



UNIVERSITÉ DE LILLE
UFR3S-MÉDECINE
Année : 2025

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**L'apport de la délégation de tâches pour les médecins généralistes :
l'exemple des Assistants Médicaux dans le Nord de la France**

Présentée et soutenue publiquement le 8 octobre 2025 à 18 heures
au Pôle Formation
par Anaïs MAREAU

JURY

Président :

Madame le Professeur Florence RICHARD

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Monsieur le Docteur David WYTS

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Hélène BREFORT

AVERTISSEMENT

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

Liste des abréviations

AM	Assistant Médical
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPQ	Certificat de Qualification Professionnelle
CPTS	Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
DRESS	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IPA	Infirmier de Pratique Avancée
MSP	Maison de Santé Pluriprofessionnelle

Table des matières

RESUME	1
INTRODUCTION	2
I. Le recours aux mesures d'adaptation en santé primaire.	2
II. La délégation de tâches.....	2
III. Les Assistants Médicaux.	3
IV. Objectif de l'étude	4
METHODE.....	5
I. Type d'étude.	5
II. Population.....	5
III. Recueil des données.	6
IV. Analyse des données.....	7
V. Aspect éthique et réglementaire.	7
RESULTATS	8
I. Description des participants.....	8
II. Gagner du temps médical.....	8
1) Délégation de tâches prenantes.....	8
2) Améliorer la productivité.....	10
3) Pouvoir se consacrer aux tâches cliniques.	11
III. Améliorer la qualité des soins.	12
1) Apporter des services complémentaires aux patients.	12
2) Offrir de meilleurs soins.....	12
IV. Recueillir une expérience patient positive.....	14
1) Améliorer le relationnel avec les patients.	14
2) Majorer le dialogue entre les soignants et les patients.....	14
3) Reconnaissance de l'assistant par les patients.	15
V. Améliorer la qualité de vie professionnelle.....	16
1) Améliorer son bien-être au travail.....	16
2) Diminuer sa charge mentale.....	16
VI. Prendre en compte la santé mentale.	17
1) Déléguer les tâches pénibles.	17
2) Éviter l'épuisement professionnel.....	18
3) Apprécier l'échange avec un collègue de travail.	18
VII. Pouvoir travailler en équipe.....	19

1) Travailler en binôme auprès du patient.	19
2) Déléguer grâce à la confiance.	19
VIII. Renforcer la coordination pluriprofessionnelle.	20
1) Déléguer les tâches pour la coordination des soins.	20
2) Renforcer la communication interprofessionnelle.	20
3) Être plus efficace ensemble.	21
IX. Avoir la charge d'employeur.	21
1) Méconnaître le rôle d'employeur.	21
2) Devoir vérifier les tâches déléguées.	22
3) Rester responsable du travail de l'assistant.	22
X. Dynamisme de changement.	22
1) Ressentir un besoin de changer.	22
2) Vivre un changement positif.	23
DISCUSSION	24
I. Résultats principaux.	24
II. Comparaison à la littérature.	26
1) Délégation de tâches par les médecins généralistes.	26
2) Comparaison à d'autres professionnels de santé.	27
3) Qualité des soins et gain de temps médical.	27
4) Satisfaction au travail.	27
III. Forces et limites.	28
IV. Perspectives.	29
CONCLUSION.	31
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.	32
ANNEXES	35
I. Annexe 1 : Lettre Informatrice.	35
II. Annexe 2 : Grille d'entretien Initiale.	36
III. Annexe 3 : Grille d'entretien finale.	37
IV. Annexe 4 : Exemple de Verbatim.	38
V. Annexe 5 : Exemple d'analyse.	39
VI. Annexe 6 : Déclaration auprès du Délégué à la Protection des Données (DPO).	40
VII. Annexe 7 : Grille d'évaluation SRQR.	41

RESUME

Contexte : Le métier d'Assistant Médical a été créé récemment afin d'essayer de répondre aux problématiques d'accès aux soins dans notre société. L'étude de la délégation de tâches par les médecins généralistes est peu explorée dans la littérature, notamment en France. Notre étude avait pour objectif de rechercher l'apport de la délégation de tâches aux Assistants Médicaux en soins primaires.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés inspirée de la théorisation ancrée. Les participants étaient des médecins généralistes installés en cabinet libéral dans le Nord de la France, travaillant avec un Assistant Médical depuis au moins 6 mois. Neuf entretiens ont été réalisés de juillet 2024 à mai 2025.

Résultats : La délégation de tâches à l'Assistant Médical permettait au médecin généraliste de gagner du temps médical, d'offrir une meilleure qualité de soins, ainsi que de recueillir une expérience patient positive. Ce changement améliorait sa qualité de vie professionnelle tout en prenant en compte sa santé mentale, même s'il pouvait se sentir en difficulté avec le rôle d'employeur. La dynamique des soins était plus coordonnée et pluriprofessionnelle.

Conclusion : Ce nouveau métier semble adopté par les médecins ayant choisi la délégation de tâches à leur assistant médical comme mesure d'adaptation dans leurs pratiques. De nombreux axes restent à développer, comme la protocolisation des soins délégués à l'assistant afin de renforcer et simplifier la délégation de tâches.

INTRODUCTION

I. Le recours aux mesures d'adaptation en santé primaire.

« Près de 80 % des médecins généralistes libéraux jugent aujourd'hui insuffisante l'offre de médecine générale dans leur zone d'exercice » et « deux tiers des généralistes déclarent être amenés à refuser de nouveaux patients comme médecin traitant » selon l'étude de la DRESS sortie en mai 2023 (1). L'accès aux soins en France est donc une problématique pour laquelle la mise en place de mesures d'adaptation est devenue une priorité. Pour cela, différentes mesures ont été annoncées en 2018 par le Ministère de la Santé avec le plan « Ma santé 2022 » (2). Parmi elles, il est retrouvé: l'apparition de nouveaux métiers comme les Assistants Médicaux (AM) et les Infirmiers de Pratique Avancée (IPA), ou encore le développement des CPTS et le travail en coordination (3,4). Les médecins généralistes innovent eux aussi afin d'augmenter l'offre de soins, en déployant des mesures d'adaptation comme par exemple : majorer leur temps de travail, augmenter les délais de rendez-vous et la fréquence des visites, ou encore déléguer certaines tâches (1).

II. La délégation de tâches.

La délégation de tâches est « le transfert d'un acte de soins ou d'une activité » à autrui (5). Le médecin identifie les tâches se prêtant à la délégation en fonction des compétences de son personnel (6). Il reste le dirigeant responsable des tâches (6,7). En France, selon l'article L4011-1 du Code de Santé Publique, « les professionnels de

santé travaillant en équipe peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération pour mieux répondre aux besoins des patients. Par des protocoles de coopération, ils opèrent entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de prévention, ou réorganisent leurs modes d'intervention auprès du patient » (8). Le médecin généraliste établit un protocole de coopération ou un contrat type en fonction du type de tâches déléguées (9,10). Il peut donc déléguer des tâches, mais la littérature à ce sujet est assez pauvre (11).

Les médecins généralistes délèguent déjà des tâches aux IDE, bien qu'une grande partie y soit réticente (12). Une étude réalisée en 2018 en France, s'intéressant à la préférence des médecins généralistes quant à la délégation des tâches aux secrétaires, montrait que les médecins généralistes priorisaient la délégation de la « gestion du planning » ainsi que la délégation de la « gestion des dossiers médicaux » (13).

En Allemagne et au Danemark, la délégation de tâches par les médecins généralistes aux personnels paramédicaux dont les Assistants Médicaux, permet de gagner du temps et de majorer la satisfaction au travail malgré des contraintes financières et juridiques (14,15). Il se posait la question de la place de la délégation aux Assistants Médicaux en France (13).

III. Les Assistants Médicaux.

Ce nouveau métier est apparu récemment avec la loi du 24 juillet 2019 par l'annonce du plan « Ma santé 2022 » (16). Le but est d'aider le médecin à travers la délégation de tâches dans différents domaines comme l'administratif, l'assistance à la consultation, la coordination. L'objectif attendu était de majorer l'accès aux soins (7).

Toute personne peut devenir Assistant Médical si elle est titulaire d'un diplôme de niveau 3 et si elle obtient un certificat de qualification professionnelle (CPQ) (17). Le médecin généraliste peut recruter de lui-même ou via un groupement d'employeurs un ou une assistante (18). Il peut l'embaucher à temps plein ou à temps partiel. Il reçoit une aide financière de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) (18). Mais il doit en contrepartie augmenter ou maintenir sa patientèle « médecin traitant » et « file active » (18,19).

Selon une enquête en 2019, plus de la moitié des jeunes médecins installés interrogés étaient plutôt réticents à l'embauche d'un Assistant Médical (20). Cinq ans après le début de ce dispositif, un peu plus de huit mille médecins libéraux travaillent avec un assistant (18). Pour augmenter ce nombre, la CPAM essaye d'assouplir l'accès à ce nouveau métier à travers la nouvelle convention du 4 juin 2024 (21,22).

IV. Objectif de l'étude

L'émergence du métier d'Assistant Médical nécessite de s'intéresser aux tâches déléguées (13). L'objectif principal de l'étude était donc d'observer l'apport de la délégation de tâches aux Assistants Médicaux en soins primaires dans le Nord de la France. L'objectif secondaire était de s'intéresser aux types de tâches déléguées par les médecins généralistes.

METHODE

I. Type d'étude.

Nous avons choisi de réaliser une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés inspirée de la théorisation ancrée. Cette approche a été choisie pour recueillir et explorer le retour d'expérience des médecins généralistes participant à l'étude.

II. Population.

Nous avons recruté un échantillonnage raisonné théorique. La population interrogée se composait de médecins généralistes libéraux installés dans le Nord de la France, travaillant avec un assistant médical depuis au moins six mois. Le délai de six mois a été fixé de manière subjective afin d'avoir un retour d'expérience suffisant.

Pour le recrutement des médecins participants, une lettre d'information (ANNEXE 1) a été diffusée par une déléguée de la Caisse de l'Assurance Maladie aux médecins travaillant avec un Assistant Médical en juin 2024. Un effet « boule de neige » a également eu lieu. Les participants pouvaient contacter l'investigatrice par mail ou par téléphone s'ils souhaitaient participer à l'étude.

Le nombre de participants n'a pas été déterminé a priori afin de respecter la méthodologie d'une étude qualitative. Les participants ont été recherchés jusqu'à l'obtention de la saturation des données.

III. Recueil des données.

Les données ont été recueillies par des entretiens semi-dirigés. Une grille d'entretien a été établie en amont grâce à une recherche de la littérature (ANNEXE 2). Cette grille a été modifiée au fur et à mesure selon l'évolution des analyses (ANNEXE 3). Des questions ouvertes ont été utilisées dans cette grille. La première question dite « brise-glace » concernait les circonstances amenant le médecin à travailler avec un Assistant Médical.

Les entretiens ont eu lieu en présentiel au cabinet médical du médecin ou en distanciel (via la plateforme Microsoft Teams) selon la préférence des médecins interrogés. Les entretiens se sont déroulés de juillet 2024 à mai 2025. La durée moyenne des entretiens était de 34 minutes.

Les entretiens ont été enregistrés par deux dictaphones différents (Olympus et Apple) afin d'éviter une perte de données. Les enregistrements ont été supprimés une fois les données retranscrites et intégralement anonymisées. Les verbatims ont été retranscrits via le logiciel Word Microsoft (ANNEXE 4). Les médecins ont été anonymisés par la mention « P01,P02... ». Cela a été associé à l'anonymisation des Assistants Médicaux (AM1, AM2...). Les données personnelles ou pouvant identifier un intervenant ont été anonymisées par la mention « XXX ».

Les entretiens ont eu lieu jusqu'à obtention de la saturation des données, soit au 7ème entretien. Deux entretiens supplémentaires de consolidation ont été réalisés.

IV. Analyse des données.

L'analyse des données a été réalisée grâce au logiciel Word Microsoft. L'ensemble de l'analyse ouverte a bénéficié d'une triangulation par l'investigatrice AM et une interne de médecine générale VD. L'analyse intégrative et la construction du modèle explicatif ont été effectuées par l'investigatrice AM et la directrice de thèse HB. Le modèle explicatif a été réalisé grâce au logiciel Word Microsoft. Les analyses se sont déroulées au fur et à mesure, avant l'analyse de l'entretien suivant.

V. Aspect éthique et réglementaire.

L'étude a fait l'objet d'une déclaration auprès du Délégué à la Protection des Données (DPO) de la faculté de Lille avant le début des entretiens. La déclaration a été enregistrée le 2 mai 2024 avec comme référence : 2024-085 (ANNEXE 6). Les participants ont reçu une lettre informative avant l'entretien les informant de l'anonymisation des données.

RESULTATS

I. Description des participants.

Les participants interrogés étaient 5 hommes et 4 femmes âgés de 34 à 66 ans. La moyenne d'âge était de 46,7 ans. Les assistants médicaux étaient pour la plupart d'anciennes secrétaires médicales. La majorité des assistants médicaux avaient fini leur formation. Les caractéristiques des médecins interrogés et de leurs assistants sont représentées dans le tableau 1.

Participant P	Age (en années)	Sexe F/H	Nombre d'années d'installation en cabinet	Mode d'exercice	Zone d'exercice	Ancien métier de l'assistant Médical (AM)	Temps de travail en tant qu'AM	Nombre de mois de travail avec l'AM	Formation de l'AM finie OUI/ EN COURS	Durée de l'entretien (en minutes)
P01	58	F	22 ans	Seule	ZAR	Secrétaire médicale	Mi-temps	30 mois	OUI	40 min
P02	66	F	40 ans	Seule	ZAC	Secrétaire médicale	Mi-temps	12 mois	EN COURS	33 min
P03	56	H	23 ans	Seul	ZAR	Secrétaire médicale	Mi-temps	24 mois	OUI	34 min
P04	39	H	9 ans	MSP	ZIP	Secrétaire médicale	Temps complet	48 mois	OUI	42 min
P05	36	F	7 ans	ESP	ZAC	Secrétaire médicale	Mi-temps	24 mois	OUI	34 min
P06	52	H	20 ans	MSP	ZAR	Secrétaire médicale	Temps complet	24 mois	OUI	20 min
P07	34	F	5 ans	MSP	Pas de zonage	Secrétaire médicale	Tiers temps	27 mois	OUI	33 min
P08	41	H	12 ans	MSP	Pas de zonage	Secrétaire médicale	Tiers temps	27 mois	OUI	42 min
P09	38	H	1,5 ans	Seul	ZAR	Non médical	Temps complet	8 mois	EN COURS	30 min

Tableau 1 Caractéristiques des médecins et de leurs assistants médicaux

II. Gagner du temps médical.

1) Délégation de tâches prenantes.

Il a été rapporté que les tâches déléguées étaient en grande partie des tâches chronophages pour les médecins.

P09 : « C'est les choses qui prennent beaucoup de temps et qui sont chronophages. Et puis qu'on n'aime pas faire. »

Parmi ces tâches, on retrouvait les tâches administratives prenantes.

P01 : « Ça m'a libéré des tâches administratives de plus en plus lourdes. »

P03 : « Ce qui me soulage bien et de plus en plus c'est l'aide à remplir, [...], à remplir les dossiers MDPH ou des demandes d'APA ou via trajectoire aussi. »

P07 : « Elle gère les contrats des remplaçants. »

Mais également, il était rapporté la délégation des tâches relatives à la gestion du cabinet médical.

P04 : « C'est elle qui gère tout, qui gère la compta, qui gère les commandes, tous les utilisables. »

P08 : « Elle gère aussi tout l'informatique du cabinet, euh si il faut appeler la maintenance, faire les mises à jour... »

L'assistant avait également un rôle lors des consultations pour assister et aider le médecin. Il intervenait dans les soins cliniques auprès des patients.

P02 : « Je lui fais prendre la tension, l'oxymètre de pouls euh enfin toutes les prises de constantes elle sait faire. »

P04 : « Elle installe les patients dans un cabinet, elle prend les constantes, elle reprend le motif de consultation, pour tout ce qui est suivi de pathologie chronique, elle vérifie les programmes de suivi s'ils sont à jour. »

P07 : « Je l'intègre pas mal dans les consultations en pédiatrie, sur les consultations obligatoires des hum 8 jours, 9 mois, 24 mois, 4 ans, 5 ans, 6 ans...etc. Parce que, y

a beaucoup de choses à faire, y a les dossiers à remplir, y a les certificats, quasiment tout à écrire en double. »

P08 : « Elle fait les MMS, les questionnaires autres Hamilton. Elle fait aussi des actes : spirométrie, ECG, euh audiométrie. »

2) Améliorer la productivité.

Toutes ces tâches déléguées permettaient au médecin de se libérer du temps.

P07 : « Fin, ça nous aide quand même, parce que nous, tout ça c'est du temps en moins qu'on n'a pas et des choses qui s'accumulent. »

Certains médecins essayaient d'optimiser la gestion du temps et des soins avec l'assistante en mettant en place des protocoles de soins en fonction des pathologies.

P06 : « On a protocolisé, euh, donc le dépistage et prise en charge précoce de la BPCO, troubles anxieux légers et modérés, troubles du sommeil et troubles du sommeil avec suspicion d'apnée du sommeil. »

P04 : « Si on a un patient qui a des problèmes plutôt mnésiques, je lui mets un petit message « *bon, lui faudrait prévoir le bilan* ». Elle sait que voilà, bon, on s'est mis d'accord. Y a plein de choses où en fait on a un peu protocolisé les choses. »

Ce temps gagné était utilisé pour majorer l'accès aux soins. En effet, plusieurs médecins pouvaient voir plus de patients pour le même temps de travail dans leur journée.

P05 : « Je vois plus de patients en termes d'actes. »

P07 : « Le fait d'avoir AM7, forcément ça dégage du temps donc forcément on a potentiellement une ou deux consultations en plus dans la journée »

P08 : « Je suis moins embêté par l'administratif ou les choses qui m'embêtaient avant donc en fait, ça permet de gagner du temps médical, de pouvoir suivre plus de patients et de faire plus de consults et en étant moins, sauf si on aime l'administratif mais en étant moins parasité par tous ces administratifs. »

3) Pouvoir se consacrer aux tâches cliniques.

Avec la délégation de tâches multiples à l'assistant médical, les médecins pouvaient ne plus effectuer les tâches qui ne nécessitaient pas leurs expertises.

P05 : « J'ai l'impression de pouvoir passer la main sur des tâches qui ne sont pas forcément de la médecine pure quoi. »

P06 : « De se dire « *ok je vais faire quelque chose qui demande des compétences sur lesquelles j'ai été formé* ». »

Le médecin se recentrait sur son rôle médical auprès du patient. Il n'était plus accaparé par les tâches parasites.

P04 : « J'ai vraiment l'impression que quand je suis en consultation avec elle, que je fais du médical, c'est-à-dire que je vais prendre le temps d'expliquer, je vais prendre le temps de donner des conseils, mais je ne passe pas mon temps à passer une carte vitale, à imprimer, à saisir, à écrire dans un ordi. »

P07 : « Notre temps est beaucoup plus consacré aux patients, aux consultations... »

P08 : « Je fais que de la médecine. Je m'en vais, je ferme le cabinet et je, j'ai fini ma journée. »

III. Améliorer la qualité des soins.

1) Apporter des services complémentaires aux patients.

Les patients pouvaient bénéficier de prestations supplémentaires comme une aide physique lors des consultations ou encore une assistance dans la gestion de leur prise en charge.

P01 : « Une personne âgée qui a du mal à se déshabiller, à monter, elle va m'aider à déshabiller, à monter pour l'examen. »

P04 : « Chez des patients qui ont peut-être besoin d'être un peu plus assistés, qui en fait rien que prendre rendez-vous pour un scanner, on comprend bien que voilà, y a pas de gros troubles de mémoire mais ils sont un peu plus isolés [...] on va prendre le rendez-vous, faire le courrier, le bon de transport, elle va tout noter, elle va tout leur expliquer. »

2) Offrir de meilleurs soins.

L'offre de soins proposée était plus qualitative et permettait une prise en charge plus exhaustive depuis l'arrivée de l'assistant.

P06 : « C'est le parcours qui a été modifié. Euh, avec un temps dédié, sur certaines pathologies, qui est quand même plus long qu'avant et avec des détails dans le protocole qu'on aurait peut-être zappés si on voyait le patient sur un quart d'heure comme d'habitude. »

P09 : « Je pense que mes patients, ils sont mieux soignés. [...], j'ai gagné en qualité de soins. »

Il était retrouvé une majoration de l'adhésion pour les campagnes de prévention grâce

à l'assistant.

P04 : « Depuis qu'elle est là, qu'elle checke les mammographies, les frottis, le dépistage colorectal, alors tout n'est pas à jour parce qu'on est dans un secteur où les patients, ils ont un peu de mal mais néanmoins depuis qu'elle est là, j'ai amélioré mes indicateurs clairement. »

Aussi, il était possible d'adresser plus facilement les patients nécessitant des explorations rapides.

P05 : « On va beaucoup plus à l'essentiel parce qu'en fait avec les outils informatiques comme le logiciel Doctolib et la messagerie interne, bah en temps réel je peux lui demander de prendre le rendez-vous ce qui fait que quand le patient sort de mon bureau, il peut, elle est déjà en train d'appeler pour le rendez-vous en urgences, pour le doppler ou autre chose. »

Cela permettait globalement un meilleur service rendu pour les patients.

P05 : « Et les patients, dans l'ensemble, j'ai l'impression qu'ils ont l'impression que c'est une espèce de plus-value de la consultation. »

P04 : « Ça a du plus et ça a vraiment du bon, je pense qu'en tout cas on a un service rendu au patient qui est, qui essaye d'être le plus qualitatif possible. »

IV. Recueillir une expérience patient positive.

1) Améliorer le relationnel avec les patients.

Additionné au fait de bénéficier de soins de meilleure qualité, les patients étaient, selon les médecins, satisfaits de la relation soignants/soignés au cabinet qui s'était enrichie.

P01 : « Elle est surtout là pour détendre l'atmosphère, arrondir, gérer les problèmes, les petits problèmes qui sont là tout le temps quoi. »

P03 : « C'est-à-dire 100% des gens qui sont satisfaits [...] puisqu'ils la jugent à la fois arrangeante, rassurante, apaisante donc euh voilà c'est un plus, c'est un plus pour les patients. »

P09 : « Mes patients se sont plutôt bien, fin étaient même plutôt contents en fait d'avoir une prise en charge qui est, qui paraît plus longue en fait parce que finalement ils voient deux personnes et puis fin voilà. Ça semble être plus exhaustif. »

L'équipe soignante pouvait accorder plus d'attention aux patients.

P03 : « Ça me permet de leur accorder un peu plus d'attention, de temps et de pouvoir leur expliquer certaines choses voilà [...] ça humanise un peu plus la profession. »

P04 : « Elle est bienveillante, elle est toujours là, à leurs petits soins. Elle essaye de trouver une solution... »

2) Majorer le dialogue entre les soignants et les patients.

Les patients appréciaient avoir un temps d'échange plus long au cabinet. Ils pouvaient s'exprimer plus facilement. Le soignant avait du temps pour un échange médical, ce qui était apprécié aussi bien par le soignant que le soigné.

P06 : « Et puis, ils sont contents parce qu'ils peuvent aussi parler plus longtemps, donc c'est bien. »

P09 « C'est vrai que la discussion et je trouve que l'interrogatoire, il est beaucoup plus important. Et fin voilà aussi l'examen clinique aussi mais voilà. C'est vrai qu'on discute que de médecine et ça, c'est vraiment agréable. »

Avec l'assistant au cabinet, les patients étaient satisfaits d'avoir un interlocuteur privilégié pour toutes leurs demandes.

P07 : « Et puis, ils sont contents tout simplement d'avoir quelqu'un à qui demander un bon de transport, le machin, le truc qui va bien. »

P05 : « Un temps avec une paramédicale entre guillemets et de pouvoir dire des choses entre deux, demander des choses. »

3) Reconnaissance de l'assistant par les patients.

Grâce à ce sentiment d'être mieux écoutés, accompagnés dans les soins, les médecins avaient le sentiment que les patients ont accueilli et accepté la place de l'assistant médical au sein du cabinet. Une satisfaction globale s'en dégagait.

P03 : « Les gens me disent « *elle est top AM3* ». »

P07 : « Et quand c'est elle qui prend les patients à part, ils n'y voient aucun inconvénient. Ils savent très bien que nous, si on lui demande de faire ça, c'est qu'elle est capable de le faire. Y a une confiance qui s'est instaurée. »

V. Améliorer la qualité de vie professionnelle.

1) Améliorer son bien-être au travail.

En relation avec l'amélioration de l'expérience patient, on retrouvait une meilleure qualité de vie professionnelle pour les médecins généralistes. Le fait de majorer leurs rôles médicaux auprès des patients était apprécié par les médecins.

P08 : « Par contre, elle change ta vie. Elle change ta façon de travailler, en mieux. »

P08 : « Beaucoup de mes collègues ont peur et en fait ils ne se rendent pas compte que ça va leur donner une qualité de vie professionnelle incroyable, que ça va leur permettre juste de faire plus de médecine dans de meilleures conditions, et d'enlever tout ce qui est un peu chiant. »

Les médecins rapportaient une gestion simplifiée de leur temps et de leur organisation de travail.

P05 : « Et ça me facilite quand même un petit peu le quotidien. »

P06 : « Oui ça m'a permis d'alléger mon planning. Donc en fait je vois un peu moins de patients, donc en fait c'est plus light dans le planning. Euh c'est plus agréable. »

P07 : « C'est un confort de ne pas prendre de retard dans nos consultations parce que bah justement, il fallait négocier tel ou tel examen et rester 20 minutes au téléphone et du coup retard accumulé, on rentre plus tard chez soi. »

2) Diminuer sa charge mentale.

Cette amélioration du bien-être au travail s'expliquait en partie par une diminution de la charge mentale professionnelle. Il était rapporté une diminution de la tension psychologique ressentie par certains médecins.

P04 : « C'est ça et au niveau stress professionnel, je vais être sincère, alors depuis qu'elle est là on a mis énormément de choses en place pour que je puisse déléguer et que j'essaie de retirer le plus de charge mentale possible. En tout cas la gestion du cabinet vraiment c'était une corvée, [...] Mais ça vraiment ce stress je l'ai plus, la gestion du cabinet euh, d'un point de vue administratif et euh au niveau matériel je l'ai plus du tout et ça c'est vraiment sans regret. »

P07 : « Et sur le plan personnel, [...], bah ça change tout, parce que moins de stress, rentrer chez soi à l'heure. »

Les médecins étaient soulagés par le fait de pouvoir partager les tâches à effectuer.

P03 : « C'est vrai que c'est agréable de ce dire à partir de bilans sanguins perturbés, de dire voilà « *téléphonez à untel, téléphonez à untel euh à partir de rendez-vous urgent à prendre euh merci d'appeler tel ou tel secrétariat* ».... donc voilà la charge mentale quand même diminue. »

VI. Prendre en compte la santé mentale.

1) Déléguer les tâches pénibles.

Le fait de pouvoir déléguer des tâches considérées comme pénibles pour le médecin permettait de le soulager mentalement.

P03 : « La prise de téléphone. C'est ce qui me soulage effectivement le plus. »

P08 : « Parce que ça change la vie. Moi, si vous voulez, on passe quoi une heure, une heure et demi de paperasse de choses qui sont pas des consults par jour, euh en moyenne, voire plus. Euh l'administratif, des trucs chiants, les ordos, ça moi je le fais plus du tout. »

2) Éviter l'épuisement professionnel.

Les médecins cherchaient à prendre en compte leur santé mentale. Cela se traduisait par une envie de ne plus s'épuiser au travail.

P01 : « J'ai pris une assistante pour éviter de péter un plomb. »

P06 : « C'était juste pouvoir se dire « *ok on va pouvoir souffler quand même un peu et avoir un rythme qui est plus agréable* ». »

Depuis l'arrivée de l'assistant certains ressentaient une amélioration de leurs conditions mentales au travail :

P05 : « On va dire intellectuellement, en termes de vivacité, de fatigue. J'ai moins de coups de barre, moins de coups de « *ouf faut que je pose 5 minutes* ». »

3) Apprécier l'échange avec un collègue de travail.

Il a été retrouvé un gain relationnel pour le médecin. En effet, le médecin avait quelqu'un avec qui échanger sur sa vie professionnelle mais aussi personnelle.

P01 : « On fait une pause ... on s'échange. Et en fait, ça c'est un moment agréable si vous voulez de décharge, de défoulement voilà. »

P05 : « C'est quand même beaucoup plus vivant et beaucoup plus interactif. On peut échanger même si c'est 3 minutes par jour c'est sympa. »

P05 : « Et puis quand il faut souffler un coup, tu peux toujours aller dire un petit mot à l'assistante. »

VII. Pouvoir travailler en équipe.

1) Travailler en binôme auprès du patient.

Le médecin et l'assistant formaient une équipe de travail au cabinet.

P08 : « Mais bon, on a, elle fait vraiment partie de l'équipe. On est une équipe aujourd'hui »

Ce travail en équipe nécessitait du temps pour la mise en place. Mais il fallait également prendre le temps de communiquer afin que cela fonctionne.

P04 : « Et encore une fois c'est un tandem et ce tandem met du temps à se construire. »

P01 : « Je prends du temps avec elle, c'est ce qu'une asso m'a dit, de discuter avec mon assistante. »

P03 : « Donc on communique beaucoup par ce cahier de liaison. Et puis un court debrief, débriefing en début de consultation. »

2) Déléguer grâce à la confiance.

Il était rapporté par les médecins que pour déléguer des tâches à quelqu'un et ainsi travailler en binôme, il fallait tout de même construire une relation de confiance.

P02 : « Pour déléguer, faut avoir confiance en la personne. »

P04 : « Il faut avoir confiance en la personne. Parce que c'est très compliqué de déléguer toute une partie de la gestion avec quelqu'un avec qui on n'a pas confiance. »

VIII. Renforcer la coordination pluriprofessionnelle.

1) Déléguer les tâches pour la coordination des soins.

Les médecins déléguaient des tâches permettant de renforcer la coordination des soins des patients avec par exemple : les prises de rendez-vous, les demandes d'avis...etc.

P04 : « Donc elle, elle permet de voir si le patient, il est à jour dans tout son suivi et de les programmer dans tout ce que nous on peut proposer au sein de la maison de santé pour pouvoir les mettre à jour. »

P06 : « Elle prend rendez-vous aussi pour certains patients lorsqu'un rendez-vous doit être plus rapide, ou elle coordonne aussi certains rendez-vous avec d'autres spécialistes. »

P08 : « C'est elle qui demande les avis Omnidoc, elle sait avec qui je travaille, je dis « *bah là tu l'envoies là* » et voilà donc elle a l'habitude et elle gère ça aussi. »

2) Renforcer la communication interprofessionnelle.

En déléguant à l'assistant des tâches nécessitant un lien avec d'autres professionnelles de santé, l'assistant renforçait les échanges interprofessionnels. Il permettait de majorer la communication et ainsi améliorer les prises en charge.

P01 : « Elle peut téléphoner pour prendre des RDV chez des spécialistes, pour appeler une assistante sociale, pour appeler l'infirmier... »

P05 : « On utilise beaucoup mieux les partenaires comme le DAC par exemple. »

P07 : « Fin voilà, elle a beaucoup de contacts aussi avec la pharmacienne, sur les ordos qui n'ont pas été régularisées, sur les nouveautés aussi. »

P07 : « Avec AM7, c'est vrai que ça fait plus de contacts et plus d'informations qui

circulent. ».

3) Être plus efficace ensemble.

Le travail en équipe ainsi que le renforcement de la coordination des soins permettaient une majoration de l'efficacité de la gestion des soins primaires. Le médecin avait besoin d'aides extérieures pour avancer.

P05 : « Je deviens, je suis plus efficace, je suis sur un mode de travail qui est malléable et qui devient plus efficace. »

P05 : « On est dans une évolution de notre profession où le médecin généraliste ne peut plus tout faire tout seul. Il doit être conscient de ses limites. Il ne doit plus tout faire tout seul parce qu'il ne doit pas non plus être dans quelque chose de sacrificiel. »

IX. Avoir la charge d'employeur.

1) Méconnaître le rôle d'employeur.

L'embauche de l'assistant ainsi que la délégation de tâches étaient limitées par le manque de formation et d'expérience de ce rôle de dirigeant-employeur par les médecins généralistes.

P05 : « La mise en route est compliquée. C'est-à-dire que tu te retrouves à un poste de manager, gestionnaire, dirigeant auquel on n'est pas formé. »

P07 : « C'est pas facile parce qu'on a dû se mettre avec notre costard d'employeur alors que c'est pas du tout notre job. Et on a vu, déjà pour le recrutement on ne savait pas trop comment s'y prendre. »

P01 : « On devrait avoir une formation là-dessus. Vous voyez ? On n'est pas formé. »

2) Devoir vérifier les tâches déléguées.

Une des limites rapportées par certains médecins était le fait que toutes les tâches déléguées devaient être contrôlées par le médecin.

P03 : « C'est pas un total soulagement mais euh ça l'est quand même puisque je dois quand même vérifier ce qui a été fait »

P05 : « Je crois que le plus compliqué au départ c'est qu'avant de pouvoir donner la confiance en termes de délégation t'es obligée de rechecker que toutes les choses ont été faites. Et ça, c'est hyper fatigant intellectuellement parce que t'as délégué la tâche donc elle n'est plus dans ton esprit et tu dois aller vérifier que l'autre à qui t'as délégué l'a fait. Donc, il faut revenir sur la tâche. Ça, c'est compliqué. »

3) Rester responsable du travail de l'assistant.

En effet, le médecin devait s'assurer de la qualité du travail effectué par l'assistant car il restait le responsable des tâches déléguées.

P05 : « Je suis potentiellement entre guillemets l'employeur, donc je dois vérifier en termes que la personne est compétente au poste. »

P03 : « Je veux bien déléguer l'administratif, des contrôles de tension, mais pas des décisions médicales. »

X. Dynamisme de changement.

1) Ressentir un besoin de changer.

Les médecins rapportaient ressentir une nécessité de changement de leurs pratiques avant l'arrivée de l'assistant. Ils avaient besoin d'une aide, d'une solution.

P01 : « Je m'en sortais plus et des contraintes administratives de plus en plus lourdes [...] Je me suis dit ben soit je prends une AM soit je m'en vais. »

P02 : « C'était le bon moment. J'avais besoin de ça parce que sinon je pense que j'aurais pris ma retraite. »

P04 : « C'est-à-dire qu'en fait je ne peux pas comparer à si je ne l'avais pas, je pense que si je ne l'avais pas j'aurais peut-être coulé et j'aurai peut-être fait un burn-out, j'aurais peut-être pas su tenir là où j'arrive à tenir. »

P06 : « En fait, on était déjà sous l'eau donc le but c'était de pouvoir respirer. »

2) Vivre un changement positif.

Malgré une période d'adaptation, le changement était plutôt bien vécu par les médecins généralistes. Une satisfaction globale ressortait.

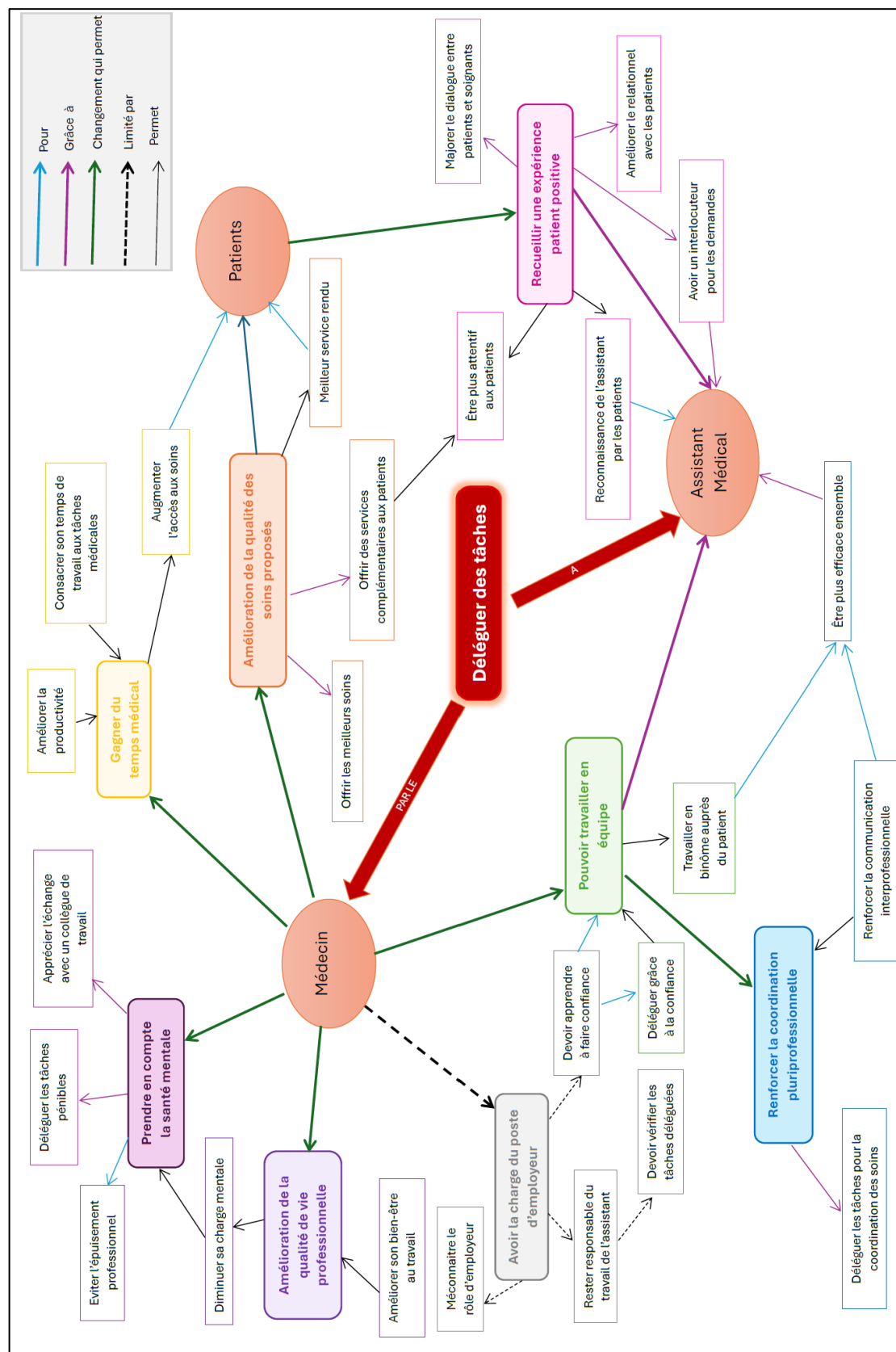
P03 : « Il a fallu aussi que je change mes habitudes de vieux jeune médecin, euh donc il a fallu que je les change aussi, donc ça a été perturbant, mais euh plus ça vient et plus j'adhère et je m'habitue au fonctionnement. »

P08 : « C'est une évolution du métier, c'est une belle évolution et ça change la vie du médecin. »

P09 : « Et fin voilà, je ferai jamais un autre job. Je suis vraiment content de ma situation en ce moment au travail, fin professionnelle donc fin voilà. »

DISCUSSION

I. Résultats principaux.



Notre étude montre que la délégation de tâches aux Assistants Médicaux est bénéfique pour le médecin. Elle lui permet de gagner du temps médical en étant plus productif. Il peut ainsi consacrer son temps de travail à des tâches médicales auprès du patient et majorer l'accès aux soins. La qualité des soins s'améliore et contribue à un meilleur service rendu.

Les médecins rapportent une expérience patient positive. En effet, le dialogue entre soignant et soigné est majoré. Les demandes des patients sont mieux prises en compte grâce à l'assistant. Les médecins peuvent ainsi être plus attentifs à leurs patients et leur offrir un meilleur accompagnement dans les soins.

La qualité de vie professionnelle du médecin est améliorée grâce à la délégation de tâches pénibles et une diminution de la charge mentale. Cela lui donne la possibilité de prendre en considération sa santé mentale et de prévenir l'épuisement professionnel. L'assistant joue un rôle clé dans le développement du lien interprofessionnel et dans le travail d'équipe.

La délégation de tâches apporte un nouveau statut au médecin, le statut d'employeur. Ce statut peut être une difficulté pour le médecin qui doit rester responsable du travail de son assistant.

Enfin, la délégation de tâches aux Assistants Médicaux s'inscrit dans une dynamique de changement positif.

II. Comparaison à la littérature.

1) Délégation de tâches par les médecins généralistes.

Dans une étude de 2018 s'intéressant aux préférences des médecins généralistes quant à la délégation de tâches réalisées par les secrétaires, les médecins préféraient pouvoir déléguer les tâches de gestion des dossiers et des plannings, c'est-à-dire des tâches administratives (13). En Moldavie, en 2025, une étude s'intéressant à la répartition du temps de travail des soignants retrouvait que les infirmiers spécialisés (comparables aux AM) passaient 33,6% de leur temps de travail aux tâches administratives contre 20 % pour les médecins (23). Dans notre étude, les médecins rapportaient être soulagés par la délégation des tâches chronophages et pénibles. Cela revenait principalement à la délégation de tâches administratives aux Assistants Médicaux.

Dans la littérature, il existe une ambivalence sur l'avis des médecins vis-à-vis de la délégation de tâches. En Allemagne, une étude de 2017 montrait que « 49 % des médecins interrogés avaient une attitude positive à l'égard de la délégation de tâches » (15). Les médecins étaient plus favorables vis-à-vis du gain de temps grâce à la délégation, mais défavorables vis-à-vis des responsabilités et aspects juridiques liés à la délégation (15). Une thèse réalisée à Lille en 2019 par S. Pirer s'était intéressée aux représentations et aux attentes des médecins généralistes concernant les AM et les IPA (24). Cette thèse retrouvait que les médecins pensaient avoir plus d'inconvénients que de bénéfices avec ces nouveaux métiers (24). Alors que dans notre étude, les médecins ayant l'expérience de la délégation de tâches aux Assistants Médicaux rapportaient un changement globalement bénéfique.

2) Comparaison à d'autres professionnels de santé.

Ce principe de délégation de tâches est retrouvé dans d'autres spécialités. En effet, les ophtalmologues délèguent aux orthoptistes afin de gagner du temps médical et obtenir une meilleure satisfaction patient (25). Ces résultats concordent avec notre étude concernant les médecins généralistes.

3) Qualité des soins et gain de temps médical.

Une étude en 2019, en Allemagne, comparait les soins de patients pris en charge dans un cabinet avec un Assistant Médical et les soins de ceux accueillis dans un cabinet sans Assistant Médical (26). Les résultats montraient un taux inférieur de consultations de spécialistes, un taux inférieur d'hospitalisation et un taux de coût des médicaments également inférieur chez les patients soignés dans les cabinets avec un Assistant Médical (26). Ces résultats vont dans le sens d'une amélioration des soins. Une thèse réalisée par F. Gouyette s'est intéressé à l'apport de l'Assistant Médical aux médecins généralistes dans l'Eure en 2022 (27). Cette thèse rapportait également une amélioration de la qualité des soins ainsi qu'un gain de temps médical, comme dans notre étude (27).

4) Satisfaction au travail.

L'étude de la satisfaction au travail liée à la délégation de tâche est peu explorée dans la littérature. Une revue de la littérature en 2016 retrouvait que les médecins généralistes n'avaient pas plus de satisfaction au travail avec la délégation de tâches à cause du rôle de superviseur et d'une menace de leur identité professionnelle (11). Cette étude était de petite taille, ce qui limitait les résultats (11). A contrario des études

au Danemark faites en 2013 et 2017 sur la délégation des tâches concernant des maladies chroniques comme la bronchopneumopathie chronique obstructive, retrouvaient une satisfaction des soignants mais également des patients (28,29). Cette satisfaction était en partie due à la qualité des soins (28). Cette satisfaction des patients associée à cette meilleure qualité des soins rentre dans le processus appelé « expérience patient » (30). Elle est recueillie par les professionnels de santé afin de poursuivre l'amélioration de la qualité des soins, mais également pour améliorer la qualité de vie des professionnels (30). Dans notre étude, les médecins recueillaient un avis globalement favorable de la part des patients suite à la présence de l'Assistant Médical au cabinet. Ils ressentaient une meilleure qualité de vie professionnelle, engendrant donc une augmentation de la satisfaction au travail.

III. Forces et limites.

Ce sujet est un sujet d'actualité peu exploré dans la littérature. Bien que plusieurs thèses en France se soient intéressées aux représentations et avis des médecins généralistes sur les Assistants Médicaux, le lien entre la délégation de tâches et Assistants Médicaux dans le Nord de la France n'a pas été exploré à ma connaissance. Cette étude a lieu 5 ans après l'émergence de ce nouveau métier, ce qui permet d'avoir un certain recul pour en observer les conséquences.

La méthodologie par une étude qualitative permettait de mieux recueillir le retour d'expérience des médecins depuis qu'ils délèguent les tâches à leurs assistants. Le manque d'expérience de l'investigatrice dans cette discipline a été compensé par un respect soigneux de la méthodologie grâce à l'aide d'un ouvrage (31). Un échantillon

raisonné théorique a été recruté afin de respecter la méthodologie. L'âge, le sexe, le mode et le lieu d'exercice étaient diversifiés. Les médecins étaient libres de contacter l'investigatrice s'ils souhaitaient participer à l'étude. Il n'y a pas eu de relance de la part de l'investigatrice. Ils pouvaient, à tout moment, se retirer de l'étude.

La grille d'entretien a été réalisée après une recherche bibliographique, mais a pu être influencée par l'expérience de l'investigatrice avec les Assistants Médicaux. Des questions ouvertes ont été utilisées dans cette grille pour permettre aux médecins de s'exprimer sur leurs idées. Les entretiens se sont déroulés sans tierce personne présente, excepté lors d'un entretien où une partie des données, durant lequel le tiers était présent, n'a pas été intégrée à l'étude.

Un des points forts de l'étude est la réalisation d'une triangulation des données avec une interne de médecine générale. Les résultats de notre étude semblent aller dans le même sens que plusieurs études dans la littérature, bien que ce sujet soit peu exploré.

IV. Perspectives.

Notre étude témoigne d'une satisfaction professionnelle des médecins ainsi que d'une prise en compte de leur santé mentale. Mais cela doit être nuancé car on retrouve des difficultés à cause du rôle d'employeur. Il serait intéressant de rechercher plus particulièrement l'impact de la délégation de tâches aux Assistants Médicaux sur la santé mentale des médecins généralistes. Cet impact est-il quantitativement bénéfique ?

Par ailleurs, notre étude permet d'avoir un aperçu sur les types de tâches déléguées aux Assistants Médicaux. Il pourrait maintenant être possible de s'intéresser aux préférences des médecins quant à la délégation de tâches aux Assistants Médicaux.

Enfin, plusieurs médecins veulent protocoliser ou protocolisent déjà les soins en fonction des pathologies rencontrées. Le but est de simplifier la délégation des tâches. Un travail d'uniformisation des protocoles à plus grande échelle qu'une MSP pourrait être bénéfique pour renforcer l'adhésion des médecins aux Assistants Médicaux.

CONCLUSION

L'apparition des Assistants Médicaux depuis fin 2019 s'inscrit dans une volonté de changement de pratique de la médecine générale. La délégation de tâches diverses entraîne pour le médecin un gain de temps médical et une amélioration de son bien-être professionnel. L'offre de soin ainsi que la qualité des soins sont optimisées, engendrant un recueil d'expérience patient positive.

A l'ère de la création des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles, l'Assistant Médical s'ancre dans une dynamique nouvelle en permettant un travail en équipe et une majoration de l'échange interprofessionnel.

Bien que des points semblent à améliorer concernant la gestion du statut d'employeur, ce nouveau métier a l'air d'être adopté par les médecins ayant choisi la délégation de tâches à leur Assistant Médical comme mesure d'adaptation dans leurs pratiques.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. ER_1267_2023_panel_mg3.pdf [Internet]. [cité 3 mai 2025]. Disponible sur: https://www.orspaca.org/sites/default/files/ER_1267_2023_panel_mg3.pdf
2. DGS_Laetitia.B, DGS_Pauline.J, DGS_Laetitia.B, DGS_Pauline.J. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2024 [cité 21 mars 2024]. Ma santé 2022 : un engagement collectif. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/masante2022/>
3. A D, A D. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. [cité 6 août 2025]. Plan d'action : 4 000 maisons de santé pluriprofessionnelles. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/plan-d-action-4-000-maisons-de-sante-pluriprofessionnelles>
4. A D, A D. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. [cité 11 mai 2025]. Plan d'action pour améliorer l'accès aux soins dans les territoires. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/plan-d-action-pour-ameliorer-l-acces-aux-soins-dans-les-territoires>
5. vocabulaire_coop_01092010_2010-09-03_14-05-56_834.pdf [Internet]. [cité 15 juill 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-09/vocabulaire_coop_01092010_2010-09-03_14-05-56_834.pdf
6. Hbrfrance.fr [Internet]. 2016 [cité 15 juill 2025]. A qui faut-il déléguer ? Disponible sur: <https://www.hbrfrance.fr/management/a-qui-faut-il-deleguer-13232>
7. Rôle et missions de l'assistant médical [Internet]. [cité 11 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/lille-douai/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/aides-financieres/aide-emploi-assistants-medicaux-dans-les-cabinets/role-et-missions-de-l-assistant-medical>
8. Chapitre Ier : Protocoles de coopération (Articles L4011-1 à L4011-5) - Légifrance [Internet]. [cité 8 mai 2025]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006155053/
9. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 3 mars 2024]. Délégation, transfert, nouveaux métiers... Comment favoriser les formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_497724/fr/delegation-transfert-nouveaux-metiers-comment-favoriser-les-formes-nouvelles-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante
10. Delegation_activites_medicales_et_non_medicales.pdf [Internet]. [cité 8 mai 2025]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/delegation_activites_medicales_et_non_medicales.pdf

11. Riisgaard H, Nexøe J, Le JV, Søndergaard J, Ledderer L. Relations between task delegation and job satisfaction in general practice: a systematic literature review. *BMC Fam Pract.* 30 nov 2016;17:168.
12. Agamaliyev E, Mikol F, Prost T. Les déterminants de l'opinion des médecins généralistes sur la délégation de tâches vers les infirmiers de leur cabinet. *Rev Fr Aff Soc.* 2016;(1):375-404.
13. Chanu A, Caron A, Ficheur G, Berkhout C, Duhamel A, Rochoy M. Préférences des médecins généralistes libéraux en France métropolitaine quant à la délégation des tâches médico-administratives aux secrétaires assistant(e)s médico-social(e)s : étude en analyse conjointe. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique.* 1 mai 2018;66(3):171-80.
14. Riisgaard H, Nexøe J. Successful task delegation in general practice – a way to maintain primary health care in the future. *Scand J Prim Health Care.* 3 avr 2017;35(2):111-2.
15. Goetz K, Kornitzky A, Mahnkopf J, Steinhäuser J. At the dawn of delegation? Experiences and attitudes of general practitioners in Germany - a questionnaire survey. *BMC Fam Pract.* 19 déc 2017;18(1):102.
16. Dalmat YM. Le rôle croissant des assistants médicaux dans les territoires. *Option/Bio.* 1 nov 2023;34(679):5.
17. Simon-Delavelle F, Viossat LC. La formation des assistants médicaux.
18. brochure_assismed_2024.pdf [Internet]. [cité 17 mai 2025]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/brochure_assismed_2024.pdf
19. Cabinets libéraux : aide à l'emploi d'assistants médicaux [Internet]. [cité 14 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/lille-douai/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/aides-financieres/aide-emploi-assistants-medicaux>
20. Assistants médicaux : qu'en pensent les jeunes médecins ? [Internet]. [cité 3 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.larevuedupraticien.fr/article/assistants-medicaux-quen-pensent-les-jeunes-medecins>
21. Convention médicale 2024-2029 - version intégrale.pdf [Internet]. [cité 17 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/Convention%20m%C3%A9dicale%202024-2029%20-%20version%20int%C3%A9grale.pdf>
22. Aide à l'emploi d'un assistant médical : ce qui change dès juin 2024 [Internet]. 2024 [cité 17 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/lille-douai/medecin/actualites/aide-l-emploi-d-un-assistant-medical-ce-qui-change-des-juin-2024>
23. Muho A, Kempers J, Topa A, Curteanu A, Curocichin G, Prytherch H. Time-motion study in primary health care in moldova: How do family doctors and medical assistants spend their work time? *PloS One.* 2025;20(4):e0321371.

24. 2019LILUM475.pdf [Internet]. [cité 7 oct 2023]. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2019/2019LILUM475.pdf
25. Herman A, Seghir C. Travail aidé et délégation de tâches. Intérêts de la réorganisation du cabinet d'ophtalmologie. *Rev Francoph Orthopt*. 1 oct 2016;9(4):225-33.
26. Senft JD, Wensing M, Poss-Doering R, Szecsenyi J, Laux G. Effect of involving certified healthcare assistants in primary care in Germany: a cross-sectional study. 1 déc 2019 [cité 30 juill 2025]; Disponible sur: <https://bmjopen.bmj.com/content/9/12/e033325>
27. Gouyette F. L'apport de l'assistant médical aux médecins généralistes: étude qualitative sur le territoire de l'Eure.
28. Bouchez T, Ramond-Roquin A. Délégation de tâches en médecine générale. *EXERCER*. 2013;24(106):40-1.
29. Riisgaard H, Søndergaard J, Munch M, Le JV, Ledderer L, Pedersen LB, et al. Associations between degrees of task delegation and job satisfaction of general practitioners and their staff: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. 17 janv 2017;17(1):44.
30. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 13 juill 2025]. Expérience patient et savoir expérientiel : deux notions à clarifier pour développer l'engagement ou la participation. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3602447/fr/experience-patient-et-savoir-experientiel-deux-notions-a-clarifier-pour-developper-l-engagement-ou-la-participation
31. Lebeau J pierre, Aubin-auger I, Cadwallader JS, Gilles de la Londe J, Lustman M, Mercier A, et al. Initiation à la recherche qualitative. *Global Média Santé, CNGE*. 2021.

ANNEXES

I. Annexe 1 : Lettre Informative.



Bonjour, je suis Anaïs MAREAU, étudiante en Médecine générale. Dans le cadre de ma thèse, je souhaite réaliser un entretien semi dirigé sur **les Assistants Médicaux**. Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier l'apport de la délégation de tâches aux assistants médicaux pour les médecins généralistes . Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez travailler avec un ou une assistant(e) médical(e) depuis au moins 6 mois.

Votre participation à l'étude est facultative. Vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment.

Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer vos droits d'accès, rectifications, effacement et d'opposition sur les données vous concernant.

Pour assurer une sécurité optimale, ces données vous concernant seront traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance du mémoire/thèse.

Cette étude fait l'objet d'une déclaration portant le n°2024-085 au registre des traitements de l'Université de Lille.

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@univ-lille.fr . Sans réponse de notre part, vous pouvez formuler une réclamation auprès de la CNIL.

Merci à vous !

Anaïs MAREAU (anais.mareau.etu@univ-lille.fr)



II. Annexe 2 : Grille d'entretien Initiale.

Caractéristiques des participants			
Age :	Sexe : F / H	Nombres d'années d'installation en cabinet :	Mode d'exercice : seul(e) / autre :
Zone d'exercice : ZIP/ ZAR/ZAC/	Nombre de mois de travail avec un AM :		Formule choisie : Temps partiel / temps complet
Ancienne profession de l'AM :		Formation de l'AM fini : Oui / Non	
Question brise-glace			
→ Racontez-moi comment vous est venue l'idée de travailler avec un AM ?			
Questions :			
→ Pour-vous qu'est-ce que la délégation de tâches ?			
→ Expliquez-moi quelles tâches avez-vous préféré déléguer ? Et pourquoi ?			
Relance	→ Comment avez-vous vécu le fait de ne plus réaliser les tâches déléguées ?		
→ Racontez-moi comment les prises en charge de vos patients ont-elles été modifiées depuis l'arrivée de l'AM ?			
Relance	→ Trouvez-vous que vos prises en charge sont plus coordonnées avec d'autres professionnels de santé ?		
→ Comment travailler avec un AM a-t-il modifié la délégation des tâches vis-à-vis d'autres potentiels employés (secrétaire, IPA, comptable...)			
→ Quel est l'impact de la délégation des tâches pour vous-même ?			
Relance	→ Par exemple sur votre vie personnelle ? Votre organisation ?		
→ Comment s'est passé l'accueil des patients vis-à-vis de l'AM : quels ont été leurs retours vis-à-vis des tâches réalisés par l'AM ?			
Relance :	→ Selon vous quel est le bénéfice pour vos patients ?		
→ Comment s'est modifiée votre relation médecin/patient depuis que vous travaillez avec un AM ?			
→ Racontez-moi comment vous organisez la gestion des tâches administratives liées à l'emploi de votre AM ?			
Relance	→ Vous êtes-vous fait aider pour ces tâches ? (rédaction des contrats, gestion des salaires, etc.)/		
→ Ces tâches sont-elles problématiques pour vous ?			
→ Que pensez-vous des axes de formation des AM ?			
(le suivi et le parcours de santé du patient /accueil et prise en charge administrative/ hygiène et qualité/ assistance au praticien)			
Relance	→ Expliquez-moi si cette formation vous a permis de déléguer des tâches à votre AM auxquelles vous n'aviez pas pensé ?		
→ Le Financement et l'augmentation de la patientèle sont souvent des limites pour l'embauche d'un AM, expliquez-moi comment avez-vous appréhendé ces difficultés ?			
→ Envisagez-vous de déléguer d'autres tâches à votre AM ? Ou à un autre professionnel de santé ?			
→ Selon vous les assistants médicaux sont-ils une solution pour palier à la désertification médicale ?			

III. Annexe 3 : Grille d'entretien finale.

Caractéristiques des participants			
Age :	Sexe : F / H	Nombre d'années d'installation en cabinet :	Mode d'exercice : seul(e) / autre :
Zone d'exercice : ZIP/ ZAR/ZAC/		Nombre de mois de travail avec un AM :	Formule choisie : Temps partiel / temps complet
Ancienne profession de l'AM :		Formation de l'AM fini : Oui / Non	
Question brise-glace			
→ Racontez-moi comment vous est venue l'idée de travailler avec un AM ?			
Questions			
→ Expliquez-moi quelles tâches avez-vous préféré déléguer ? Et pourquoi ?			
Relance	→ Comment avez-vous vécu le fait de ne plus réaliser les tâches déléguées ?		
→ Racontez-moi comment les prises en charge de vos patients ont-elles été modifiées depuis l'arrivée de l'AM ?			
Relance	→ Expliquez-moi si vous avez l'impression d'avoir plus de temps médical pour les prises en charge ?		
	→ Trouvez-vous que vos prises en charges sont plus coordonnées avec d'autres professionnels de santé ?		
→ Racontez-moi Comment avez-vous vécu l'arrivée de l'AM ?			
→ Comment travailler avec un AM a-t-il modifié la délégation des tâches vis-à-vis d'autres potentiels employés (secrétaire, IPA, comptable...)			
→ Quel est l'impact de la délégation des tâches pour vous-même ?			
Relance	→ Par exemple sur votre vie personnelle ? Votre organisation ?		
→ Comment s'est passé l'accueil des patients vis-à-vis de l'AM : quels ont été leurs retours vis-à-vis des tâches réalisées par l'AM ?			
Relance	→ Selon vous quel est le bénéfice pour vos patients ?		
→ Comment s'est modifiée votre relation médecin/patient depuis que vous travaillez avec un AM ?			
Relance	→ Est-ce que vous trouvez que ce changement vous permet de voir plus de patients ?		
→ Racontez-moi comment vous organisez la gestion des tâches administratives liées à l'emploi de votre AM ?			
Relance	→ Vous êtes-vous fait aider pour ces tâches ? (rédaction des contrats, gestion des salaires, etc.)		
	→ Ces tâches sont-elles problématiques pour vous ?		
→ Que pensez-vous des axes de formation des AM ? (le suivi et le parcours de santé du patient /accueil et prise en charge administrative/ hygiène et qualité/ assistance au praticien)			
Relance	→ Expliquez-moi si cette formation vous a permis de déléguer des tâches à votre AM auxquelles vous n'aviez pas pensé ?		
→ Le Financement et l'augmentation de la patientèle sont souvent des limites pour l'embauche d'un AM, expliquez-moi comment avez-vous appréhendé ces difficultés ?			
→ Envisagez-vous de déléguer d'autres tâches à votre AM ? Ou à un autre professionnel de santé ?			
→ Selon vous quel est l'apport des AM pour la société ?			

IV. Annexe 4 : Exemple de Verbatim.

50 I : OK, du coup tu étais un peu parti dessus, explique-moi les tâches que tu as préféré lui déléguer
51 et pourquoi ?

52 P09 : Alors bah premièrement, y a les tâches de secrétariat donc. Bon, c'est les tâches un petit
53 peu ingrates, j'ai envie de dire : répondre au téléphone, donner des rendez-vous, scanner les
54 documents. Ca c'est les choses qui prennent beaucoup de temps et qui sont chronophages. Et
55 puis qu'on aime pas faire. Donc clairement voilà. Ça, il fallait que je délègue pour avoir plus de
56 temps avec mes patients. Ça c'est clairement le, c'était clairement le but. Et après, avoir une
57 meilleure qualité de soins avec mes patients du coup. Ensuite, passé toutes les tâches au
58 secrétariat, y a aussi l'accueil du patient.

59 I : Donc elle voit les patients ?

60 P09 : Elle voit les patients effectivement avant que je les voie. Je travaille sur deux pièces
61 différentes, fin deux salles, deux bureaux. Donc, ils sont identiques avec deux ordinateurs... etc.,
62 deux CPS fin CPS/CPE. Et donc moi, ça me permet de m'avancer un petit peu. Et donc alors ce
63 que je lui délègue, c'est le déshabillage de mes patients. Tous mes enfants, ils sont déshabillés.
64 Donc ça, premièrement, à chaque consultation, avec une prise de taille, poids, périmètre crânien
65 à chaque consultation. Pareil pour les adultes, ils sont tous pesés à chaque consultation, avec
66 une prise de tension aux deux bras à chaque consultation. Donc ça, c'est quand même chouette.
67 Après, elle demande la carte vitale, elle ouvre le dossier médical. Pour les premiers (sic) patients,
68 elle peut commencer à remplir, sachant que je repasse derrière. C'est du pré-remplissage
69 effectivement. Et puis voilà. Mais rien que ça, c'est un gain de temps et une qualité de soins qui
70 est gagnée. Et je pense qui m'a fait, qui m'a permis de beaucoup mieux soigner mes patients
71 qu'auparavant quand j'étais même avec une secrétaire médicale. Quand j'étais en collaboration
72 avant. Je pense que j'avais pas cette qualité de soins. Et voilà, c'est ce qu'elle m'a fait gagner en
73 fait. Donc pour l'instant, la facturation, là, elle est encore dans son cheminement de formation.
74 Donc la facturation, j'ai pas encore abordé le thème mais peut-être que par la suite, je lui ferai
75 faire. Sachant que pour moi, c'est quelque chose qui est plutôt rapide, la facturation. Donc, c'est
76 pas forcément là-dessus. Pour l'instant, elle est encore dans sa formation, donc je lui laisse
77 terminer, mais je sais que par la suite, on va envisager d'autres choses. Notamment des
78 formations sur l'électrocardiogramme que j'aimerais bien avoir, et peut-être la spirométrie
79 aussi, qui serait vraiment intéressante pour moi vu le nombre de pneumologues qui est criant sur
80 le secteur XXX. Fin bien qu'ils soient très compétents par ailleurs. C'est une question de nombre.
81 Mais voilà, y a encore plein de tâches à envisager pour améliorer encore la qualité de soins de
82 mes patients. Et puis, aussi pour voir plus de monde donc, et dans un délai qui est restreint. Et
83 qui permet de, fin voilà, que tout le monde soit content.

V. Annexe 5 : Exemple d'analyse.

Verbatim	Etiquettes expérientielles	Propriétés	Catégories
L50/58 : OK, du coup tu étais un peu parti dessus, explique-moi les tâches que tu as préféré lui déléguer et pourquoi ? P09 : Alors bah premièrement, y a les tâches de secrétariat donc. Bon, c'est les tâches un petit peu ingrates, j'ai envie de dire : répondre au téléphone, donner des rendez-vous, scanner les documents. <u>Ça</u> c'est les choses qui prennent beaucoup de temps et qui sont chronophages. Et puis qu'on aime pas faire. Donc clairement voilà. <u>Ça</u>, il fallait que je délègue pour avoir plus de temps avec mes patients. <u>Ça</u> c'est clairement le, c'était clairement le but. Et après, avoir une meilleure qualité de soins avec mes patients du coup. Ensuite, passé toutes les tâches au secrétariat, y a aussi l'accueil du patient. L59/83 : Donc elle voit les patients ? P09 : Elle voit les patients effectivement avant que je les voie. Je travaille sur deux pièces différentes, fin deux salles, deux bureaux. Donc, ils sont identiques avec deux ordinateurs... etc., deux CPS fin CPS/CPE. Et donc moi, ça me permet de m'avancer un petit peu. Et donc alors ce que je lui délègue, c'est le déshabillage de mes patients. Tous mes enfants, ils sont déshabillés. Donc ça, premièrement, à chaque consultation, avec une prise de taille, poids, périmètre crânien à chaque consultation. Pareil pour les adultes, ils sont tous pesés à chaque consultation, avec une prise de tension aux deux bras à chaque consultation. Donc ça, c'est quand même chouette. Après, elle demande la carte vitale, elle ouvre le dossier médical. Pour les premiers (sic) patients, elle peut commencer à remplir, sachant que je repasse derrière. C'est du pré-remplissage effectivement. Et puis voilà. Mais rien que ça, c'est un gain de temps et une qualité de soins qui est gagnée. Et je pense que m'a fait, qui m'a permis de beaucoup mieux soigner mes patients qu'auparavant quand j'étais même avec une secrétaire médicale. Quand j'étais en collaboration avant. Je pense que j'avais pas cette qualité de soins. Et voilà, c'est ce qu'elle m'a fait gagner en fait. Donc pour l'instant, la facturation, là, elle est encore dans son cheminement de formation. Donc la facturation, j'ai pas encore abordé le thème mais peut-être que par la suite, je lui ferai faire. Sachant que pour moi, c'est quelque chose qui est plutôt rapide, la facturation. Donc, c'est pas forcément là-dessus. Pour l'instant, elle est encore dans sa formation, donc je lui laisse terminer, mais je sais que par la suite, on va envisager d'autres choses. Notamment des formations sur l'électrocardiogramme que j'aimerais bien avoir, et peut-être la spirométrie aussi, qui serait vraiment intéressante pour moi vu le nombre de pneumologues qui est criant sur le secteur XXX. Fin bien qu'ils soient très compétents par ailleurs. C'est une question de nombre. Mais voilà, y a encore plein de tâches à envisager pour améliorer encore la qualité de soins de mes patients. Et puis, aussi pour voir plus de monde donc, et dans un délai qui est restreint. Et qui permet de, fin voilà, que tout le monde soit content.	Je délègue les tâches de secrétariat car c'est long et pénible Mon objectif est de mieux soigner mes patients. J'ai deux bureaux au cabinet pour pouvoir travailler avec mon AM Je gagne du temps en déléguant l'accueil des patients au cabinet Toutes les constantes sont prises à chaque fois grâce à l'AM Mon AM préremplit les dossiers médicaux Je soigne mieux mes patients avec une AM qu'une secrétaire Je ne délègue pas les tâches de facturation car ce n'est pas chronophage pour moi J'aimerais déléguer d'autres tâches après la formation de mon AM Je voudrais faire de la pneumologie car mes patients ont du mal à avoir accès aux pneumologues Je veux que mes patients soient satisfaits de leurs soins	Déléguer les tâches pour gagner du temps Offrir des soins plus qualitatifs Avoir des locaux adaptés Optimiser le temps des consultations Améliorer les prises en charge Être aidé dans la gestion des dossiers Gagner en qualité avec une AM par rapport à une secrétaire Garder les tâches rapides comme la facturation Se projeter dans la délégation de tâches Se former en fonction des besoins du territoire Se soucier du bien-être des patients	Gagner du temps médical Gagner en qualité de soins Gagner en qualité de soins Amélioration du bien-être professionnel Être plus attentif aux patients

VI. Annexe 6 : Déclaration auprès du Délégué à la Protection des Données (DPO).



RÉCÉPISSÉ ATTESTATION DE DÉCLARATION

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

Responsable administrative Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

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

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	SIREN: 130 029 754 00012
Adresse : 42 Rue Paul Duez 590000 - LILLE	Code NAF: 8542Z Tél.: +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Intitulé : L'apport de la délégation des tâches pour les médecins généralistes : l'exemple des assistants médicaux

Référence Registre DPO : 2024-085

Responsable scientifique : Mme Hélène BREFORT
Interlocuteur (s) : Mme Anaïs MAREAU

Fait à Lille,

Le 2 mai 2024

Jean-Luc TESSIER

Délégué à la Protection des Données



Direction Données personnelles et archives
42 rue Paul Duez
59000 Lille
dpo@univ-lille.fr | www.univ-lille.fr

VII. Annexe 7 : Grille d'évaluation SRQR.

No.	Topic	Item
Title and abstract		
S1	Title	Concise description of the nature and topic of the study Identifying the study as qualitative or indicating the approach (e.g., ethnography, grounded theory) or data collection methods (e.g., interview, focus group) is recommended
S2	Abstract	Summary of key elements of the study using the abstract format of the intended publication; typically includes background, purpose, methods, results, and conclusions
Introduction		
S3	Problem formulation	Description and significance of the problem/phenomenon studied; review of relevant theory and empirical work; problem statement
S4	Purpose or research question	Purpose of the study and specific objectives or questions
Methods		
S5	Qualitative approach and research paradigm	Qualitative approach (e.g., ethnography, grounded theory, case study, phenomenology, narrative research) and guiding theory if appropriate; identifying the research paradigm (e.g., postpositivist, constructivist/interpretivist) is also recommended; rationale ^b
S6	Researcher characteristics and reflexivity	Researchers' characteristics that may influence the research, including personal attributes, qualifications/experience, relationship with participants, assumptions, and/or presuppositions; potential or actual interaction between researchers' characteristics and the research questions, approach, methods, results, and/or transferability
S7	Context	Setting/site and salient contextual factors; rationale ^b
S8	Sampling strategy	How and why research participants, documents, or events were selected; criteria for deciding when no further sampling was necessary (e.g., sampling saturation); rationale ^b
S9	Ethical issues pertaining to human subjects	Documentation of approval by an appropriate ethics review board and participant consent, or explanation for lack thereof; other confidentiality and data security issues
S10	Data collection methods	Types of data collected; details of data collection procedures including (as appropriate) start and stop dates of data collection and analysis, iterative process, triangulation of sources/methods, and modification of procedures in response to evolving study findings; rationale ^b
S11	Data collection instruments and technologies	Description of instruments (e.g., interview guides, questionnaires) and devices (e.g., audio recorders) used for data collection; if/how the instrument(s) changed over the course of the study
S12	Units of study	Number and relevant characteristics of participants, documents, or events included in the study; level of participation (could be reported in results)
S13	Data processing	Methods for processing data prior to and during analysis, including transcription, data entry, data management and security, verification of data integrity, data coding, and anonymization/deidentification of excerpts
S14	Data analysis	Process by which inferences, themes, etc., were identified and developed, including the researchers involved in data analysis; usually references a specific paradigm or approach; rationale ^b
S15	Techniques to enhance trustworthiness	Techniques to enhance trustworthiness and credibility of data analysis (e.g., member checking, audit trail, triangulation); rationale ^b
Results/findings		
S16	Synthesis and interpretation	Main findings (e.g., interpretations, inferences, and themes); might include development of a theory or model, or integration with prior research or theory
S17	Links to empirical data	Evidence (e.g., quotes, field notes, text excerpts, photographs) to substantiate analytic findings
Discussion		
S18	Integration with prior work, implications, transferability, and contribution(s) to the field	Short summary of main findings; explanation of how findings and conclusions connect to, support, elaborate on, or challenge conclusions of earlier scholarship; discussion of scope of application/generalizability; identification of unique contribution(s) to scholarship in a discipline or field
S19	Limitations	Trustworthiness and limitations of findings
Other		
S20	Conflicts of interest	Potential sources of influence or perceived influence on study conduct and conclusions; how these were managed
S21	Funding	Sources of funding and other support; role of funders in data collection, interpretation, and reporting

AUTEUR(E) : Nom : MAREAU

Prénom : Anaïs

Date de soutenance : 8 octobre 2025

Titre de la thèse : L'apport de la délégation de tâches pour les médecins généralistes : l'exemple des Assistants Médicaux dans le Nord de la France

Thèse - Médecine - Lille 2025

Cadre de classement : *Médecine Générale*

DES + FST/option : *Médecine Générale*

Mots-clés : délégation du personnel - soins de santé primaires - gestion de cabinet médical - médecine générale

Résumé :

Contexte : Le métier d'Assistant Médical a été créé récemment afin d'essayer de répondre aux problématiques d'accès aux soins dans notre société. L'étude de la délégation de tâches par les médecins généralistes est peu explorée dans la littérature, notamment en France. Notre étude avait pour objectif de rechercher l'apport de la délégation de tâches aux Assistants Médicaux en soins primaires.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés inspirée de la théorisation ancrée. Les participants étaient des médecins généralistes installés en cabinet libéral dans le Nord de la France, travaillant avec un Assistant Médical depuis au moins 6 mois. Neuf entretiens ont été réalisés de juillet 2024 à mai 2025.

Résultats : La délégation de tâches à l'Assistant Médical permettait au médecin généraliste de gagner du temps médical, d'offrir une meilleure qualité de soins, ainsi que de recueillir une expérience patient positive. Ce changement améliore sa qualité de vie professionnelle tout en prenant en compte sa santé mentale, même s'il pouvait se sentir en difficulté avec le rôle d'employeur. La dynamique des soins était plus coordonnée et pluriprofessionnelle.

Conclusion : Ce nouveau métier semble adopté par les médecins ayant choisi la délégation de tâches à leur assistant médical comme mesure d'adaptation dans leurs pratiques. De nombreux axes restent à développer, comme la protocolisation des soins délégués à l'assistant afin de renforcer et simplifier la délégation de tâches.

Composition du Jury :

Président : Madame le Professeur Florence RICHARD

Assesseurs : Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Monsieur le Docteur David WYTS

Directeur de thèse : Madame le Docteur Hélène BREFORT