



UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2022

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Rôles et missions des Assistant(e)s Médica(le)(aux) et des Infirmier(e)s en Pratique  
Avancée.**

**Le point de vue des Médecins.**

**Élaboration d'un référentiel de consensus par méthode Delphi.**

Présentée et soutenue publiquement le 6 avril 2022 à 16h  
au Pôle Formation  
par **Adrien BOCQUET**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur *Eric WIEL***

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur *Christophe BERKHOUT***

**Monsieur le Docteur *Benoît DERVAUX***

**Madame le Docteur *Caroline DE PAUW***

**Directeur de thèse :**

**Monsieur le Docteur *Laurent TURI***

---

## **AVERTISSEMENT**

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



## **SERMENT D'HIPPOCRATE :**

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je promets et je jure de conformer strictement ma conduite professionnelle aux principes traditionnels.

Admis(e) dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'Humanité.

Respectueux(euse) et reconnaissant(e) envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pairs.

Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes Confrères si j'y manque.

## **LISTE DES ABRÉVIATIONS :**

MG : Spécialiste en Médecine Générale ou Médecin Généraliste.

IPA : Infirmièr(e) en Pratiques Avancées.

AM : Assistant Médical.

MSP : Maison de Santé Pluri-professionnelle.

HPST : Loi Hôpital Patient Santé Territoire.

CNAM : Conservatoire National des Arts et des Métiers en France.

URPS : Unions Régionales des Professionnels de Santé.

SNS : Stratégies Nationales de Santé.

STSS : Stratégies de Transformation du Système de Santé.

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de santé.

IP : Infirmière Praticienne.

HCCAM : Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie.

PCR : Réaction par Chaîne Polymérase.

ECG : Électrocardiogramme.

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie.

ALD : Affection Longue Durée.

FEMAS : Fédération des Maisons et Pôles de Santé.

CPP : Comité de Protection des Personnes.

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

## **TABLE DES MATIERES :**

### I) **Introduction**

### II) **La situation sanitaire : historique et problèmes posés**

A) Les définitions : Santé et Maison de santé.

B) Situation et problèmes soulevés en France et dans les Hauts de France

### III) **Les stratégies de transformation du système de santé**

A) « Ma santé 2022 »

B) Évolution des patients, virage ambulatoire et démocratie sanitaire : l'inter-professionnalité en action

### IV) **Les infirmières de pratiques avancées**

A) Historique

B) Un partage de connaissances et de missions

C) Les IPA en France

D) Champs de connaissance des IPA en France

### V) **Les assistants médicaux**

A) Les secrétaires médicales en France

B) La nouveauté d'un métier : l'assistant médical

C) Les assistants médicaux dans le monde

### VI) **Question de recherche et méthode**

VII) **Questionnaires, choix des experts et méthode**

VIII) **Résultats**

- A) Caractéristiques des experts
- B) Propositions ayant amené à un consensus avec un tour Delphi
- C) Propositions ayant été rejetées au premier tour Delphi
- D) Propositions ayant nécessité un second tour Delphi
- E) Analyse et résultats de l'analyse qualitative des commentaires
- F) Propositions ayant amené à un consensus avec un deuxième et dernier tour Delphi

IX) **Discussion**

X) **Limites de l'étude**

XI) **Conclusion**

## **RESUME :**

Notre système de santé est en pleine évolution devant les tensions auxquelles il est soumis. Il doit être en permanente évolution, c'est pourquoi « Ma Santé 2022 » est une des Stratégies de Transformation du Système de Santé et essaie de répondre aux nouveaux défis. Deux nouveaux métiers de la santé ont été créés : les Infirmières en Pratiques Avancées (IPA) et les Assistants Médicaux (AM). Le but de cette thèse est de connaître le regard que portent celles et ceux qui sont à même de développer ces professions au sein des Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP).

Matériel et Méthode : Élaboration d'un référentiel de consensus par méthode Delphi, des leaders des MSP des Hauts de France. Deux tours successifs ont été nécessaires à l'élaboration du consensus sur 10 experts répondants. Les principaux rôles et missions retrouvés sont majoritairement en adéquation avec les rôles retrouvés dans la littérature. Le résultat est quand même intéressant : même dans les MSP des Hauts De France appartenant à la Fédération des Maisons et Pôles de Santé (FEMAS), la question du partage de compétences est frileuse et les contours de l'AM et de l'IPA sont flous. De la théorie à la pratique le chemin est long. Mais on dira aussi que de la roche tarpéienne au capitol, il n'y a qu'un pas. Doctrine il y a, militantisme pas encore. Étudier le ressenti des IPA ou des AM par des études qualitatives du point de vue des usagers à ces nouveaux métiers, dans un esprit de démarche qualité, serait des pistes de nouvelles recherches.



## **ABSTRACT : RÉSUMÉ EN ANGLAIS**

Our health system is in full evolution in view of the tensions to which it is subjected. It must be constantly evolving, which is why "Ma Santé 2022" is one of the Strategies for the Transformation of the Health System and attempts to respond to new challenges. Two new health professions have been created: Advanced Practice Nurses (APN) and Medical Assistants (MA). The aim of this thesis is to find out how those who are in a position to develop these professions within multi-professional health centres (MSPs) view them.

Material and Method: Development of a consensus reference system using the Delphi method among the leaders of the MSPs in the Hauts de France. Two successive rounds were necessary to develop the consensus among 10 expert respondents. The main roles and missions found are mostly in line with the roles found in the literature. The result is nevertheless interesting: even in the MSPs of the Hauts de France belonging to the Fédération des Maisons et Pôles de Santé (FEMAS), the question of sharing competencies is hesitant and the boundaries of the MA and the PAI are unclear. The road from theory to practice is long. But we can also say that from the Tarpeian rock to the capitol, there is only one step. Doctrine there is, militancy not yet. Studying the feelings of IPAs or AMs through qualitative studies from the point of view of the users of these new professions, in a spirit of quality approach, would be a way of new research.

## I) Introduction

La démographie médicale changeante et l'augmentation de la population ainsi que son vieillissement rendent nécessaire un élargissement de compétences et un soulagement de tâches répétitives parfois chronophages du médecin spécialiste en médecine générale (MG) (1, 2, 3).

Le temps médical diminuant, le temps nécessaire aux soins premiers augmentant, il faut donc raisonner autrement que sur la seule ressource médicale. Le nombre de MG a baissé de 9% depuis 2010 (Figure 1).

Le nombre de MG devrait continuer à baisser jusqu'en 2025 selon l'atlas de démographie médicale en France, pour atteindre 81 925 MG en activité régulière (Figure 2) (A).

Il faut donc réécrire une façon de travailler ensemble. Un nouveau type de collaboration se met donc en place, particulièrement aidé grâce à la révolution de « Ma santé 2022 », nouvel outil législatif de notre gouvernement pour essayer d'améliorer la situation de notre système de santé actuel. L'Infirmière de Pratiques Avancées (IPA) et l'Assistant Médical (AM) ont pour mission complémentaire de renforcer le médecin, de la pathologie chronique à la pathologie courante (4, 5).

Nous pensons qu'un consensus de leader de Maisons de Santé Pluri-professionnelle (MSP), dans la région Hauts de France, permettrait d'évaluer les connaissances sur les nouveaux métiers de la santé, et permettre ainsi, de répondre aux défis de « Ma santé 2022 ».

Les caractéristiques principalement étudiées lors de notre étude sont donc les nouveaux métiers de la santé créés : IPA et les AM, que nous vous présentons au cours de notre

travail. Le but de cette thèse est de connaître le regard que portent celles et ceux qui sont à même de développer ces professions au sein des MSP.

## II) La situation sanitaire : historique et problèmes posés

### A) Les définitions : Santé et Maison de santé.

La déclaration d'Alma-Ata de l'Organisation Mondiale de la Santé (septembre 1978) nous donne une définition de la santé qui est présentée comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (6).

Le système de santé est en permanente évolution. En effet de nombreux textes ont le mérite d'avoir fait évoluer notre système de santé et de pallier à ses défauts.

« Le plan Juppé » en 1995 porte sur l'organisation des caisses de Sécurité sociale, leurs dépenses. Ce plan gère leur équilibre financier. Il permet la gestion de la dette sociale et le pilotage de la politique hospitalière (7).

« La loi Aubry », 1998 et 2000, réforme de la réduction du temps de travail, devait trancher avec l'économie libérale mondialisée dont l'effet principal est la remise en cause des protections que les salariés trouvaient dans les droits du travail (8).

« La loi Kouchner », 2002, permet de mieux répondre aux attentes des malades, de définir le rôle essentiel des professionnels de santé et d'améliorer les droits des patients. Elle permet aux personnes de connaître ses droits, ses devoirs et les conséquences de ses

actes ou de l'absence de ses actes. Elle garantit ainsi une meilleure prise en charge du patient (9).

La loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) qui a été promulguée le 21 juillet 2009 donne une définition des Maisons de santé Pluri-Professionnelles (MSP) : « Une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaire médicaux ou pharmaciens. Ils assurent des activités de soins de premier recours sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales » (10).

Les MSP résultent de l'évolution de la pratique de soins et sont de plus en plus convoitées par les différents acteurs en santé, pour se voir attribuer des missions de santé publique comme la prévention, le dépistage, la vaccination... (11, 12).

## **B) Situation et problèmes soulevés en France et dans les Hauts de**

### **France :**

Le système de santé en France est performant mais soumis à des tensions. En effet, la population est vieillissante (en France métropolitaine, l'espérance de vie à la naissance est de 79,8 ans pour les hommes contre 85,7 ans pour les femmes alors que dans les Hauts de France les taux sont les plus faibles de France métropolitaine : 77,5 ans pour les hommes contre 83,8 ans pour les femmes) (1).

Les modes de vie changent (sédentarité, précarité, obésité), les maladies chroniques ainsi que les patients pathologiques augmentent (13, 14, 15, 16).

A cela, on peut rajouter les inégalités sociales et démographiques qui ne cessent d'augmenter également (17). Il y aurait 338 700 seniors dépendants dans la région en 2050, soit 109 400 de plus qu'en 2015 (18). Les limitations fonctionnelles (physiques, sensorielles, cognitives) touchent 13,8 % des seniors de la région, soit 2,6 points de plus qu'en France métropolitaine (19).

Le rapport Juilhard nous rapporte que « les attentes ne sont pas totalement similaires, de la part des professionnels d'une part, des autorités publiques de l'autre. Les premiers mettent en avant la qualité de la prise en charge, la nécessité de renforcer la continuité des soins, l'élargissement à des missions de santé publique. Les seconds sont préoccupés par un accès aux soins pour l'ensemble de la population et un maillage territorial rendant plus fluide le parcours de soins. Un socle commun est cependant partagé par l'ensemble des parties. Il repose sur le respect d'une logique professionnelle sous peine d'échec » (3).

Si certains professionnels de santé sont en attente, d'autres sont acteurs dans la situation actuelle.

Le système de santé est en pleine évolution et en pleine réorganisation. L'évolution des métiers des professionnels de santé suscitent plusieurs problématiques :

- Une difficulté de formation devant un manque d'universitaires qualifiés au prorata de l'augmentation du nombre d'étudiants en santé (20).
- Un manque de temps certain pour les professionnels pour se former.
- Une segmentation des soins lors des études et des études cloisonnées.
- Une tarification à l'acte peu propice au développement de nouvelles formes de coopération. (La part des rémunérations forfaitaires atteindrait 13% en 2017 selon

le Conservatoire National des Arts et des Métiers en France (CNAM), alors que la rémunération à l'acte aurait diminué jusqu'à 81% en 2017) (21).

- Des rivalités inter et intra professionnelles historiques.
- La crainte d'une perte de statut (22, 23, 24, 25).

La France métropolitaine devrait passer de 67 millions d'habitants en 2017 à 75.2 millions en 2060. Le vieillissement de la population entraînerait donc une augmentation de la demande de soins. En effet, une personne sur trois aura plus de 60 ans en 2060 contre une sur quatre actuellement (26, 27).

Les MG, aujourd'hui, souhaitent de la nouveauté et de la diversification en terme de qualité de vie familiale et professionnelle (2).

La densité médicale devrait être peu dynamique et le nombre de MG devrait rester le même d'ici 2022 (28, 29).

Il n'y a jamais eu tant de MG installés mais du fait d'une répartition géographique inégale, des déserts médicaux sont présents (30).

La projection de la DRESS sur les effectifs médicaux montre des disparités avec d'autres professions telles que les infirmiers, qui pourraient voir leur nombre s'accroître de 50% d'ici 2040 (13).

Le burn-out syndrome, ou épuisement professionnel, nommé par Freudenberg comme un épuisement émotionnel, une dépersonnalisation, serait présent chez près de 50% des MG selon une étude des Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) en Ile de France (31).

« Ceci est principalement dû, entre autres, à une charge administrative trop lourde, une charge de travail trop importante, l'augmentation des contraintes collectives, la non-reconnaissance de l'action du médecin, la prise en charge difficile de certains patients, et la difficulté de s'adapter aux nouvelles recommandations » (32).

Il existe donc un risque pour l'accès aux soins de la population française. La santé dans notre pays est un enjeu de stratégie nationale. Il est nécessaire pour anticiper un déséquilibre encore plus croissant d'essayer de nouvelles organisations, de nouvelles créations (3).

Le cadre législatif de santé dans notre pays est régi par la stratégie nationale de santé (SNS) (17).

### **III) Les stratégies de transformation du système de santé**

#### **A) « Ma santé 2022 »**

Notre système de santé est en évolution permanente sans pouvoir toujours répondre aux attentes de la population et des acteurs de santé. Emmanuel Macron et Agnès Buzyn ont annoncé le 18 Septembre 2018, les stratégies de transformation du système de santé (STSS).

Les STSS doivent apporter un mode d'exercice plus adapté, et donc de permettre des soins moins cloisonnés et plus coopératifs.

L'académie nationale de médecine a approuvé ce STSS rebaptisé « Ma santé 2022, un engagement collectif ». Trois engagements prioritaires apparaissent :

- « favoriser la qualité et replacer le patient au cœur du soin »,
- « créer un collectif de soin au service des patients »,

- « adapter les métiers et les formations des enjeux de la santé de demain » (33, 34, 35).

Pour répondre aux problèmes des inégalités sociales et démographiques en santé, 7 orientations stratégiques ressortent :

- « Promouvoir un environnement favorable à la santé et agir sur les comportements dès le plus jeune âge. »
- « Mobiliser les acteurs de la santé pour apporter des réponses aux ruptures dans les parcours de santé. »
- « Garantir l'accès à la santé pour l'ensemble de la population, en s'appuyant sur les dynamiques issues des territoires, les innovations et le numérique. »
- « Garantir l'efficience et la qualité du système de santé. »
- « Assurer la veille et la gestion des risques sanitaires. »
- « Renforcer les synergies territoriales et prioriser les actions en fonctions des spécificités des territoires grâce notamment aux communautés professionnelles territoriales de santé. (CPTS) »
- « Reconnaître l'utilisateur comme acteur du système de santé » (36).

Les STSS doivent permettre à l'utilisateur et à son entourage (professionnel, familial, social...) de participer de plus en plus à sa prise en charge pour qu'une réponse soit apportée aux besoins des utilisateurs, entre la ville, l'hôpital, les professionnels de santé et les structures médico-sociales. Ils élaborent donc de nouvelles formes de coopération (17, 28, 33).



## **B) Évolution des patients, virage ambulatoire et démocratie sanitaire : l'inter-professionnalité en action**

Les usagers participent avec les acteurs du système de santé : médicaux, paramédicaux, professionnels du champ médico-social et sanitaire... C'est ce qu'on appelle la démocratie sanitaire et permet l'amélioration du système de santé (37, 38).

La place des usagers dans le système de santé est reconnue dans la loi du 4 Mars 2002 (39).

Les patients ont changé, ils sont désormais « sachants » (40).

Le Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (HCAAM) nous rapporte dans son dernier rapport que « dans un système où le patient a une grande liberté de choix, l'inclusion réelle des usagers et des patients aux processus de prévention, de soins et de suppléance est non seulement une exigence pour répondre à leurs attentes, mais également une condition indispensable à l'amélioration de la pertinence des recours des performances et de la qualité de notre système de santé » (41).

« La pluri-professionnalité se définit comme une juxtaposition de disciplines diverses sur la base de savoirs socialement reconnus et de qualifications spécifiques, qui délimitent leurs champs professionnels. Chacun travaille de manière parallèle, de façon indépendante, vers un but commun » (42).

L'inter-professionnalité est un ensemble de relations et d'interactions qui permettent aux professionnels de partager, mettre en commun leurs connaissances, expertises, leurs expériences, de façon concomitante, au service d'un client (43).

La collaboration inter-professionnelle nécessite la connaissance du champ de pratiques de l'autre et la reconnaissance de ses compétences respectives (44).

C'est la naissance d'une médecine collaborative (45, 46).

La multiplicité des acteurs et des lieux en santé nécessite d'augmenter la coordination tout au long du parcours du patient. C'est ce qu'on appelle le virage ambulatoire (47).

La coordination est considérée par la DGOS comme « une action conjointe des professionnels de santé et des structures de soins en vue d'organiser la meilleure prise en charge des patients en situation complexe » (48).

Pour Michel Crozier et Erhard Friedberg, une « action organisée » s'installe entre les professionnels de santé (49).

Le principal fondement de la démocratie sanitaire est de permettre à tout le monde quel que soit son état de santé et sa situation personnelle d'avoir accès aux soins de qualité (50).

En France, à travers des objectifs partagés, ces transformations donnent l'occasion de rassembler les acteurs de santé et d'optimiser du temps médical en évoluant vers les métiers tel que la pratique avancée (51).

Des mesures sont déjà existantes comme l'amélioration de la répartition géographique des médecins (52), d'encourager le travail en équipe et de favoriser la coopération entre les différents professionnels de la santé (53). Mais une solution serait une optimisation du temps de travail (54).

Le partage de compétences entre professionnels de la santé ainsi que la création de nouveaux métiers comme les assistants médicaux (AM) ou les infirmières de pratique avancée (IPA), comme le veut « Ma santé 2022 », devrait apporter aux médecins « plus de temps médical », avec l'optimisation du temps de consultation ce qui permettrait d'augmenter le nombre de patient vus en consultation (55).

#### **IV) Les Infirmières en pratiques avancées**

##### **A) Historique**

La loi du 19 ventôse an XI établit une hiérarchie entre docteurs en médecine et en chirurgie, les sages-femmes et enfin les officiers de santé, ce qui représente 3 « ordres » de la santé, leurs missions étant bien distinctes et donnant une médecine à deux vitesses (56, 57).

À la fin du XIXème siècle, dans certaines régions reculées, les infirmières n'avaient pas d'autres choix que de pratiquer des actes médicaux du fait de leur isolement. Ce sont les premières traces de la pratique avancée (57).

Les infirmières : anesthésistes, sages-femmes, cliniciennes spécialistes et praticiennes, sont des rôles qui ont été approuvés dès 1954 aux États-Unis (58). Le Canada est l'un des premiers pays à avoir introduit, dans les années 1960, les infirmières praticiennes (IP) (59).

##### **B) Un partage de connaissances et de missions**

L'IPA est acteur de santé publique susceptible de relever le défi des patients polyopathologiques chroniques par une action interdisciplinaire (60).

L'expérience Asalée en 2004, est le fruit des expérimentations de délégation de tâches à des infirmières, de l'article 51 de la loi Hôpital, patients, santé, territoire de 2008 (61). Elle montre que les médecins généralistes sont plus productifs que lorsqu'ils exercent seuls et que la qualité des soins est meilleure (62).

### **C) Les IPA en France**

L'article 119 de la loi n°2016-41 du 26 Janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, crée l'article L.4301-1 du Code de la santé publique et introduit le principe de la pratique avancée des auxiliaires médicaux (63).

La pratique avancée a deux buts principaux : améliorer qualité et accès au parcours de soins et libérer du temps médical sur certaines pathologies ciblées (64).

La définition du Conseil International des Infirmiers est : « l'infirmier-ère diplômé-e qui exerce en pratique avancée a acquis des connaissances théoriques, le savoir-faire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique de sa profession. Les caractéristiques de cette pratique avancée sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmier-ère sera autorisé-e à exercer » (65).

Les infirmiers en pratiques avancées sont notifiés par l'Ordre national des infirmiers, qui a retenu le 06 Avril 2017 que « l'infirmière de pratique avancée, est une infirmière experte, titulaire d'un master dédié. Après une expérience clinique, elle a acquis les connaissances théoriques, le savoir-faire et le savoir être nécessaires aux prises de décisions complexes en autonomie dans son champ de compétence, avec la responsabilité de ses actes.

L'infirmière de pratique avancée mobilise ses compétences cliniques pour poser des diagnostics permettant l'orientation thérapeutique et la réalisation des prescriptions adaptées aux patients. Elle développe son expertise fondée sur la recherche et les données probantes » (66).

## **D) Champ de connaissance des IPA en France**

Le décret nous explique les principes de la pratique avancée :

- Les IPA font du dépistage, de la prévention et de l'éducation patient.
- Les IPA font de la surveillance clinique et paraclinique, des actes techniques et des actes d'évaluation et de conclusion clinique.
- Les IPA ont une capacité de prescription de produits de santé non soumis à prescription médicale obligatoire.
- Elles font également des prescriptions d'examen complémentaires et des renouvellements ou des adaptations de prescriptions médicales (64).

L'IPA se verra exercer en inter-professionnalité, avec l'accord des patients et du médecin, il se verra confier des patients grâce aux compétences médicales qu'il aura acquises. Il communiquera au sujet des patients avec le médecin et dès lors que son champ de compétence sera dépassé il reviendra vers celui-ci (64).

D'après différentes évaluations, les IPA donnent une qualité de soins égale à celle du MG dans le champ de ses compétences qui ont été acquises lors d'une formation adaptée. Les patients seraient également plus satisfaits de l'IPA que du MG. L'efficacité des IPA n'est donc plus à prouver (60, 67).

L'amélioration d'accès aux soins et de sa qualité ainsi que limiter les coûts des soins alors que l'offre médicale est restreinte sont les principales raisons qui poussent la plupart des pays à introduire les rôles avancés (68).

Les avantages des IPA sont que les patients sont davantage autonomes ainsi que satisfaits et reçoivent un meilleur enseignement, le temps d'attente et la durée de séjour sont réduits aux urgences, les transferts vers les hôpitaux sont moins nombreux. Les IPA et leurs prises en charge sont moins coûteuses, ce qui permettrait de réduire les dépenses de santé (58).

## **V) Assistants médicaux**

### **A) Les secrétaires médicales en France**

La convention nationale collective du personnel des cabinets médicaux du 14 Octobre 1981 rappelle au sujet du métier de secrétaire médicale qu'il est, interdit aux médecins de « demander à leur personnel d'accomplir des actes en matière médicale qui ne sont pas de leur compétence réglementaire » et que le personnel du cabinet médical est soumis au « secret professionnel » (69).

L'arrêté du 27 Décembre 2004 relatif au titre professionnel de secrétaire assistant(e) médico-social(e) (70), révisé en 2007 et 2012 encadrent ce métier (71, 72).

Deux unités font partie du métier de secrétaire médical(e) :

- Assurer les travaux courants de secrétariat pour assister une équipe,
- Assurer le traitement administratif dans un service médical ou social (73).

Les conditions de travail des secrétaires médical(e) en milieu libéral ainsi que leurs perspectives d'évolution professionnelle sont des sujets qui ont été abordés par plusieurs travaux (74, 75, 76, 77, 78).

Les secrétaires médicales ont une moins bonne formation du droit, de la déontologie et de la comptabilité (73).

Dans le nouveau modèle de médecine libérale, du Dr Legmann, il évoque dans son rapport de 2004, un sentiment de « bureaucratisation » du métier. Il est nécessaire de libérer du temps, pour la mission principale des médecins : le temps médical dédié au patient (79).

La plupart des MG aimeraient une aide pour gérer toutes ces tâches administratives notamment avec l'aide de secrétaires médicales (28).

Les conditions de travail des médecins seraient améliorées grâce à cette délégation et les patients gagneront une qualité de soins supérieure (77).

## **B) Nouveauté d'un métier : l'assistant médical**

Une étude sur les préférences de 175 médecins généralistes sur la délégation de tâches montre cette envie d'augmenter le temps médical (73). Ceci pourrait être permis grâce à un élargissement des compétences des secrétaires médicales en créant une nouvelle fonction : l'assistant médical (AM) (80).

Ma Santé 2022 va également s'appuyer sur de nouveaux métiers comme les AM qui prendront en charge certaines tâches à la place du médecin ce qui permettrait de libérer du temps médical (34).

Elle va également permettre aux MG d'obtenir sous condition une aide financière pour l'obtention d'un AM. Les conditions sont les suivantes :

- Ils exercent en groupe, sont inscrits dans un exercice coordonné, MSP ou une CPTS
- Ils s'engagent sur un bénéfice mesurable pour la population en matière d'accès aux soins (augmentation de la patientèle, réduction des délais de rendez-vous ...) (4, 34, 36, 55).

Les AM pourraient effectuer différentes missions :

- D'accueil des usagers
- De recueil de certaines données ainsi que de certaines informations relatives à l'état de santé
- De la prise des constantes
- De la vérification de l'état vaccinal
- De la vérification des dépistages courants
- De la prise de rendez-vous avec des spécialistes (59).
- L'AM également appelé « assistant de santé » peut effectuer des tâches : administratives, médico-sociales ou paramédicales, ce qui ferait gagner du temps médical au bénéfice du patient (81, 73).

D'ici 2022, 2000 ETP (équivalent temps plein) de temps médical pourraient être libérés grâce aux plus de 4000 structures qui posséderont un AM (67).



## **C) Assistants médicaux dans le monde**

Dans plusieurs pays du monde, des AM existent. Ils sont présents notamment au Canada, en Allemagne, en Suisse, aux Pays-Bas, en Australie et en Israël (82).

Les AM dans ces pays travaillent sous la supervision et sous les instructions des médecins dans tous les aspects de la médecine et dans les actes de routine habituels : comme l'accueil du patient, l'inscription dans le dossier médical des antécédents médicaux, la stérilisation du matériel, la gestion du stock médical, prise de constantes... (83, 84, 85).

Il existe donc le développement d'une activité professionnelle à part entière en élargissant leur domaine de compétence, comme en Allemagne où ils peuvent prescrire des examens complémentaires dans les maladies chroniques ou faire des visites à domicile pour le renouvellement d'ordonnances (86, 87).

Face à la nouveauté du métier d'assistant médical, très peu d'études sur le sujet ont été publiées excepté dans les pays anglo-saxons, qui restent très peu analysables, du fait de la différence entre nos systèmes de santé existants. En effet, les organisations ainsi que les modes de fonctionnement diffèrent, on peut en conclure que les métiers, eux aussi.

## **VI) Question de recherche et méthode :**

Ces nouveaux métiers en santé et cette réforme étant récents, aucun travail francophone de consensus n'a été retrouvé. Certains travaux sur l'avis, les attentes, les

représentations des médecins généralistes concernant les AM et les IPA, ou d'autres évaluant le rôle et l'efficacité de ces métiers sont recensés (88, 89, 90, 91, 92, 93).

La complexité des soins primaires nécessite plusieurs méthodes de recherche et de recueil de données (94).

La recherche qualitative est adaptée à certaines questions en soins primaires. La recherche qualitative est complémentaire avec la quantitative et peut lui être combinée (95).

Nous pensions donc que la meilleure technique à utiliser dans notre étude était de créer un consensus, but ultime de notre question de recherche, sur un sujet qui est mal ou peu connu et ainsi donc connaître les différentes perceptions des experts sur ces deux métiers créés.

Les méthodes de consensus permettent dans un groupe d'individus sélectionnés, de définir leur degré d'accord en confrontant les avis contradictoires (96, 97, 98, 99).

Leur utilité persiste surtout lorsqu'il existe une absence des données de la littérature, qu'il existe des avis contradictoires ou lorsque les professionnels ne sont pas unanimes (86, 99, 100, 101).

Plusieurs méthodes existent pour obtenir un consensus. La méthode Delphi permet d'obtenir un avis convergent du groupe consulté.

La méthode Delphi part du principe que « plusieurs têtes valent mieux qu'une » (100).

Selon Linstone et Turoff, 1975, (102) « c'est une méthode efficace de structuration du processus de communication, permettant à un groupe de personnes de gérer un problème complexe ensemble ».

Pour Dalkey et Helmer, la méthode Delphi, par la consultation d'experts grâce à un ensemble de questionnaires itératifs, permet de retrouver des convergences d'opinions et des consensus sur des sujets précis (103).

Elle permet d'interroger les experts dans un domaine précis, de recueillir les avis à distance, elle limite le nombre de participants (entre 7 et 18 experts), elle est flexible dans sa conception, et aide à obtenir un consensus avec certitude. Le fait d'analyser l'opinion d'experts anonymes au préalable choisis donne à la méthode Delphi un avantage sur les méthodes de prise de décisions en groupe comme le groupe nominal et l'analyse du jugement social (101, 104, 105).

La méthode Delphi permet donc une mise en commun des connaissances et d'un échange d'opinion. Les personnes interrogées connaissent les opinions des autres sans avoir donc l'influence, parfois excessive, des face à face conventionnels.

D'autres méthodes de consensus existent, comme le groupe nominal, la conférence de consensus ou le RAND/UCLA mais ce que nous voulions était un accord final sur les possibilités de ces nouveaux métiers. Nous ne sommes ni dans l'urgence, ni dans la recherche bénéfique/risque de réaliser un acte, ni dans la rédaction de recommandations (99, 106).

La réalisation de rencontres en personne semblait difficile lors de cette période de pandémie et l'emploi du temps des experts semblait également très difficile à synchroniser. La technique Delphi permet donc de s'affranchir des conversations stériles ou des leaders d'opinion. Elle permet donc aux experts de se focaliser uniquement, immédiatement sur le sujet proposé.

La validité et la fiabilité de la méthode Delphi sont démontrées après de nombreux débats. Nous avons donc suivi avec rigueur les recommandations de la recherche de consensus par la méthode Delphi, ce qui augmente la fiabilité et augmente la légitimité de notre étude (107).

Nous avons suivi les guidelines de Hasson et al., pour la méthode Delphi (107).

## **VII) Questionnaires, choix des experts et méthode**

La première version du questionnaire repose sur une revue de la littérature des différents rôles et capacités de ces nouveaux métiers, sur les problèmes actuels de notre système de santé et ses améliorations possibles. Nous avons à cet effet consulté PubMed, Cismef, Google Scholar et Sudoc.

Le panel d'experts a été choisi de façon à couvrir les domaines suivants : les MSP, les pratiques avancées, les lois de modernisations de notre système de santé, ainsi que l'exercice collaboratif. Nous avons interrogé les leaders de MSP des Hauts de France afin d'évaluer leurs perceptions et leurs positionnements vis à vis de ces nouveaux métiers.

L'envoi du questionnaire a été fait par tours itératifs. Deux questionnaires successifs ont été envoyés, correspondant au tour Delphi. Les experts ont reçu un lien par mail, leur donnant le questionnaire diffusé par le logiciel Google Forms.

L'invitation envoyée par la FEMAS Hauts de France aux experts et le questionnaire sont mis en annexe (B, C).

Le premier questionnaire a été envoyé du 3 juin 2021 au 18 juillet 2021.

Une analyse qualitative des données a permis de créer une nouvelle version du questionnaire, qui a elle-même été envoyée et analysée, et les résultats nous ont amené à un consensus, suite à une stabilité de la notation ou une saturation des idées.

Le deuxième questionnaire a été envoyé du 9 septembre 2021 au 24 octobre 2021.

Les consignes données aux experts ont été de donner leur degré d'accord sur les propositions grâce à une note comprise entre 1 (complètement contre) et 7 (complètement pour).

Pour les notes en dessous de 6, il était demandé de laisser un commentaire.

Une note moyenne supérieure ou égale à 6 définit le consensus.

Une note moyenne strictement inférieure à 5, excluait l'item.

Entre 5 et 6, la question était reformulée grâce aux commentaires libres.

La collecte des réponses a été faite grâce à Google Forms.

Les experts recevaient un mail de relance à 20 et 30 jours du premier envoi si non réponse.

Ceci permet de réduire le nombre de perdus de vue.

Les experts n'ayant pas donné de réponses à 6 semaines, étaient exclus.

Cette recherche interventionnelle reposant sur un questionnaire anonymisé auprès de professionnels de santé n'entre pas dans le cadre de la loi Jardé et ne sollicite donc pas de sollicitation du CPP (Comité de Protection des Personnes) ni de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés).

## **VIII) Résultats**

### **A) Caractéristiques des experts**

Pour obtenir ces réponses, une soixantaine d'experts ont été contactés par mail envoyés par la FEMAS Hauts de France (B), dans les cinq départements constituant cette région : Nord, Pas de Calais, Somme, Oise, Aisne.

Une liste de dix experts a été établie.

Ils ont été informés des objectifs de l'étude et la méthode leur a été expliquée afin de minimiser les perdus de vue.

Les refus de participation à l'étude invoqués ont été : le manque de temps ou d'intérêt pour le sujet.

Les personnes non-répondantes n'ont pas été incluses dans l'exercice.

Les caractéristiques du panel d'experts sont présentées dans le tableau n°1 :

**Tableau n°1** : Caractéristiques des experts

Caractéristiques des experts (N=10)	
<b>Âge</b>	
Moyenne	43,7 ans
Min - Max	27-70 ans
<b>Genre (sexe)</b>	
Hommes	60%
Femmes	40%
<b>Lieu d'exercice</b>	
Nord	6
Pas de Calais	1
Somme	1
Aisne	2
<b>Type d'exercice</b>	
Milieu rural	20%
Milieu urbain	30%
Milieu semi rural / semi urbain	50%
<b>Nombre de professionnels de santé dans la MSP</b>	
0 à 8	20%
8 à 15	50%
> 15	30%
<b>Connaissance des métiers</b>	
IPA	100%
AM	100%

Les 10 leaders des maisons de santé ayant répondu aux tours successifs Delphi de notre étude, sont en majorité des hommes (60%) contre 40% de femmes. Pour une moyenne d'âge de 43.7 années, allant de 27 à 70 ans.

Ils exercent en majorité dans le Nord (60%), les autres exercent quant à eux dans le Pas de Calais (10%), dans la Somme (10%) ainsi que dans l'Aisne (20%). Nous n'avons pas de répondeurs de l'Oise.

La moitié (50%) exercent dans un milieu semi rural / semi urbain, l'autre moitié se répartit en rural (20%) et urbain (30%)

20% des équipes ont moins de 8 professionnels, 30% en ont plus de 15, 50% sont entre 8 et 15 professionnels dans la MSP.

Tous les professionnels de santé interrogés (100%), estiment avoir une connaissance pleine des IPA et des AM.

Pour obtenir un consensus, 2 tours Delphi successifs ont été nécessaires.

Aucun perdu de vue n'a été constaté au cours des 2 tours.

## **B) Propositions ayant amené à un consensus avec un tour Delphi**

L'analyse du questionnaire soumis aux experts a permis d'isoler 23 propositions ayant obtenu une note moyenne supérieure ou égale à 6 sur 7 définissant le consensus.

Les résultats sont présentés dans le tableau n° 2 ci-dessous :



Résultats du 1er tour Delphi - Propositions validées				
Critères	% 1 - 3	% 4 - 5	% 6 - 7	Moyenne
Les MG délèguent des tâches aux AM	0%	20%	80%	6,4
Les AM réalisent une assistance administrative	0%	20%	80%	6,4
Les IPA réalisent une assistance clinique	10%	0%	90%	6
Les IPA participent avec le MG à la coordination des soins	0%	10%	90%	6,5
Les IPA effectuent des actes techniques (ECG, spirométrie, biologie, test PCR, dextro, bandelette urinaire...)	0%	0%	100%	6,7
Les IPA prennent les mesures (pouls, température, taille, poids, acuité visuelle)	0%	10%	90%	6,6
Les AM prennent les mesures (pouls, température, taille, poids, acuité visuelle)	0%	0%	100%	6,8
Les IPA s'assurent de la re-convocation du patient	10%	0%	90%	6
Les AM s'assurent de la re-convocation du patient	0%	0%	100%	6,8
Les IPA s'assurent que le patient n'est pas isolé	10%	10%	80%	6,3
Les IPA garantissent un accès égalitaire aux soins	0%	20%	80%	6,2
Les IPA valorisent l'éducation thérapeutique et la prévention	0%	10%	90%	6,1
Les AM travaillent sous un contrat exclusif avec les MG	0%	10%	90%	6,6
Les IPA orientent le patient dans le parcours de soin en pluri-professionnalité	10%	10%	80%	6,1
Les IPA partagent les problèmes éthiques, cliniques, administratifs à son équipe	10%	10%	80%	6,5
Les IPA doivent se soumettre à un développement professionnel continu	0%	0%	100%	6,8
Les IPA informent et alertent le médecin concernant l'évolution du dossier patient	0%	20%	80%	6,4
Les IPA créent un plan de soin personnalisé	0%	20%	80%	6,1
Les IPA savent orienter le patient vers le MG au besoin	0%	0%	100%	6,9
Les IPA sont autonomes mais complémentaires aux MG	0%	20%	80%	6,4
Les IPA font la promotion de leur métier	0%	30%	70%	6,2
Les IPA permettent de reformuler et expliciter les prescriptions	0%	0%	100%	6,8
Les IPA adoptent une valorisation du patient dans sa globalité	0%	10%	90%	6,5

Pour chaque critère, nous retrouvons la répartition des notes en pourcentage (%) ainsi que sa note moyenne notée sur 7.

Les résultats ayant amené à un consensus ont une moyenne allant de 6 à 6,8.

Près de 80% des critères présentés (5 sur 23) n'ont pas de note entre 1 et 3.

15 critères présentés sur 23 ont obtenu au moins une note entre 4 et 5.

Tous les critères ont obtenu au moins 70% de réponses au-dessus de 6.

Pour les réponses ayant donné des résultats entre 1 et 3, le pourcentage d'experts ayant donné ces réponses n'excède pas les 10%.

Pour les réponses entre 4 et 5, le pourcentage d'experts ne dépasse pas les 30%.

Pour les réponses entre 6 et 7 le pourcentage d'experts ayant donné ces réponses est supérieur ou égal à 70%.

Le tableau n°2 présente les résultats concernant les AM ainsi que les IPA.

Les mêmes résultats sont présentés dans le tableau n°2 (a) et tableau n°2 (b).

Ils regroupent les résultats concernant uniquement les AM (tableau n°2 (a)) et ceux concernant les IPA (tableau n°2 (b)).

Résultats du 1er tour Delphi - Propositions validées AM				
Critères	% 1 - 3	% 4 - 5	% 6 - 7	Moyenne
Les MG délèguent des tâches aux AM	0%	20%	80%	6,4
Les AM réalisent une assistance administrative	0%	20%	80%	6,4
Les AM prennent les mesures (pouls, température, taille, poids, acuité visuelle)	0%	0%	100%	6,8
Les AM s'assurent de la re-convocation du patient	0%	0%	100%	6,8
Les AM travaillent sous un contrat exclusif avec les MG	0%	10%	90%	6,6

Les experts s'accordent à dire que les AM travaillent sous un contrat exclusif avec les MG qui leur délèguent des tâches : tâches administratives, prise des constantes et prise de rendez-vous.

Les critères ont obtenu une note moyenne comprise entre 6,4 et 6,8.

Un large consensus se fait pour 2 critères :

- Les AM prennent les mesures (pouls, température, taille, poids, acuité visuelle),
- Les AM s'assurent de la re-convocation du patient.

Résultats du 1er tour Delphi - Propositions validées IPA				
Critères	% 1 - 3	% 4 - 5	% 6 - 7	Moyenne
Les IPA réalisent une assistance clinique	10%	0%	90%	6
Les IPA participent avec le MG à la coordination des soins	0%	10%	90%	6,5
Les IPA effectuent des actes techniques (ECG, spirométrie, biologie, test PCR, dextro, bandelette urinaire...)	0%	0%	100%	6,7
Les IPA prennent les mesures (pouls, température, taille, poids, acuité visuelle)	0%	10%	90%	6,6
Les IPA s'assurent de la re-convocation du patient	0%	40%	100%	6
Les IPA s'assurent que le patient n'est pas isolé	0%	20%	90%	6,3
Les IPA garantissent un accès égalitaire aux soins	0%	20%	60%	6,2
Les IPA valorisent l'éducation thérapeutique et la prévention	0%	30%	90%	6,1
Les IPA orientent le patient dans le parcours de soin en pluri-professionnalité	10%	10%	80%	6,1
Les IPA partagent les problèmes éthiques, cliniques, administratifs à son équipe	10%	0%	70%	6,5
Les IPA doivent se soumettre à un développement professionnel continu	0%	0%	100%	6,8
Les IPA informent et alertent le médecin concernant l'évolution du dossier patient	0%	20%	80%	6,4
Les IPA créent un plan de soin personnalisé	0%	20%	80%	6,1
Les IPA savent orienter le patient vers le MG au besoin	0%	0%	100%	6,9
Les IPA sont autonomes mais complémentaires aux MG	0%	20%	80%	6,4
Les IPA font la promotion de leur métier	0%	30%	70%	6,2
Les IPA permettent de reformuler et expliciter les prescriptions	0%	0%	100%	6,8
Les IPA adoptent une valorisation du patient dans sa globalité	0%	10%	90%	6,5

Au sujet des IPA, les avis des experts sont plus divergents, les critères ont obtenu ici une note moyenne plus large, comprise entre 6 et 6,8.

Les experts sont tous (100%) d'accord pour affirmer que :

- Les IPA effectuent des actes techniques (ECG, biologie, dextro, test PCR...),
- Les IPA doivent se soumettre à un développement professionnel continu,
- Les IPA savent orienter le patient vers le MG au besoin,
- Les IPA permettent de reformuler et expliciter les prescriptions.
- Les IPA s'assurent de la re-convocation du patient.

90% des experts font ressortir les consensus suivants :

- Les IPA réalisent une assistance clinique,
- Les IPA participent avec le MG à la coordination des soins,
- Les IPA prennent les mesures (pouls, température, taille, poids, acuité visuelle),

- Les IPA s'assurent que le patient n'est pas isolé,
- Les IPA valorisent l'éducation thérapeutique et la prévention,
- Les IPA adoptent une valorisation du patient dans sa globalité.

Cependant, une minorité (10%) attribue une note entre 1 et 3 pour les critères suivants :

- Les IPA réalisent une assistance clinique,
- Les IPA orientent le patient dans le parcours de soin en pluri-professionnalité,
- Les IPA partagent les problèmes éthiques, cliniques, administratifs à son équipe.

### **C) Propositions ayant été rejetées au premier tour Delphi**

Lors de l'analyse des réponses du questionnaire soumis aux experts et de leur synthèse, 30 propositions ayant obtenu une note moyenne inférieure à 5 sur 7 ont été rejetées, ne définissant pas de consensus.

Les résultats sont présentés dans le tableau n° 3 ci-dessous :

Résultats du 1er tour Delphi - Propositions rejetées				
Critères	% 1 - 3	% 4 - 5	% 6 - 7	Moyenne
Les IPA sont formés spécifiquement aux soins ambulatoires	20%	30%	50%	4,8
Les AM sont formés spécifiquement aux soins ambulatoires	30%	40%	30%	4,6
Les IPA sont sous la direction du médecin	50%	30%	20%	3,5
Les AM sont sous la direction du médecin	50%	30%	20%	4,5
Les IPA sont sous la supervision du médecin	50%	20%	30%	3,6
Les IPA réalisent une assistance administrative	70%	20%	10%	2,8
Les AM réalisent une assistance clinique	30%	50%	20%	4
Les AM participent avec le MG à la coordination des soins	10%	60%	30%	4,8
Les AM effectuent des actes techniques (ECG, spirométrie, biologie, test PCR, dextro, bandelette urinaire...)	30%	10%	60%	4,7
Les AM garantissent un accès égalitaire aux soins	20%	50%	30%	4,5
Les IPA sont des substituts aux MG	60%	20%	20%	2,9
Les AM sont des substituts aux MG	80%	20%	0%	1,7
Les AM valorisent l'éducation thérapeutique et la prévention	50%	20%	30%	3,7
Les IPA travaillent sous un contrat exclusif avec les MG	70%	20%	10%	2,6
Les AM orientent le patient dans le parcours de soin en pluri-professionnalité	30%	20%	50%	4,5
Les AM évaluent la balance bénéfice-risque de sa pratique	50%	20%	30%	3,7
Les AM informent et alertent le médecin concernant l'évolution du dossier patient	20%	40%	40%	4,8
Les AM remplissent et complètent les dossiers administratifs d'aides (APA, handicap, ALD...)	40%	30%	30%	4
Les AM créent un plan de soin personnalisé	90%	10%	0%	2,2
Les IPA sont un leader de l'équipe de soin	40%	10%	50%	4,4
Les AM sont un leader de l'équipe de soin	90%	10%	0%	2,1
Les AM ont des plages de rendez-vous	100%	0%	0%	1,8
Les IPA ont des plages d'urgence	30%	40%	30%	4,1
Les AM ont des plages d'urgence	90%	10%	0%	1,8
Les AM sont autonomes mais complémentaires aux MG	80%	20%	0%	2,3
Les AM font la promotion de leur métier	30%	20%	50%	4,7
Les AM permettent de reformuler et expliciter les prescriptions	40%	50%	10%	3,5
Les AM évaluent les politiques de santé	100%	0%	0%	1,6
Les AM adoptent une valorisation du patient dans sa globalité	30%	20%	50%	4,7
Les IPA prescrivent des ordonnances et des traitements	100%	0%	0%	1,4

Pour chaque critère, nous retrouvons la répartition des notes en pourcentage (%) ainsi que sa note moyenne notée sur 7.

Les résultats ayant amené à un rejet ont une moyenne allant de 1,4 à 4,8.

73% des réponses (22 critères sur 30) ont obtenu des résultats entre 6 et 7, 90% (27 critères sur 30) ont des résultats entre 4 et 5 et 100% entre 1 et 3.

Pour les réponses ayant donné des résultats entre 6 et 7 ainsi que 4 et 5, le pourcentage d'experts ayant donné ces réponses n'excède pas les 60%.

Concernant les réponses entre 1 et 3 le pourcentage d'experts ayant donné ces réponses se situe entre 20% et 100%.

Ces résultats sont probablement dus à la conception du questionnaire, en effet un bon nombre de propositions similaires et/ou identiques ont été proposées lors du premier tour pour les deux métiers (AM et IPA).

Le tableau n°3 présente les résultats concernant les AM ainsi que les IPA.

Les mêmes résultats sont présentés dans le tableau n°3 (a) et tableau n°3 (b).

Ils regroupent les résultats concernant uniquement les AM (tableau n°3 (a)) et ceux concernant les IPA (tableau n°3 (b)).

Résultats du 1er tour Delphi - Propositions rejetées AM				
Critères	% 1 - 3	% 4 - 5	% 6 - 7	Moyenne
Les AM sont formés spécifiquement aux soins ambulatoires	30%	40%	30%	4,6
Les AM sont sous la direction du médecin	50%	30%	20%	4,5
Les AM réalisent une assistance clinique	30%	50%	20%	4
Les AM participent avec le MG à la coordination des soins	10%	60%	30%	4,8
Les AM effectuent des actes techniques (ECG, spirométrie, biologie, test PCR, dextro, bandelette urinaire...)	30%	10%	60%	4,7
Les AM garantissent un accès égalitaire aux soins	20%	50%	30%	4,5
Les AM sont des substituts aux MG	80%	20%	0%	1,7
Les AM valorisent l'éducation thérapeutique et la prévention	50%	20%	30%	3,7
Les AM orientent le patient dans le parcours de soin en pluri-professionnalité	30%	20%	50%	4,5
Les AM évaluent la balance bénéfice-risque de sa pratique	50%	20%	30%	3,7
Les AM informent et alertent le médecin concernant l'évolution du dossier patient	20%	40%	40%	4,8
Les AM remplissent et complètent les dossiers administratifs d'aides (APA, handicap, ALD...)	40%	30%	30%	4
Les AM créent un plan de soin personnalisé	90%	10%	0%	2,2
Les AM sont un leader de l'équipe de soin	90%	10%	0%	2,1
Les AM ont des plages de rendez-vous	100%	0%	0%	1,8
Les AM ont des plages d'urgence	90%	10%	0%	1,8
Les AM sont autonomes mais complémentaires aux MG	80%	20%	0%	2,3
Les AM font la promotion de leur métier	30%	20%	50%	4,7
Les AM permettent de reformuler et expliciter les prescriptions	40%	50%	10%	3,5
Les AM évaluent les politiques de santé	100%	0%	0%	1,6
Les AM adoptent une valorisation du patient dans sa globalité	30%	20%	50%	4,7

Les experts ont attribué une note moyenne sur les critères concernant l'AM comprise entre 1,6 et 4,8.

Les experts sont tous (100%) d'accord pour contester le fait que les AM aient des plages de rendez-vous et évaluent les politiques de santé.

90% des experts contredisent également les propositions suivantes :

- Les AM créent un plan de soin personnalisé,
- Les AM sont un leader de l'équipe de soin,
- Les AM ont des plages d'urgence.

Quatre propositions ressortent avec une note comprise entre 6 et 7 avec un pourcentage d'experts ayant donné ces réponses supérieur à 50% :

- Les AM effectuent des actes techniques (ECG, spirométrie, biologie, test PCR...),
- Les AM orientent le patient dans le parcours de soin en pluri-professionnalité,
- Les AM font la promotion de leur métier,
- Les AM adoptent une valorisation du patient dans sa globalité.

53% des experts ont attribué une note allant de 1 à 3, 25,5% ont attribué une note de 4 à 5 et enfin 21,5% une note comprise entre 6 et 7 pour les AM. Ces propositions ont donc été rejetées.

Résultats du 1er tour Delphi - Propositions rejetées IPA				
Critères	% 1 - 3	% 4 - 5	% 6 - 7	Moyenne
Les IPA sont formés spécifiquement aux soins ambulatoires	20%	30%	50%	4,8
Les IPA sont sous la direction du médecin	50%	30%	20%	3,5
Les IPA sont sous la supervision du médecin	50%	20%	30%	3,6
Les IPA réalisent une assistance administrative	70%	20%	10%	2,8
Les IPA sont des substituts aux MG	60%	20%	20%	2,9
Les IPA travaillent sous un contrat exclusif avec les MG	70%	20%	10%	2,6
Les IPA sont un leader de l'équipe de soin	40%	10%	50%	4,4
Les IPA ont des plages d'urgence	30%	40%	30%	4,1
Les IPA prescrivent des ordonnances et des traitements	100%	0%	0%	1,4

Au sujet des IPA, les critères ont obtenu ici une note moyenne un peu plus large, comprise entre 1,4 et 4,8.

A l'unanimité (100%), les experts contredisent la proposition sur la prescription des ordonnances et des traitements par l'IPA.

Deux propositions émergent avec une note comprise entre 6 et 7 avec un pourcentage d'experts ayant donné ces réponses égal à 50% :



- Les IPA sont formées spécifiquement aux soins ambulatoires,
- Les IPA sont un leader de l'équipe de soin.

54% des experts ont attribué une note allant de 1 à 3, 21% ont attribué une note de 4 à 5 et enfin 25% une note comprise entre 6 et 7 pour les IPA.

Ces propositions ont donc été rejetées.

## D) Propositions ayant nécessité un second tour Delphi

15 propositions ayant obtenu une note moyenne supérieure ou égale à 5 et inférieure à 6 ont été reformulées, pour définir un consensus.

Les résultats sont présentés dans le tableau n° 4 ci-dessous :

<b>Résultats du 1er tour Delphi - Propositions à reformuler</b>				
Critères	% 1 - 3	% 4 - 5	% 6 - 7	Moyenne
Les AM sont sous la supervision du médecin	10%	40%	50%	5,3
Les MG délèguent des tâches aux IPA	20%	20%	60%	5,3
Les IPA effectuent une veille sanitaire du dossier médical	0%	30%	70%	5,9
Les AM effectuent une veille sanitaire du dossier médical	0%	70%	30%	5,2
Les AM s'assurent que le patient n'est pas isolé	10%	20%	70%	5,4
Les IPA travaillent sous un contrat exclusif avec l'équipe soignante	20%	10%	70%	5,5
Les AM travaillent sous un contrat exclusif l'équipe soignante	20%	20%	60%	5
Les IPA évaluent la balance bénéfice-risque de sa pratique	20%	20%	60%	5,3
Les AM partagent les problèmes éthiques, cliniques, administratifs à son équipe	10%	30%	60%	5,4
Les AM doivent se soumettre à un développement professionnel continu	20%	10%	70%	5,5
Les IPA remplissent et complètent les dossiers administratifs d'aides (APA, handicap, ALD....)	30%	20%	50%	5
Les IPA ont des plages de rendez-vous	10%	30%	60%	5,3
Les AM savent orienter le patient vers le MG au besoin	20%	40%	40%	5,1
Les IPA évaluent les politiques de santé	10%	20%	70%	5,7
Les IPA prescrivent des ordonnances et des traitements	10%	30%	60%	5,7

Pour chaque critère, nous retrouvons la répartition des notes en pourcentage (%) ainsi que sa note moyenne notée sur 7.

Les résultats ayant amené à une reformulation ont une moyenne allant de 5 à 5,9.

13% des réponses obtenues seulement n'ont pas de résultats entre 1 et 3.

Pour les réponses ayant donné des résultats entre 1 et 3, le pourcentage d'experts ayant donné ces réponses n'excède pas les 20% à l'exception d'une proposition qui atteint les 30%.

Pour les réponses entre 4 et 5, le pourcentage d'experts ayant donné ces réponses se situe entre 10% et 40% à l'exception encore une fois d'un critère qui obtient 70%. Les réponses entre 6 et 7, le pourcentage d'experts ayant donné ces réponses se place entre 30% et 70%.

Le tableau n°4 présente les résultats concernant les AM ainsi que les IPA.

Les mêmes résultats sont présentés dans le tableau n°4 (a) et tableau n°4 (b).

Ils regroupent les résultats concernant uniquement les AM (tableau n°4 (a)) et ceux concernant les IPA (tableau n°4 (b)).

<b>Résultats du 1er tour Delphi - Propositions à reformuler AM</b>				
Critères	% 1 - 3	% 4 - 5	% 6 - 7	Moyenne
Les AM sont sous la supervision du médecin	10%	40%	50%	5,3
Les AM effectuent une veille sanitaire du dossier médical	0%	70%	30%	5,2
Les AM s'assurent que le patient n'est pas isolé	10%	20%	70%	5,4
Les AM travaillent sous un contrat exclusif avec l'équipe soignante	20%	20%	60%	5
Les AM partagent les problèmes éthiques, cliniques, administratifs à son équipe	10%	30%	60%	5,4
Les AM doivent se soumettre à un développement professionnel continu	20%	10%	70%	5,5
Les AM savent orienter le patient vers le MG au besoin	20%	40%	40%	5,1

Les experts ont attribué une note moyenne sur les critères concernant l'AM comprise entre 5 et 5,5.

Aucun expert n'a attribué de note allant de 1 à 3 pour la proposition suivante :

- Les AM effectuent une veille sanitaire du dossier médical.

70% des experts lui ont attribué une note comprise entre 4 et 5.

Deux propositions ressortent avec 70% des experts qui ont attribué une note entre 6 et 7 :

- Les AM s'assurent que le patient n'est pas isolé,
- Les AM doivent se soumettre à un développement professionnel continu.

71% des propositions ressortent avec 50% ou plus d'experts qui ont donné une note qui se situe entre 6 et 7.

13% des experts ont attribué une note allant de 1 à 3, 33% ont attribué une note de 4 à 5 et enfin 54% une note comprise entre 6 et 7 pour les AM. Ces propositions ont donc été reformulées.

Résultats du 1er tour Delphi - Propositions à reformuler IPA				
Critères	% 1 - 3	% 4 - 5	% 6 - 7	Moyenne
Les MG délèguent des tâches aux IPA	20%	20%	60%	5,3
Les IPA effectuent une veille sanitaire du dossier médical	0%	30%	70%	5,9
Les IPA travaillent sous un contrat exclusif l'équipe soignante	20%	10%	70%	5,5
Les IPA évaluent la balance bénéfice-risque de sa pratique	20%	20%	60%	5,3
Les IPA remplissent et complètent les dossiers administratifs d'aides (APA, handicap, ALD....)	30%	20%	50%	5
Les IPA ont des plages de rendez-vous	10%	30%	60%	5,3
Les IPA évaluent les politiques de santé	10%	20%	70%	5,7
Les IPA prescrivent des ordonnances et des traitements	10%	30%	60%	5,7

Concernant les IPA, les experts ont attribué une note moyenne sur les critères se situant entre 5 et 5,9.

Aucun expert (0%) n'a attribué de note allant de 1 à 3 pour la proposition suivante :

- Les IPA effectuent une veille sanitaire du dossier médical.

Mais 70% des experts lui ont attribué une note comprise entre 6 et 7.

Trois propositions ressortent avec 70% des experts qui ont attribué une note entre 6 et 7 :

- Les IPA effectuent une veille sanitaire du dossier médical,
- Les IPA travaillent sous un contrat exclusif à l'équipe soignante,
- Les IPA évaluent les politiques de santé.

100% des propositions ressortent avec 50% ou plus d'experts qui leur donnent une note qui se situe entre 6 et 7.

15% des experts ont attribué une note allant de 1 à 3,

22,5% ont attribué une note de 4 à 5 et 62,5% une note comprise entre 6 et 7 pour les AM.

Ces propositions ont donc été reformulées.

Les propositions ayant obtenu une note moyenne strictement entre 5 et 6 ont été reformulées en partie grâce à l'analyse des commentaires émis.

Les commentaires et leur analyse qualitative vous sont présentés ci-après.

## **E) Analyse et résultats de l'analyse qualitative des commentaires :**

### **Assistants médicaux :**

Il existe une ambiguïté dans les réponses des experts. Les AM ont une formation « uniquement administrative », mais ils peuvent exercer lors de « petits actes médicaux » ou « de petites urgences ». Il n'y a pas de petit acte ou de petite urgence. Il y a des actes qui peuvent être partagés ou délégués sur des protocoles pluri-professionnels ou une fiche de poste.

Les AM dépendent étroitement du médecin, ils leurs sont « intrinsèques ».

Leurs interventions dépendent de leur recrutement dans la structure. Il faut pour cela « définir les besoins soit d'un cabinet, d'une structure ou d'un regroupement de médecins non associés ».

Ils peuvent préparer l'examen clinique mais ne peuvent pas le faire eux-mêmes, l'examen clinique restant un acte médical.

Le dossier médical reste sous la responsabilité du médecin.

Le rôle de l'AM reste limité dans la coordination des soins.

Les AM n'effectuent pas d'actes techniques (ECG, spirométrie, biologie, test PCR, dextro, bandelette urinaire...) mais cela reste à définir en fonction de leur formation.

L'AM « n'interagit pas forcément au domicile du patient ».

L'AM effectue les tâches déléguées par le médecin et reste toujours sous sa direction et sa supervision.

Un patient ne peut être dirigé vers tel ou tel professionnel de santé par un AM, c'est le médecin qui dirige le parcours de soin et le plan de soin personnalisé.

L'AM ne donne pas de conseils médicaux. Il peut au besoin les reformuler.

L'AM peut préparer des dossiers médicaux mais la signature et la responsabilité incombe au médecin.

Les AM se conforment aux plages d'urgence du médecin.

L'AM ne peut rédiger une ordonnance ni la renouveler.

### **Infirmière de pratiques avancées :**

L'IPA est formée pour la pratique globale des soins chroniques et des soins de petite urgence.

L'IPA est complémentaire au médecin.

L'IPA a un rôle important dans les soins et le suivi du patient.

L'IPA est autonome car son exercice est libéral.

Le dossier médical reste sous la responsabilité du médecin.

« Les IPA sont des super infirmières et non pas des petits médecins »

Les IPA peuvent être substitués du médecin à certains niveaux, comme en soins primaires, ce qui existe dans d'autres pays.

Une IPA peut reformuler les conseils médicaux.

Une IPA peut préparer des dossiers médicaux mais la responsabilité incombe au médecin.

Une IPA peut proposer au médecin de renouveler l'ordonnance sans voir le patient.

## **F) Propositions ayant amené à un consensus avec un deuxième et dernier tour Delphi**

Les propositions ayant obtenu une note moyenne inférieure à 3 ont été reformulées par la négative, pour ne pas omettre de consensus, l'exercice étant difficile en étudiant deux métiers à la fois.

A l'aide de l'analyse qualitative des commentaires (effectuée à l'aveugle par deux experts, ayant mis en commun leurs analyses personnelles) et des propositions à reformuler, nous

avons pu émettre un second questionnaire soumis aux experts, celui-ci comportant 32 propositions.

Un troisième tour Delphi n'a pas été nécessaire devant la saturation des données au terme du deuxième tour, en effet, toutes les propositions soumises aux experts ont obtenu un consensus.

Les résultats du dernier tour sont présentés dans le tableau n°5 ci-dessous :

Résultat du 2ème tour Delphi				
Critères	% 1 - 3	% 4 - 5	% 6 - 7	Moyenne
Un AM dépend du médecin, il est sous sa supervision	0%	0%	100%	6.8
Un AM est intrinsèque au médecin	10%	0%	90%	6.4
Une IPA effectue des tâches, pouvant être déléguées par le MG, dans son champ de compétence	0%	10%	90%	6.7
Une IPA peut effectuer une veille sanitaire du dossier médical, qui reste sous la responsabilité du médecin	0%	20%	80%	6.4
Les IPA peuvent compléter le dossier médical, qui reste sous la supervision du médecin	10%	10%	80%	6.3
Un AM doit rechercher et informer si le patient est isolé ou non	0%	10%	90%	6.6
Un AM peut préparer un examen clinique, mais ne le fait pas lui-même	0%	0%	100%	6.9
Le rôle de l'AM reste limité dans la coordination des soins	10%	0%	90%	6.2
Une IPA est sous contrat avec l'équipe soignante ou la structure médicale	0%	0%	100%	6.9
Un AM a une formation administrative	0%	10%	90%	6.6
Le rôle de l'AM dépend des besoins du MG ou du cabinet médical	0%	0%	100%	6.9
L'AM n'interagit pas forcément au domicile du patient	0%	10%	90%	6.6
L'AM effectue les tâches déléguées par le médecin et reste toujours sous sa direction et sa supervision	0%	0%	100%	6.9
L'AM ne donne pas de conseils médicaux	10%	10%	80%	6.2
L'AM peut, au besoin, reformuler les conseils médicaux donnés par le MG	0%	0%	100%	6.8
L'AM peut préparer des dossiers médicaux mais la responsabilité incombe au médecin	0%	10%	90%	6.7
L'AM se conforme aux plages d'urgence du médecin	0%	0%	100%	6.7
L'AM ne peut rédiger une ordonnance ni la renouveler	10%	0%	90%	6.4
L'AM travaille sous contrat exclusif avec le médecin	0%	0%	100%	6.8
Les IPA doivent mesurer la balance bénéfice-risque de leur champ de compétence	10%	0%	90%	6.4
Les AM partagent les problèmes éthiques, cliniques et administratifs au médecin	0%	0%	100%	6.8
Les AM doivent se former au cours de leur cursus, et maintenir leurs connaissances à jour	0%	0%	100%	6.9
Une IPA peut remplir et compléter les dossiers administratifs d'aide (APA, handicap, ALD ...) mais la signature et la responsabilité incombe au médecin	0%	0%	100%	6.9
Les IPA ont leur propre planning	0%	10%	90%	6.6
Les AM doivent contacter le MG ou orienter le patient vers le MG au besoin	10%	0%	90%	6.2
Les IPA se tiennent à jour des politiques de santé	0%	0%	100%	6.8
Les IPA peuvent prescrire des ordonnances et des traitements dans leur champ de compétence	10%	20%	70%	6.0
Une IPA peut reformuler des conseils médicaux	0%	0%	100%	6.9
Une IPA peut proposer au médecin de renouveler l'ordonnance sans voir le patient, si l'IPA juge que la situation est stable	0%	20%	80%	6.3
Le dossier médical est propre au médecin, pas à l'AM	10%	0%	90%	6.4
Les AM suivent les plages de rendez-vous du médecin	0%	10%	90%	6.6
Un AM ne prescrit ou ne renouvelle aucun traitement ou ordonnance	0%	20%	80%	6.5

Pour chaque critère, nous retrouvons la répartition des notes en pourcentage (%) ainsi que sa note moyenne notée sur 7.

Les résultats ayant amené à un consensus ont une moyenne allant de 6 à 6,9.

Près de 72% des réponses obtenues (23 sur 32) n'ont pas de résultats entre 1 et 3, 59% (19 réponses sur 32) n'en ont pas entre 4 et 5 et 100% des réponses en obtiennent entre 6 et 7.

Pour les réponses avec une note entre 1 et 3, le pourcentage d'experts ayant donné ces réponses n'excède pas les 10%, pour les réponses entre 4 et 5, le pourcentage d'experts ne dépasse pas les 20%. Concernant les réponses entre 6 et 7 le pourcentage d'experts ayant donné ces réponses est supérieur ou égal à 70%.

Le tableau n°5 présente les résultats concernant les AM ainsi que les IPA.

Les mêmes résultats sont présentés dans le tableau n°5 (a) et tableau n°5 (b).

Ils regroupent les résultats concernant uniquement les AM (tableau n°5 (a)) et ceux concernant les IPA (tableau n°5 (b)).



Résultat du 2ème tour Delphi - AM				
Critères	% 1 - 3	% 4 - 5	% 6 - 7	Moyenne
Un AM dépend du médecin, il est sous sa supervision	0%	0%	100%	6.8
Un AM est intrinsèque au médecin	10%	0%	90%	6.4
Un AM doit rechercher et informer si le patient est isolé ou non	0%	10%	90%	6.6
Un AM peut préparer un examen clinique, mais ne le fait pas lui-même	0%	0%	100%	6.9
Le rôle de l'AM reste limité dans la coordination des soins	10%	0%	90%	6.2
Un AM a une formation administrative	0%	10%	90%	6.6
Le rôle de l'AM dépend des besoins du MG ou du cabinet médical	0%	0%	100%	6.9
L'AM n'interagit pas forcément au domicile du patient	0%	10%	90%	6.6
L'AM effectue les tâches déléguées par le médecin et reste toujours sous sa direction et sa supervision	0%	0%	100%	6.9
L'AM ne donne pas de conseils médicaux	10%	10%	80%	6.2
L'AM peut, au besoin, reformuler les conseils médicaux donnés par le MG	0%	0%	100%	6.8
L'AM peut préparer des dossiers médicaux mais la responsabilité incombe au médecin	0%	10%	90%	6.7
L'AM se conforme aux plages d'urgence du médecin	0%	0%	100%	6.7
L'AM ne peut rédiger une ordonnance ni la renouveler	10%	0%	90%	6.4
L'AM travaille sous contrat exclusif avec le médecin	0%	0%	100%	6.8
Les AM partagent les problèmes éthiques, cliniques et administratifs au médecin	0%	0%	100%	6.8
Les AM doivent se former au cours de leur cursus, et maintenir leurs connaissances à jour	0%	0%	100%	6.9
Les AM doivent contacter le MG ou orienter le patient vers le MG au besoin	10%	0%	90%	6.2
Le dossier médical est propre au médecin, pas à l'AM	10%	0%	90%	6.4
Les AM suivent les plages de rendez-vous du médecin	0%	10%	90%	6.6
Un AM ne prescrit ou ne renouvelle aucun traitement ou ordonnance	0%	20%	80%	6.5

Les experts ont attribué une note moyenne sur les critères concernant l'AM comprise entre 6,2 et 6,9.

Les propositions suivantes font consensus auprès de la totalité des experts (100%) :

- Un AM dépend du médecin, il est sous sa supervision,
- Un AM peut préparer un examen clinique, mais ne le fait pas lui-même,
- Le rôle de l'AM dépend des besoins du MG ou du cabinet médical,
- L'AM effectue les tâches déléguées par le médecin et reste toujours sous sa direction et sa supervision,
- L'AM peut, au besoin, reformuler les conseils médicaux donnés par le MG,
- L'AM se conforme aux plages d'urgences du médecin,
- L'AM travaille sous contrat exclusif avec le médecin,
- L'AM partage les problèmes éthiques, cliniques et administratifs au médecin,

- Les AM doivent se former au cours de leur cursus et maintenir leurs connaissances à jour.

Presque 29% des critères (6 sur 21) ont reçu une note allant de 1 à 3, 33% (7 sur 21) ont reçu une note de 4 à 5. Enfin la totalité des propositions ont obtenu au moins 80% de réponses entre 6 et 7. Ces propositions ont donc amené à un consensus.

Résultat du 2ème tour Delphi - IPA				
Critères	% 1 - 3	% 4 - 5	% 6 - 7	Moyenne
Une IPA effectue des tâches, pouvant être déléguées par le MG, dans son champ de compétence	0%	10%	90%	6.7
Une IPA peut effectuer une veille sanitaire du dossier médical, qui reste sous la responsabilité du médecin	0%	20%	80%	6.4
Les IPA peuvent compléter le dossier médical, qui reste sous la supervision du médecin	10%	10%	80%	6.3
Une IPA est sous contrat avec l'équipe soignante ou la structure médicale	0%	0%	100%	6.9
Les IPA doivent mesurer la balance bénéfice-risque de leur champ de compétence	10%	0%	90%	6.4
Une IPA peut remplir et compléter les dossiers administratifs d'aide (APA, handicap, ALD ...) mais la signature et la responsabilité incombe au médecin	0%	0%	100%	6.9
Les IPA ont leur propre planning	0%	10%	90%	6.6
Les IPA se tiennent à jour des politiques de santé	0%	0%	100%	6.8
Les IPA peuvent prescrire des ordonnances et des traitements dans leur champ de compétence	10%	20%	70%	6.0
Une IPA peut reformuler des conseils médicaux	0%	0%	100%	6.9
Une IPA peut proposer au médecin de renouveler l'ordonnance sans voir le patient, si l'IPA juge que la situation est stable	0%	20%	80%	6.3

Au sujet des IPA, les critères ont obtenu une note moyenne comprise entre 6 et 6,9.

Les experts sont tous (100%) d'accord pour affirmer que :

- Les IPA sont sous contrat avec l'équipe soignante ou la structure médicale,
- Une IPA peut remplir et compléter les dossiers administratifs d'aide (APA, MDPH, ALD etc..) mais la signature et la responsabilité incombe au médecin,
- Les IPA se tiennent à jour des politiques de santé,
- Une IPA peut reformuler des conseils médicaux.

Une majorité (90%) des experts fait également ressortir un consensus pour les propositions suivantes :

- Une IPA effectue des tâches, pouvant être déléguées par le MG, dans son champ de compétence,
- Les IPA doivent mesurer la balance bénéfico-risque de leur champ de compétence,
- Les IPA ont leur propre planning.

## **IX) Discussion :**

Selon l'avenant 7 à la convention médicale le 20 juin 2019 portant sur l'arrêté du 14 août 2019 (108, 109), précisant le cadre des missions des assistants médicaux, la Fédération des Maisons et Pôles de Santé Ile de France (FEMASif), la Fédération Nationale des Centres de Santé (FNCS) et l'Assurance Maladie s'accordent sur les rôles et missions de l'assistant médical (110, 111, 112).

Les assistants médicaux permettent donc de favoriser un meilleur accès aux soins des patients, d'assurer de meilleures conditions d'exercice et de rechercher davantage d'efficacité. Le médecin choisit en toute liberté les missions qu'il veut lui confier.

Les missions doivent se distinguer d'autres catégories de métiers comme Infirmière diplômée d'État, secrétaire, mais restent à l'appréciation des centres de santé selon leur besoin.

Trois axes principaux constituent ce métier :

- Administratif : l'AM s'occupe de l'accueil du patient, de la recherche des informations administratives et médicales du patient, de la création et de la gestion de son dossier administratif...
- En lien avec la consultation : l'AM peut aider à déshabiller et habiller un patient, il peut prendre les constantes, il prépare et aide aux gestes techniques. Il aide

également à la mise à jour du dossier médical (mode de vie, vaccinations, dépistages) ...

- D'organisation et de coordination : les AM font des missions de coordination, en lien avec les autres acteurs du parcours du patient (110, 111, 112).

Ces trois axes principaux sont en adéquation avec les consensus des AM retrouvés dans notre étude.

Cependant, nous voyons que toutes les fonctions précédemment présentées ne sont pas encore ancrées. Les AM ne font pas de veille sanitaire ni de mise à jour du dossier car la « responsabilité du dossier médical incombe au médecin » selon le dernier commentaire de notre étude.

Selon les experts, l'AM n'interagit pas forcément au domicile du patient mais « il peut aller au domicile en fonction des besoins du médecin ». Selon d'autres experts, « l'AM n'est pas présent au domicile ».

L'AM a une formation administrative, « pas uniquement, avec d'autres formations humaines, comptables, sociologiques ».

Nous retrouvons également une place limitée des AM dans la coordination des soins, ce qui n'est pas en accord avec l'avenant 7 non plus, mais certains commentaires sont contradictoires. En effet « la coordination reste principalement médicale » mais l'AM peut faire « la gestion administrative du dossier patient (mise à jour des antécédents, gestion du retour des protocoles de soins, exécution des tâches administratives) ».

Une seule réponse de notre deuxième tour Delphi nous est revenue sans consensus avec de nombreux avis divergents. En effet, les AM n'effectuent pas d'actes techniques (ECG, spirométrie, biologie, test PCR, dextro, bandelette urinaire...), selon la note moyenne

donnée par les experts qui est de 4.2 sur 7. Cependant, les commentaires sont en complète contradiction avec cette moyenne. En effet, pour les experts, « c'est au contraire tout l'avantage d'avoir l'AM », « c'est le principe de l'AM » et « ils peuvent le faire avec une formation spécifique mais sans interprétation des résultats ».

La question a probablement été mal posée et pourrait être complétée dans une prochaine étude.

Le « Readiness for Interprofessionnel Learning Scale (RIPLS) » a été traduit en version française abrégée par « l'Echelle de réceptivité à l'apprentissage interprofessionnel (ERAI) (113).

C'est un outil, qui a été validé auprès des étudiants de programmes postsecondaires en santé (114) qui possède 16 questions, et permet de mesurer l'apprentissage interprofessionnel selon le contexte professionnel (comme les médecins, infirmières, diététiciennes, psychologues...).

Cet outil possède trois sous échelles :

- « Le partage des connaissances (Shared learning) »,
- « Le travail d'équipe (Teamwork) »,
- « L'intérêt pour l'apprentissage interprofessionnel (Interest for IPL) ».

Cet outil pourrait être utilisé au sujet des AM pour mesurer l'apprentissage interprofessionnel de cette nouvelle profession et peut-être confirmer les consensus retrouvés dans notre étude.

Pour les IPA, les résultats du consensus nous montrent une adéquation avec : les rôles non traditionnels des infirmiers de l'étude de Kviz et al., (115), les 5 compétences principales exprimées par Hamric et al (116), sur les compétences centrales acquises au master en sciences infirmières qui sont à la base de la pratique infirmière avancée selon Morin et Eicher (117), des fiches de postes des IPA par ARS en 2020, les compétences qu'une IPA doit acquérir sur législation (118).

Nous pouvons mettre en relation ces résultats avec les 17 domaines clés, appelés également grappes, retrouvés dans une revue de la littérature (119). Ils sont :

- « La recherche »
- « Le leadership clinique et professionnel »
- « Le mentorat et le coaching »
- « La collaboration et les relations interprofessionnelles »
- « Le jugement clinique expert »
- « La pratique éthique et juridique »
- « L'éducation et l'enseignement »
- « La gestion de la qualité et de la sécurité »
- « Le conseil »
- « La gestion des soins »
- « La pratique fondée sur les preuves »
- « L'autonomie professionnelle »
- « La promotion à la santé »
- « La communication »
- « Les compétences culturelles »
- « Plaidoyer (avocat du patient) »
- « La gestion du changement ».

Selon Kviz et al, (115), les IPA peuvent :

- a) « Prescrire des tests diagnostiques (biologie/ radio thorax) »
- b) « Diagnostiquer des maladies mineures (angine, otite...) »
- c) « Diagnostiquer des maladies mineures (lacérations, entorses...) »
- d) « Exécuter des chirurgies mineures (sutures...) »
- e) « Prescrire des médicaments pour les maladies mineures (cystites...) »
- f) « Effectuer des examens vaginaux annuels »
- g) « Décider si le patient doit voir son médecin ou non »
- h) « Faire le suivi des maladies chroniques en ajustant les thérapies de fond ».

Ces rôles donnés aux IPA sont en adéquation avec le résultat de notre étude et mériterait un approfondissement par une recherche plus ciblée.

Certains commentaires sont divergents avec les notes moyennes reçues pour certaines propositions.

Une IPA peut proposer au médecin de renouveler l'ordonnance sans voir le patient, si l'IPA juge que la situation est stable. Mais selon les commentaires « il est préférable d'être vu par le médecin traitant » et « c'est le médecin qui doit juger si la situation est stable ou pas », « ce n'est pas l'IPA qui juge la situation ». Cela montre la difficulté du partage des compétences.

Les IPA peuvent prescrire des ordonnances et des traitements dans leur champ de compétence, cependant pour un expert « c'est ce qui se dit, mais il est difficile d'imaginer une prescription sans validation médicale ».

Un consensus a également été donné pour : une IPA peut remplir et compléter les dossiers administratifs d'aide (APA, handicap, ALD...) mais la signature et la

responsabilité incombe au médecin, cependant des commentaires divergent également. Pour certains « ce n'est pas leur rôle » et pour d'autres « cela peut être un gain de temps ».

Certains experts se questionnent également sur : les IPA doivent mesurer la balance bénéfice-risque de leurs compétences. En effet ils se demandent « quels risques peuvent avoir leurs compétences ? ».

Les experts s'accordent également sur le fait que les IPA remplissent le dossier médical qui reste sous la supervision du médecin. Cependant pour certains « les IPA complètent le dossier sans supervision, ça serait chronophage perdant l'intérêt de l'IPA ».

## **X) Limites de l'étude :**

Malgré le peu de références scientifiques à ce jour trouvées sur ces questions des nouveaux métiers de la santé, interroger les médecins sur ces deux métiers simultanément a permis de constater que les contours étaient encore flous sur certaines tâches et fonctions.

Étudier le ressenti des IPA ou des AM par des études qualitatives du point de vue des usagers à ces nouveaux métiers, dans un esprit de démarche qualité, serait des pistes de nouvelles recherches.

Nous avons omis dans le questionnaire de demander si les MSP étaient terrain de stage pour les AM et les IPA.



Une autre limite réside dans le fait qu'il existe 194 MSP en Hauts de France dont 66 adhérentes à la FEMAS. Ce sont les MSP de la FEMAS qui ont été questionnées. Choix assumé afin de se fonder sur l'existant de l'organisation régionale de structures coordonnées.

En effet, les relations des professionnels de santé avec la FEMAS peuvent être un frein dans notre étude. Mais leur aide dans notre étude nous a été indispensable. Leurs connaissances des MSP, des professionnels et de la région Hauts de France, nous a probablement permis de toucher un public plus large et de gagner un temps considérable dans l'envoi de notre étude.

Les IPA et les AM peuvent travailler également dans d'autres structures : centres de santé, mais aussi cabinets de groupe.

Les réponses seraient peut-être différentes dans des modes d'exercice différents.

## **XI) Conclusion :**

Le profil de ces deux métiers est bien cerné par les questionnés. Les AM et les IPA ont des rôles communs. Ils permettent un meilleur accès aux soins des patients, d'assurer de meilleures conditions d'exercice et de permettre une meilleure efficacité des soins.

Pour l'AM ses missions lui sont confiées par le médecin généraliste avec qui il est sous contrat exclusif. Il dépend du médecin et reste sous sa supervision.

Ses missions sont multiples. L'AM est polyvalent : il peut gérer le côté administratif, ce qui gravite autour de la consultation et s'occupe de missions de coordination et d'organisation même si certaines missions ne sont pas encore ancrées pour certains questionnés.

Les IPA ont une autre facette. Elles sont autonomes mais complémentaires au médecin et effectuent des tâches dans leur champ de compétence. Elles sont quant à elles, sous contrat avec l'équipe soignante. Elles sont polyvalentes tant en prescription d'ordonnances et de traitements, de suivi chronique, d'actes techniques (ECG, spirométrie, biologie, test PCR, dextro, bandelette urinaire ...), d'éducation thérapeutique et de prévention. Elles ont des missions de collaboration et de leadership, d'expertise et de pratique clinique, ainsi qu'une pratique fondée sur l'éthique et la recherche.

De nombreux actes, pour nos questionnés, restent sous la supervision et sous la responsabilité du médecin. Il reste difficile pour certains d'imaginer mettre leur responsabilité médicale en jeu sans leur supervision.

Le résultat est quand même intéressant : même dans les MSP des Hauts De France appartenant à la FEMAS, la question du partage de compétences est frileuse et les contours de l'AM et de l'IPA sont flous. De la théorie à la pratique le chemin est long. Volontarisme et militantisme ont des similitudes.

Pour réussir à partager toutes ces compétences et connaissances dans une démarche d'efficience de notre système de santé, il est nécessaire de sortir de sa zone de confort. C'est la question entre l'indépendance et l'interdépendance.

L'AM est en appui dans la facilitation.

L'IPA est en appui dans le suivi chronique.

Le coordinateur est en appui de l'interaction.

Le MG dans l'orchestration et la synthèse.

L'objectif n'est pas d'opposer un leadership à un autre.

La mission prime sur le statut. Mais pour que tout soit ancré, la route est longue : « Rome ne s'est pas construite en un jour ».

## **BIBLIOGRAPHIE :**

1 : Leroux L, Riem B. Bilan démographique 2019. Insee Flash Hauts de France. 2019.

2 : Véga A, Cabé MH, Blandin O. Cessation d'activité libérale des médecins généralistes : motivations et stratégies, DREES, dossiers solidarités et santé n°6, 2008.

3 : Juilhard JM, Crochemore B, Touba A, Vallancien G, Chambaud L, Schaetzel F. Le bilan des maisons et pôles de santé et les propositions pour leur déploiement. La Documentation française, 2010.

4 : Bertrand D, Bontoux D, Plouin PF, Richard F, Rouëssé J. Analyse du plan « Ma Santé 2022, un engagement collectif » et propositions de l'Académie nationale de médecine. Rapport 19-03. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, juillet 2019.

5 : Safon MO. La loi relative à l'organisation et la transformation du système de santé. Synthèse documentaire, septembre 2019.

6 : Organisation mondiale de la Santé. Déclaration d'Alma-Ata. Conférence internationale sur les soins de santé primaires, 6-12 septembre 1978. Disponible sur : [http://www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/alma\\_ata\\_declaration/fr/](http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/)

7 : Ruellan R. La gouvernance de la sécurité sociale à partir du plan Juppé de 1995. Vie sociale numéro 10, 2015.

- 8 : Richevaux M. Les « lois Aubry » relatives aux 35 heures, ou l'irrésistible ascension de la flexibilité. Innovations, numéro 13, 2001.
- 9 : Cardin H. La loi du 4 mars 2002 dite « loi Kouchner ». Les tribunes de la santé, numéro 42, 2014.
- 10 : Journal Officiel de la République Française. LOI numéro 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. JORF numéro 0022 du 27 janvier 2016.
- 11 : Fournier C. Concevoir une maison de santé pluri-professionnelle : paradoxes et enseignements d'une innovation en actes. Sciences sociales et santé, volume 32, 2014. Disponible sur : <https://doi.org/10.3917/sss.322.0067>
- 12 : Bourdillon F, Mosnier A, Godard J. Des missions de santé publique pour les médecins généralistes. Santé Publique, volume 20, 2008. Disponible sur : <https://doi.org/10.3917/spub.085.0489>
- 13 : Fauchier-Magnan E, Wallon V. Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé. Appui à la DGOS, Irdes, 2018. Disponible sur : [https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/IGAS2018-041R\\_.pdf](https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/IGAS2018-041R_.pdf)
- 14 : Calvez C. Parcours (de soins, de santé, de vie) et Coordination. Dossier Documentaire. Service Documentaire EHESP, 2019.
- 15 : Planel MP, Varnier F, Véran O. Les fondements du virage ambulatoire : Pour une réforme de notre système de santé. Presses de l'EHESP, 2017.

16 : Grangier J. Le vieillissement de la population entraîne une hausse des dépenses de santé liées aux affections de longue durée. Dress. Etudes et Résultats, 2018.

17 : Stratégie nationale de Santé. Feuille de route. Présentée par Touraine M. 2013.  
S'appuyant sur Cordier A, Chêne G, Duhamel G et al. Un projet global pour la stratégie nationale de santé : 19 recommandations du comité des « sages », juin 2013.

18 : Hilary S, Legrand MM, Pen L. Près de 110 000 seniors dépendants en plus d'ici 2050. Insee Analyses Hauts de France. Numéro 114, novembre 2020.

19 : Belhakem N, Gicquiaux C. Une perte d'autonomie chez les seniors plus fréquente qu'au niveau national. Insee Flash Hauts de France. N° 46, juin 2018.

20 : Centre National de Gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière. Eléments statistiques de l'activité des personnels enseignants et hospitaliers titulaires et stagiaires (hospitalo-universitaire : HU). Situation au 1er janvier 2019. CNG. 2019.

21 : Gonzales L, Roussel R, Héal JC, Mikou M, Ferretti C. Les soins des médecins généralistes. Les dépenses de santé en 2017, édition 2018. DREES.

22 : Berland Y, Maffioli C, Bourgueil Y, Michel P, Rochaix L, Romaneix F, et al.  
Délégations, transferts, nouveaux métiers...comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? Recommandations HAS, en collaboration avec l'ONDPS. Haute autorité de santé. Septembre 2008.

23 : Annezo F, Chauvin F. Apprendre à travailler ensemble en formation initiale. Santé Education. 2014.

24 : De Pauw C. Les médecins généralistes face au défi de la précarité. Presses de l'EHESP. 2017.

25: Hoffman S, Thistlethwaite J, Moran M. Learning Outcomes for Interprofessional Education: Literature Review and Synthesis. J Interprof Care. Septembre 2010.

26 : Besbes M, Martial F, Naudy-Fesquet I, Roosz P, Tronyo J. Tableaux de l'économie française. Population par âge. Insee. Edition 2017. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2582785?sommaire=2587886>

27 : Blanpain N, Chardon O. Projections de population à l'horizon 2060. Un tiers de la population âgé de plus de 60 ans. INSEE. oct 2010. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281151>

28 : Rousseau A, D'Autume C. Ministère des Solidarités et de la Santé. Stratégie de transformation du système de santé. Rapport final : Transformer les conditions d'exercice des métiers dans la communauté hospitalière. Ministère des solidarités et de la santé. Septembre 2018.

29 : Bachelet M, Mikol F, Mothe J, Pereira E, Pla A, Vergier N. Portrait des professionnels de santé. Panoramas de la DREES Santé. 2016.

30 : Serin M. Maison de santé et service à la population : pour une autre organisation de notre système de santé ? Santé Publique. Volume 21. 2009.

31 : Freudenberger HJ. The staff burn-out syndrome in alternative institutions. Volume 12. 1975.

32 : Galam E. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses et perspectives. URML Ile-de-France. Juin 2017.

33 : Agence Régionale de Santé. Ma santé 2022, un engagement collectif. Dossier de Presse. Projet régional de santé des Hauts de France. Cadre d'orientation stratégique 2018-2028, février 2018.

34 : Bertrand D, Bontoux D, Plouin P-F, Richard F, Rouëssé J. Rapport 19-03. Analyse du plan « Ma Santé 2022, un engagement collectif » et propositions de l'Académie nationale de médecine. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. Juillet 2019.

35 : Safon MO. La loi relative à l'organisation et la transformation du système de santé. Synthèse documentaire. Septembre 2019.

36 : Agence Régionale de Santé. Cadre d'orientation stratégique - projet régional de santé des hauts-de-france 2018-2028, 2018.

37 : Chapon M. Engagement 10 : Soutenir une organisation des soins de ville adaptée à chaque territoire et à chaque patient. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020.

Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/pts/les-10-engagements-du->

pacte-territoire-sante/article/engagement-10-soutenir-une-organisation-des-soins-de-ville-  
adaptee-a-chaque

38 : Haute autorité de santé. Délégations, transferts, nouveaux métiers...comment  
favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ?

Recommandations HAS, en collaboration avec l'ONDPS. 2008 Avril.

39 : Code de la sécurité sociale. Article L162-5-3 Loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire.

Modifié par Ordonnance n°2018-20 du 17 janvier 2018 – art. 32. Journal Officiel de la

République Française numéro 0014 du 18 janvier 2018. Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000036504646/>

40 : Pribile P, Nabet N. Repenser l'organisation territoriale des soins. Rapport final.

Stratégie de transformation du système de santé. 18 septembre 2018.

41 : Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Rapport du HCCAM sur la

régulation du système de santé. Rapport adopté le 27 mai 2021.

42 : D'amour D. Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de  
santé de première ligne au Québec. Université de Montréal. 1997.

43 : D'amour D. L'action collective au sein d'équipes interdisciplinaires dans les services  
de santé. Sciences sociales et santé. 1999.



44 : Policard F. Apprendre ensemble à travailler ensemble : l'interprofessionnalité en formation par la simulation au service du développement des compétences collaboratives. Recherche en soins infirmiers. Numéro 117. 2014.

45 : Vézina N. Vers une médecine collaborative. Politiques des maisons de santé pluri-professionnelles en France. Septembre 2019.

46 : Richebet T. Soins non programmés en maisons de santé pluriprofessionnelles : de la pluri-professionnalité à l'interprofessionnalité. Thèse de docteur en médecine. Septembre 2020.

47 : Planel MP, Varnier F, Véran O (Préface). Les fondements du virage ambulatoire. Pour une réforme de notre système de santé. Presses de l'EHESP. 2017.

48 : Maria B, Delphine L, Florence C, Raphaël C, José P-M, Lorène F, et al. « LES NOUVEAUX METIERS DE LA COORDINATION ». Ecole des hautes études en santé publique. 2016.

49 : Crozier M, Friedberg E. Une « action organisée ». Paris, Le seuil, 1977.

50 : Autès M, Dufay MG. Maison de santé et aménagement du territoire : une dynamique à partager. Santé publique. Volume 21, supplément n°4, juillet-août 2009.

51 : Bergeron H, Moyal A. Quel avenir pour l'organisation des soins primaires en France ? Synthèse du séminaire pluridisciplinaire coordonné par la Chaire santé de Sciences Po.

52 : Bourgueil Y, Mousquès J, Marek A, Tajahmadi A. « Améliorer la répartition géographique des médecins : les mesures adoptées en France ». Irdes. Questions d'économie de la santé n° 122, mai 2017.

53 : Bourgueil Y, Le Fur P, Mousquès J, Yilmaz E. Coopération entre médecins généralistes et infirmières pour le suivi des patients diabétiques de type 2. Évaluation médico-économique de l'expérimentation ASALEE. Rapport Irdes. Décembre 2018.

54 : Le Fur P, Bourgueil Y, Cases C. Le temps de travail des médecins généralistes. Questions d'économie et de la santé. Numéro 144. Juillet 2009.

55 : Ministère des Solidarités et de la Santé. Où en sommes-nous des mesures d'accès aux soins dans les territoires ? Dossier d'information. Ma santé 2022 : un engagement collectif. Avril 2019.

56 : Foucroy AF. Discours sur le projet de loi relatif à l'exercice de la médecine. loi du 19 ventôse an XI. 1803.

57 : Léonard J. La France médicale. Médecins et malades au XIXe siècle. Novembre 1978.

58 : Frattini B. L'Infirmière de Pratique Avancée (IPA) : un nouveau métier ? MACSF. Juillet 2018. Disponible sur : <https://www.macsf.fr/Responsabilite-professionnelle/Cadre-juridique/infirmiere-de-pratique-avancee>

59 : Mccready G. Speak Medicine Inc. : Enjeux éthiques et politiques du travail des infirmières praticiennes dans les Groupes de médecine de famille au Québec. Avril 2018.

60 : Lecocq D, Mengal Y, Pirson M. Comment développer la pratique infirmière avancée dans des systèmes de soins de santé complexes ? Sante Publique. 26 mars 2015.

61 : Journal officiel de la République Française. Article 51 de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009. Loi Hôpital, patients, santé, territoire (HPST). JORF numéro 0167 du 22 juillet 2009.

Legifrance. Disponible sur :

[https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article\\_jo/JORFARTI000020879543](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000020879543)

62 : Loussouarn C, Franc C, Videau Y, Mousquès J. Impact de l'expérimentation de coopération entre médecin généraliste et infirmière Asalée sur l'activité des médecins. Revue d'économie politique, 2019.

63 : Code de Santé Publique. Dossier législatif : L'article 119 de la loi n°2016-41 du 26 Janvier 2016 créant l'article L. 4301-1, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal Officiel de la République Française numéro 0167 du 22 juillet 2009. Légifrance.fr.

64 : Code de Santé Publique. Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice à l'exercice infirmier en pratique avancée. Journal Officiel de la République Française numéro 0164 de juillet 2018. Legifrance.fr.

65 : Conseil international des infirmières. Domaine de pratique, normes et compétences pour l'infirmière de pratique avancée. Série du CII sur la réglementation. Genève, 2008.

66 : Conseil national de l'ordre des infirmiers. Infirmière de Pratique avancée en France. Position du conseil national de l'ordre des infirmiers. Position adoptée par le Conseil national le 6 avril 2017.

67 : Ministère des Solidarités et de la Santé. Dossier de presse : ma santé 2022, un engagement collectif, 18 septembre 2018.

68 : Delamaire M, Lafortune G. « Les pratiques infirmières avancées : Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés », Documents de travail de l'OCDE sur la santé, No. 54, Éditions OCDE, Paris, 2010.

69 : Ministère de la Solidarité de la Santé et de la Protection Sociale. Convention collective nationale du 14 octobre 1981 : personnel des cabinets médicaux. Paris, 1981.

70 : Journal Officiel de la République Française. Arrêté du 27 décembre 2004 relatif au titre professionnel de secrétaire assistant(e) spécialisé(e) médico-social(e). JORF numéro 8 du 11 janvier 2005. Légifrance. Disponible sur :  
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000445690>

71 : Journal Officiel de la République Française. Arrêté du 10 décembre 2007 portant révision de l'arrêté du 27 décembre 2004 relatif au titre professionnel de secrétaire assistant(e) spécialisé(e) médico-social(e). JORF numéro 0005 du 6 janvier 2008. Legifrance. Disponible sur :  
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT0000177912354>.

72 : Journal Officiel de la République Française. Arrêté du 22 octobre 2012 relatif au titre professionnel de secrétaire assistant(e) médico-social(e) modifiant l'arrêté du 27 décembre 2004 modifié relatif au titre professionnel de secrétaire assistant(e) spécialisé(e) médico-social(e). JORF numéro 0255 du 1 novembre 2012. Legifrance. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000026562366/#JORFARTI0000265623685>

73 : Chanu A, Caron A, Ficheur G, Berkhout C, Duhamel A, Rochoy M. Préférences des médecins généralistes libéraux en France métropolitaine quant à la délégation des tâches médico-administratives aux secrétaires assistant(e)s médico-social(e)s : étude en analyse conjointe. Revue d'Epidemiologie et de Santé Publique, 4 mai 2018. Disponible sur : <https://www.em-consulte.com/en/article/1212352>

74 : Garrigue-Becker L. Délégation des tâches médico-administratives aux assistantes des cabinets de médecine générale du Vaucluse. Thèse d'exercice en médecine générale. Université de Nice-Sophia Antipolis, 2011.

75 : Chudy A. Etat des lieux exploratoire de l'accueil en cabinet de soins primaires ambulatoires dans la région Nord-Pas-de-Calais. Thèse d'exercice en médecine générale. Université du droit et de la santé Lille, 2009.

76 : Lassalle-Gérard M. Les secrétaires médicales en médecine générale : leur rôle, leurs tâches, leurs projets. Thèse d'exercice en médecine générale. Faculté de médecine de Nantes, 2010.

77 : Eisner M. Britten N. What do general practice receptionists think and feel about their work? British Journal of General Practice, février 1999.

78 : Thiberville M. Le triage par les secrétaires médicales des demandes de soins urgents ou non programmes en médecine générale de ville. Thèse d'exercice de médecine générale. Faculté de médecine de Rouen, 2012.

79 : Legmann M. Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale. Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins, avril 2010.

80 : Agence régionale de santé. « Ma santé 2022 » pour transformer le système de santé. 16 septembre 2019. Disponible sur : <https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/ma-sante-2022-pour-transformer-le-systeme-de-sante-11>

81 : Ministère chargé de la Santé. Guide méthodologique : Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? Direction générale de l'offre de soins, octobre 2012.

82 : Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens en Ontario et au Québec. Bulletin d'information en économie de la santé. IRDES, juin 2005.

83 : Ministère de la santé en Israël. Licences des professions médicales et de la santé. Avril 2018. Disponible sur :

[https://www.health.gov.il/French/Services/MedicalAndHealthProfessions/Pages/default.as](https://www.health.gov.il/French/Services/MedicalAndHealthProfessions/Pages/default.aspx)

px

84 : U.S. Bureau of Labor Statistics. Medical Assistants : Occupational Outlook Handbook, septembre 2021. Disponible sur :

<https://www.bls.gov/ooh/healthcare/medicalassistants.htm#tab-2>

85 : American Association of Medical Assistants. What is a Medical Assistant? Septembre 2021. Disponible sur : <https://www.aama-ntl.org/medical-assisting/what-is-a-medical-assistant>

86 : Bodenheimer T, Willard-Grace, Ghorob A. Expanding the Roles of Medical Assistants: Who Does What in Primary Care? JAMA Internal Medicine, 1 juillet 2014.

87 : Mergenthal K, Beyer M, Gerlach FM, Guethlin C. Sharing Responsibilities within the General Practice Team - A Cross-Sectional Study of Task Delegation in Germany. PLOS One, juin 2016.

88 : Willard-Grace R, Chen EH, Hessler D, DeVore D, Prado C, Bodenheimer T, et al. Health Coaching by Medical Assistants to Improve Control of Diabetes, Hypertension, and Hyperlipidemia in Low-Income Patients: A Randomized Controlled Trial. Ann Fam Med, 3 janvier 2015.

89 : Taché S, Hill-Sakurai L. Medical assistants: the invisible “glue” of primary health care practices in the United States? Journal of Health Organization and Management, 2010.

90 : Pirer S. Représentations et attentes des médecins généralistes concernant les assistants médicaux et les infirmiers de pratique avancée. Thèse de docteur en médecine. Université de Lille 2, 06 novembre 2019.

91 : Colmas JF. La pratique avancée en soins infirmiers : mise au point et perspectives pour la médecine générale. Thèse de docteur en médecine. Université de Nice, 2019.

92 : Bonnel G. L'évolution des infirmières de pratiques avancées et leur rôle dans le système de santé français : perspective internationale. Thèse de docteur en Sciences de la Vie et de la Terre. Marseille, 2012.

93 : Jones R, Britten N, Culpepper L, Glass D, Grol R, Mant D, et al. Oxford textbook of primary care. Volume 1: Principles and concepts. British Journal of General Practice, juillet 2004.

94 : Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L, et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer, 2008.

95 : Bourrée F, Michel P, Salmi LR. Méthodes de consensus : revue des méthodes originales et de leurs grandes variantes utilisées en santé publique. Revue Epidemiologique en Santé Publique, 2008.

96 : Pope C, Mays N. Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. British Medical Journal, 1995.



97 : Jones J, Hunter D. Consensus methods for medical and health services research. British Medical Journal, 1995.

98 : Couper MR. The Delphi technique : characteristics and sequence model. Advances in Nursing Science, octobre 1984.

99 : Haute Autorité de Santé. Elaboration de recommandations de bonne pratique. « Recommandations par consensus formalisé ». HAS, décembre 2010.

100 : Häder M. Delphi-Befragungen, 2002.

101 : Booto Ekionea JP, Bernard P, Plaisent M. Consensus par la méthode Delphi sur les concepts clés des capacités organisationnelles spécifiques de la gestion des connaissances, 2011.

102: Linstone HA, Murray Turoff. The Delphi Method, Techniques and applications. New Jersey Institute of Technology, 2002.

103 : Dalkey N, Helmer O. An experimental application of the Delphi method to the use of experts. Management science, 1963.

104 : Bourrée F, Michel P, Rachid Salmi L. Consensus methods: review of original methods and their main alternatives used in public health. Revue Epidemiologique de Santé Publique, novembre 2008.

105 : Hasson F, Keeney S, McKenna H. Research guidelines for the Delphi survey technique. Journal of advanced nursing, 2000.

106 : Murphy MK, Black NA, Lamping DL, McKee CM, Sanderson CF, Askham J, et al. Consensus development methods, and their use in clinical guideline development. Health Technology Assessment, 1998.

107 : Rowe G, Wright G. The Delphi technique as a forecasting tool: issues and analysis. International journal of forecasting, octobre 1999.

108 : Journal Officiel de la République Française. Arrêté du 20 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016. JORF numéro 0248 du 23 octobre 2016. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000033285608>

109 : Journal Officiel de la République Française. Arrêté du 14 août 2019 portant l'approbation de l'avenant numéro 7 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016. JORF numéro 0192 du 20 août 2019.

[https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/612139/document/avenant\\_7.pdf](https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/612139/document/avenant_7.pdf)

110 : Fédération Nationale des Centres de Santé. Assistants Médicaux : missions et financement par l'assurance maladie. Publication au Journal Officiel de la République Française de l'arrêté du 14 août 2019. Disponible sur : <https://www.fnccs.org/assistants-medicaux-missions-et-financement-par-l-assurance-maladie>

111 : Fédération des maisons et pôles de santé Ile de France. Les assistants médicaux. FémasIF, novembre 2019. Disponible sur : <https://www.femasif.fr/les-assistants-medicaux/>

112 : L'Assurance Maladie. La convention 2016. La convention et ses avenants, 19 octobre 2021. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/medecin/textes-reference/convention-medicale-2016/convention-et-avenants>

113 : Cloutier J, Lafrance J, Michallet B, Marcoux L, Cloutier F. French translation and validation of the Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS) in a Canadian undergraduate healthcare student context. *Journal of Interprofessional Care*, 2016.

114 : Weinstein CE, Palmer DR. LASSI User's Manual Learning and Study Strategies Inventory. Second Edition, 2002.

115 : Kviz FJ, Misener TR, Vinson N. Perceptions des consommateurs de soins de santé ruraux sur le rôle de l'infirmière praticienne. *Journal Community Health*, 1983.

116 : Hamric AB, et al. *Advanced practice nursing : an integrative approach*. USA. Saunders. 5th edition, 2014.

117 : Morin D, Eicher M. La pratique infirmière avancée. *Revue médicale Suisse*, 2012.

118 : Journal Officiel de la République Française. Arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de santé publique. JORF numéro 0164 du 19 juillet 2018. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2018/7/18/SSAH1817591A/jo/texte>

119 : Sastre-Fullana P, De Pedro-Gómez Je, Bennasar-Veny M, Serrano-Gallardo P, Morales-Asencio Jm. Competency Frameworks For Advanced Practice Nursing: A Literature Review. *International Nursing Review*, 2014.

## ANNEXES :

(A) Figure 1 : Atlas de la démographie médicale en France. Évolution des effectifs de médecins généralistes en activité régulière depuis 2010. Situation au 1er janvier 2020. Conseil National de l'Ordre des Médecins.

Figure 1 :

**Figure 1.** Évolution des effectifs de médecins généralistes en activité régulière depuis 2010 (valeurs absolues)

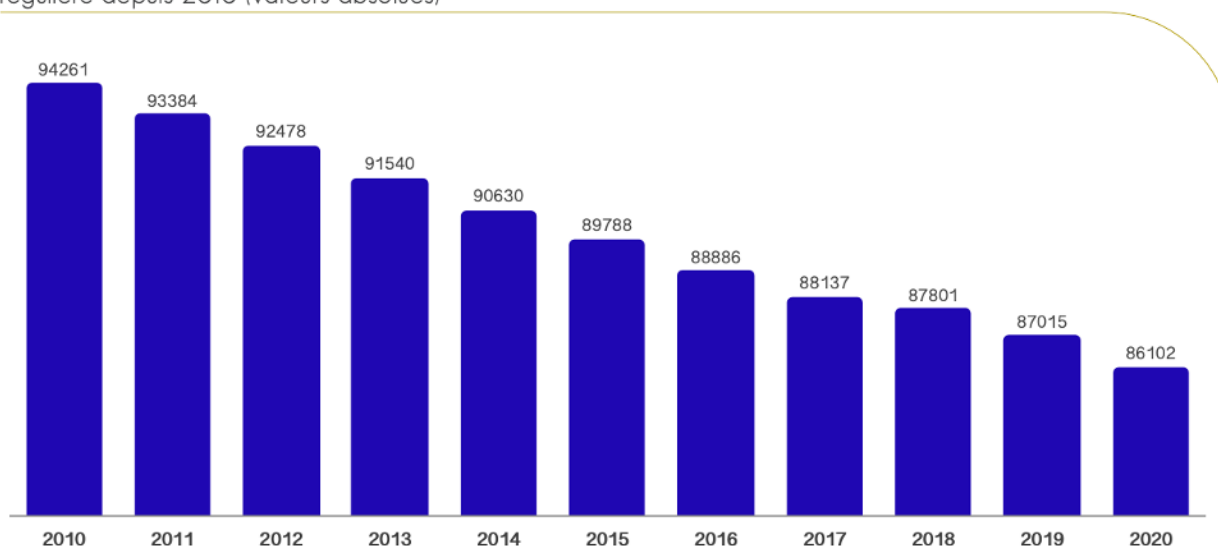
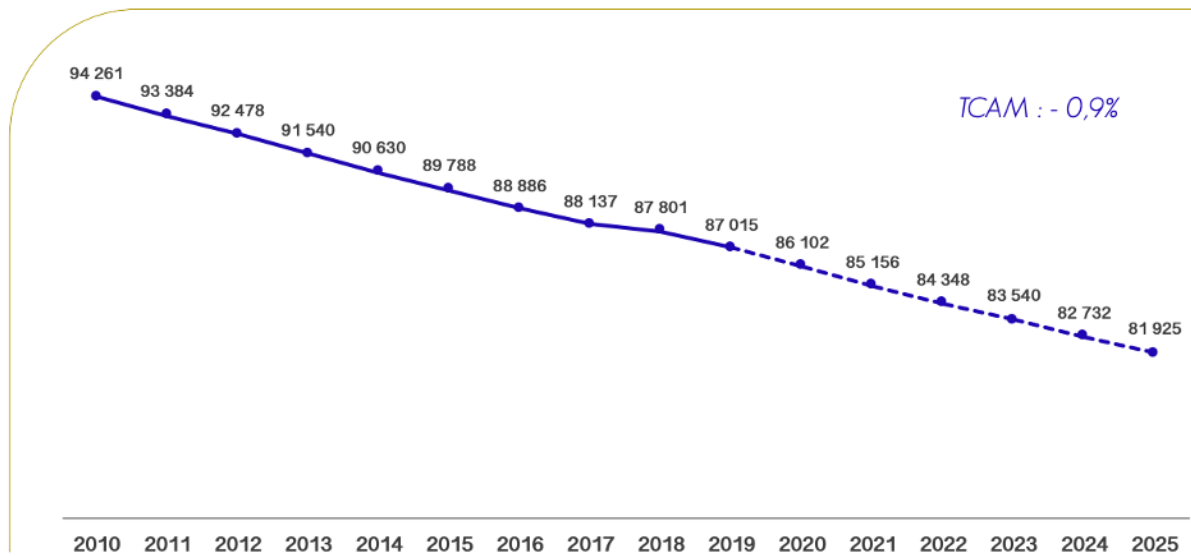


Figure 2 : Atlas de la démographie médicale en France. Projection des effectifs de médecins généralistes en activité régulière jusqu'en 2025. Situation au 1er janvier 2020. Conseil National de l'Ordre des Médecins.

Figure 2 :

**Figure 2.** Projection des effectifs de médecins généralistes en activité régulière jusqu'en 2025 (valeurs absolues)



B : invitation envoyée aux experts par la FEMAS Hauts de France :

# QUESTIONNAIRE d'Adrien Bocquet

## MESSAGE ADRESSÉ AUX DIRIGEANTS DES MAISONS DE SANTÉ

- Thèse de médecine générale - Questionnaire n°2

Il y a quelques semaines, Adrien Bocquet vous avait adressé un questionnaire dans le cadre de sa thèse de médecine générale consacrée au regard que vous portez sur **les professions d'Infirmières de Pratiques Avancées et d'Assistants Médicaux**. L'objectif est d'en faire émerger une **vision consensuelle régionale**.

Sa thèse est dirigée par le Docteur Laurent Turi de la Maison de Santé Léonard de Vinci.

Après analyse du premier questionnaire, vous trouverez ci-après un second questionnaire auquel les **dirigeants des maisons de santé** sont invités à participer.

Merci de votre participation.

# Quels regards portent les leaders des maisons de santé des Hauts de France sur les missions et fonctions des nouveaux métiers de la santé? Elaboration d'un référentiel de consensus par méthode Delphi. Deuxième tour.

Nous vous remercions pour l'intérêt porté à notre étude. Merci ainsi de prendre du temps et de donc bien vouloir répondre à notre questionnaire. Le but de ce questionnaire est d'élaborer un référentiel, un consensus sur les fonctions et missions des nouveaux métiers de la santé créés par la loi "Ma Santé 2022" par méthode Delphi.

Le questionnaire est basé sur une échelle de Likert allant de 1 à 7.

- 1) complet désaccord
- 2) désaccord
- 3) possible désaccord
- 4) pas d'opinion, ne se prononce pas
- 5) possible accord
- 6) accord
- 7) complètement d'accord

Il vous sera demandé ici, premièrement de mettre une note selon votre taux d'adéquation avec les fonctions et missions indiquées des différents métiers créés que sont les infirmières de pratiques avancées ainsi que les assistants médicaux.

A chaque question, répondue, une zone commentaire existe. Il vous sera enfin demandé, si vous notez un item inférieur à 5, de noter un commentaire, et d'expliquer votre note ainsi que vos remarques, de manière courte et concise.

Ce premier jet du questionnaire sera analysé de façon qualitative et au moins un deuxième envoi du questionnaire aura lieu avec aussi une analyse.

En fonction des résultats analysés, il sera possible, d'avoir d'autres tours d'envoi de questionnaire.

Merci pour votre patience.  
Merci pour notre travail.

**AUTEUR(E) : Nom : Bocquet**

**Prénom : Adrien**

**Date de soutenance : 6 avril 2022**

**Titre de la thèse : Rôles et missions des Assistant(e)s Médica(le)(aux) et des Infirmier(e)s en Pratique Avancée. Le point de vue des Médecins. Élaboration d'un référentiel de consensus par méthode Delphi.**

**Thèse - Médecine - Lille « 2022 »**

**Cadre de classement : Médecine Générale**

**DES + FST/option : Médecine Générale**

**Mots-clés : Ma santé 2022, Assistants Médicaux, Infirmières de Pratiques Avancées, Nouveaux Métiers de la Santé.**

**Résumé :** Notre système de santé est en pleine évolution devant les tensions auxquelles il est soumis. Il doit être en permanente évolution, c'est pourquoi « Ma Santé 2022 » est une des Stratégies de Transformation du Système de Santé et essaie de répondre aux nouveaux défis. Deux nouveaux métiers de la santé ont été créés : les Infirmières en Pratiques Avancées (IPA) et les Assistants Médicaux (AM). Le but de cette thèse est de connaître le regard que portent celles et ceux qui sont à même de développer ces professions au sein des Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP).

**Matériel et Méthode :** Élaboration d'un référentiel de consensus par méthode Delphi, des leaders des MSP des Hauts de France. 2 tours successifs ont été nécessaires à l'élaboration du consensus sur 10 experts répondants. Les principaux rôles et missions retrouvés sont majoritairement en adéquation avec les rôles retrouvés dans la littérature. Le résultat est quand même intéressant : même dans les MSP des Hauts De France appartenant à la Fédération des Maisons et Pôles de Santé (FEMAS), la question du partage de compétences est frileuse et les contours de l'AM et de l'IPA sont flous. De la théorie à la pratique le chemin est long. Mais on dira aussi que de la roche tarpéienne au capitole, il n'y a qu'un pas. Doctrine il y a, militantisme pas encore. Étudier le ressenti des IPA ou des AM par des études qualitatives du point de vue des usagers à ces nouveaux métiers, dans un esprit de démarche qualité, serait des pistes de nouvelles recherches.

**Composition du Jury :**

**Président : Pr Eric WIEL**

**Assesseurs : Pr Christophe BERKHOUT**

**Dr Benoît DERVAUX**

**Dr Caroline DE PAUW**

**Directeur de thèse : Dr Laurent TURI**