ainsi la place importante qu'ils occupent au sein des cabinets médicaux. Ce

tableau résume également depuis quand l'AM exerce dans le pays ainsi que sa durée de formation.

Pays	Etats-Unis	Canada	Allemagne
AM depuis	1955	1980	2005
Nombres d'AM (année de données)	634 000 (2016)	321 000 (2018)	440 000 (2019) // 326 000 (2018)
Durée de formation	4 à 18 mois	2 ans	3 ans

Tableau 2 : Nombres d'assistants médicaux à l'étranger et année de formation. [30,33,34]

2. Rôles des assistants médicaux à l'étranger

Les tâches réalisées à l'étranger par l'AM sont nombreuses et variées. Une étude réalisée en 2010 s'est intéressée aux rôles des assistants médicaux aux Etats-Unis. L'auteur décrit les AM comme étant devenu un élément essentiel mais invisible dans le système de santé ambulatoire américain et s'intéresse à leur rôle au sein du cabinet. Les résultats des entretiens ont révélé une grande variation dans l'étendue des tâches exécutées par les AM. Les tâches variaient selon les besoins individuels de la pratique ; comme par exemple : la prise de rendez-vous, la préparation de la salle d'examen, la collecte des antécédents médicaux, la prise des constantes, l'effectuation de bilans sanguins, les ECG, l'administration de vaccins. Certains AM éduquaient les patients, les tenaient au courant de leurs résultats biologiques, aidaient à traduire lors de l'interrogatoire et de l'examen clinique. Leur rôle est également de gérer le flux de patient (en anticipant les besoins du médecin, en se préparant aux situations d'urgence, en s'adaptant à chaque motif de consultation de patients, en étant multi tâches) et d'être un intermédiaire entre le praticien et le patient. [33]

En Allemagne, les MFA savent remplir différentes tâches non seulement administratives (courrier, suivi des dossiers, facturation aux caisses) mais aussi auprès des patients : outre l'assistance du médecin pendant les soins, ils/elles peuvent préparer des injections, effectuer des prises de sang et certains examens simples : poser des pansements, réaliser et analyser certains prélèvements. Une fois engagés, leur rémunération débute à 1885 euros brut par mois pour culminer à 2826 euros au sommet de leur carrière. [24]

III. Perspectives

Nous avons vu que les AM sont nettement présents au côté des MG dans les pays étrangers. Notre étude souligne le fait que les médecins français sont frileux à se lancer dans cette nouvelle pratique de la médecine... la partie suivante tente de proposer des pistes afin de convaincre les médecins à se lancer dans ce dispositif. Nous avons évoqué précédemment le fait que les délégués de l'assurance maladie devraient organiser davantage de réunions destinées aux médecins généralistes afin de les informer du retour d'expériences des MG ayant sautés le pas.

A. Revalorisation de l'acte médical français

Deux des médecins interrogés ont évoqué le fait d'engager un AM à condition de revaloriser l'acte médical en France. En effet les revenus des médecins généralistes chez nos voisins sont plus élevés que ceux de leurs homologues français, surtout dans le nord de l'Europe. [35] En général ils gagnent plus si on compare leur revenu au revenu moyen dans leur pays. En France d'après l'Organisation de coopération et

de développement économiques (OCDE) un médecin gagne 2.4 fois plus que le revenu moyen de l'ensemble des travailleurs. En Allemagne, les médecins gagnent quatre fois plus que le revenu moyen du pays. Les médecins britanniques, 3.2 fois plus et les médecins néerlandais, 2.8 fois plus. [35] Le tableau suivant résume le prix d'une consultation de médecine générale pour un adulte en fonction du pays.

	France/ Belgique	Royaume- Uni	Espagne	Allemagne	Suisse	Portugal	Etats- Unis	Canada
prix (en euros)	25	95 à 315 (si secteur privé) // gratuit si public	30 à 40 (si secteur privé) // gratuit si public	75	100	entre 40 et 70	entre 70 et 200	70

Tableau 3: Tableau récapitulatif du prix d'une consultation de médecine générale en fonction du pays. [35]

D'après ce tableau, les médecins qui disposent d'une rémunération plus importante que les médecins français travaillent avec un AM. Ce sont les médecins étrangers qui rémunèrent leurs AM. Il semblerait intéressant de discuter avec la CNAM d'une revalorisation de l'acte médical afin que les médecins se tournent vers ce dispositif d'AM.

B. Envisager un statut libéral de l'AM et envisager un mode de fonctionnement hybride

Il serait intéressant de proposer un statut « libéral » de l'AM. De cette façon, l'AM sera rémunéré par rapport à ses actes et s'acquittera de ses charges, tout comme le médecin. Le salaire sera donc plus attractif pour l'AM. De plus, avec cette proposition de statut libéral, la responsabilité médicale qui questionne beaucoup les médecins sera celle de l'AM. Un ordre des AM pourrait être créé afin de gérer les contrats professionnels entre les médecins et les AM et gérer les éventuels litiges.

Un des médecins interrogés avait exercé avec et sans AM et avait apprécié les deux pratiques. En ce sens, il semble intéressant de proposer un mode de fonctionnement hybride : des journées avec et des journées sans AM seraient possible à mettre en place.

C. Evaluer le ressenti des AM et des patients

Notre étude s'est intéressée aux ressentis des MG face à la mise en place de ce nouveau dispositif qu'est l'AM. Il serait également intéressant ;

- d'analyser l'opinion des patients sur la mise en place d'assistants médicaux.
En effet, une personne supplémentaire s'ajoute au parcours soins du patient. Celui-ci peut être également perturbé par ce remaniement.
- de recueillir le ressenti des assistants médicaux eux-mêmes ; n'ont-ils pas trop de responsabilités ? Arrivent-ils à réaliser les missions confiées par le médecin ? n'ont-ils pas peur que leur métier disparaisse si le nombre de médecin augmente d'ici 10 ans ?
- d'évaluer l'impact de la mise en place d'un AM au sein des pratiques ambulatoires des médecins généralistes libéraux au travers une étude quantitative.

CONCLUSION

La pénurie de médecins « est un des problèmes les plus importants de notre pays » a annoncé Emmanuel Macron lors de son déplacement dans le Cher le 7 décembre 2021. [36] Ce manque de médecins se ressent sur le terrain d'après les MG interrogés. Pour y faire face, Emmanuel Macron a annoncé le déploiement d'un nouveau métier en France, déjà présent depuis de nombreuses années à l'étranger : les assistants médicaux. Ces nouveaux professionnels de santé auront pour missions d'assister et d'accompagner les médecins afin de les décharger de certaines tâches simples et chronophages, concourant à la prise en charge du patient. [6]

Notre étude propose plusieurs profils de médecins généralistes susceptibles d'engager un AM : il s'agirait de médecins exerçant en groupe et/ou ayant une forte activité et disposant de locaux adaptés. Cette dernière condition est nécessaire mais non suffisante. Les médecins interrogés semblent tous d'accord afin de déléguer les tâches administratives à l'AM. Ces tâches sont chronophages et représentent en moyenne 7 heures par semaine. [27,28,29] En revanche, la délégation des tâches médicales met en désaccord les médecins. L'examen physique, le diagnostic et le traitement restent propres au médecin. Au final, le médecin décidera lui-même des tâches attribuées à l'AM en fonction de ses besoins.

Notre étude a également montré que les médecins sont divisés au sujet de la mise en place d'AM. Les médecins travaillant avec un assistant médical constatent le bénéfice de ce travail en binôme : amélioration de l'accès aux soins, amélioration de la qualité de ceux-ci, amélioration de la coordination des soins et meilleures conditions de travail du médecin grâce à une diminution de sa charge mentale. Ce

dernier point semble important face à l'épuisement professionnel manifeste des médecins. [26] De plus, ce dispositif d'AM pourrait répondre aux freins d'installation des jeunes médecins. [31,32]

En revanche, notre étude montre que les médecins semblent découragés à s'engager dans ce dispositif pour plusieurs raisons : la méconnaissance du métier d'AM, de sa formation et de ses fonctions ; les craintes en ce qui concerne le coût à long terme, le fait de devoir manager une personne, les craintes de l'impact sur leur relation médecin-patient. De plus, il existe de nombreux questionnements en ce qui concerne la responsabilité et le secret médical vis-à-vis de l'assistant médical.

Cependant même si certains médecins s'enthousiasment de l'arrivée des AM, la question du local pour l'accueillir rend ce projet non réalisable. En effet, tous les médecins interrogés ont soulevé ce problème de manque de place afin que l'AM ait sa propre salle de soin.

Ainsi, le modèle de prestation de soins centré sur la médecine est obsolète. Les organismes de santé ont besoin d'adopter des approches de soins en équipe, concourant à une meilleure prise en charge globale du patient. Les médecins désirent de l'aide dans la prise en charge de leurs patients. La médecine de demain est en mouvance : il s'agira d'une médecine personnalisée, avec des appareils connectés, avec l'utilisation de la télémedecine, avec un travail coordonné en binôme avec un AM, un infirmier PRADO, IPA et ASALEE au sein d'une maison médicale, en coordination avec l'ensemble des professionnels de santé du territoire (CPTS) et avec, espérons-le, une revalorisation de l'acte médical.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] SCIENCES ET AVENIR. (Page consultée le 23/03/2020). Assurance maladie: 5,4 millions de patients sans médecin traitant, [en ligne].
https://www.sciencesetavenir.fr/sante/assurance-maladie-5-4-millions-de-patients-sans-medecin-traitant_140350
- [2] MGFRANCE. (Page consultée le 23/03/2020). Patients sans médecin traitant, mythe ou réalité ?, [en ligne].
<https://www.mgfrance.org/actualite/profession/2142-patients-sans-medecin-traitant-mythe-ou-realite>
- [3] Ferrer R.L., Hambidge S.J., Maly R.C. (2005), « The essential role of generalists in health care systems », Annals of Internal Medicine, vol. 142, n°8, avril, p.691–699.
- [4] Blandine Legendre (Drees), 2020, « En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6 % de la population », Études et Résultats, n°1144, Drees, février.
- [5] Ministère des solidarités et de la santé. (Consulté le 23/03/2020). Ma santé 2022, un engagement collectif. Dossier de presse 18/09/2018 [en ligne].
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf
- [6] Allocution de Mr Macron Emmanuel. (Page consultée le 30/03/2020). Le Plan santé de Macron en 5 mesures. Le 18/09/2018. [en ligne].
<https://www.youtube.com/watch?v=iSRnCHO3wyo>
- [7] 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, Journal officiel de la république française texte 13 sur 130, 20 août 2019.
- [8] Circulaire CIR-35/2019 de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie. (Page consultée le 10/10/2021). [en ligne].
<http://www.mediam.ext.cnamts.fr/ameli/cons/CIRCC/2019/CIR-35-2019.PDF>
- [9] FEDERATION DES MEDECINS DE FRANCE. (Page consultée le 17/09/2021). Contrat Type d'aide conventionnelle à l'embauche d'un assistant médical, [en ligne]
https://www.fmpro.org/IMG/doc/annexe_1-_contrat_type_am_pour_envoi.doc

[10] Allocution de Mme Buzin Agnès. (Page consultée le 14/04/2021) MaSanté2022 : des avancées concrètes pour transformer notre système de santé. Le 18/09/2018. [En ligne].

<https://www.youtube.com/watch?v=8sPwo4Ckfb0&t=1691s>

[11] Bourgueil, Y., A. Marek, et J. Mousques. « La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens et au Canada ». Drees, n° 406 (juin 2005): 12.

[12] Krause, A., F. Schuch, J. Braun, G. Gauler, K. Hoeper, K. Krüger, M. Wallhäuser, et A. J. Voormann. « Delegation ärztlicher Leistungen in der Rheumatologie ». *Zeitschrift für Rheumatologie* 79, n° 2 (mars 2020): 123-31.

[13] Chaput H., Monziols M., Ventelou B., Zaytseva A., Chevillard G, et al., « Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale », Études et Résultats, n°1140, Drees, janvier 2020.

[14] A. Chanu, A. Caron , G. Ficheur , C. Berkhout , A. Duhamel , M. Rochoy , Preferences of general practitioners in metropolitan France with regard to the delegation of medico-administrative tasks to secretaries assisting medico-social workers: Study in conjoint analysis. 2018

[15] Fraih E. « Assistants médicaux : qu'en pensent les jeunes médecins ? » La revue du praticien médecine générale tome 33 N°1021 mai 2019 p365.

[16] ASSURANCE MALADIE. (Page consultée le 13/04/2021). Assistants médicaux : une belle dynamique de progression, [en ligne].
<https://www.ameli.fr/hainaut/medecin/actualites/assistant-medicaux-une-belle-dynamique-de-progression>

[17] Aubin-Auger, Isabelle, Alain Mercier, Laurence Baumann, Anne-Marie Lehr-Drylewicz, et Patrick Imbert. « Introduction à la recherche qualitative » 19 (s. d.): 4.

[18] Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative Analyser sans compter ni classer. 2^e édition. Deboeck supérieur; 2019. p22.

[19] Marion Lamort-Bouché, Thomas Pipard, Christophe Pigache, Alain Moreau, Jean Baptiste Fassier, Frederic Zorzi, «Enseigner la conduite d'entretien semi-directif en recherche qualitative. Développement et évaluation d'un kit d'auto-apprentissage avec vidéo modèle et contre-modèle. Exercer 2020 ; 166 :365-71

[20] PREFET DU NORD. Les services de l'Etat dans le nord. (Page consultée le 27/01/2022). Carte du département et des arrondissements. [en ligne]
<https://www.nord.gouv.fr/Actualites/Salle-de-presse/Dossiers-de-presse-de-l-annee-2012/Cartes-du-departement-et-des-arrondissements>

[21] Gedda, Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. 2015, Kinesither Rev 2015;15(157):50–54

[22] RAPHAEL ABT. Assistant médical en France : L'opinion des médecins généralistes et internes de médecine générale sur la délégation de tâches. [Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en Médecine], faculté de médecine de Limoges; 2020. [Internet, consulté le 01/01/2022.]
http://aurore.unilim.fr/ori-oai-search/thematic-search.html?menuKey=tef_ex&submenuKey=authors&id=abt_raphael

[23] Alain Jami et al. , « Le patient, le médecin et la confiance : traduction, adaptation culturelle et validation de l'échelle de confiance de Wake Forest ». EXERCER, n°176 volume 32. (octobre 2021).

[24] Le quotidien du médecin. Des assistants médicaux ... pour quoi faire ? Édition du lundi 1^{er} octobre 2018 N° 9690, page 2 et 3

[25] ASSURANCE MALADIE. (Page consultée le 01/01/2022). Aide à l'embauche d'un assistant médical : satisfaction au rendez-vous pour les médecins adhérents. [en ligne]
<https://www.ameli.fr/medecin/actualites/aide-lembauche-dun-assistant-medical-satisfaction-au-rendez-vous-pour-les-medecins-adherents>.

[26] Pascal Cathébras et al. « Epuisement professionnel chez les médecins généralistes ». La presse médicale, elsevier, volume 33, issue 22, decembre 2004, page 1569-1574.

[27] MUTUELLE DU MEDECIN. (Page consultée le 02/01/2022). Les médecins généralistes inquiets face à la dérive des tâches administratives. 21 nov 2018. Disponible sur internet
<https://www.mutuelle-du-medecin.fr/presse/11-les-medecins-generalistes-inquiets-face-a-la-derive-des-taches-administratives.html>

[28] Pruniers Jean-Baptiste. (Page consultée le 02/01/2022). Evaluation des tâches non médicales des médecins généralistes en Occitanie : étude transversale par auto-questionnaire. 28 avril 2021
<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03211473/document>

[29] Hélène Chaput, Martin Monziols, Lisa Fressard, Pierre Verger, Bruno Ventelou, Anna Zaytseva, « Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine », Etudes et Résultats, n°1113, Drees, mai 2019.

[30] Gray CP, Harrison MI, Hung D. Medical Assistants as Flow Managers in Primary Care: Challenges and Recommendations. J Healthc Manag. 2016 May-Jun;61(3):181-91. PMID: 27356444.

[31] Lucas-Gabrielli V, Sourty-Le Guellec MJ. Evolution de la carrière libérale des médecins généralistes selon leur date d'installation (1979-2001). Questions d'économie de la santé. 2004;(81) :1.

[32] Coppolani E. Je peux m'installer mais je ne le fais pas, pourquoi ? [Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine], Université Toulouse III – Paul Sabatier; 2014. [Internet, consulté le 01/01/2022]
<http://thesesante.ups-tlse.fr/528/1/2014TOU31035.pdf>

[33] Taché, S. and Hill-Sakurai, L. (2010), "Medical assistants: the invisible "glue" of primary health care practices in the United States?" Journal of Health Organization and Management, Vol. 24 No. 3, pp. 288-305.

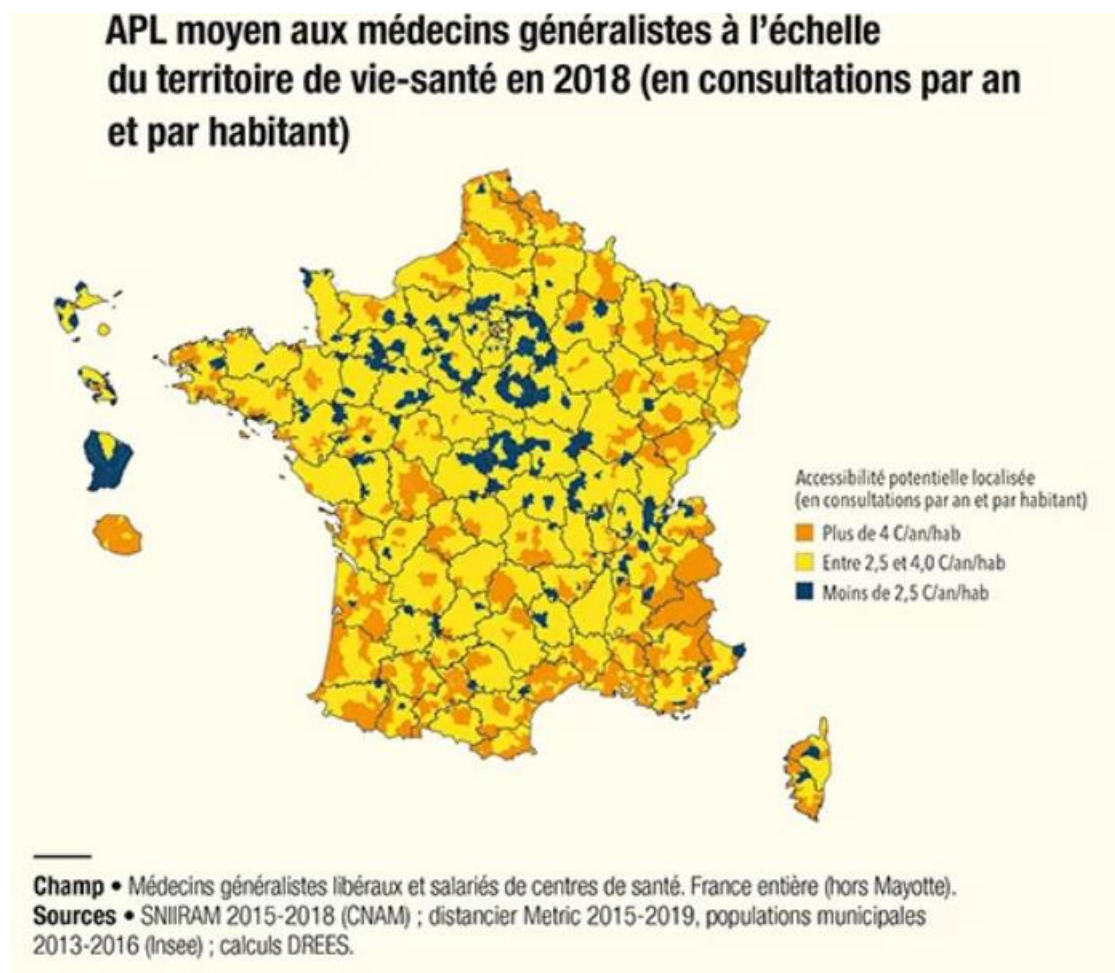
[34] « Assistant/assistante de services de soutien - secteur médical au Canada | Chiffres et données sur le marché du travail - Guichet-Emplois ». (Page consultée le 18 janvier 2022.) [en ligne]
<https://www.guichetemplois.gc.ca/rapportmarche/profession-sommaire/15798/ca>.

[35] Franceinfo. (Page consultée le 18/01/2022). C'est comment ailleurs ? Les tarifs des consultations de généralistes en Europe, [en ligne]
https://www.francetvinfo.fr/replay-radio/c-est-comment-ailleurs/c-est-comment-ailleurs-les-tarifs-des-consultations-de-generalistes-en-europe_2150410.html

[36] Franceinfo (page consultée le 18/01/2022) Pénurie de médecins : « C'est un des problèmes les plus importants aujourd'hui de notre pays », reconnaît Emmanuel Macron. [en ligne] https://www.francetvinfo.fr/sante/politique-de-sante/penurie-de-medecins-cest-un-des-problemes-les-plus-importants-aujourd'hui-de-notre-pays-reconnait-emmanuel-macron_4873489.html

ANNEXES

Annexe 1 : APL (Accessibilité potentielle localisée) moyen aux médecins généralistes à l'échelle du territoire de vie-santé en 2018. [4]



Annexe 2 : Tableau récapitulatif de l'aide financière apportée par la sécurité sociale en fonction du temps de travail de l'assistant médical [7].

Rémunérations	1/3 ETP	1/2 ETP	1 ETP (réservé aux zones sous-denses)
1 ^{er} année	12 000 €	18 000€	36 000€
2 ^e année	9 000€	13 500€	27 000€
3 ^e année et au-delà :	7 000€	10 500€	21 000€
↶ Entre 90 ^e et le 95 ^e percentile	8 350€	12 500€	25 000€
↶ Au-delà du 95 ^e percentile	12 000€	18 000€	36 000€

Annexe 3 : tableau récapitulatif des engagements en fonction du volume de la patientèle initiale et du temps d'emploi de l'assistant médical. [7]

Nombres de patients	Objectif (en % de MT ou file active) si AM à tiers temps	Objectif (en % de MT ou file active) si AM à mi-temps	Objectif (en % de MT ou file active) si AM à temps complet
Entre 640 et 872 patients MT ou entre 1223 et 1521 patients différents vus	+20%	+25%	+35%
Entre 872 et 1107 patients MT ou entre 1521 et 1854 patients différents vus	+15%	+20%	+30 %
Entre 1107 et 1502 patients MT ou entre 1854 et 2476 patients différents vus	+7,5%	+12.5%	+20%
Entre 1502 et 1721 patients MT ou entre 2476 et 2944 patients différents vus	+4%	+6%	+12.5%
Plus de 1721 patients MT ou plus de 2944 patients différents vus	Maintien	Maintien	+5%

Annexe 4 : Calcul des objectifs à atteindre en fonction du temps de travail (TT) de l'assistant médical, de la file active (FA) et du nombre de patient-médecin traitant (NP) (A). Deux exemples via l'application améli Mémo : cas B : TT : mi-temps, FA :2000, NP 1200 , cas C : TT : mi-temps, FA :3000, NP 1800 [8]

Renseignez les informations suivantes :

Option de financement choisie

Option

Nombre* de patients différents par an

Patients

Nombre* de patients médecin traitant de plus de 16 ans par an

Patients

*information disponible sur ameliopro

A

CALCULER

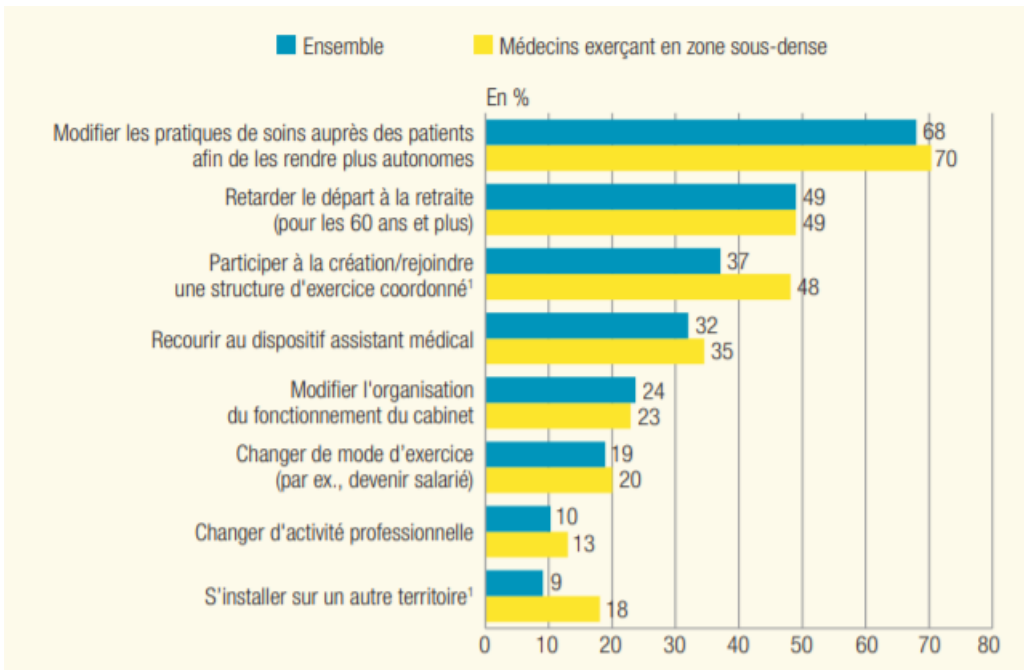
B

CONTINUER

C

CONTINUER

Annexe 5 : Intentions des médecins généralistes considérant que les perspectives démographiques sur leur zone d'exercice sont à la baisse. [11]



Annexe 6 : Extraits du carnet de bord.

26/11/2019

création mise en AM l'un des moyens proposés de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

(NB) avenant 8

convention de soins 2020

convention écrite qui est l'accord du contrat principal et d'effet est de modifier les conditions matérielles d'ajout.

à la condition d'exercice qu'on a eu dans les 10 antécédents (concernant de 8200 med en 2019)

avis du 7 novembre 2019 relatif à l'exercice de l'AM d'AM.

→ AM = infirmier, aide-soignant, auxiliaire des puéricultrices, les détenteurs des activités de soins infirmiers professionnels d'AM.

avenant 7 signé juin 2019

file active = liste de patients & vu de l'année

1/1 30% des Medecins généralistes ayant des factures actives = 30% (moins de 640 patients non éligibles).

Contrat de 5 ans renouvelable

Avenant annuel

en contrepartie → Medecin & sa fille active et de patient pour le spécialiste 2 en FA uniquement

	Methodes d'analyse qualitative Pierre Paillet
Methodes	études qualitatives
des catégories	Recherche de cause - Mode d'exercice qui va faire émerger
= outils de conceptualisation	recueil de données par l'auto-évaluation d'activités
(B.P) genres théoriques	indicateurs semi-structurés
	guide d'entretien
	entretien individuel / groupe / focus
	Medecins Généralistes de la région de Valenciennes
Population	Medecins généralistes ayant un statut médical
	ou agent ou non
	> 6 mois dans la région en AM

(Am) Belle à l'étranger -

(A) Am Am au est 449.000 M\$ en 2000
une étude pour comprendre le rôle de l'Am.

de l'autisme surpasse par l'Am est devenue un thème
possible de science de la santé publique
américain.

✓ | Décès nombreux et vancés |

pour faire un bon flux - s'adapter et s'adapter
au niveau d'usage/éducation
basé/ des multiples

(Am) à l'étranger

PAYS	USA	Canada	Allemagne	Australie	France
depuis	1955	1960	2005	2010	
nombre	634 000 (2005)	321 000 (2010)	440 000 (2010)		
pourcentage	1 à 1000	1 à 1000	1 à 1000	1 à 1000	1 à 1000
âge	15-20 ans	20-30 ans	15-20 ans	20-30 ans	15-20 ans
(A)	(C)	(C)	(C)	(C)	(C)
			France		1300 -
			France		1300 -
			Am 11 ans de plus		

SITUATION ACTUELLE - Marque Medicus
Etat de l'œuvre - " longs
- grande demande

PROFIL DE MEDICUS - DATE ACTUELLE - ACTES importants
- MSP
- zone zones zones
- PAS de besoin d'aide pour certain thèmes
QUESTIONNEMENTS - Peu d'informations - Peu de connaissance
- fonction fonction fonction
- fonction fonction fonction

LOAUX - EXIGU - NOUVELLE ORGANISATION
- MEILLEUR FONCTIONNEMENT

BENOME - NV FONCTIONNEMENT - qualité soins soins
- GAIN TEMPS - OFFRE soins soins
- DIVERSIFICATION

Annexe 7 : guide d'entretien.

Guide d'entretien.

- *Remerciement pour avoir accepté l'entretien.*
- *Le but de cet entretien est de répondre à ma question de recherche pour ma thèse qui porte sur l'opinion des médecins généralistes libéraux du valenciennois sur la mise en place d'assistants médicaux*
- *L'entretien sera anonyme. Puis-je enregistrer cet entretien ?*

Présentation.

- 1- Pouvez-vous vous présenter sans donner de nom ? Expliquez le fonctionnement du cabinet.

Assistants Médicaux.

- 2- Que pensez-vous des assistants médicaux ?
- 3- Que pensez-vous des assistants médicaux au sein de votre cabinet ?
- 4- Avez-vous quelque chose à ajouter ?

- *Remerciement*

Annexe 8: Déclaration de conformité de la CNIL.



RÉCÉPISSÉ
DÉCLARATION DE CONFORMITÉ

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que votre traitement est conforme à la réglementation applicable à la protection des données personnelles. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	SIREN: 13 00 23583 00011
Adresse : 42 rue Paul Duez 59000 LILLE	Code NAF: 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Intitulé : Opinion des médecins généralistes libéraux du Valenciennois sur la mise en place d'assistants médicaux dans leurs cabinets
Référence Registre DPO : 2020-112
Responsable du traitement / Chargé de la mise en œuvre : M. Dominique LACROIX / M. le Dr Marc BAYEN – Mme Margaux VILENO

Fait à Lille,

Jean-Luc TESSIER

Le 2 juin 2020

Délégué à la Protection des Données

Annexe 9 : Verbatim.

Début de chaque entretien : Je vous remercie d'avoir accepté cet entretien. Le but étant de répondre à ma question de recherche pour ma thèse portant sur le ressenti des médecins généralistes libéraux du valenciennois sur la mise en place des assistants médicaux.

Entretien 1 :

M : L'entretien sera anonyme. Puis-je enregistrer cet entretien ?

MG1. : Pas de problème.

M. : Pouvez-vous vous présenter sans donner de nom ? Expliquer votre parcours, votre cabinet ...

MG1. : Donc je suis médecin généraliste installé depuis 35 ans, associé depuis une vingtaine d'année, on fonctionne chacun de notre manière avec le même logiciel. Je n'ai pas de secrétariat médical propre sauf pour les vacances. C'est ma femme et moi qui assurons le secrétariat et la prise de rendez-vous, je travaille tous les jours de la semaine. Je suis maître de stage. J'ai des étudiants N1 une journée et demi par semaine et une SASPAS qui est là une journée et demi par semaine. Je suis très content de mon mode de fonctionnement.

M. : merci, Que pensez-vous de la mise en place (MEP) des AM dans les cabinets médicaux ?

MG1 : Moi je pense que cela peut être une très bonne chose étant donné la désertification médicale. Ça peut être une aide pour les médecins. Il faut qu'il y ait une bonne coordination avec les médecins. Les médecins pourraient se concentrer uniquement sur les actes intellectuels, les actes essentiels et les actes de dépistage, de remplissage des carnets de santé pour les enfants, de prise de tension de prise de la taille le poids pourraient être fait par les aides médicaux et le médecin pourra se concentrer uniquement sur la partie médicale. Moi je trouve que cela peut être une très bonne chose à condition de revaloriser l'acte médical, l'acte intellectuel du médecin.

M. : Et dans votre cabinet ? est-ce que vous imaginez la mise en place d'un assistant médical ?

MG1 : La mise en place d'un assistant médical dans mon cabinet ... le cabinet est peut-être un peu exigu il n'y a pas de salle dédiée exprès, il faut revoir le fonctionnement du cabinet, j'ai l'impression du bien fonctionner comme ça. Dans l'immédiat ça serait compliqué. Il faudrait avoir un cabinet avec une salle d'examen dédiée, une salle exprès dédiée aux assistants médicaux pour faire leurs actes (prise de poids, tension, vaccin pourquoi pas ECG, EFR, examen un peu plus

précis). Dans le cas là je pense que cela peut être autre chose. Je pense que cela puisse rentrer dans le cadre d'une maison médicale. Ça peut être intéressant aussi pour le remplissage des dossiers médicaux, courriers les prises de sang, s'assurer que tout soit bien dans les dossiers, pourquoi pas remplir le dossier médical partagé (DMP), beaucoup de papiers qui sont essentiels et qu'on n'a pas le temps de faire ou alors que l'on fait rapidement, aussi pour le suivi des patients (voir si les patients ont bien fait leur bilan sanguin, vérifier tout cela, qu'on (le médecin) ne fait pas systématiquement.

Merci, avez-vous quelques choses à ajouter en conclusion?

MG1 : Je pense que ce sera l'avenir de la médecine car il n'a pas assez de médecin. Que les jeunes médecins bien formés se concentre uniquement sur l'acte intellectuel et laisser les actes essentiels ; prise de la tension, de poids (si cela est bien fait) à l'assistant médical (avec des connaissances médicales) sur qui le médecin pourra compter.

Entretien 2 :

M : L'entretien sera anonyme. Puis-je enregistrer cet entretien ?

MG2. : Oui bien sûr.

M. : Pouvez-vous vous présenter sans donner de nom ? Expliquer votre parcours, le fonctionnement du cabinet ...

MG2. : Alors 53 ans, je suis installé depuis 26 ans en cabinet médical qui devrait passer en Maison de Santé Pluriprofessionnelle enfin on l'espère dans peu de temps. On est 8, même 9, on travaille avec deux secrétaires, doctolib. On est relativement bien organisé, chacun à sa patientèle, son cabinet sa salle d'attente. Je suis maître de stage des universités.

M. : merci, Que pensez-vous de la MEP des AM dans les cabinets médicaux ?

MG2. : Franchement je n'ai pas d'idées bien précises ... je pense que ça peut être intéressant pour des médecins qui seraient peut être en zone de tension, en zones sous dotées, qui ont une énorme activité et qu'ils leur permettraient de se décharger de tâches administratives entre autres qui leur permettrait de gagner du temps. Moi je pense qu'ici bien qu'on ait du travail, on arrive à s'organiser surtout avec les secrétaires, personnellement je ne suis pas sûr que cela s'adresse à moi ou aux gens qui travaillent comme moi mais je n'ai pas d'idée sur la question. Si on avait la possibilité ça serait peut-être à l'avenir, comme on a deux secrétaires, de former, si c'était possible, l'une d'elle en tant qu'assistante et de garder l'une d'elle en tant que secrétaire si c'est possible.

Ceci dit j'avais rencontré un délégué d'assurance maladie avec lequel j'avais parlé de ce projet et il m'avait dit qu'on pouvait se partager un AM pour deux médecins. Je pense que ce serait une organisation différente de travail. Alors est ce qu'il ne faudrait pas modifier les locaux également ? Je ne sais pas...

M. : Et dans votre cabinet ? est-ce que vous imaginez la mise en place d'un assistant médical ?

MG2. : Pour ma pratique ? Je n'ai pas d'idée précise .Mais je pense qu'en continuant à travailler comme ça, ça ne me paraît pas d'une aide énorme je pense qu'il faudrait travailler différemment je n'en ressens pas le besoin, je travaille pas trop mal comme ça. En plus j'ai l'habitude de travailler comme ça. Les habitudes c'est bien mais pas tout le temps en même temps ...

Ce qu'il faudrait changer c'est le fonctionnement, je ne sais pas ...

M :Merci, avez-vous quelques choses à ajouter en conclusion?

MG2 : Apres je pense que c'est bien pour un médecin seul qui voit 70 personnes par jour, ça pourrait le soulager un petit peu de certaines tâches administratives, de certains soins assez primaire

Maintenant ici quand j'avais parlé avec ce délégué d'assurance maladie Mr P. [un médecin du cabinet médical] avait évoqué le fait d'avoir une AM pour nous deux mais on la mettra ou et il/elle ferait quoi en plus ?

L'autre versant aussi c'est le versant financier, au départ je pense qu'il y a une aide de l'assurance maladie ou de l'ARS mais à long terme cela à un coût on a des aides pour les 3 premiers années. Apres c'est quand même un coût qu'il faut répercuter. Nous on a déjà des frais de SCM assez lourd avec les secrétaires et les femmes de ménages, cela fait partie des charges de cabinet. C'est quand même relativement lourd même si on est 8, un AM à temps plein c'est quand même un coût

Après je le vois bien que quand on est à deux lors d'une consultations (N1 , externe) , je vais plus vite.

Entretien 3 :

M : L'entretien sera anonyme. Puis-je enregistrer cet entretien ?

MG3 : bien sur

M. : Pouvez-vous vous présenter sans donner de nom ? Expliquer votre parcours, le fonctionnement du cabinet.

MG3 : 53 ans, en France depuis bientôt 9 ans, cabinet médical de groupe de 5 médecins, médecin généraliste, 1 paramédical, 2 secrétaires. Installée depuis 9 ans.

M: merci, Concernant les AM, Que pensez-vous de la MEP de ce nouveau métier dans les cabinets médicaux ?

MG3 : donc comme théorie c'est magnifique parce qu'on a besoin d'aide surtout pour la paperasserie, pour la mise en place comment ça va se faire ça s'est autre discussion bien sûr qu'on a besoin d'aide de quelqu'un qui va nous aider pour tous les papiers qu'on a à gérer à côté de la pratique médicale.

Mais il y a beaucoup de conditions, qui va former le personnel ? Qu'est-ce qu'ils ont le droit de faire qu'est-ce qu'ils ont droit de ne pas faire ? Si je dois rester à côté d'une personne pour l'apprendre à faire les choses c'est mieux que je le fasse toute seule. Pour l'instant au moins c'est comme ça.

Parce que j'ai pensé bien sûr de prendre quelqu'un pour m'aider mais finalement si je dois l'apprendre c'est plus simple que je le fasse moi-même malheureusement.

M. : Et dans votre cabinet ? est-ce que vous imaginez la mise en place d'un assistant médical ?

MG3 : oui oui mais si elle a vraiment une formation correspondant à ce qu'on a nous besoin car je ne sais pas j'ai compris qu'il avait fait des formations mais peut être que je ne suis pas bien informée mais ce que j'ai lu dans la presse ce ne sont pas des choses qui m'aide beaucoup pour ma pratique.

Ça peut m'aider comment organiser un dossier MDPH qui me prends la tête chaque fois que dois faire un dossier MDPH , qu'il peut organiser la partie du secrétariat médical , qu'il puisse m'aider avec l'informatique (les informaticiens ne sont jamais la , tu dois savoir tout faire hier un de mes collègues était bloqué depuis 2 jours sans accès à internet , heureusement que je m'y connaissais un peu plus que lui pour l'aider) c'est pas normal, donc ça dépends qu'est-ce qu'il a dans la formation.

Moi j'ai travaillé dans mon pays avec une infirmière, on était obligé d'embaucher une infirmière pour qu'elle ait un salaire car chez nous il n'y a pas de libéral pour l'infirmière, pour avoir deux personnes. Si moi je fais la consultation elle fait la vaccination Si elle fait le pansement je fais les ordonnances Si elle fait les ordonnances moi je fais autres choses. Bien sûr c'était un binôme qui fonctionnait

bien pour quelques cabinets pour les autres cabinets ça fonctionnait très mal. Mais c'était l'idée de ne pas être seul, l'idée du binôme c'est magnifique. On voyait plus de personnes.

Par exemple, la vaccination c'était une journée de vaccination car on avait des vaccins par dose de 50 c'était un pays pauvre ou on n'a pas les vaccinations gratuitement, c'était un flacon avec 25-30 ou 50 doses et après la journée de vaccination si on avait plus de doses (car on était pénalisé) on passait avec mon infirmière en voiture voir les enfants pour les vacciner ceux qui n'étaient pas venu.

M :Merci, avez-vous quelques choses à ajouter en conclusion?

MG3 : Bien sur ce sera très très utile

Mais cette personne elle est formé pour nous aider et pas de faire semblant de nous aider. Je ne veux pas la forme sans le fond si j'ai un aidant (je payerai le salaire) et si elle sait rien faire je dois lui apprendre de A à Z, je ne vois pas l'intérêt.

Entretien 4 :

M : L'entretien sera anonyme. Puis-je enregistrer cet entretien ?

MG4 : pas de soucis

M. : Pouvez-vous vous présenter sans donner de nom ? Expliquer votre parcours, votre cabinet ...

MG4: Je suis médecin généraliste depuis 30 ans. Patientèle de médecine générale avec une orientation gériatrique. Consultation sur rendez-vous sur internet (doctolib) et via le téléphone portable.

M. : merci, Que pensez-vous de la MEP des AM dans les cabinets médicaux ?

MG4 : aucun intérêt. Je fais partie d'une MSP (Maison de Santé Pluriprofessionnelle) où l'on est 25, on en a parlé (on est 5 médecins généralistes), on a un rythme de consultation actuellement à 10 minutes, je ne vois pas où on va les mettre. Donc après les assistants médicaux (AM) : OUI, avec des consultations à 80 euros comme en Allemagne, (en Espagne 80 euros). Donc en 10 minutes je vais perdre du temps à mettre un AM je ne vois pas l'intérêt. Il pourra prendre la tension, le poids, me débriefer.... C'est quelque chose que je fais rapidement déjà.

Donc si on remodifie tout et que l'on passe les consultations à 80 euros je prendrai peut être un AM. Ca modifie notre façon de travailler, j'ai entendu comme quoi on compare les allemands à nous. En Espagne, le tarif de la consultation est de 75 euros. Et surtout basé sur une aide de l'ARS non pérenne qui décroît dans les 3 premières années, et qu'est ce qu'on en fait dans 3 ans de ces braves gens ? On retire encore 20% des 25 euros qu'on nous donne par consultations pour payer une secrétaire dont on n'a pas besoin. Non...

M. : Et dans votre cabinet ? est-ce que vous imaginez la mise en place d'un assistant médical ?

MG4 : ah non pas d'intérêt, on a fait une étude avec les 5 médecins dans la MSP et l'on est d'accord la dessus. Si peut être prendre quelqu'un pendant 3 mois pour nous rentrer des dossiers, et faire les choses non indispensables...

M. Merci, avez-vous quelques choses à ajouter en conclusion?

MG4 : Je ne vois pas l'intérêt à la mise en place de ce nouveau métier

Entretien 5 :

M : L'entretien sera anonyme. Puis-je enregistrer cet entretien ?

MG5 : pas de soucis

M. : Pouvez-vous vous présenter sans donner de nom ? Expliquer votre parcours, votre cabinet ...

MG5 : Je suis rentré en mars 86, donc ça va faire 35 ans l'année prochaine. J'étais médecin de régime minier à 100%, donc je ne soignais que la patientèle minière et leur ayant droit. En faisant médecin salarié avec la même activité qu'un médecin libéral générale, avec une seule différence c'est que je suis rémunéré de façon forfaitaire et non à l'acte. Mon activité c'était 1/3 de visite au domicile pour 2/3 de consultation. Depuis 2005, le régime minier s'est ouvert aux autres régimes de la sécurité sociale. Petit à petit ma patientèle minière s'est réduite. Les gens règlent à l'agent comptable à la caisse (pour le régime non minier). Actuellement, j'arrive à 70% de mon activité pour le régime de la sécurité sociale et 30 % du régime minier. Mon nombre de visite au domicile est d'environ 10-15 % pour le reste en consultations. Dans mon activité, je fais de la mésothérapie mais je n'ai pas beaucoup le temps d'en faire, je fais des infiltrations. Je fais de la petite chirurgie (suture). J'ai une secrétaire depuis 4 ans, j'ai quand même été 30 ans sans secrétaire à tout gérer seul. Par contre j'ai toujours travaillé en binôme avec une infirmière. C'est-à-dire que tous les jours, je vois les infirmières, on a la même patientèle. Donc j'ai des nouvelles de mes patients tous les jours, quand quelque chose ne va pas, l'infirmière me le dit. Je pense que pour les patients c'est un plus qui est hyper intéressant. Ne serait-ce que pour la gestion des anticoagulants.

M. : merci, Que pensez-vous de la MEP des AM dans les cabinets médicaux ?

MG5: alors les assistants médicaux, je suis bien évidemment pour. Et quand j'entends parler d'AM, je suis en train de penser à une personne qui est T. [sa secrétaire] qui serait une excellente candidate.

Ce n'est pas un métier très connu. T. s'investi beaucoup, je lui ai appris pleins de choses. Aujourd'hui lorsque je ne suis pas au cabinet elle sait prendre une tension, une saturation, un dextro, un pouls elle pourrait éventuellement faire un pré-bilan et me le dire au téléphone. Et en fait, j'aimerais la faire évoluer vers un poste de secrétaire médicale, je pense que ça lui plairait d'être assistante médicale. Personnellement ce que j'en pense : après ça dépend je pense qu'un médecin généraliste seul avec une petite patientèle n'en a pas besoin. Maintenant dans un cabinet avec plusieurs médecins généralistes ou avec des médecins avec une forte activité l'AM peut avoir un rôle très important car elle peut assister le médecin. L'AM peut, à mon avis, déjà débayer, car dans notre métier, bien évidemment notre rôle est de faire un diagnostic mais il y a énormément de geste que l'on fait que d'autres personnes peuvent faire. Comme la Tension, le dextro, prendre un pouls, des

choses qui peuvent nous orienter et l'AM peut nous faire avancer le travail et nous orienter.

Moi je suis pour et je pense que c'est un métier qui va se développer. Et aussi dans le cadre du développement de la téléconsultation, il y a les infirmières qui peuvent nous aider mais il y a aussi les AM qui peuvent trouver leur rôle dans la téléconsultation...

M. : c'est à- dire ?

MG5 : Lors de la téléconsultation, quand un médecin est au cabinet et est bloqué, l'AM peut aller au domicile, prendre la tension, pas forcément réaliser une auscultation, elle peut faire les gestes élémentaires, évaluer la conscience, évaluer la douleur, prendre un pouls, prendre la saturation faire un dextro , toutes ces choses qui peuvent orienter en téléconsultation. En plus l'AM peut communiquer en visio avec le médecin. Elle peut me montrer la lésion cutanée en visio. Je pense que c'est intéressant dans le sens où il n'y aura plus beaucoup de médecins généralistes pour toute la population. Surtout pour une population qui va être de plus en plus demandeur.

M. : Et dans votre cabinet ? Est-ce que vous imaginez la mise en place d'un assistant médical ?

MG5 : Au sein de mon cabinet, T. pourrait être AM, elle l'est déjà sans en avoir l'honneur. Par exemple l'autre jour, j'avais eu une suture à faire, une plaie de l'arcade sourcilière elle est arrivée au cabinet, je n'avais pas d'infirmière, j'ai dit à T. quoi faire, elle m'avancait les compresses, elle tenait les ciseaux pendant que je suturais, non, c'est une aide qui est primordiale.

M. Est-ce que vous saviez que si vous formez T., vous devez la remplacer ?

MG5 : oui bien évidemment, par exemple je pense aussi au bilan auditif et visuel des enfants de 3 ans, j'ai la valise (sensory baby test), ça prend 20-25 minutes, qui est bien coté sur le plan de la cotation, c'est T. qui le fait et moi je conclus en fonction des données qu'elle me donne, je gagne 20 minutes d'examen.

Bien évidemment pendant qu'elle fait cela elle ne peut pas répondre au téléphone.

M : Merci, , avez-vous quelques choses à ajouter en conclusion?

MG5 :Je pense que c'est un métier d'avenir, qui va être de plus en plus valorisé, car on aura de moins en moins de médecin et qu'on sera de moins en moins faire face à la demande de la population, il va falloir déléguer certaines tâches que l'on peut déléguer, bien évidemment on ne peut pas déléguer ton analyse, ton diagnostic, ton traitement mais dans les actes que l'on fait tous les jours, certains peuvent être délégués, bien souvent l'infirmière le fait mais parfois elles ont d'autres choses à

faire (leur pansement etc) elles ne sont pas disponibles pour faire un assistanat médical.

Je pense que c'est un métier d'avenir qui va beaucoup aider. Je crois aussi que c'est d'avantage destiné aux cabinets de groupe avec une/un AM pour plusieurs médecins généralistes au sein du cabinet.

Il y a 7-8 ans, j'aurai peut-être répondu qu'il n'y avait pas d'intérêt mais on est tellement habitué à travailler seul, on tombe dans la routine et le jour où on découvre que quelqu'un peut t'aider , que c'est appréciable. Et cela permet de faire autre chose. Pendant un bilan visuel et auditif à un enfant de 3 ans [que T. effectue] je continue ma consultation. Donc on réduit les délais d'attente des patients et on augmente leurs satisfactions, donc pour moi c'est tout bénéf. L'AM permet de faire plus de choses que l'on fait actuellement (par exemple les bilans auditifs) je n'aurai pas le temps de les faire si je n'avais pas T. Par exemple, j'ai un patient que j'ai vu il y a quelques jours qui avaient une tension élevée, je veux la contrôler dans 3 jours, je peux envoyer mon AM. Il faut les former au début mais une fois acquis ça peut être d'une grande utilité.

Entretien 6 :

M : L'entretien sera anonyme. Puis-je enregistrer cet entretien ?

MG6 : Oui

M : Pouvez-vous vous présenter sans donner de nom ? Expliquer votre parcours, le fonctionnement votre cabinet ...

MG6 : Je suis médecin généraliste depuis presque 4 ans, enfin depuis 3 ans en Maison de Santé PluriProfessionnelle (MSP) comportant 5 médecins généralistes, 3 infirmières libérales, 2 orthophonistes 1 podologue, je suis chef de clinique en médecine générale, j'accueille des internes N1 et SASPAS en plus de mon activité universitaire de recherche et d'enseignement.

M : merci, Que pensez-vous de la mise en place des AM dans les cabinets médicaux ?

MG6 : ok, c'est une question assez vaste.

La première chose c'est la question de leur fonction : la question de leur fonction est un petit peu floue ou du moins de ce qu'on nous a présenté, on a vu que cela pouvait très être vaste ce qu'on pouvait leur demander c'est quelque chose qui peut être potentiellement intéressant sous réserve d'une problématique qui nous a concerné chez nous, la problématique de l'organisation de la fonction de l'assistant médical (AM) au sein du cabinet, c'est-à-dire ou est ce qu'il/ elle travaille ? Comment est-ce qu'on organise alors qu'on est 5 médecins la présence d'un ou de plusieurs assistants médicaux sachant qu'on n'a pas forcément de locaux dédiés.

Ça c'était la principale problématique de ce qu'on avait identifié des intérêts à ce qu'il y ait un/des assistant(s) médical(aux) chez nous.

La question d'aide à la tenue du dossier médical, de préparation de la consultation, éventuellement d'aide à la facturation de la consultation à l'issue de celle-ci, pourquoi pas des actions de santé publique qui pourrait être instauré chez nous pour laquelle l'AM serait une personne complémentaire à par exemple une infirmière asalée ou les secrétaires qui font ce travail là.

Une autre problématique que l'on se posait c'est la question de savoir qui devenait cette personne ? Est-ce qu'on embauche quelqu'un ou est-ce que l'on prend une personne qui travaillait déjà chez nous ? Par exemple une des secrétaires qui travaillent avec nous ? l'une des deux personnes pourraient devenir AM sous réserve de quelle formation et quelles tâches on pourrait lui demander ? A l'heure actuelle, nous, on en a beaucoup débattu à plusieurs reprises lors de réunion de concertation entre médecins en l'occurrence mais aussi avec les autres professionnels, et on en a déduit que c'était quelque chose qui ne nous intéressait pas pour les obstacles que

je viens de citer sachant que outres les obstacles on voit peu de bénéfice à notre pratique de la présence d'un AM au sein de notre structure.

M : ok, et vous avez un peu répondu a la dernière question, et finalement dans votre cabinet ?

MG6. : Les taches qu'on pourrait demander à l'AM, par exemple ;préparer la consultation d'une personne âgée en la déshabillant et en prenant ses constantes ça peut être intéressant ,car dans notre pratique on s'aperçoit qu'il y a des choses chronophages pour les personnes âgées cependant la question des locaux , la question la répartition d'un AM et du temps médical entre les différents médecins, en théorie s'il y a 1 AM pour 5 médecins l'AM ne va pas déshabiller 5 patients en même temps, ou est ce qui le fait ? En fait notre point de vue, on est très réfléchitif autour de la place de la médecine générale dans le système de santé et on a l'impression que l'AM répond à une vision plus hospitalière de la médecine générale de la part des dirigeants de santé qui se disent qu'on va faire comme aux urgences on va mettre un infirmier ou un aide-soignant qui va constater/ technique /préparer le patient dans un box et le médecin passe 10 minutes , bien que le fait de déshabiller le patient ça permet une interaction, il y a la relation se construit au travers des paroles qu'on peut avoir avec le patient, on peut recueillir des informations en le déshabillant ce n'est pas forcément une perte de temps comme le disent les dirigeants de la sécurité sociale ,du moins les promoteur de ce projet, on est non seulement pas pour, et là je ne parle pas en mon nom mais par rapport à l'opinion de notre structure chez nous, nous sommes plutôt contre à cause de ce côté un peu hospitalo-centré.

M : merci beaucoup, est ce qu'en conclusion vous avez qqch à rajouter ?

MG6. : Pas grand-chose à rajouter.

Hormis un autre obstacle qui avait gêné un des médecins de notre structure c'était dans le contrat de la CPAM qui propose au MG qui veulent se doter d'un AM et qu'ils veulent avoir une aide financière pour ces professions là il y a une notion de pérennité de la rémunération sous réserve d'augmentation de la patientèle – médecin traitant et nous ça ne colle pas du tout avec notre vision de de la médecine générale non plus , on envisage pas forcément que cela puisse nous libérer autant de temps que ça. Soumettre la pérennité d'un poste et la on parle aussi d'une personne qui travaille c'est-à-dire on dit à cette personne au bout d'un an « finalement on vous licencie car on a plus les aides de la sécurité sociale pour vous payer » parce que la sécurité sociale demande à ce qu'on augmente notre activité mais ce n'est pas forcément possible on a trouvé cela très limite sur le plan social pour ces personnes-là.

Entretien 7 :

M : L'entretien sera anonyme. Puis-je enregistrer cet entretien ?

MG7: Oui

M : Pouvez-vous vous présenter sans donner de nom ? Expliquer votre parcours, le fonctionnement votre cabinet ...

MG7 : Je suis médecin généraliste thésé depuis 2013 et installé depuis 2015. Je me suis installé en cabinet de groupe où l'on est deux médecins et deux infirmières, dans une petite ville en zone péri urbaine, avec plutôt une activité orientée pédiatrie énormément mais pas que, ça se diversifie.

M : Que pensez-vous des assistants médicaux ?

MG7 : Ce que j'en pense ? Écoute ce n'est pas un dispositif que je connais très bien, c'est le nouveau truc de la sécurité sociale : ces gens que l'on pourrait prendre pour coordonner les prises en charge et nous aider sur le plan administratifs, ou en consultation éventuellement. Je crois c'est ça ?

M : Oui, Mais encore, comment imaginez-vous ce métier d'assistant médical?

MG7: Ecoute je ne sais pas si ça rentre dans le soin je ne suis pas sûr que ça soit très pertinent, c'est un acteur en plus dans une relation médecin-patient et est-ce que cela ne nuirait pas à cette relation ?

Mais après en terme de charges administratives en terme de coordination des soins comme une super secrétaire pourquoi pas mais c'est quoi la formation, tient, de ces gens ?

M : Vous pensez que cela pourrait être quoi leur formation ?

MG7: je ne sais pas des infirmières avec des qualifications en plus ?

M : d'accord, oui entre autres, que pensez-vous des assistants médicaux dans votre cabinet ?

MG7. non ce n'est pas un sujet qui est venu au sein du cabinet.

M: d'accord, c'est-à-dire ?

MG7. euh on n'en éprouve pas le besoin pour l'instant, et on n'a peut-être pas encore suffisamment d'informations pour en avoir l'attrait.

M : merci beaucoup, avez-vous quelque chose à rajouter ?

MG7 : il faut que je vois comment évolue peut être la démographie médicale finalement on sent que ces nouveaux postes sont fait pour dégager du temps médical et finalement pouvoir prendre en charge plus de patient au vu la

démographie médicale faiblissante. Donc je ne sais pas peut être qu'à un moment où j'aurai beaucoup de demande de patients il y aura quand même des patients qui nécessitent des soins que personne ne peut soigner, on ne sera pas contraint de soigner mais la moral voudra qu'on s'en occupe, notre engagement déontologique. Peut-être qu'à ce moment là oui il sera peut être nécessaire de recourir à ce genre de personne.

Entretien 8 :

M : L'entretien sera anonyme. Puis-je enregistrer cet entretien ?

MG8 : Oui

M : Pouvez-vous vous présenter sans donner de nom ? Expliquer votre parcours, le fonctionnement votre cabinet ...

MG8: Médecin généraliste (MG) salarié, cabinet qui fonctionne de façon assez classique avec des consultations et des visites, je suis aussi maître de stage, j'ai des internes et je suis installé depuis 4 ans. Il y a 2 MG, 2 infirmières à temps plein, une radiologue 1/ semaine, une sage-femme qui vient aussi 1 fois par semaine.

M: Que pensez-vous des assistants médicaux ?

MG8. On parle des assistants médicaux ; des infirmières qui prennent la tension c'est ça ? Ou des postes d'assistants en médecine ?

M: non cela est différent de médecin adjoint, je parle ici d'assistants médicaux.

MG8 : J'en ai pas entendu parler plus que cela, voilà faire avancer les dossiers , en prenant les constantes et non je n'ai pas été particulièrement emballé par l'idée, tout simplement parce que ... enfin pourquoi pas tout dépend qu'elle est la place qu'il prend parce que moi quand je prends les constantes , j'en profite pour discuter avec le patient c'est pas vraiment une perte de temps c'est une façon de meubler la consultation donc c'est vrai que s'il y a quelqu'un d'autres qui le faisait, comme ça peut être fait à l'hôpital (on arrive on a toutes les constantes parce qu' on a plus la gestion de la pathologie), c'est vrai qu'en médecine générale la prise en charge doit être plus globale, voilà ces moments (en tout cas la prise de constantes et autres) c'est un temps qui n'est pas perdu , c'est un temps qui est utilisé d'une autre façon, pour avoir le lien avec le patient, voilà

Donc je n'ai pas été emballé à l'idée en voyant ça

M: que pensez-vous des assistants médicaux dans votre cabinet ?

MG8. j'avoue que je ne sais pas jusqu'où vont leurs responsabilités mais si c'est l'idée que je m'en fais entre guillemet d'une infirmière en mont [de la consultation], je n'en vois pas trop l'utilité, après si on était un gros cabinet avec 4-5 médecins, là peut-être que cela permettrait d'apporter une certaine fluidité, et moi sachant que j'ai déjà des consultations longues (je vois mes patients toutes les 20 minutes) donc voilà je prends le temps justement de faire ça quoi après je sais qu'il y a d'autres médecins c'est beaucoup plus rapide leurs consultations, et ils auront peut-être un autre point de vu.

M : merci beaucoup, avez-vous quelque chose à rajouter ?

MG8 : peut-être que c'est un poste qui pourrait apporter autres choses que je ne connais pas.

La médecine générale ça reste une relation assez particulière avec le patient, casser cette relation avec le patient, je ne sais pas si ça apportera quelques choses en plus, est ce que ça ferait gagner autant de temps que cela, c'est la question.

Entretien 9 :

M : L'entretien sera anonyme. Puis-je enregistrer cet entretien ?

MG9 : Oui

M : Pouvez-vous vous présenter sans donner de nom ? Expliquer votre parcours, le fonctionnement votre cabinet ...

MG9 : 34 ans, installée depuis 5 ans, actuellement en cabinet de groupe mais future MSP avec 9 médecins, deux secrétaires sur place, rendez-vous sur doctolib, je travaille 3 jours et demi / semaine.

M : Que pensez-vous des assistants médicaux ?

MG9 : je n'ai pas eu d'entretiens avec la sécurité sociale concernant les assistants médicaux à savoir à quoi ça servait exactement, je pense que cela sert surtout à aider le médecin quand il y a un gros flux de patients, à débayer un peu , à commencer à interroger, à faire les streptatests, les choses comme ça qui peuvent accompagner une consultation. Après j'avoue que j'ai un peu l'impression que ça nous prendrait une partie de notre métier car quand on reçoit le patient c'est quand même intéressant déjà de voir en premier abord quand il rentre dans le cabinet comment on le voit marcher on a déjà un diagnostic rien que ça et l'interroger ça fait partie de notre boulot, donc c'est vrai que je ne vois pas trop quelles fonctions on pourrait donner aux AM, enfin moi personnellement dans ma pratique de tous les jours je ne vois pas trop.

Après mon conjoint me disait que lui par contre il aimerait en avoir un, peut-être parce qu'il voit beaucoup plus de patients et que moi avec 25-30 patients par jour, je n'en ressens pas le besoin.

M : que pensez-vous des assistants médicaux dans votre cabinet ?

MG9 : moi dans ma pratique je n'en vois pas l'intérêt, pour moi j'ai pas d'intérêt à avoir une AM à moins que l'on crée une nouvelle consultation spécialisée dans certains domaines, si là on va au bout de notre projet au niveau de la MSP avec les histoires de pieds et de plaies des membres inférieurs, la oui on aura peut-être besoin d'une AM pour le moment comme on n'a pas encore débuté le projet avec les infirmières je ne vois pas trop l'intérêt.

Je trouve que dans notre pratique on a besoin d'avoir cette interaction avec le patient pour poser des diagnostics plus précis pour moi je ne vois pas d'intérêt en fait, je pense que il y en a qui aimerait bien, ceux qui ont un plus gros flux de patients qui dépassent les 40 à 50 patients par jour pour eux en effet ça serait une aide, pour moi qui en voit 25-30 / jour, je ne vois pas trop l'intérêt et puis j'apprécie l'interaction

directe avec le patient sans forcément passer par une intermédiaire ou avoir forcément de l'aide. Voilà

M: merci beaucoup, avez-vous quelque chose à rajouter ?

MG9 : j'aimerais bien être informée par la sécurité sociale sur les AM, voir un petit peu, eux s'ils arrivent à en embaucher ou à en faire embaucher par des médecins notamment au sein des MSP car je pense que c'est surtout les MSP qui les embauchent et après ce qu'ils font comme job car c'est vague , c'est flou je pense qu'on peut leur demander tout et n'importe quoi mais au départ je pense qu'il faut fixer des objectifs quand même.

Entretien 10 :

M : L'entretien sera anonyme. Puis-je enregistrer cet entretien ?

MG10 : non, pas de problème.

M : Pouvez-vous vous présenter sans donner de nom ? Expliquer votre parcours, le fonctionnement votre cabinet ...

MG10 : ok alors, je suis médecin généraliste j'ai passé ma thèse en 2011, j'ai remplacé un peu et ensuite j'ai commencé une collaboration dans un cabinet, un cabinet médical de groupe avec 5 médecins, 2 kinés, un dentiste et une pédicure. J'ai fait une collaboration pendant 4 ans avec la médecin avec qui j'étais et en fait elle a pris sa retraite il y a deux ans/deux ans et demi donc moi j'ai pris sa succession quand elle est partie en retraite. Je suis officiellement installée depuis janvier 2019. On fonctionne avec un secrétariat, un fonctionnement assez classique.

M : alors que pensez-vous des assistants médicaux ?

MG10 : alors ça me paraît pas trop mal, j'avoue que je n'ai pas trop de recul parce qu'on en a pas eu au cabinet j'en ai entendu un petit peu parler notamment avec le covid. Je sais que , il y a des cabinets qui ont développé des assistants, on avait reçu un mail de l'assurance maladie à ce moment là disant que les AM se développaient ça peut être une alternative dans les cabinets avec le covid, voilà pour faire des examens de débrouillage prendre les constantes enfin des choses comme ça aussi comme aide, alors c'est vrai que moi je trouvais ça sympa à l'époque, j'y avais réfléchi un peu je me suis dit que ça pourrait être sympa le problème c'est que je ne sais pas si cela peut être développer au cabinet parce qu'on a pas vraiment de bureaux dédiés, on n'a pas vraiment de place dans le cabinet pour dédié un bureau à un médecin par exemple donc voilà, après je n'ai pas effectivement forcément toutes les fonctions d'un assistant médical je ne sais pas exactement toutes ses fonctions c'est un peu nouveau je pense.

Je pense que c'est quelque chose qui est quand même intéressant mais je n'ai pas de recul je n'en connais pas trop après je pense que ce n'est pas pareil qu'une collaboration quand même mais dans le fonctionnement je pense que ça y ressemble grandement voilà quoi mais nous en tout cas on en a jamais eu au cabinet.

M: Et pour reprendre vous propos, vous aviez dit que vous avez entendu parler des AM pendant la période du Covid où les AM pouvez être une aide, pouvez-vous m'en dire plus ?

MG10 : et bien il me semblait que la sécurité sociale (je suis quasi sûre qu'elle nous avait envoyé un message pendant la période covid) une aide pour une consultation dédiée covid ou voir les patients avant prendre les constantes, faire l'interrogatoire pour les dispatcher si c'est plus des covid on les voit un peu plus en milieu ou fin de

consultation pour les mettre ensemble, des choses comme cela quoi. Voilà c'était plus dans ce sens-là je suis quasi sûre qu'on avait eu un mail sur les AM.

Par contre avant [la période Covid] on n'en avait pas entendu parler, je pense que ce n'est pas trop développer de par la sécurité sociale en tout cas pas plus que cela.

M: d'accord, vous avez déjà un peu répondu à la prochaine question : que pensez-vous des assistants médicaux dans votre cabinet ?

MG10 : alors dans le cabinet, je pense qu'il pourrait avoir du pour et du contre. Du pour en terme peut être d'aide administrative, pour les dossiers, un peu de rangement, pour des visites, après on a quand même des secrétaires. On a l'avantage d'avoir une secrétaire le matin une secrétaire l'après-midi tous les jours, donc au niveau administratif je pense qu'on est déjà bien aidé après c'est sûr que la secrétaire n'a pas de fonction médicale donc elle ne peut pas non plus nous aider sur tout mais je pense que pour certaines questions médicales ça pourrait être sympa : Je pense à pleins de choses, les dossiers MDPH qui nous prennent énormément de temps, voilà après il faut connaître les patients c'est compliqué aussi mais après on a tous de manière générale beaucoup de cette paperasse administrative. Et donc du coup l'AM pourrait être là pour pallier à cela. Pour le conseil aussi. Je sais que les secrétaires prennent tous les messages des patients (on a un cahier pour cela) il faut rappeler pour telle question il faut rappeler pour telle question, en période de covid c'est vrai qu'on a eu beaucoup d'appels de gens, on a eu beaucoup de questions pour les cas contact c'est toujours la même chose mais les gens ont quand même besoin d'un avis médical et du coup la secrétaire n'a pas le même poids qu'un médecin. Dans ce sens-là, il [l'assistant médical] peut nous faire gagner du temps. Pourquoi pas. Après j'avoue que je pense que la sécurité sociale ne mette pas beaucoup de choses en place pour que ça se débloque.

Il faudrait qu'il insiste plus la dessus, après c'est vrai que dans les cabinets où il y a déjà des secrétaires et tout ça je ne sais pas si, ça pourrait être un plus mais ça a un coût aussi et ça sera des charges en plus, ça se discute voilà ce que j'ai comme info la dessus, j'en ai peut-être pas énormément, en soit je n'ai pas plus d'expériences sur les AM plus que cela, il y a du pour et du contre après il faut que les locaux soit adaptés, les horaires puissent être adaptés aussi.

En tout cas dans notre structure ça paraît difficile de mettre en place, mais de l'aide on en toujours besoin, je pense qu'il y a des périodes toujours beaucoup plus chargées, on a eu des périodes très chargées et des périodes beaucoup plus calme je pense que ça pourrait être une aide importante.

Donc voilà

M : merci beaucoup, avez-vous quelque chose à rajouter ?

MG10 : je pense qu'il faut développer les AM, je pense que c'est le but de la thèse aussi. Tous ce qui est nouveau peut être pris

on est un métier où on doit s'adapter au quotidien encore plus depuis un an et je pense que des nouvelles choses, des aides ça peut être sympa et ça peut débloquer beaucoup de charges de travail , si ça peut nous aider et faire rentrer tout doucement des jeunes dans les cabinets pour qu'ils s'installent ça serait bien aussi car on manque de médecin et de jeunes médecins aussi et si ça peut les faire rentrer tout doucement... nous on a quand même deux médecins qui ont plus de 55 ans, donc si ça peut faire rentrer des jeunes médecins...,

On se rend compte quand même autour de nous qu'il y a pas mal de médecins qui sont parti et c'est très compliqué on a des demandes tous les jours pour être médecins traitants et malheureusement on ne peut pas se dédoubler donc on dit non ... mais bon c'est un peu particulier quoi.

Entretien 11 :

M : L'entretien sera anonyme. Puis-je enregistrer cet entretien ?

MG11 : non non pas de soucis.

M : Pouvez-vous vous présenter sans donner de nom ? Expliquer votre parcours, le fonctionnement votre cabinet.

MG11 : Je suis médecin généraliste, on est un cabinet de groupe (SCM) de 5 médecins en centre-ville, le secrétariat médical est sur place.

M : alors que pensez-vous des assistants médicaux ?

MG11 : justement j'en parlais avec une personne de la sécurité sociale il n'y a pas longtemps, en fait moi je n'en vois pas l'intérêt j'aurai plutôt tendance à préférer peut-être bosser en MSP, je trouve que la complémentarité serait peut-être un peu mieux vis-à-vis de notre travail (je pense, c'est peut-être par défaut d'expérience aussi avec les assistants médicaux) parce que moi j'aime bien aussi ..., je trouve que tous les temps de la consultation sont bien aussi, d'accueillir les gens de discuter un peu avec eux, de les examiner, de discuter des problèmes, je trouve que c'est des temps importants de la consultation pour aborder différents sujets, j'aurai du mal, si le but d'avoir des AM c'est de passer moins de temps avec les patients ça m'embête un peu parce que j'aime bien passer un peu de temps avec eux forcément et puis voilà c'est plus ce côté-là, et puis nous en fait on a une secrétaire (c'est ce que je disais à la sécurité sociale) en fait notre secrétaire nous fait déjà beaucoup : tout ce qui est prise de rendez-vous, décaler des rendez-vous, appeler les spécialistes pour nous les passer ensuite donc on a déjà un fonctionnement qui roule bien, dans notre cabinet en tout cas avec notre mode de fonctionnement à l'heure actuelle on en voit pas forcément l'utilité.

M : je reviens avec ce que vous avez dit concernant la MSP, vous envisagez mieux les choses avec un AM au sein d'une MSP ?

MG11 : J'en discutais avec la personne de la sécurité sociale, c'est vrai que ce qui pourrait être intéressant je trouve c'est éventuellement par exemple quand on diagnostique un diabète, c'est vrai que la MSP permet de faire ça je pense (je me trompe peut être) mais de pouvoir faire une consultation avec un infirmier éventuellement dans la MSP pour une consultation « découverte de diabète », « consultation pansement », des choses complémentaires qui pourraient être sympas. En tout cas si on devait bosser en groupe j'envisagerai plutôt les choses de ce type-là. Moi j'ai du mal à envisager un AM pour passer moins de temps avec les gens c'est ça qui m'embête un petit peu. Après si les AM sont formés à faire des choses de ce type-là, mais si j'ai bien compris c'est plus de choses administratives et des prises de constantes des choses comme ça, c'est ma façon de voir les choses, après je ne sais pas trop comment ça se met en place, quelle est la formation, quelles sont

les capacités des AM, avec qu'est-ce qu'ils peuvent faire finalement ? C'est vrai qu'on ne sait pas trop.

M: d'accord, vous avez déjà un peu répondu à la prochaine question : que pensez-vous des assistants médicaux dans votre cabinet ?

MG11 : En fait dans notre cabinet, on a notre secrétaire qui fait déjà énormément (la pauvre elle est débordée) elle fait déjà des prises de rendez-vous, de décaler des choses, de faire le lien avec les spécialistes, moi j'aime bien faire aussi directement (dans notre secteur on se connaît avec les spécialistes) , en général quand j'ai un truc urgent j'aime bien les appeler moi-même, on échange sur les patients donc c'est assez sympa et après elle [la secrétaire] nous avance pas mal le boulot de ce côté-là au niveau organisationnel : elle fait beaucoup d'administratif pur donc on a moins ce besoin du côté administratif , si il y a quelque chose qui pourrait être sympa je pense c'est plus des soins infirmiers je pense. Après je ne sais pas la fonction et si jamais il y a des formations quelles sont leurs capacités.

M: merci beaucoup, avez-vous quelque chose à rajouter ?

MG11 : Non pas particulièrement, après l'idée de fonctionner en groupe ou avec d'autres personnes, ça je trouve ça très bien, après ce que je disais aussi c'est vrai que nous on est libéral indépendant c'est vrai que c'est quand même compliqué de resalarier quelqu'un, les problèmes pratiques du salariat finalement, gérer les arrêts de travaux, trouver quelqu'un qui est compétent au poste et avec qui ça se passe bien , moi je me suis installé en 2016 donc ça fait plus de 5 ans que je suis installé et c'est vrai que je vois bien que ça se passe bien avec la secrétaire mais après tout dépend sur qui on tombe et comment ça se passe , après c'est beaucoup de tracas en plus en terme comptabilité, de fiches de paie , de congés à gérer , c'est vrai que pour nous en tant que toutes petites structures on a déjà beaucoup de temps pour gérer le coté administratif à coté de notre travail de médecin pur et c'est vrai que cela rajoute des charges de travail non négligeables. Et c'est pour ça c'est vrai que le mode MSP, ou chacun est libéral de son côté et chacun se débrouille de son côté, en bossant ensemble, il n'y a pas quelqu'un qui est salarié de l'autre, c'est ça qui me plaisait pas mal, d'éviter cette charge administrative en plus, ce n'est pas négligeable. De salarier quelqu'un c'est très bien quand tout se passe bien mais c'est beaucoup de contrainte, malheureusement notre état français fait que tout est très protocolé et très administratif et très compliqué : faire des fiches de paie tous les mois, les absences, Nous on a une femme de ménage et une secrétaire et ça prend déjà pas mal de temps.

Entretien 12 :

M : L'entretien sera anonyme. Puis-je enregistrer cet entretien ?

MG12 : oui.

M : Pouvez-vous vous présenter sans donner de nom ? Expliquer votre parcours, le fonctionnement actuel de votre cabinet.

MG12 : donc je suis médecin généraliste, installée dans ce cabinet de groupe depuis 2 ans, j'ai 54 ans, j'exerce la médecine générale depuis 2000 donc ça fait 26 ans (5 ans d'EFS) , sinon avant j'ai fait de la médecine interne à l'hôpital et en ville et puisqu'en 2000 il y a eu la réforme des soins primaires dans mon pays j'ai été attirée par la médecine générale, parce que j'ai trouvé que cette approche globale envers le patient, la possibilité d'avoir un suivi au long terme, la diversité, la dynamique que l'on peut avoir c'est quelque chose d'exceptionnelle... en 2000 j'ai fait une orientation vers la médecine générale. J'ai fait un autre diplôme car chez nous c'était obligatoire. Au sein du cabinet, on est 4, on est un cabinet de groupe. Il y a une secrétaire qui est présente le matin pendant 3 heures, qui gère les appels, les rendez-vous, les courriers, transmet les messages, des hôpitaux, des services de soins, des patients, des collègues. Au rez-de chaussée, ce sont des généralistes, et aux étages, il y a des infirmiers, des kinés, une orthophoniste, un ergothérapeute depuis très peu de temps et des dermatologues (un centre qui fait le laser).

M : que pensez-vous des assistants médicaux ?

MG12. : alors c'est utile parce qu'il y a quand même une partie du travail qui peut être faite par un assistant [médical] mais j'ai du mal à voir qu'est-ce qu'un AM pourrait faire plus qu'une secrétaire. Déjà sur le plan juridique, je ne suis pas rentrée dans les détails ; quelles sont les droits, quelles sont les obligations ? Comment ça se situe par rapport au secret médical ? Donc ça c'est un point et l'autre qui est à mon avis très bloquant ; s'il y a une secrétaire médicale comment on la situe, ou on la place ? dans l'organisation du flux des patients ? Pour qu'il puisse être utile à tout le monde puisque moi j'ai une clientèle plutôt petite, je n'ai même pas 800 patients. Je ne sais pas où je me situe par rapport à la moyenne. Dans mon pays j'ai débuté avec une très grosse clientèle parce que les patients étaient obligés de choisir un médecin. Au fur et à mesure j'ai laissé les gens partir parce que 3000 patients c'était difficile quand même, même si j'avais du personnel. J'avais l'habitude de gérer 1500 patients. Donc je suppose que par rapport aux autres médecins [ici en France] j'ai une petite patientèle donc je n'ai pas forcément besoin d'un assistant médical que pour moi, peut-être pour le cabinet de groupe : oui mais j'ai du mal à voir comment on pourrait se servir de ces fonctions tous les 4, comment on va fonctionner, comment on va organiser le flux.

M : d'accord, vous avez déjà un peu répondu à la prochaine question : que pensez-vous des assistants médicaux dans votre cabinet ?

MG12 : plutôt non , pourquoi je suis un peu réticente ? parce que dans mon activité ancienne , nous, les médecins généralistes ont été obligé de travailler , à partir d'un certain nombre de patients (je ne me souviens plus du chiffre) , mais on était obligé d'embaucher une assistante médicale, chez nous ce poste/ ce métier d'AM n'existait pas encore mais cela pouvait être un/une infirmier(e), une sage-femme, un paramédical et du coup comme les cabinets étaient plutôt petits, on n'avait pas suffisamment d'espace pour qu'elle ait son petit coin, pour que chacun puisse préserver son intimité donc on était tout le temps à deux, et moi je me suis rendu compte, mais il y avait beaucoup d'utilité à travailler à deux, parce que je n'ai pas ces facilités que j'ai au sein du cabinet ici, mais je me suis rendu compte que préserver l'intimité c'est très important même si ça peut être quelqu'un de très bien très performant, bien préparé à tous les points de vue et même si les patients qui étaient habitués à nous voir à deux , quand elle était absente , les patients se confiaient beaucoup plus et allaient beaucoup plus loin dans leur confiance et leur problème que si on était à deux. Donc j'ai l'habitude de travailler avec le personnel médical, au début quand j'ai commencé puisque j'avais énormément de patients j'avais 3000 patients même plus, je travaillais avec une infirmière avec qui j'avais travaillé avant, en qui j'avais pleine confiance, qui était vraiment super, qui gérait les appels puisqu'elle connaissait les patients, elle pouvait leur donner des conseils , les orienter, répondre aux questions sur les doses, sur leur traitement, elle se déplaçait au domicile pour les soins, les prises de sang, donc c'était bien. Ensuite puisqu'il y avait le suivi des femmes enceinte j'ai embauché une sage-femme, j'avais un collègue surtout remplaçant (un collaborateur) avec qui ont travaillé également. Pour le MG oui c'est bien c'est de l'aide apporté mais c'est des tâches supplémentaires plutôt de manager, et c'est pas forcément l'idéal puisque les patients souvent me reprochaient ; « mais docteur si je me suis inscrite dans votre liste c'est pour vous voir vous et pas votre collaborateur » , au bout d'un moment j'ai laissé les choses se tasser un petit peu, il y a des gens qui sont parti, donc je suis restée avec un noyau de fidèle sans collaborateur, sans sage-femme. Puisqu'ils ont libéré les conditions d'exercice (mes patients avaient le choix d'aller voir un gynéco), on était allégé, on est resté à deux ; avec 1500 patients oui je crois que c'est indispensable d'avoir quelqu'un sous la main, mais ici, dans mon cabinet, dans ces conditions je ne vois pas comment faire, et avec la patientèle que j'ai aujourd'hui [800 patients] je ne vais pouvoir assumer la charge financière d'une AM, en plus de la secrétaire.

M : merci beaucoup, avez-vous quelque chose à rajouter ?

MG12 : j'avoue que je n'ai pas pris le temps même si l'année dernière ou très peu après mon installation , j'ai eu la visite d'un conseiller de la sécurité sociale qui m'a présenté ce dispositif, c'était au tout début j'avais que 300 patients il m'avait expliqué qu'il avait la possibilité de profiter de tous ce que la sécurité sociale propose mais en s'engageant d'augmenter assez vite sa clientèle. Pareil, puisque nous sommes un cabinet de groupe si j'entreprends quelque chose dans ce sens il faut

que ce soit coordonné avec mes collègues, moi je voulais faire les choses tranquillement, j'étais un peu débordé, j'étais dépassée par tout ce que j'ai fait avant (je ne vous explique pas car cela n'a rien à voir avec votre thèse). Je voulais faire les choses doucement et progressivement sans me mettre de pression , donc j'ai laissé cette histoire de côté et il y a quelques temps j'ai eu encore un entretien téléphonique au sujet des AM donc il me disait que j'étais éligible , mais pareil nous avons un cabinet de groupe ici nous avons un projet de MSP qui est en route , moi je ne vois pas faire ça que pour moi , ça peut être intéressant à mon avis une pour tout le monde , je ne sais pas comment je pourrais l'occuper toute une journée si elle ne fait que 2h moi je suis ici le plus souvent toute la journée donc il y aura des moments où j'aurai besoin d'elle mais elle ne sera pas présente, donc je ne vois pas trop et j'avoue que puisque pour l'instant je ne vois pas sa place, je ne suis pas trop rentrée dans les détails quelles sont vraiment les fonctions, qu'est-ce qu'elle pourrait m'apporter , voilà puisque pour l'instant ça ne m'intéresse pas maintenant je ne suis pas rentrée dans les détails. Ça ne m'intéresse pas. Au contraire je suis curieuse de savoir comment cela va évoluer car je suis toujours en comparaison par rapport avec ma pratique ancienne.

Entretien 13 :

M : L'entretien sera anonyme. Puis-je enregistrer cet entretien ?

MG13. : oui.

M: Pouvez-vous vous présenter sans donner de nom ? Expliquer votre parcours, le fonctionnement actuel de votre cabinet.

MG13 : oui alors je suis médecin généraliste, j'ai 52 ans, j'exerce en milieu semi rural, je suis seul en exercice et j'ai une grosse activité quand même avec une clientèle plutôt jeune, (1600 patients), avec pas mal de pédiatrie. J'utilise un logiciel médical (hellodoc) et j'utilise doctolib pour les rendez-vous.

M: que pensez-vous des assistants médicaux ?

MG13 : alors, je sais que les délégués de l'assurance maladie m'ont présenté ça, récemment on a reçu des mails encore pour nous expliquer un peu plus précisément le rôle exact des assistants médicaux, alors c'est vrai que je ne connais pas le rôle exact mais je me souviens qu' il y a à peu près deux ans, je m'étais renseigné vaguement comme ça et ben , ce qu'il me déplaisait dans l'affaire , et c'est ce qui bloque en ce moment c'est que l'on s'engage à faire plus d'actes et que j'ai déjà une activité qui est quasiment au max, donc je ne vois pas comment je pourrais faire des actes en plus même avec un assistant médical, qui a priori ne fait pas du médical, d'après ce que j'ai compris ?

M : Comment imaginez-vous sa fonction/ son rôle ?

MG13 : ah oui j'ai entendu dire, corrigez-moi si je me trompe, ils peuvent s'occuper de la facturation, des cartes vitales ? ils peuvent prendre des tensions ? je ne pense pas... Ils peuvent accueillir les gens ; ça d'accord, est ce qu'ils font de la paperasse ? de la compta ?, est ce qu'ils font de la prise de rendez-vous ? Et puis il faut un local pour les accueillir, ça aussi, enfin ça limite je pourrais m'organiser pour en avoir un, mais est-ce que cela va me libérer suffisamment de temps pour faire plus d'actes ? J'en doute... voilà c'est un peu la vision que j'ai, elle est très vague ...

M : d'accord, vous avez déjà un peu répondu à la prochaine question : que pensez-vous des assistants médicaux dans votre cabinet ?

MG13 : ben l'intérêt d'avoir un AM au sein de mon cabinet c'est de me soulager , de me donner du temps libre, je ne sais pas si ça va m'en donner je pense que la volonté de la sécurité sociale c'est pour pallier au manque de médecin , la pénurie médicale, ils veulent faire des assistants qui sont censés nous soulager un peu et nous libérer du temps pour faire plus d'actes et il est là le problème, c'est que moi les actes j'en fais déjà suffisamment, voir trop à mon goût , je ne peux pas réduire mes journées, le seul moyen que j'ai trouvé pour tenir le coup c'est de prendre plus de congés alors après j'ai trouvé un équilibre comme ça alors je ne sais pas si prendre

un AM même si il y a un intérêt fiscal ou alors une aide de la sécurité sociale, une aide financière de la sécu, avoir un salarié ca ce n'est pas un problème , effectivement ça pourrait être intéressant , j'avais même pensé à faire travailler mon épouse ici mais si c'est pour moi faire plus d'actes c'est hors de questions.

M : merci beaucoup, avez-vous quelque chose à rajouter ?

MG13 : en tout cas tel que c'est présenté comme c'est là je ne trouve pas cela intéressant, peut être que je ne connais pas les tenants et les aboutissants alors je me suis peut-être pas trop intéressé à l'époque j'avais reçu des plaquettes, des mails mais je n'ai pas répondu car je n'étais pas intéressé pour qu'on vienne me voir surtout avec la période covid je n'avais pas trop de temps pour cela mais pour l'instant je ne vois pas l'utilité, en tout cas je en vois pas comment je ferai pour faire plus d'actes.. Parce qu'on doit s'engager à faire plus d'actes en fonction de son activité de départ ? C'est bien cela ?

M : oui tout à fait cela dépend de votre activité de base et du temps d'emploi de d'AM.. Merci beaucoup

Entretien 14 :

M : L'entretien sera anonyme. Puis-je enregistrer cet entretien ?

MG14 : Ouai bien sûr, tu fais avec des *verbatim* ? C'est ça ? Une thèse qualitative ?

M: oui tout à fait, vous êtes le 14^e entretien et je regroupe les idées après.

MG14 : d'accord, oui c'est long comme thèse.

M: oui hyper long

MG14 : c'est plus compliqué qu'une thèse quantitative. J'ai fait une thèse qualitative et c'était vrai que c'est long...

M : oui tout à fait, ce n'est pas un questionnaire sur lequel on fait des statistiques après, mais quali il faut tout regrouper... c'est pas évident .

MG14 : après c'est peut-être plus intéressant, c'est bien comme sujet d'ailleurs J. m'avait dit le sujet de ta thèse et ça serait pas mal si tu pouvais me l'envoyer, si cela est possible de me l'envoyer en pdf.

M : pas de problème, je vais interroger les médecins qui n'ont pas d'AM mais aussi ceux qui en ont.

MG14 : super merci, tu vas questionner ceux de P. ?

M : oui exactement.

MG14 : donc oui c'est un sujet qui m'intéresse.

M : que pensez-vous des assistants médicaux ?

MG14 : alors, au début je trouvais que c'était encore une usine à gaz de plus, un coup d'épée dans l'eau, je me suis dit si ce n'était pas suffisant d'avoir une bonne secrétaire. Parce que j'ai discuté avec un confrère, parce que je suis en réflexion sur ma pratique, je me suis installé un peu tout seul, je suis installé regroupé mais je suis installé seul, ça sera une MSP en janvier, et en fait j'essayé de trouver des stratagèmes pour finalement finir moins tard le soir, parce que souvent j'avais une heure / une heure et demi le soir après à faire de l'administratif, j'avoue que c'est vraiment pénible, et donc un moment donné j'en parlais avec J. justement, je lui ai dit par exemple moi pour contacter l'hôpital de V., il faut envoyer des mails, des fax, pour avoir des consultations, des consultations plus rapide, et moi ça me prends un temps fou, je dois appeler le standard pour avoir le secrétariat pour avoir le mail/le fax, tu vois ? et du coup J. me dit moi mes secrétaires sont très efficaces, elles ont tout regroupé les fax de tout le monde, les mails, je n'ai plus qu'à lui demander de faxer le courrier, et au début je me suis dit qu'une secrétaire suffisait, mais moi l'idée c'est de me faire gagner du temps, parce que j'ai sans arrêt une demi-heure de retard en moyenne et le soir je suis toujours une heure au cabinet à faire des trucs

et encore, je fais pas ma compta (j'ai laissé tomber ça), je lis mes bios, enfin j'ai toujours du retard et donc au début je me suis dit c'est de scanner , et je me suis dit que les scans c'est les secrétaires qui peuvent le faire , et en fait en y réfléchissant bien sur une journée type, à chaque fois j'essayais soit de noter soit de penser à ce que je pourrais faire de plus rapide, et comme on est aussi en soins coordonnés et qu'on est en maison de santé avec kiné, infirmier, et on se réunit tous les mois, mois et demi pour discuter des cas patients, je commençais à me poser pas mal de questions et donc j'ai eu quelques idées, et je me suis dit, que.... La déjà tu voulais savoir ce que je savais sur les AM c'est ça ?

M: oui ce que vous en pensez et ensuite ce que vous en pensez au sein de votre cabinet ?

MG14 : qu'est-ce que j'en pense ? alors moi finalement ce que j'en pense... alors je pense que ça peut être une bonne solution pour gagner du temps dans la journée , passer moins de temps après le soir à faire de la paperasse, gagner du temps ça permet d'optimiser le temps de consultation médical , qu'il y ait moins de côté administratif un peu rébarbatif éventuellement à gérer et peut être suppléer au défaut qu'occasionne l'exercice médical et libéral c'est-à-dire tout ce qui est paiement à l'acte, alors en fait quand je dis suppléer au défaut , c'est vraiment plus pour donner des idées pour qu'on nous donne des idées pour protocoliser des prises en charge entre soignant car cet(te) assistant(e) peut avoir un pied dans une formation qui est pour ça , connaître ce que fait chaque professionnel et pourrait nous donner des idées , nous dire ce qu'on pourrait faire pour protocoliser, pour les PEC, elle aura une connaissance du terrain, donc protocoliser des prises en charge entre professionnel , ce que la coordinatrice organise elle sur le plan administratif , les AM pourraient nous donner des idées sur le plan médical, sur comment mieux coordonner les soins entre nous, ça peut être au niveau des plaies, au niveau du maintien au domicile des personnes âgées , ça peut être pas mal, ça peut être ces choses-là qu'on a pas forcément le temps de voir pendant une consultation , une consultation qui dure 15 minutes on a pas le temps de voir la prise en charge en profondeur , on gère un peu le truc et on se dit qu'on a peut-être une idée qui nous passe par la tête et après on oublie , on passe au patient suivant , on est sans arrêt dans notre routine après l'histoire aussi pour gagner du temps pour optimiser la consultation médicale , moi j'avais pensé éventuellement à des trucs assez pratiques : par exemple on voit un patient, nous on aura une salle de soins ou l'on pourra faire des électrocardiogrammes, une spiro, des sutures on a même un échographe, et donc on peut très bien se dire lors d'une consultation pour un patient que l'on ait besoin de faire un électrocardiogramme, ça ça m'arrive souvent de se dire , quand j'ai même un petit doute sur une arythmie ou sur autre chose pour quelqu'un qui vient en consultation pour un certificat de sport , on leur dit il faut un électro , pour les certif médicaux je leur disais de revenir plus tard mais là on pourrait se dire mon assistante va vous installer dans la salle de soins, en entendant je vois un autre patient du coup dès que j'ai fini avec ce patient, je viens dans la salle de

soin, le patient est installé , je vais voir l'ECG qui est fait ou alors l'ECG est fait et elle peut me le donner, ça peut être une suture, ou une plaie, des petits soins ; un corps étranger à enlever , des petits trucs comme ça, j'avais ça , et ça peut être également mise à jour du dossier médical , ça c'est peut être un truc , c'est hyper important sur le plan médical , c'est un truc qu'on oublie à chaque fois de bien remplir (on ne met pas assez bien les antécédents) , plus je passe du temps avec le patient moins je remplis le dossier médical , je me dis que je le ferai plus tard mais en fait je ne le fais jamais plus tard , je m'en rend compte à la consultation plus tard j'ai passé un temps fou avec le patient la dernière fois et finalement je n'ai rien noté dans le dossier ... et finalement je dois tout reprendre à zéro , et donc donc ça pourrait être pas mal , qu'elle vérifie qu'on ait bien noté dans les dossiers, que le dossier médical soit bien rempli, on peut lui dire par oral ce qu'on voulait mettre si ce n'est pas noté, ou alors je le remet moi-même , mais je pense que c'est quand même important , car je me suis déjà fait avoir une fois ou deux ;le patient qui me reprochait un truc je me suis dit mais si je l'ai fait mais je l'avais fait mais pas noté dans le dossier, ça m'est jamais arrivé d'être attaqué... mais au pire l'AM peut remplir le dossier : antécédents/ test de dépistage/ou on en est dans les facteurs de risques cardio-vasculaire , noter tout cela , vraiment blinder le dossier médical, je pense que ça peut être un de ses rôles, enfin je ne sais pas s'il y a le secret médical avec l'AM ? Tu pourras me le dire peut être après. Ça peut être vraiment pas mal, après j'avais pensé à passer la carte vitale mais c'est pareil est ce que ça ne serait pas le rôle d'une secrétaire ? ça je ne sais pas... mais je pense que ça peut être leur rôle de faire la compta [rire] ça pourrait être pas mal aussi. Alors j'avais noté encore deux –trois trucs : il y avait aussi l'aide à la préparation des nourrissons ça c'est un truc qui me fait c.... royal [rire] je trouve que voilà, les peser, je trouverai ça top que les nourrissons qu'elle commence à les déshabiller, limite qu'on fasse la consultation à deux au début , et puis qu'elle commence à peser, mesurer, moi pendant ce temps-là je fais l'interrogatoire , sur ce qui va ce qui va pas , je prépare le vaccin , je l'ausculte, et ça ça me ferait gagner un temps fou, qu'est-ce que j'allais dire également , pour le gain de temps, voilà ça peut être , j'appelle souvent les infirmiers pour dire qu'un patient n'est pas trop bien, (l'AM) pourrait faire le relai appeler l'infirmier pour lui dire d'aller voir le patient, matin et soir plutôt qu'une fois par jour, des choses comme ça , après pour gagner du temps , après on nous rabâche tout le temps l'idée du fait qu'elle pourra prendre la tension du patient, elle pourra déshabiller le patient, mais bon après ça je trouve que ce n'est pas une vraie fonction ,c'est-à-dire que, je ne parle pas des nourrissons je parle plus des patients en général, le fait de prendre la tension ça ne sert relativement à rien, ça nous laisse toujours une symbolique, dans la pratique médicale il y a beaucoup de symbolique, voilà pendant que l'on prend la tension généralement on parle, c'est pas ça qui nous fait perdre du temps , c'est vraiment plus remplir le dossier, c'est plus ça, enfin les choses que j'ai dites. Ah oui et derniers trucs, parce que j'y repense, parce ça ça m'arrive souvent pendant mes journées, déjà je n'ai pas de secrétaires, souvent on a des bios qui arrivent dans la journée ,et l'AM pourrait [lire les bio], je pense que ce n'est pas un boulot de secrétaire de regarder les bios et de nous dire celles qui ne vont pas (alors des fois le labo nous

appelle et parfois il nous appelle pas) souvent les anémies, par exemple une fois j'ai eu une patiente qui avait 7 d'hémoglobine , tu vois ça le soir après tes consultations à 19h tu es content tu as fini ta journée , 19h t'a pas fait ta compta, t'as rien fait tu es encore dans les choux, et la tu vois madame untel 7 d'hémoglobine, tu essaies de l'appeler bien sur tu n'as pas son numéro car son dossier n'est pas bien rempli , du coup tu vas chez elle mais finalement tout va bien c'est une anémie chronique par exemple pour cette patiente, l'AM pourrait aller soit au domicile du patient, soit appeler la patiente pour savoir si tout va bien, si tout va bien c'est tout 7 d'hémoglobine ça peut attendre le lendemain , ça peut attendre qu'elle soit vue en consultation, ou alors l'appeler pour savoir si elle est essoufflée, si elle a des saignements, des douleurs à la poitrine, et ça ça pourrait faire gagner du temps, ça pourrait faire aussi que notre exercice serait moins stressant , moins frustrant en fin de journée , ce qui fait deviser des plaques c'est le stress, c'est plus ça ;de ne pas se sentir épauler encadrer , ça pourrait être pas mal , ça va ce n'est pas trop long ?

M : non pas du tout, vous donnez beaucoup d'idées.

MG14 : non parce que moi ça m'intéresse beaucoup , donc après il y avait tout le côté , suppléer à l'exercice du libéral , par exemple, j'ai une infirmière qui s'est proposé d'être assistante médicale, elle travaille en maison de retraite , et il y en a deux dans la maison de retraite, elles sont en train de se battre pour savoir qui allait venir et donc ça pourrait être un meilleur lien entre les EHPAD et les cabinets médicaux, une meilleure communication avec l'EHPAD, avec l'EHPAD, pour moi je trouve ça nul les visites en EHPAD pour moi ça ne sert à rien, enfin pas à grand-chose, souvent mais pas tout le temps, mais ça pourrait permettre de voir ce qui cloche, questionner l'équipe paramédicale, infirmière pour avoir leur son de cloche. Moi je pense que je prendrai un infirmier, c'est vrai qu'on en a pas parlé mais je sais qu'on peut prendre un infirmier une aide-soignante , une secrétaire en reconversion, une personne au chômage mais je prendrai plus et j'aurai plus confiance en un infirmier , qui a déjà un pied à l'étrier , ça pourrait faire le relai avec l'HAD , moi j'ai beaucoup de patients en lien avec l'HAD, comme j'y vais assez souvent dans la semaine , je pourrais y passer moins souvent , elle pourrait, parce que ça pourrait faire double emploi avec infirmier Prado , asalee, je vois pas pourquoi elle pourrait pas complètement remplacer , se substituer à ces infirmiers (prado et asalée) , ça peut être ça , voilà et puis j'avais écrit ça : aider à rétablir les protocoles de santé , organiser les campagnes de vaccination éventuellement avec les autres infirmiers, pouvoir faire également faire de l'éducation thérapeutique , parce que nous on va commencer à se former en novembre à l'éducation thérapeutique , elle pourrait aider à recruter, parce qu' il y a des diabétiques, parfois je ne pense pas l'inclure, elle pourrait le faire, par exemple, voilà , assistante pour une suture , voilà , j'avais aussi pensé , mais là c'est plus encore pour gagner du temps : moi je suis assez loin des urgences (30 minutes) , souvent, les gens ne veulent pas aller à l'hôpital (je ne sais pas pourquoi, ça doit être la campagne [rire]) des fois on est pas trop d'être à deux à motiver quelqu'un à y aller, avoir un deuxième avis d'un infirmier, moi je suis pas du

tout dans l'esprit de la hiérarchie que je déteste, c'est pour cela que je n'ai pas travaillé à l'hôpital , je trouve vraiment que les infirmiers ont un deuxième avis qu'on avait pas vu du tout, et avoir des fois un deuxième avis d'un médecin c'est bien mais des fois il pense un peu comme toi et l'infirmier va pas penser forcément comme toi et ça peut être vraiment top. Et un truc pratique, quand tu appelles le SAMU [rire] et que le SAMU vient au bout de 20 minutes , et que toi tu es à la bourre, et que toi ça te fait vraiment c... de rester avec le patient, et donc tu peux très bien dire à l'assistante médicale de mettre le patient dans la salle de soin de surveiller le patient et puis elle reste avec le patient, le rassure, prendre les constantes, parce que pour l'instant moi le patient (suspicion d'IDM ou d'EP) bah voilà c'est dur de lui dire voilà rester là , j'ai des patients après , voilà donc tu l'installes , il reste confortablement dans sa salle de soins. J'avais noté aussi : aider à l'éducation thérapeutique du patient , expliquer l'automesure tensionnelle , les choses un peu rébarbative, expliquer l'intérêt du dépistage , des fois j'ai un peu la flemme sur les trucs un peu rébarbatifs que tu répètes 10 fois dans la même journée, et les 5 derniers fois tu as moins de courage , voilà je pense avoir tout dit, j'avais juste une remarque sur le fait qu'il ne faut pas que ça se substitue à un infirmier, car il y a énormément de jalousie entre les professionnels de santé , surtout entre les infirmiers, ça dépends lequel, il faudrait trouver un équilibre, qu'il ne marche pas sur les plateformes des infirmiers qui sont là pour les aider et à aider le médecin, aider les infirmiers, j'avais l'idée qu'il appelle à notre place pour les avis mais ça c'est plus notre boulot quand même car expliquer d'un médecin à un médecin après attendre au combiné pour avoir un médecin ça ça peut être le rôle de la secrétaire , ce n'est pas forcément une AM , ça peut être la secrétaire.

Je ne vois pas de gros côté négatif, au début j'étais un peu partie pessimiste sur ça , me disant que ça n'allait pas m'apporter grand-chose mais en fait en réfléchissant sur la pratique quotidienne et bien oui ça peut aider , moi le but c'est que mon dernier patient, en fait je sais très bien que la sécurité sociale fait ça pour qu'on voit plus de monde, qu'on ait plus de patients, ce que je peux comprendre, enfin je pense que le mieux c'est d'avoir plus de médecins, mais c'est comme ça, mais en effet, ça peut nous faire... parce que moi je ne prends plus de nouveaux patients depuis peu parce que j'ai toujours une heure de plus le soir à faire mes papiers, mais je scanne les trucs, je pense que sincèrement le fait d'être moins stressé , je pense que je peux en prendre 4-5 de plus par jour, et ça peut vraiment , je pense que ça peut être une bonne idée finalement sur le plan organisationnel, voilà ce que j'ai à dire.

M : merci beaucoup, avez-vous quelque chose à rajouter ?

MG14 : non non je pense que c'est vraiment bien, on a tout dit , alors je sais que pour t'aider un peu j'avais appelé à P., je leur avais posé la question parce que voilà je vais essayer me lancer dans ça rapidement , l'année prochaine j'espère, eux en fait ils ont agencé leur cabinet, pour avoir un autre cabinet à côté , pour faire d'un cabinet à un autre comme ça elle prend la tension, comme ça le médecin n'a plus qu'à aller voir le patient, les constantes sont mises, les patients sont déshabillés, bon

moi je t'avoue, les patients qui ne se déshabillent pas au cabinet j'en ai deux sur la journée, je ne vois pas l'intérêt de ça, je pense qu'avoir une salle de soins en commun, il faut se la partager, c'est pas encore trop grave, il gagnait du temps la dessus, et il gagnait du temps aussi c'est vrai que dans les consultations tu peux gagner facilement 5 min et le but c'est aussi que le patient ne soit pas de la chair à canon, j'ai déjà vu, j'ai déjà vu à T. en faisant des remplacements, ou j'ai remplacé ou ils sont 2 médecins pour 10 000 habitants, ils en voient 100 par jour, c'est de l'abatage, le patient n'est même pas rhabillé que le médecin dit déjà au suivant ce n'est pas comme ça que je vois mon exercice on est pas des robots, donc voilà après ce qu'ils m'ont dit et que je trouve que c'est une très bonne idée, c'est qu'on a une population qui est très vieillissante, eux ce qu'ils font c'est qu'ils prennent des patients qui n'ont pas de MT c'est ce qui arrive dans mon coin, c'est pas mal de vieux que tu récupères, que tu peux pas forcément voir au cabinet qui sont long à gérer pour un premier rendez-vous, et elle (l'AM) fait le premier entretien alors c'est-à-dire : elle va en visite, va vérifier si le patient ne peut vraiment pas se déplacer en consultation, essayer de trouver un moyen pour qu'il se déplace en consultation[rire], et surtout est ce que ça prendrait pas moins de temps de le voir en visite ? parce que parfois il y a des gens ça leur prend moins de temps de les voir en visite. et de voir comment on pourrait le voir en consultation, et surtout, de déjà faire l'interrogatoire, un premier examen, débrouiller le dossier nous en parler et ensuite on y va dans un second temps, parce se pointer chez un nouveau patient, des fois ça prend une heure, ça peut vraiment faire économiser du temps, ça peut être aussi, ça on en a pas parlé aussi tout à l'heure, ça peut être aussi le jour où tu es appelé sur une urgence, ça m'est arrivé la semaine dernière, l'infirmière appelle ma secrétaire qui me met un mot mais je le vois une heure plus tard : une épi gastralgie chez par exemple quelqu'un qui a une cardiopathie ischémique, il est pas bien, et bien tu pourrais très bien dire, l'AM va voir sur place, fait un semblant d'interrogatoire, moi je finis ma consultation si elle me dit (il a avalé de travers, voilà j'attends le midi avant d'y aller, sinon de l'envoyer aux urgences si le patient veut bien, moi ça me permet d'organiser ma journée et d'être moins stressée, et donc voilà ça a permis de débloquer des idées, ce qu'il m'avait dit en gros la bas, ça fait gagner un entretien.

Entretien 15 :

M : L'entretien sera anonyme. Puis-je enregistrer cet entretien ?

MG15 : absolument pas, mais il va falloir enregistrer plusieurs fois car je vais arriver sur un site.

M : Pas de problème. Vous êtes déjà arrivé ?

MG15 : non non allez-y

M : Pouvez-vous vous présenter sans donner de nom ? Expliquer le fonctionnement du cabinet ?

MG15 : vous n'allez pas être déçu il y en a pour deux heures, je suis médecin généraliste, président d'une CPTS (Communauté professionnelle territoriale de santé), et administrateur d'une SISA (société interprofessionnelle de soins ambulatoires), je suis dans un cabinet où nous sommes 5 médecins installés, dont un médecin à exercice particulier et nous avons 5 médecins adjoints ou collaborateur, nous avons 14 infirmières, un podologue, et nous avons dans la SISA une psychologue salarié. Dans ces infirmières il y a un poste temps plein d'assistante médicale (AM) paramédicale, et il y a un poste d'AM à temps plein administrative + 3 secrétaires que nous payons de nos deniers.

M : et quand vous dites 'AM administrative', c'est-à-dire ?

MG15 : c'est-à-dire que c'est une secrétaire médicale qui est payé par les fonds d'AM, qui a une carte spécifique qui lui permettrait si je lui demande de faire un arrêt de travail et qui peut aussi avec le temps et la formation l'emmener, vers des consultations coordonnées et des réceptions de patients.

M: et quand vous dites AM paramédicale, c'est-à-dire ?

MG15 : et bien l'AM relève d'un contrat passé avec la caisse donc quand elles sont paramédicales ceux sont des assistants qui sont infirmières.

M : d'accord ça marche, alors que pensez-vous des assistants médicaux ?

MG15 : Je pense que c'est indispensable à mon exercice. Ce qu'on a pas dit c'est que j'exerce en zone sous dotée, et que c'est indispensable à mon exercice personnellement puisque je suis sur cette expérimentation depuis plusieurs années, avec des consultations coordonnées c'est à dire que c'est une infirmière qui reçoit éventuellement un patient avant moi, et qui a sa tâche dans le cadre de l'AM paramédicale, qui a sa tâche spécifique : biométrie, vérification des biologies, des examens des pieds diabétiques, de l'EFR éventuelle, de l'électro éventuel, de l'examen des pieds systématiques de tous les pieds artéritiques et diabétiques, et ce sont aussi des infirmières qui sont formées également à l'éducation thérapeutique du patient, et qui peuvent intervenir aussi dans ce cadre. Et la consultation tabac aussi

évidemment, et la création d'un dossier médical au moins au départ pour me faire gagner du temps sur les nouveaux patients.

M : c'est-à-dire au niveau du gain de temps, qu'en pensez-vous ?

MG15 : oui il y a probablement un gain de temps, mais ce n'est pas ça qui nous intéresse, puisque les journées sont toujours chargées, alors tous les médecins qui vivent ça vous disent il y a un gain de temps peut-être, mais non en fait parce qu'on prend plus de patients, c'est d'ailleurs un des arguments de la caisse pour diminuer le subside, ce qui est une véritable connerie, ce qui est vraiment une véritable connerie parce que les tâches ne sont pas les mêmes, et que quand on veut faire des économies de 306 sous et dire aux gens qu'ils n'ont pas le droit de gagner de l'argent, y compris pour payer les secrétaires d'ailleurs.

C'était quoi la question ?

M : au niveau du gain de temps ?

MG15 : Ah non non c'est pas un problème de gain de temps, c'est un problème de qualité, c'est un problème de plan de création et d'élaboration en commun d'un plan de soins, relation avec les autres infirmières qui soignent le patient à domicile, il n'y a absolument aucun conflit d'intérêt donc si on a un patient qui a un pansement ça nous arrive de le débiller, l'infirmière me consulte, téléphone à l'infirmière qu'on se mette d'accord sur le plan de soins et ça marche très bien comme cela, donc ce n'est pas un problème de gain de temps mais un problème de gain de qualité. Alors non la réponse disait que tous les médecins disent davantage c'est que c'est une diminution de la charge mentale.

M : et cela vous vous le ressentez cette diminution de la charge mentale ?

MG15 : bien évidemment je le ressens, d'abord je ne fais plus de vaccins moi-même, je juge de l'intérêt du vaccin mais l'infirmière a tout à fait les compétences pour faire les vaccins, donc j'ai pas besoin de préparer les seringues, j'ai pas besoin de noter dans le carnet de santé, c'est l'infirmière qui le fait bon avant c'était déjà ma secrétaire qui gérait cette paperasse administrative mais du coup la ma secrétaire est plus au téléphone à répondre aux demandes de rendez-vous, et à faire tout le reste qui lui incombe et voilà il y a une diminution de charge mentale, il y a une fluidité dans l'acte, quand j'arrive le gamin est déshabillé, je n'ai pas à le rhabiller, pour cela il faut des cabinets adaptés et des locaux adaptés. Donc finalement l'infirmière a son propre poste informatique, elle a son propre cabinet, exactement identique au mien.

M: d'accord merci. Que pensez-vous des assistants médicaux au sein de votre cabinet ? après vous avez déjà un peu répondu.

MG15 : Je pense que les modèles économiques ne sont pas faciles à trouver je pense que c'est un énorme point, il y a un truc qui vient de sauter c'est que ce n'est

plus le médecin qui doit embaucher mais ça peut être embaucher par la SISA ou par un collectif (un groupement d'employeur) donc ça ça va déjà soulager tout le problème social de déclaration , je pense la connerie de la CNAM c'est d'avoir obligé un salaire , dans ma vie j'ai aucune prétention à devenir le patron d'une infirmière qui bosse avec moi , j'en ai strictement rien à péter de ce rapport patron-employé c'est une vraie connerie, elle pourrait très bien être indemnisée sur des honoraires libéraux sur lesquelles elles payent leurs charges ce qui reviendrait au même alors ça ne reviendrait pas tout à fait au même car le montant du salaire est parfois insuffisant pour une infirmière donc ça ne les attire pas parce que soyons franc et honnête le salaire d'un salarié à l'hôpital n'est quand même mirobolant (je pense qu'on en a assez entendu parlé pendant le covid et pendant le segur), et que même comme ça c'est pas mirobolant, moi je rencontre des infirmières à la vaccination qui me disent qu'elles touchent 1 400 euros net par mois donc ça c'est un vrai problème, moi si je garde les mêmes grilles de salaire et que j'offre 1400 net par mois évidemment ça m'intéresse parce que ça peut être payé x temps avec les sous de la sécu mais c'est insuffisant , ma secrétaire étant payée 1 800 à peu près , je ne vois pas trop comment je peux payer une infirmière 1 400 , il y a qqch qui m'échappe donc les sous de la sécurité ne suffisent pas les sous sont dégressifs , ils ont considérés qu'on allait faire plus d'actes , très sincèrement j'ai pas besoin de faire plus d'actes, je suis en zone sous dotée, mon chiffre d'affaire est déjà exponentiel donc pour toucher les actes il suffit que je me baisse un peu et que je travaille donc si je travaille 80h/semaine je vais toucher les actes que j'aurai fait si je ne travaille pas et bien je ne touche pas d'actes, comme la médecine française est faite comme ça, je voudrai continuer à militer et dire que la connerie de l'obligation de salariat est une vraie connerie, la diminution pour les médecins qui gèrent ce type d'entreprise de la subvention par la sécurité sociale est une vraie connerie , voilà c'est mon avis et je le partage

M : d'accord, donc pour vous ça serait mieux, une profession d'AM libéral , qui se détache du salariat ?

MG15 : et bien évidemment, finalement si on veut intéresser des infirmières libérales au sein des MSP à prendre une partie du poste d'AM , alors tout ce qui vient faire le stage chez moi(N1 SASPAS) et regarder comment ça marche, sortent tous en disant c'est génial ; évidemment c'est génial d'avoir un dossier à jour, c'est génial de travailler en commun avec un dossier, c'est génial de faire des examens en commun, on a rien inventé , c'est ce qu'on fait au domicile d'ailleurs, c'est le modèle de d'EHPAD on le retranscrit et voilà , même si j'ai pas les sous qu'il faut pour le faire , personnellement je suis en fin de carrière, je mettrai les sous pour le faire, comment un cabinet en 2021 peut continuer peut tourner sans une infirmière temps plein par médecin ? et une AM au moins à mi-temps, et ça c'est une opinion très personnelle , parce que les gens je sais très bien ce qu'ils vont me dire « faut travailler plus pour gagner plus pour pouvoir payer, oui après chacun fait ses choix, je n'ai pas fait x années d'étude ni de carrière pour scanner des dossiers, pour rentrer des documents

, pour rentrer des bilans biologiques, « oui mais c'est deux clics, et bien si j'ai 50 bios qui rentrent par jour c'est pas deux clics c'est 100 clics par jour et après le gain de temps dont vous parliez on peut le mettre sur la qualité du dossier aussi, mes courriers sont classés sont mis par ordre alphabétiques, j'ai une alerte pour le courrier à rendre au patient, c'est classé dans le dossier médical, c'est une autre médecine personnellement je ne changerai pas...

M : merci beaucoup, avez-vous quelque chose à rajouter ?

MG15 : j'aimerais tellement en rajouter, c'est un des axes de CPTS le nombre de contrats des AM dans un territoire, en particulier dans les zones sous-dotées, sur la caisse du Hainaut on doit être à 21 contrats j'en connais deux ou 3 qui doivent le faire, on a 22 contrats sur la caisse du Hainaut, il faut téléphoner à la caisse pour vérifier.

Ce qu'il faut bien comprendre c'est que pour faire ça il faut avoir de quoi accueillir personnellement comme pour les internes afin de les autonomiser avec un cabinet perso très sincèrement je ne sais pas où vous avez fait votre stage d'internat mais c'est exactement la même rubrique

M: je n'ai pas compris, pouvez-vous réexpliquer ?

MG15 : c'est exactement la même rubrique, que les stages en ville est ce que vous aviez un cabinet, autonome, identification du médecin ou alors vous aviez un cabinet de merde à la cave, voilà, le problème de l'AM comme le problème de l'interne c'est d'avoir des cabinets qui ressemblent à des cabinets, qui sont informatisés, nous la création de la MSP nous pas pour le plaisir d'avoir une MSP mais pour le plaisir d'avoir un outil de travail qui ressemble à un outil de travail, donc je vous invite à venir voir.

M : une dernière question, est-ce que l'AM a son propre lecteur de carte pour faire les facturations ?

MG15 Non je ne lui fais pas faire la facturation, c'est moi qui fait la facturation, de toute façon je revois tous les patients, et dans le processus dont vous parlez à la limite ma secrétaire peut le faire, elle peut très bien coter les actes, moi je le fais moi comme je ne cote pas que des G et des VG+MD, et donc quand je dois coter quelques choses en plus ou de différents, j'ai aucun problème pour le faire et puis ça finit ma consultation, c'est le moment où moi je suis avec le patient, les portes sont fermées à clefs je ne veux pas être embêté pendant que je suis avec mon patient, et je ne veux pas que mon cabinet se transforme en hall de gare, ce qui est souvent le cas, c'est pour ça que je fais des crises régulières, et du coup c'est moi qui fait ça fait partie de la fin de l'acte où on discute ensemble, ça me permet de voir aussi : vous avez la CV dans le lecteur, je rentre dans mon dossier par l'intermédiaire de la CV, vous connaissez tous cela, et ça me permet de regarder les vaccins covid, de parler de la 3^e dose, de voir si l'ALD est à jour etc etc.

Entretien 16 :

M : L'entretien sera anonyme. Puis-je enregistrer cet entretien ?

MG16 : oui.

M : Pouvez-vous vous présenter sans donner de nom ? Expliquer votre parcours, le fonctionnement actuel de votre cabinet.

MG16 : je suis médecin généraliste, thésée depuis 2020, fin de formation en novembre 2020 je suis installée depuis août 2021 à X dans une maison médicale où on est maintenant 2 médecins et une kiné. Je suis informatisée avec le logiciel weda je travaille avec doctolib pour les rendez-vous et avec un télé secrétariat pour les rendez-vous, je fais des visites dans un secteur déterminé, tous les jours sur une plage de deux heures prises uniquement par téléphone auprès du secrétariat, j'ai une plage d'urgence à partir de 17 h pour tous les besoins urgents de la journée, ces rendez-vous sont pris uniquement auprès du télésecrétariat.

M: Alors, que pensez-vous des assistants médicaux ?

MG16 : Je trouve que l'on ne soit pas assez informé sur les AM, sur leur rôle et leur fonction, ce qu'on nous dit c'est de débrouiller la consultation, moi personnellement je trouve ça compliqué parce que j'aime bien prendre l'intégralité de ma consultation, les questions, l'examen la tension, s'il manque une partie des éléments j'ai peur de ne pas avoir assez d'informations pour poser au mieux mon diagnostic et la prise en charge. Je pense que ça peut être intéressant plus tôt en fin de carrière ou on est débordé ou on connaît toute sa patientèle ou on ne prend plus de nouveaux patients, ou finalement c'est plus un rythme de routine et en effet ça peut soulager sur le poids du travail ou on commence à être fatigué, en début de carrière, la par exemple pour moi en début d'installation je me vois pas faire appel à un AM parce que je ne me sens pas prête à déléguer des activités , voilà.

M : d'accord, vous avez déjà un peu répondu à la prochaine question : que pensez-vous des assistants médicaux dans votre cabinet ?

MG16 : Alors au sein de mon cabinet, tout de suite je ne vois pas la place de l'AM , puisque voilà comme je l'ai dit je suis en début de carrière, en début d'installation, les patients ont besoin de me rencontrer et j'ai besoin de les rencontrer pour les connaître de fond en comble . Un AM je pense que c'est bien en effet dans une maison médicale mais pas pour quelqu'un de tout seul , où il peut intervenir, soulager plusieurs médecins parce que chacun à un mode de fonctionnement différent, certains vont avoir besoin de cet AM d'autres moins et puis aussi pour le coût par ce que le financement de la SS sert a la première année , l'AM a quand même besoin d'un revenu déterminé parce qu'il aura une pratique avancée donc il ne doit pas être payé au smic, parce qu' assurer tout seul le salaire d'un Am si il a en plus une autres secrétaires plus les autres charges je trouve que ça peut faire lourd.

M : Que voulez-vous dire par je ne vois « pas sa place »?

MG16 : bah finalement on nous parle beaucoup d'AM sans réellement nous informer sur leur rôle, est ce qu'il doit avoir un rôle adapté à la fois de secrétariat , administratif, infirmier avec les tensions, les vaccins , c'est une fonction extrêmement large , alors qu'est-ce qu'on lui permet de faire , il faut bien connaître son mode de fonctionnement et bien connaître ses collègues pour savoir ce qu'on laisse faire à l'assistant médical parce que ça peut être très varié.

Comme par exemple cela peut être même trop chargé pour lui parce que si on lui délègue à la fois un rôle du secrétariat, de l'administratif, d'infirmier, l'examen clinique comme un medecin pourrait le faire, le cadre est assez large et même au niveau légal, la responsabilité médicale d'une éventuelle erreur de l'AM je ne la connais pas, si par exemple l'AM renouvelle une prescription de médicaments et il se passe quelque chose , est ce que la responsabilité est partagée ou si il y a une complication derrière pour le patient est ce que c'est la responsabilité des deux ?

M : merci beaucoup, avez-vous quelque chose à rajouter ?

MG16 : au final, en fait c'est une décision gouvernementale de colmatage du manque des médecins généralistes et spécialistes depuis la création du numerus clausus pour diminuer le nombre des médecins généralistes. il essaye de nous trouver des solutions de colmatage comme il essaye de faire avec les orthoptistes qui vont pouvoir prescrire des ordonnances à la place des ophtalmologue.

Entretien 17 :

M : L'entretien sera anonyme. Puis-je enregistrer cet entretien ?

MG17: oui

M : Pouvez-vous vous présenter sans donner de nom ? Expliquer votre parcours, le fonctionnement actuel de votre cabinet.

MG17 : moi je suis au sein du cabinet, dans lequel il y a 4 médecins installés, j'ai un statut de collaborateur c'est-à-dire que je suis rattaché au cabinet mais je travaille sur mon nom, sur ma carte professionnel et théoriquement je peux commencer à développer ma propre patientèle c'est-à-dire signer mes propres contrats médecin-traitant. Voilà donc je peux rester indépendant, je peux travailler sur la patientèle des autres médecins, si jamais des patients étaient sans médecin traitant je pouvais les dépanner administrativement, pour les rattacher à un contrat patient médecin traitant voilà c'est uniquement quand on est thésé et il y a d'autres médecins au sein du cabinet qui n'était pas thésé, ils étaient donc [médecin]assistant ou adjoint, il faisait une journée rattaché à un médecin installé, ils pouvaient faire une journée par médecin. Au niveau secrétariat, on a 3 secrétaires qui tournent un peu pour tout le monde, moi je n'avais pas forcément de secrétaire rattachée. En général je me rattachais à la secrétaire qui bossait avec le médecin avec qui j'étais rattaché, pour que ce soit un peu pratique pour tout le monde. Bien sûr on participe aux frais du cabinet : secrétariat, charges fixes par jour que l'on reverse au médecin avec qui on collabore. Sur les [médecins] assistants il y a un fonctionnement plutôt de rétrocession, c'est-à-dire que l'assistant redonnait 30% de son chiffre d'affaire de la journée alors que moi je touche tous les honoraires de mes consultations et je reverse les charges et les loyers fixes par jour.

M : Alors, que pensez-vous des assistants médicaux ?

MG17 : oui donc j'ai bossé avec des assistants médicaux, clairement au niveau du gain de temps ça ne change pas le truc tu délègues ta prise de constante, ça permet de gagner plus de temps au niveau de ton organisation, ça demande quand même une gestion par rapport à ta pratique de médecine générale tranquille à faire tes consultations, ça demande un peu de gestion d'équipe, de gestion du personnel clairement ou il faut prendre le pli de donner des consignes, de donner des ordres, quand il y a un truc qui va pas, de recadrer et de repasser derrière, là il y a un boulot de supervision clairement qui est demandé, on est pas trop formé au début, on apprend sur le tas et puis après ça dépend quand même des personnes. Bon en général comme les personnes sont toujours les mêmes on arrive quand même à gérer pas mal le truc. Ça nécessite de prioriser un petit peu, de réfléchir un petit peu différemment dans ta consultation, plutôt que de prendre toute ta consultation tu vas hiérarchiser ta consultation et réfléchir à qu'est-ce que tu peux déléguer et ce que tu ne peux pas déléguer et en fonction de ça, ça peut fragmenter un peu ta consultation, c'est un pli à prendre, par exemple je vois le patient je vois qu'il faut le

bilanter et bien je le renvoie à l'AM, je prends quelqu'un d'autres en attendant et je reviens le chercher après donc ça peut casser le rythme de la consultation et de l'interrogatoire, donc ça c'est un pli à prendre, après il y a un petit temps d'adaptation mais ça marche assez bien. La prise de constante peut être délégué, c'est toujours bon à prendre, les inconvénients qu'on a parfois ça fait un petit peu doublons clairement, au niveau des patients, ils passent avant avec l'AM, ils expliquent un peu leur problème et toi tu reprends derrière, il faut reprendre l'interrogatoire, ça casse un petit peu le truc, parfois certains n'aiment pas trop, certains comprennent pas trop le fonctionnement, ça réduit quand même le temps de l'interrogatoire que tu peux avoir toi avec ton patient pour développer ta relation quand tu as des consultations un peu compliqué où les patients ne sont pas très compliants, en soit c'est peut-être un peu compliqué d'avoir plusieurs têtes d'AM avant et après toi tu passes derrière si tu cherches à vraiment travailler une alliance avec un nouveau patient c'est intéressant de le voir d'abord tout seul et après de le faire passer avec les AM, quand c'est un peu rodé quoi, non clairement, il faut accepter après de bosser de manière/ avec un rythme plus soutenu.

M : Donc ça n'allège pas la charge de travail du médecin au final ?

MG17 : on va dire ça en enlève une partie, souvent parce que le but c'est de compenser pour répondre à une demande mais ça change une partie de notre travail (on enlève une partie de ton interrogatoire), mais le but c'est de rajouter des consultations après donc au final ça l'allège sur une partie mais rarement on va laisser ce temps libre vide, on le remplit avec d'autres demandes et d'autres consultations et comme on a beaucoup de demande de consultation, on va voir plus de patients mais un peu moi longtemps. Une note : c'est que ça allège une partie du travail / mais ça n'allège pas le travail, je trouve.

Moi j'avoue que j'ai aimé les deux types d'exercices : avec et sans. J'ai eu cette chance justement de pouvoir travailler un peu avec tout le monde dans le cabinet , de voir ceux qui utilisaient beaucoup les AM, d'autres médecins l'utilisaient plus pour travailler un peu plus sur le dossier , pour développer des choses, pour essayer de creuser dans l'interrogatoire sur des choses ou l'on serait passé à côté, de prendre un peu plus le temps, ça j'avoue que pour l'instant, j'ai été moins sensible, j'ai trouvé un intérêt en terme de gain de temps.

L'exercice sans un AM, moi j'aimais bien aussi, j'alternais un petit peu les deux, il faut arriver à gérer, on est un peu plus seul, quand ça commence à pousser un peu et qu'il y a du monde, c'est plus difficile tout seul clairement, c'est un exercice qui est différent, c'est bien aussi.

M: D'accord, donc finalement les deux modes d'exercice t'ont plu ?

MG17 :J'aime bien alterner les deux, après je pense que clairement on va vers ça, qu'on n'aura pas le choix pendant quelques années ça va être la seule réponse rapide pour répondre à la demande grandissante clairement. Ça peut être tout à fait

faisable d'organiser des journées avec et des journées sans, et d'avoir une activité un petit peu mixte, ça ne me paraît pas du tout impossible. Après c'est les conditions de rémunération, après je pense que je ne vais pas pouvoir t'en dire trop la dessus, après tu es payé pour un temps plein d'un AM, autant que tu l'utilises.

M : d'accord, vous avez déjà un peu répondu à la prochaine question : que pensez-vous des assistants médicaux dans votre cabinet ?

MG17 : Je ne sais pas où sera mon futur cabinet, je ne sais pas quelle organisation il aura, mais je pense que ça sera intéressant de l'avoir pour une partie du temps de consultation, je pense que c'est intéressant de l'avoir, je pense que c'est quand même intéressant d'apprendre à gérer, je suis peut être aussi encore frileux là-dessus parce que j'ai pas encore eu cette expérience encore de cette gestion d'équipe et que ça s'apprend et clairement plus tu apprends à gérer ton équipe et tes AM et plus tu optimises ton temps et mieux. J'avoue que j'ai peu d'expériences, j'avoue que je prenais l'organisation des AM telles qu'il était proposé dans le cabinet et moi je m'adaptais en fonction de ça. Donc oui quand tu t'installes et que tu prends des AM tu peux adapter ton temps de consultation et à ce que tu vas faire. Donc oui je pense que j'en aurai à l'avenir, comment, ça reste un peu flou. On verra ça d'ici-là.

M : merci beaucoup, avez-vous quelque chose à ajouter ?

MG17 : ah c'est tout ? ah oui c'était rapide, je réfléchis s'il y a autre chose

M : il y a un moment tu as dit : « je vous envoie chez l'AM, et après je vous revoie, c'était pour quelle situation ?

MG17 : pour un ECG par exemple, tu l'envoies faire un ECG quand un patient te dit : j'ai des palpitations, tu l'envoies faire une prise de sang, non le plus fréquent c'est pour un ECG quand tu interrogues ton patient et qu'il a des palpitations et c'est passé à l'as dans l'interrogatoire, dans l'idée, dans le fonctionnement, le premier interrogatoire par l'AM, tu as les constantes et tu le renvoies faire un ECG, quand tu as ton diagnostic. Parfois s'il y a des trucs qui sont passés à côté, tu rattrapes le truc. Ce n'est pas grave en soit, le patient se balade dans le cabinet. Au final c'est peut être mieux accepté par le patient je pense même si ça fait plusieurs aller-retour c'est toujours mieux que d'attendre tout seul en salle d'attente, il ne se passe rien. Au final on a quand même des bons retours avec les patients, maintenant que le pli est pris. Au début ce n'était pas forcément évident.

M: c'est-à-dire ?

MG17 : bah les refus de patients forcément. Bonjour je suis infirmière/ assistante et bien non je n'ai pas besoin de vous voir, je veux voir le docteur, donc j'ai pas besoin de voir l'infirmier / l'AM, l'AM était obligé de forcer en disant si si je veux vous voir d'abord, le patient ne comprenait pas pourquoi. Le vrai problème c'est au niveau de l'interrogatoire, il faudrait tout noter dans l'intégralité ce qui s'est dit, parce que quand le patient répète c'est pas évident et il faudrait trouver un moyen de

transmettre les informations au final entre nous, ce qu'on fait peu , les informations importantes ça peut passer via le logiciel médical et au final s'il y a des trucs pas important on ne fait pas répéter alors qu'au final cette information pourrait être importante au niveau médical. Et donc on reprend finalement tout l'interrogatoire. La dessus c'est peut-être pas l'idéal Mais bon il faut mieux deux interrogatoires plutôt qu'un. C'est plus pour le patient.

Annexe 10 : Grille COREQ traduite en version française complétée pour la thèse [20].

n°	Items	Guide questions/description	Réponses
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion			
➤ Caractéristiques personnelles			
1	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	une investigatrice (VILENO Margaux)
2	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	pas de titres académiques
3	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	Interne puis médecin généraliste remplaçante
4	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	une femme
5	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	ingénieur en agronomie puis interne en médecine générale, pas d'expérience en recherche qualitative
➤ Relations avec les participants			
6	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	pour certains oui (8/17)
7	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche	travail de thèse sur les assistants médicaux en médecine générale
8	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de	question de recherche pour la thèse

Domaine 2 : Conception de l'étude**➤ Cadre théorique**

9	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	théorisation ancrée
----------	---------------------------------------	--	---------------------

➤ Sélection des participants

10	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	par effet boule-de-neige
-----------	-----------------	---	--------------------------

11	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	par courriel, par message ou par téléphone
-----------	------------------	--	--

12	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	17 participants
-----------	-------------------------	---	-----------------

13	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	2 personnes (par manque de temps)
-----------	-------------------	--	-----------------------------------

➤ Contexte

14	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	au domicile ou au cabinet du médecin, au domicile de l'investigatrice (si entretien visio ou téléphonique)
-----------	---------------------------------	--	--

15	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	oui, une interne (1/17) une femme d'un médecin (1/17)
-----------	------------------------------	---	---

16	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	médecins généralistes libéraux du Valenciennois
-----------	------------------------------	--	---

➤ Recueil des données

17	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au	Oui/ Oui
-----------	-------------------	---	----------

préalable ?			
18	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	un entretien par médecin
19	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	enregistrement audio
20	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	oui
21	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	entre 5 et 32 minutes avec une moyenne à 10 minutes
22	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	oui, jusqu'à atteindre la suffisance des données
23	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non

Domaine 3 : Analyse et résultats

➤ Analyse des données

24	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	2
25	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Oui
26	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	thèmes déterminés à partir des données
27	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé	N vivo®

			pour gérer les données ?	
28	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non	
29	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? Par exemple : numéro de participant	Oui (MG1 à MG17)	
30	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui	
31	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui	
32	Clarté des thèmes secondaires	Y a t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui	

AUTEURE : Nom : VILENO

Prénom : Margaux

Date de soutenance : 23 février 2022

Titre de la thèse : Opinion des médecins généralistes libéraux du Valenciennois sur la mise en place d'assistants médicaux.

Thèse - Médecine - Lille 2022

Cadre de classement : Médecine

DES + FST/option : Médecine générale

Mots-clés : Assistants médicaux, soins primaires, médecine générale, relation interprofessionnelle.

Résumé :

Contexte : En France, face à la pénurie des médecins généralistes (MG) libéraux, Emmanuel Macron a annoncé en septembre 2018 la création d'un nouveau poste de santé: l'assistant médical. Celui-ci accompagnera le médecin généraliste dans son activité dans le but de libérer du temps de travail afin que ce dernier puisse prendre plus de patients. Cette forme de délégation de tâche grâce à un assistant médical existe depuis plusieurs années à l'étranger (Etats-Unis, Canada, Allemagne).

Objectif : Analyser l'opinion des médecins généralistes libéraux du Valenciennois concernant la mise en place d'un assistant médical en soins primaires.

Méthodes. Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés. Le codage des entretiens s'est fait à l'aide du logiciel QSR Nvivo®. L'analyse des *verbatim* a été faite par théorisation ancrée. Enfin une triangulation a été réalisée.

Résultats : Dix-sept entretiens ont été réalisés. Le manque de médecins et la demande croissante de la population sont soulignés par les MG interrogés. Un profil type de MG susceptibles d'engager un assistant médical (AM) se dessine : médecins exerçant en cabinet de groupe et/ou ayant une forte activité et ayant des locaux adaptés. Cette condition semble nécessaire mais non suffisante. Les missions pouvant être confiées à l'AM sont les tâches administratives et quelques tâches médicales. Les médecins sont divisés face à l'arrivée de ces nouveaux professionnels de santé. Les atouts sont l'amélioration de l'accès aux soins, de la qualité des soins, de la coordination des soins, et l'amélioration des conditions d'exercice du médecin. Cependant la méconnaissance du métier, de sa formation et des fonctions de l'AM, les craintes concernant le coût à long terme, le fait de devoir manager et la contrepartie imposée par l'assurance maladie ainsi que les nombreux questionnements freinent les médecins à se lancer dans le dispositif.

Conclusion : L'assistant médical est un métier d'avenir qui va se développer progressivement et s'adapter aux attentes de médecins. Un statut libéral de l'AM, un mode d'exercice mixte avec et sans AM et la revalorisation de l'acte médical sont trois propositions à explorer en vue de convaincre les médecins à se lancer dans le dispositif.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Jean-Baptiste BEUSCART.

Assesseurs : Monsieur le Professeur Marc BAYEN, Monsieur le Docteur Jan BARAN.

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Marc BAYEN.