UNIVERSITÉ DE LILLE

UFR3S-MÉDECINE

Année : 2026

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Représentations pour les médecins généralistes des dispositifs émergents de la prise en charge en soins primaires dans une ZIP : exemple des médecins sur le territoire de la CPTS du Sud-Avesnois.

Présentée et soutenue publiquement le 30 avril 2026 à 14 heures
au *Pôle Formation*

par Eléonore MARECHAL--BONNEVAL

_____

JURY

Présidente :
Madame la Professeure Florence RICHARD
Assesseure :
Madame la Professeure Anita TILLY DUFOUR
Directeur de thèse :
Monsieur le Docteur Christophe DE SA

_____

AVERTISSEMENT

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

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABRÉVIATIONS *1*

RESUME *2*

INTRODUCTION *3*

MATERIELS ET METHODES *5*

1. Recueil bibliographique **5**

2. Type d'étude **5**

3. Population **6**

3.1. Critères d'inclusion et d'exclusion 6

3.2. Modalités de recrutement 6

4. Guide d'entretien **6**

5. Recueil des données **7**

6. Enregistrement **7**

7. Nombre d'entretiens **7**

8. Retranscription **8**

9. Analyse des données **8**

10. Journal de bord **8**

11. Cadre éthique et réglementaire **8**

RESULATS *10*

1. Résultats issus de la méthode **10**

1.1. Données de la population étudiée 10

1.2. Triangulation des données 11

2. Résultats de l'analyse des données **11**

3. Commentaires du modèle explicatif **12**

3.1. Améliorer l'accès aux soins, un objectif de santé public majeur 12

3.2. La réorganisation des soins via ces dispositifs 12

3.3. Les pré-requis à l'introduction de ces dispositifs 12

3.4. Les deux déterminants qui conditionnent cette réorganisation 16

3.5. Les limites mentionnées par les médecins généralistes 18

3.6. Les avantages du travail pluri professionnel 21

3.7. La méconnaissance des dispositifs 23

3.8. La représentation sociale du métier de médecin 23

3.9. Tendre vers la résilience des médecins et l'acceptation des patients 24

DISCUSSION *25*

1. Discussion de la méthode **25**

1.1. Forces de l'étude 25

1.2. Limites de l'étude 25

2. Discussion des résultats **26**

2.1. Résultats principaux 26

2.2. Comparaison avec la littérature 27

CONCLUSION *34*

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES *35*

ANNEXES *38*

LISTE DES ABRÉVIATIONS

MG : Médecin(s) généraliste(s)

IPA : Infirmier ou infirmière en pratique avancée

AM : Assistant médical

VAE : Validation des acquis de l'expérience

MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle

ESP : Équipe de soins primaires

MSU : Maître de stage des universités

CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé

ZIP : Zone d'intervention prioritaire

DPO : Délégué à la protection des données

CPP : Comité de protection des personnes

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

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

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

TROD : Test rapide d'orientation diagnostique

I : Investigatrice

M : Médecin interrogé

RESUME

Contexte : Devant une diminution de l'offre de soins en France, de nombreux dispositifs prennent place dans le système de santé français. Il s'agit des postes d'assistants médicaux, d'infirmiers en pratique avancée mais également l'instauration de protocole de coopération et des pharmaciens correspondants. Ils ont pour but d'améliorer l'accès aux soins des patients et de permettre aux médecins généralistes de déléguer certaines tâches pour se concentrer sur les actes médicaux. Cette mise en lumière de la « pratique avancée » a débuté en 2016 avec les assistants médicaux puis en 2018 avec les infirmiers en pratique avancée. Aujourd'hui, ces dispositifs sont encore peu exploités en France et il existe peu d'études concernant l'avis des médecins généralistes à avoir recours à ces nouvelles organisations.

Méthode : Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été menée auprès des médecins généralistes libéraux sur le territoire de la CPTS du Sud-Avesnois entre janvier et juin 2024. L'analyse des verbatims, inspirée de la méthode par théorisation ancrée, a été réalisée à l'aide du logiciel NVIVO.

Résultats : A l'issue de l'analyse des huit entretiens, les différents dispositifs proposés peuvent représentés une solution à l'amélioration des soins pour les patients. Les médecins généralistes mettent en avant qu'ils peuvent y trouver des avantages et notamment d'un point de vue administratif et organisationnel. Néanmoins, ils émettent quelques méfiances sur les avantages annoncés et se questionnent sur les compétences professionnelles des dispositifs. L'altération de la relation malade-médecin, l'aspect chronophage et le sentiment de redevabilité financière sont des freins mentionnés par les médecins généralistes. Ils craignent une majoration de leur charge mentale en supervisant ces nouveaux dispositifs et, de ce fait une non amélioration de leur qualité de vie personnelle.

Conclusion : La réorganisation des soins vise à améliorer l'accès des patients mais elle prend insuffisamment en compte les attentes des médecins généralistes. Bien qu'ils souhaitent déléguer pour alléger leur charge mentale et améliorer leur qualité de vie, ces dispositifs nécessitent un cadre organisationnel exigeant et peuvent paradoxalement augmenter leur charge mentale de manière indirecte, en contradiction avec leur aspiration à un meilleur équilibre de vie.

Mots clés : Délégation, médecine générale, infirmier en pratique avancée, assistant médical, pharmacien.

INTRODUCTION

L'Atlas sur la démographie médicale est publié chaque année par le Conseil national de l'Ordre des médecins. En juin 2023, nous constatons qu'il met en avant plusieurs problématiques. En effet, il est remarqué un creusement des inégalités territoriales au niveau de l'accès aux soins, une désaffectation croissante de l'exercice libéral régulier en médecine générale impliquant une baisse du nombre de médecins traitants ainsi que le retrait des spécialités en périphérie [1]. Les régions hospitalo-universitaires voient leurs effectifs de médecins augmenter et rajeunir en termes d'âge alors qu'en périphérie, on observe une nette diminution du nombre de praticiens qui eux-mêmes se voient de plus en plus vieillissants. L'accès aux soins est une priorité essentielle du système de santé cependant encore aucune solution satisfaisante n'a été mise en avant [2].

C'est pourquoi, en réponse à la désertification médicale, de nombreux dispositifs voient le jour dans le système de santé français. Il s'agit des postes d'assistants médicaux (AM), d'infirmiers en pratique avancée (IPA) mais également l'instauration de protocole de coopération et des pharmaciens correspondants. Ils ont tous pour but de permettre aux médecins généralistes (MG) de déléguer certaines tâches afin de se concentrer sur les actes médicaux.

La loi de modernisation du système de santé de 2016 met en lumière « la pratique avancée » pour les auxiliaires médicaux [3]. Dans la continuité de la création de l'exercice en pratique avancé, le décret n°2018-633 du 18 juillet 2018 a créé un nouveau diplôme d'État intitulé Infirmier en Pratique Avancée [4].

Le diplôme d'infirmier en pratique avancée [5] s'obtient après une formation théorique de deux ans pour un infirmier ayant déjà trois ans d'exercice. Il existe cinq domaines d'intervention : les pathologies chroniques stabilisées, l'oncologie et l'hémato-oncologie, la maladie rénale chronique et la dialyse, la psychiatrie et la santé mentale ainsi que les urgences. Les missions suivantes leurs sont allouées : des activités d'orientation, d'éducation, de prévention et dépistage, des actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes de surveillance clinique et paraclinique, des prescriptions de produits de santé non

soumis à prescription médicale, des prescriptions d'examens complémentaires, des renouvellements ou encore des adaptations de prescriptions médicales.

Concernant les assistants médicaux [6], le champ des missions est assez large permettant à chaque médecin de définir personnellement les missions souhaitées pour s'adapter aux besoins du cabinet. Les médecins reçoivent une aide financière de la CPAM pour employer un AM en contrepartie d'une augmentation de la patientèle. L'AM peut entreprendre trois types de missions : administrative, la préparation et le déroulement de la consultation et des missions d'organisation et de coordination. L'assistant médical dispose de deux ans pour obtenir son certificat de qualification professionnelle à partir de la date d'embauche. Il devra être formé ou recevoir une formation spécifique ouverte à la validation des acquis (VAE).

Au sujet des protocoles de coopération [7], la délégation peut concerner des actes de prévention, de diagnostique ou thérapeutique. Il faut noter que ces protocoles s'intègrent principalement dans le cadre d'un exercice coordonné (MSP ou ESP). Il existe six protocoles dont quatre disponibles dans le cadre des soins primaires. A savoir que depuis l'arrêté du 17 juin 2024, les pharmaciens sont autorisés à délivrer sans ordonnance des antibiotiques dans le cadre de la cystite simple et de l'angine après la réalisation d'un TROD [8].

Le pharmacien correspondant [9] quant à lui est désigné par le patient auprès de l'Assurance Maladie. Le pharmacien peut, pour les seules ordonnances du médecin traitant, renouveler des traitements chroniques au-delà de la durée inscrite sur l'ordonnance. Le médecin traitant doit obligatoirement indiquer la mention du renouvellement et la durée pour laquelle il le souhaite. A savoir que cette durée ne peut excéder 12 mois.

Aujourd'hui ces différents dispositifs sont encore peu pratiqués en France [10, 11] et il existe peu d'études concernant l'avis des médecins généralistes à avoir recours à ces nouvelles organisations.
L'objectif de cette étude est de décrire les représentations que peuvent avoir les médecins généralistes d'une zone d'intervention prioritaire au sujet de ces nouveaux dispositifs.

MATERIELS ET METHODES

1. Recueil bibliographique

Les recherches bibliographiques ont été effectuées sur différentes bases de données de type Google Scholar, Cairn, Pubmed, Lillocat et sur le site de l'Assurance maladie ainsi que des revues telles que Exercer.

La recherche a été réalisée avec l'utilisation des principaux mots clés Mesh suivants : médecine générale, délégation, infirmier en pratique avancée, assistant médical, pharmacien. Le site HeTOP a permis leur traduction en anglais : general pratice, delegation, advanced practice nursing, doctor's assistant, pharmacist.

Une veille bibliographique a été effectuée tout au long de l'étude afin d'actualiser les connaissances sur le sujet.

2. Type d'étude

Cette étude est réalisée de manière qualitative afin de recueillir des données descriptives. Le but étant de comprendre les représentations des médecins de ville en zone sous dense au sujet des nouveaux dispositifs émergents en médecine générale : l'infirmier en pratique avancée, l'assistant médical, les protocoles de coopération ainsi que le pharmacien correspondant.

Cette étude est réalisée à partir d'entretiens individuels et semi-dirigés. Le guide d'entretien a été établi au préalable afin de pouvoir mener les entretiens avec des questions ouvertes. Le contenu a été analysé par une méthode inspirée de la théorisation ancrée.

Le discours des médecins interrogés a été orienté autour de différents thèmes préalablement définis et consignés dans un guide d'entretien.

Dans ce travail de recherche qualitative, l'auteure de la thèse était à la fois investigatrice et menait les entretiens.

3. Population

3.1. Critères d'inclusion et d'exclusion

Sont inclus les médecins libéraux installés sur le territoire de la CPTS du Sud-Avesnois et qui pratiquent la médecine générale en soins primaires.

Aucun critère d'exclusion ou de non inclusion n'a été appliqué.

3.2. Modalités de recrutement

Le recrutement a concerné les médecins généralistes installés sur le territoire de la CPTS du Sud-Avesnois. Ce territoire s'étend sur 179 m2 avec une population d'environ 24 000 habitants soit 137 hab/km2. Les villes principales sont Fourmies avec 11 500 habitants ainsi que Wignehies, Anor ou Trélon qui accueillent chacune environ 3 000 habitants. La CPTS du Sud-Avesnois comprend trois principales maisons de santé pluriprofessionnelles qui se trouvent à Anor, Trélon et Fourmies.

La prise de contact s'est effectuée soit par entretien téléphonique auprès du médecin lui-même, soit par message auprès du numéro personnel lorsque cela était possible, soit par mail en utilisant la liste des adresses mails récupérées auprès du directeur de thèse.

La participation à ce travail était sur la base du volontariat. Le thème leur a été présenté avant de définir une date, un horaire et un lieu de rendez-vous. Il a été proposé d'effectuer les entretiens en présentiel, au sein de leur cabinet ou dans un autre lieu à leur convenance.

4. Guide d'entretien

Le guide d'entretien comporte plusieurs questions ouvertes dont une question « bris de glace » afin d'ouvrir la discussion avec les participants. Celui-ci a été conçu par l'investigatrice en décembre 2023. (cf annexe n°1)

Le guide d'entretien s'est articulé en trois parties :

- L'exploration de leur activité, leur organisation et les difficultés ressenties.
- La connaissance des dispositifs émergents.
- Leur représentation sur les différents dispositifs.

Le guide d'entretien a été réévalué après une lecture flottante de chaque entretien. Celui-ci n'a été que très peu modifié durant l'avancée de l'étude.

5. Recueil des données

L'investigatrice s'est présentée avant de débuter chaque entretien et a introduit son sujet de recherche. Le recueil du consentement a été réitéré de manière orale et les participants ont été informés de l'enregistrement via un dictaphone, avec anonymisation des retranscriptions et destruction des enregistrements aux termes de l'étude.

L'investigatrice posait des questions ouvertes afin de recueillir les représentations des médecins généralistes sur les différents dispositifs s'ils les connaissaient déjà. Dans le cas contraire, une rapide présentation des dispositifs a précédé l'exploration de leurs représentations.

Il était également souligné que l'objectif de l'étude était de connaitre leurs représentations et en aucun cas pour faire une évaluation des connaissances sur le sujet.

6. Enregistrement

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone de la marque Sony ICD-PX240 ainsi que d'un iPhone 13 en mode avion afin d'éviter toute perte de données.

7. Nombre d'entretiens

Le nombre d'entretien a été fixé au nombre de médecins généralistes libéraux installés dans le territoire de la CPTS du Sud-Avesnois soit 9 entretiens permettant la saturation théorique des données.

8. Retranscription

Les entretiens ont été retranscrits dans leur intégralité mot pour mot tout en respectant les onomatopées, les moments de réflexion et les silences.

La retranscription s'est d'abord faite à l'aide d'un outil de retranscription sur Microsoft Word permettant la conversion automatique d'un fichier audio en un fichier texte. Après chaque conversion, une réécoute avec correction et modification a été réalisée par l'investigatrice afin de rétablir l'authenticité de la retranscription de l'entretien.

Toutes les retranscriptions ont été anonymisées puis enregistrées sur le logiciel Microsoft Word 2016.

9. Analyse des données

L'analyse des données qualitatives a été inspirée de la méthode par théorisation ancrée. Un modèle explicatif en est ressorti après une analyse ouverte, axiale puis intégrative.

La triangulation des données a été effectuée par une personne extérieure à l'étude. Le logiciel N VIVO version 15 a été utilisé pour la réalisation de l'analyse.

10. Journal de bord

Un journal de bord numérique via un document Word a été mis en place par l'investigatrice afin de notifier son avancée dans son travail de thèse allant des pistes de réflexion jusqu'aux différentes étapes de réalisation de celle-ci. (cf annexe n°2)

De plus, un espace numérique de travail via Trello a été partagé entre l'investigatrice et le directeur de thèse pour faciliter les échanges. (cf annexe n°3)

11. Cadre éthique et réglementaire

L'auteure ne déclare aucun conflit d'intérêts. Ce travail de recherche n'a reçu aucun financement.

La notion d'anonymat et le recueil du consentement ont été confirmés oralement avant le début de chaque entretien. Néanmoins, chaque médecin avait le droit de demander un accès

à ses données, d'en faire des modifications voire d'en demander une suppression. Une lettre d'information rappelant ces faits leur a également été transmise. (cf annexe n°4)

Les données ont été traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de thèse. Seul l'investigatrice a eu accès aux données non anonymisées.

L'étude a été jugée conforme à la suite d'une déclaration auprès du Délégué à la Protection des Données (DPO) de la faculté de Lille. (cf annexe n°5)

L'étude a été dispensée du CPP et de déclaration auprès de la CNIL.

RESULATS

1. Résultats issus de la méthode

1.1. Données de la population étudiée

Les entretiens se sont déroulés sur la période de janvier à juin 2024. Huit entretiens ont été réalisés sur les neufs médecins généralistes installés sur le territoire de la CPTS du Sud-Avesnois, sept au sein des cabinets des médecins interrogés. Un entretien a été réalisé à domicile.

Les caractéristiques des médecins interviewés sont répertoriées dans le Tableau 1.

Les entretiens ont duré de 25 minutes et 21 secondes à 46 minutes et 24 secondes. La durée moyenne des entretiens est de 35 minutes et 24 secondes. L'âge moyen des médecins est de 50 ans.

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins interrogés.

Médecin	Sexe	Âge (années)	Année d'installation	Mode exercice	MSU	Durée entretien (minutes : secondes)
M1	Homme	38	2016	MSP	Oui	46 : 26
M2	Femme	39	2023	MSP	Non	23 : 54
M3	Femme	36	2017	MSP	Oui	34 : 08
M4	Homme	55	1997	Cabinet libéral	Non	38 : 08
M5	Homme	74	1977	Cabinet libéral	Non	43 : 16
M6	Femme	32	2023	MSP	Non	30 : 49
M7	Homme	64	1987	Cabinet libéral	Non	25 : 21
M8	Femme	65	1998	Cabinet libéral	Oui	41 :13

L'ensemble des retranscriptions a été enregistré sur clé USB et celle-ci est jointe au manuscrit de thèse imprimé.

1.2. Triangulation des données

La triangulation des données a été effectuée par une personne extérieure à l'étude sur l'entièreté des entretiens. Peu de discordances ont été signalées.

2. Résultats de l'analyse des données

Les résultats de l'analyse nous amènent à proposer le schéma explicatif représenté sur la Figure 1 ci-dessous (cf annexe n°6 et feuille volante n°1 pour en faciliter la lecture).

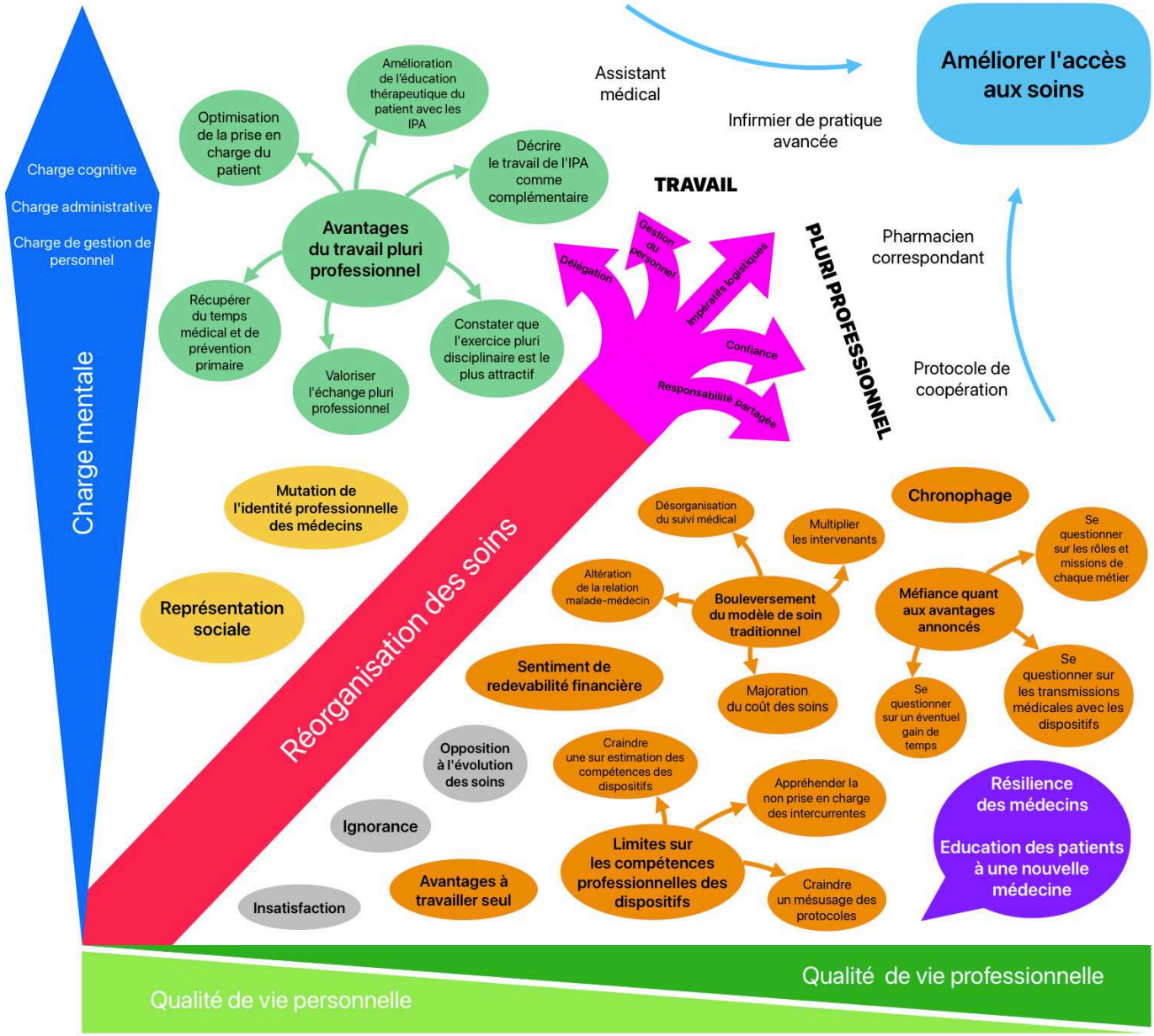


Figure 1 : Schéma explicatif de l'étude.

3. Commentaires du modèle explicatif

3.1. Améliorer l'accès aux soins, un objectif de santé public majeur (couleur bleu clair)

Les médecins interrogés mettent en avant une difficulté d'accès aux soins sur leur territoire avec une impossibilité d'augmenter leur patientèle. Ils déclarent que les dispositifs présentés pourraient améliorer l'accès aux soins pour les patients.

> *M6 : « dégorger déjà les consultations pour la médecine générale, essayer de diminuer les délais aussi de rendez-vous, ça c'est vrai »*

> *M3 : « je préfère que mon patient puisse être vu par l'IPA s'il n'y a pas d'autre solution ou qu'il ait une consultation un peu réduite avec moi mais qu'il puisse me voir quand même plutôt que de lui proposer une consultation trois semaines après. »*

> *M2 : « Et je me dis que ça [l'IPA], ça pourrait permettre à la population d'avoir une consultation euh plus… peut-être plus rapidement »*

3.2. La réorganisation des soins via ces dispositifs (flèche rouge)

Les médecins semblent accepter la réorganisation des soins via l'introduction de ces différents dispositifs.

> *M2 : « ça peut être intéressant, tout ce qui va être émergent, qui pourrait nous aider en plus dans notre pratique quotidienne. »*

3.3. Les pré-requis à l'introduction de ces dispositifs (couleur rose)

3.3.1. La délégation de tâche

Les médecins interrogés ont déjà été sensibilisés à l'introduction de ces différents dispositifs et quelques-uns sont déjà mis en place sur le territoire. Les médecins mentionnent que les protocoles de coopération seraient une manière d'officialiser une délégation de tâche qui est en vérité déjà mise en place sur le territoire.

M3 : « Oui j'en ai déjà entendu parler [protocole de coopération] alors je ne sais plus quelle pathologie ça concerne : angine si je ne dis pas de bêtises, la cystite et il y a une période il parlait d'entorse ou je sais pas quoi. »

M1 : « La cystite [protocole de coopération] il est en place, l'odynophagie il est censé être mis en place mais il me semble qu'on n'a toujours pas signé donc il est pas réellement encore en place. On ne le met pas en pratique en tout cas. Mais la cystite, il est en place. »

M4 : « Bah moi comme je travaille déjà beaucoup avec les pharmaciens, ça ne me dérange pas trop parce que franchement, ils font déjà, ils avancent et moi ça m'arrive, ils me font des avances puis voilà, je refais les ordonnances derrière, je leur envoie par mail mon feu vert.»

Certains médecins pensent que le renouvellement de traitement est un acte simple et que cette tâche pourrait être déléguée. Ils ont connaissance des différentes missions de l'assistant médical et le but serait de le rendre autonome afin de pouvoir en tirer un avantage sur leur activité professionnelle. Quant à l'IPA, il a été mentionné qu'elle serait plus autonome dans son travail et qu'il serait intéressant de lui laisser une partie des motifs aigus.

M8 : « C'est quelqu'un [l'assistant médical] qui va aussi être beaucoup dans la gestion du cabinet, tout ce qui va être matériel pour le médecin. »

M1 : « Elle [l'assistante médicale] recueille le motif, en fonction du motif elle prend les paramètres, les constantes. Elle note tout dans le dossier. Elle vérifie le dépistage. Elle vérifie les vaccins. Elle vérifie que tout est à jour pour les diabétiques et les hypertendus. […] Mais elle a déjà un regard sur le suivi annuel nécessaire de ces patients. Et donc elle me fait un résumé. »

M8 : « Bah c'est peut-être un peu dommage quelque part qu'elles [les IPA] ne puissent pas faire de l'aigu. Maintenant elles n'ont peut-être pas la formation pour ça […] »

Ils se projettent sur une délégation d'une partie de la consultation clinique, une délégation des tâches administratives ainsi que d'autres compétences médicales.

M8 : « IPA je dirais donc beaucoup dans l'accompagnement des patients pathologies chroniques justement pour faire une synthèse des suivis, notamment les diabétiques et les hypertendus. Et avec du coup une grosse part, je dirais, d'action dans l'éducation du patient. »

M3 : « Oui dans le côté administratif et le côté gestion du dossier médical, cela m'intéresserait. Tout ce qui est prévention et dépistage […]. elle [l'assistante médicale] est dédiée à ça, elle va y penser à chaque consultation et ça peut être une moitié de cerveau en plus. »

3.3.2. La gestion du personnel

Les médecins sont conscients que la mise en place de ces dispositifs nécessite une gestion de personnel.

M8 : « Les contre-arguments, ça serait qu'il faut le rémunérer, qu'il peut tomber malade et être absent. En fait je dirais c'est là pour moi les contre-arguments, c'est juste le problème de la gestion humaine du personnel. »

M8 : « Mais bon, comme moi j'ai 61 ans, c'est un peu compliqué pour moi de recruter. […] je dirais que ça représente un investissement humain important pour pour un exercice qui ne durera que quelques années. »

3.3.3. Le prérequis logistique

Les médecins pointent du doigt la nécessité d'avoir des locaux disponibles pour pouvoir accueillir ces nouveaux dispositifs.

M2 : « C'est plus aussi au niveau local (hésite, cherche ses mots) enfin local enfin on n'a pas forcément la place de rajouter en plus une assistante médicale, une IPA. C'était pas prévu quand les maisons de santé ont été créées quoi. »

M4 : « Mais perso là j'ai pas de place tout de suite dans la structure. Oui ou il faut pousser les murs. »

3.3.4. La confiance

La confiance entre les différents professionnels de santé est soulignée comme importante. Il faudra du temps pour apprendre à travailler avec ces nouveaux professionnels et pour créer un lien de confiance.

M1 : « Maintenant, c'est vrai que avoir une confiance aveugle à tous les pharmaciens, c'est compliqué.»

M3 : « Après on ne peut pas connaître tous les pharmaciens des villes alentours et je ne peux pas faire confiance à des gens qu'on voie une fois ou deux fois par an. Ce n'est même pas une question de confiance mais une question de travailler ensemble et c'est compliqué de créer des relations de confiance avec des gens qu'on ne voie jamais. »

3.3.5. La responsabilité partagée

La responsabilité médicale à travers la délégation de tâche questionne beaucoup les médecins. Ces derniers redoutant de voir engager leur responsabilité.

M1 : « Ce qui m'embête dans ce protocole, principalement, c'est l'histoire de responsabilité, c'est que en gros dans la cystite, c'est-à-dire que le pharmacien délivre le monuril mais je suis responsable de la prescription et j'avoue que ce côté-là me dérange énormément. »

M3 : « La responsabilité qui peut nous incomber sur des patients qu'on voie pas et sur la prescription qu'on n'a pas faite. »

M4 : « Je ne connais pas encore trop. Je sais qu'ils [les pharmaciens correspondants] pourront renouveler le traitement, moi sur le principe, c'est que je ne sois pas responsable des renouvellements. Donc j'attends de savoir légalement. »

3.4. Les deux déterminants qui conditionnent cette réorganisation

3.4.1. La charge mentale des médecins (flèche bleue marine)

Les interviewés expriment que la délégation des tâches ne va pas alléger leur charge de travail comme annoncé mais plutôt l'augmenter de manière indirecte. Ils se plaignent déjà d'une charge administrative dans leur activité libérale qu'ils craignent voir se majorer par la lourdeur de la mise en place des dispositifs.
Ils mentionnent une majoration de la charge cognitive en consultation puisqu'il faudrait anticiper les étapes du parcours de soins du patient afin de pouvoir déléguer ces tâches.

> *M6 : « C'est vrai que l'administratif prend de plus en plus de place alors que ça devrait être l'inverse. (en rigolant) »*

> *M1 : « c'est d'une lourdeur administrative parce qu'en fait il y a tout un protocole [de coopération] pondu par l'ARS type qu'il faut signer. Il [le pharmacien] faut que lui signe, il faut que moi je signe, il faut qu'on fasse je ne sais plus, deux heures de formation entre nous pour se mettre d'accord sur notre pratique »*

> *M6 : « Je ne suis pas certaine que la charge de travail sera allégée. Elle sera différente je pense mais pas pour autant allégée. »*

> *M1 : « ça [pharmacien correspondant] aide parce qu'on retire une consultation mais ça surcharge encore la consultation du patient au moment où on le voit intellectuellement »*

> *M8 : « je dirais que c'est quand même fatiguant pour le médecin, parce que comme c'est [l'assistant médical] censé maintenir voire augmenter la capacité d'accueil, ça exige du médecin une concentration très importante et une plasticité cérébrale »*

Certains médecins redoutent de trouver des médecins remplaçants qui accepteront de tout superviser.

M1 : « J'en viens à devoir trouver un médecin et demi pour me remplacer une semaine et non plus un remplaçant. Parce qu'en fait, le remplaçant tout seul est un peu terrorisé à l'idée de l'activité […].»

Les médecins mettent en avant qu'ils ne sont pas formés et qu'ils ne souhaitent pas manager une équipe. Ils déclarent que cela leur rajoute une charge de gestion de personnel et par conséquent une augmentation de leur charge mentale. Ils développent une appréhension sur la pérennité de ces nouvelles organisations.

M6 : « C'est aussi la question d'employer des gens, moi je ne suis pas du tout à l'aise avec cela. Ce n'est pas notre formation médicale, on n'a pas du tout été formé à cela. Je n'ai pas un tempérament non plus d'être « patron » de quelqu'un »

M3 : « Quand j'ai commencé mes études de médecine et que j'ai voulu faire médecin généraliste, ce n'était pas pour gérer 5 personnes sous ma responsabilité et être un gestionnaire plutôt qu'un médecin. »

M1 : « il y a des fois je me dis s'il m'arrive quelque chose, c'est une assistante médicale, une IPA, un médecin adjoint et moi en moins. Le jour où il m'arrive quelque chose, c'est-à-dire qu'ils ne peuvent pas exercer sans moi. »

3.4.2. Tendre vers une amélioration de la qualité de vie des médecins généralistes (couleur verte)

Les avis des médecins sont complémentaires, certains pensent que les dispositifs et notamment l'assistant médical et l'infirmier en pratique avancée pourraient alléger leur charge professionnelle et ainsi améliorer leur qualité de vie professionnelle. Pour d'autres, ils redoutent de ne pas avoir de bénéfices sur leur qualité de vie personnelle voire appréhendent une dégradation de celle-ci.

M4 : « je comprends que les générations veulent avoir beaucoup plus de temps libre. Ce que j'aurais dû faire d'ailleurs avant. Et donc je trouve ça normal. »

M8 : « Donc je pense que quand on a un assistant efficace, on gagne en sérénité et puis on a beaucoup moins à mon avis de surcharge cognitive sur la gestion propre du cabinet. »

M1 : « elle [l'IPA] me sollicite souvent mais finalement je lui délègue une partie de mon activité qui est toute cette partie de renouvellement et en contrepartie, elle me sollicite. Mais sauf que moi, je ne gagne rien. »

3.5. Les limites mentionnées par les médecins généralistes (couleur orange)

3.5.1. La méfiance quant aux avantages annoncés

Les médecins se questionnent sur les missions et les rôles de chaque métier ainsi que sur les transmissions entre les différents intervenants. Ils s'interrogent sur un éventuel gain de temps et sur l'intérêt d'introduire ces dispositifs.

M6 : « C'est où s'arrête le rôle de chacun ? Tout le monde empiète un peu sur les plates-bandes de tout le monde, c'est vrai. »

M6 : « Ouais, c'est un peu difficile en fait de trouver leur [les IPA] place, jusqu'où vont leur fonction entre les métiers d'infirmier et celui de médecin. Est-ce qu'on est simplement sur du renouvellement classique ? Est-ce qu'ils [les IPA] sont initiateurs de prescription ? »

M3 : « Enfin le temps que ça nous prend comparativement au temps que ça va nous faire gagner. »

3.5.2. Des dispositifs chronophages

Les médecins généralistes mentionnent la crainte que les dispositifs soient chronophages, que ce soit à l'introduction, ou dans leur nouvelle organisation de travail. Ils mettent en avant qu'il faudra avoir un rôle de supervision et qu'il faudra s'adapter à une toute nouvelle organisation.

M3 : « Que ce soit chronophage au début, enfin ça l'est tout le temps quand on accueille quelqu'un qui ne travaille pas avec vous, qui ne connaît pas la structure, qui ne connaît pas les patients, qui ne connaît pas le mode de fonctionnement.»

M3 : « C'est le temps que ça prend en tout cas pour la formation, parce que je crois savoir qu'elle [l'IPA] doit venir en stage et que forcément ça prend énormément de temps, de rétroaction et d'explication. »

M1 : « L'idée c'est qu'en gros elle [l'IPA] m'appelle, on se voit vite fait, s'il y a un bilan initial à prescrire, elle le prescrit et on s'est mis d'accord sur le protocole […]. »

M7 : « Si en plus il faut se mettre à surveiller ce que font les gens [l'IPA]… »

3.5.3. Préférence à rester seul dans son activité

Certains médecins mettent en avant qu'ils apprécient travailler seuls et n'envisagent pas de travailler en équipe. Ils préfèrent réaliser toutes les étapes de la consultation et non déléguer une partie.

M6 : « Enfin j'aime bien entre guillemets être dans le cabinet toute seule. »

M5 : « Non, non, t'as pas de patron, tu fais, tu gères ton temps. Voilà. »

M2 : « parce que c'est vrai que des fois quand on prend la tension bah c'est un moment où on réfléchit un petit peu à ce qu'on va faire après (inspire) et ça [délégation via l'assistante médicale] euh (inspire) pour l'instant (rigole) ça me paraît un peu compliqué. »

M6 : « Enfin à un moment donné, moi j'aime bien être maître de ce que je fais, vouloir décider de ce que je fais, comment je le fais … A un moment donné, on n'a pas fait 10 ans d'étude pour qu'on nous explique et qu'on nous dise comment faire non plus. C'est une gestion du quotidien. Moi c'est cela qui me freine. »

3.5.4. Le sentiment de redevabilité financière

Les médecins étaient informés de l'existence d'une aide financière pérenne lors de la mise en place de l'assistant médical. Ils déclarent cependant manquer d'accompagnement pour introduire ces dispositifs et expliquent qu'ils seraient plus enclins à accepter ces nouveaux dispositifs en contrepartie d'une aide financière. Néanmoins, les médecins se sentent redevables des grandes instances à travers ces aides.

> *M1 : « C'est-à-dire qu'à un moment j'estime qu'il faut un côté gagnant gagnant, comme l'assistant médical finalement et heureusement, il y a quand même cette aide financière qui permet de pérenniser ce type d'organisation tout en nous imposant pas une explosion de charges professionnelles. »*

> *M1 : « C'est-à-dire qu'elle [l'IPA] soit là pour m'aider à déléguer une partie de mon activité euh... Si on pouvait avoir une contrepartie financière, j'avoue en contrepartie comme l'assistant médical, je pense que ce serait honnête. »*

> *M3 : « C'est toujours tributaire d'autres choses. C'est s'engager dans des choses qui peuvent nous aider, mais c'est toujours en contrepartie d'autres choses. »*

3.5.5. Les limites sur les compétences professionnelles des dispositifs

Les médecins appréhendent la non-prise en charge des intercurrences. Ils craignent un mésusage de ces dispositifs et une sur-estimation des compétences de ces derniers. Ils estiment que certaines compétences médicales ne sont pas délégables.

> *M7 : « Quand vous voyez quelqu'un pour un problème chronique, vous ne le voyez pas que pour ça, parce qu'il va vous revenir avec sa liste de médicaments. […] Vous allez devoir gérer tous les petits problèmes à côté et puis quelques fois dans les petits problèmes, il y a un gros problème. »*

> *M3 : « Comme on disait tout à l'heure, ça va être une consultation de renouvellement au détriment d'un problème aigu dont le patient aurait pu parler… »*

M6 : « peut-être plus au niveau de l'aspect clinique parce que je pense que les pharmaciens ils ne sont peut-être pas … […] c'est plus l'aspect clinique qui pécherait. »

M1 : « Une infirmière qui pense tout savoir sur un sujet où elle ne maîtrise pas totalement ou en tout cas elle n'aura pas du tout la même façon de voir, de faire ou les mêmes algorithmes de prise en charge que nous on pourrait avoir en tant que médecin. »

3.5.6. Bouleversement du modèle de soin traditionnel

Ils mentionnent également que la multiplication des intervenants peut amener à altérer le lien malade-médecin. De plus, ils craignent de voir le suivi des patients désorganisé en plus de majorer les coûts des soins.

M2 : « Elle [l'IPA] va nous les ré-adresser, on va avoir une consult' quand même avec le patient pour gérer le problème aigu donc ça fera deux consultations finalement. »

M2 : « j'ai fait médecine pour faire vraiment médecin de famille, pour suivre les gens en fait et j'ai peur de ne plus pouvoir suivre les gens enfin de les voir une fois par an et puis de ne plus, de ne pas avoir cette relation. »

M3 : « Trouver des solutions au manque de médecin enfin en tout cas à la démographie médicale actuelle, c'est bien mais au détriment de la relation que le patient cherche avec son médecin de famille. »

M3 : « Même économiquement, le fait que le patient voit l'IPA et son médecin traitant et qu'il y ait deux consultations facturées »

3.6. Les avantages du travail pluriprofessionnel (couleur vert pastel)

Les médecins constatent que l'exercice pluridisciplinaire est aujourd'hui le plus attractif. Les médecins valorisent l'échange pluriprofessionnel et l'organisation des différents corps de métier. Ils espèrent se libérer du temps médical et de récupérer du temps de prévention primaire auprès de leurs patients.

M6 : « Après ce n'est peut-être pas la grande tendance actuellement, au contraire, les gens veulent être en groupe, veulent être en maison de santé. »

M6 : « Ils [les pharmaciens correspondants] ont plus notion des interactions, nous on est peut-être plus portés sur la clinique. Eux ils sont dans les ajustements de posologies, les interactions etc. Ils sont beaucoup plus pointilleux que nous quoi. »

M8 : « Oui, et puis eux [les pharmaciens], ils ont quand même aussi plus de personnel, donc ils peuvent beaucoup plus je pense quand même se libérer pour justement recevoir. »

M1 : « Donc l'assistante médicale, clairement, m'aide beaucoup dans la gestion du cabinet et elle me fait gagner du temps quand je suis tout seul puisqu'on arrive à tourner sur deux cabinets […]. »

M8 : « comme avec l'IPA, à mon avis, nous libérer du temps pour justement recevoir des patients plus dans l'aigu et pouvoir jouer encore notre rôle justement de médecin de prévention et de dépistage. »

De plus, ils mettent en avant que le travail de l'IPA puisse être complémentaire de celui du médecin dans le but d'améliorer la prise en charge globale du patient via la délégation de l'éducation thérapeutique.

M8 : « Je pense que ça me permettrait que mes patients soient mieux pris en charge puisque le temps étant compté pour les consultations, c'est difficile de pouvoir prendre du temps pour l'éducation et la prévention.»

M1 : « elle [l'IPA] va prendre le temps d'explorer tous les champs de la pathologie chronique aussi bien l'éducation thérapeutique, la connaissance de la maladie, la connaissance des médicaments, l'intérêt des médicaments. »

3.7. La méconnaissance des dispositifs (couleur grise)

Certains médecins sont réticents suite à des expériences négatives sur la délégation de tâche. D'autres médecins n'ont pas connaissance de ces dispositifs et encore moins de leur intérêt. Ils évoquent ne pas vouloir s'engager sur des dispositifs méconnus et refusent de se voir imposer des conditions de travail voire s'y opposent radicalement.

> *M8 : « On a travaillé pendant des semaines et des mois à mettre en place un protocole de coopération pour déléguer la vaccination. […] Et quand on arrivait au bout, on nous a gentiment dit ce qu'on aurait pu nous dire au départ, qu'en fait, seules les infirmières salariées dans une maison de santé pluriprofessionnelle pouvaient faire la vaccination. Donc on a déployé beaucoup d'énergie pour en fait, au final, pas grand chose. »*

> *M3 : « Ce n'est pas qui [les IPA] ne m'intéresse pas non plus, loin de là mais voilà qui sont un peu plus nébuleux pour moi pour le moment. »*

> *M3 : « c'est nous demander de nous engager dans quelque chose qu'on ne maîtrise absolument pas et je pense qu'on est humain et chacun agit comme il veut mais m'engager dans quelque chose que je ne maîtrise pas ça ne m'intéresse pas. »*

3.8. La représentation sociale du métier de médecin (couleur jaune)

Les médecins interrogés évoquent la baisse des qualifications professionnelles pour pratiquer la médecine et mentionnent la crainte de voir une dégradation du statut de médecin. Ils préjugent également du ressenti des patients et déclarent que ceux-ci ne seront peut-être pas enclins à changer d'intervenant. Pour certains, ils se sentent limités pour exprimer leur ressenti par peur d'un jugement négatif de la profession de médecin.

> *M7 : « Vous récupérerez des trucs qui auront été, qui auront été mal faits. C'est déjà difficile comme ça. Donc vous allez récupérer ce qui a été mal fait par quelqu'un d'autre qui dira bah non … »*

M5 : « il y a des confrères qui ont peur qu'on leur pique leur toute puissance. On est là au service des gens. On n'est pas là pour se faire plaisir. »

M1 : « L'IPA peut être un peu plus de craintes en effet sur l'acceptation des patients. C'est que je me suis dit et à juste titre, au départ ça a été compliqué, c'est que il faut que les patients adhèrent. »

M3 : « Mais quand on choisit son médecin traitant et qu'on prend un rendez-vous dans son cabinet ce n'est pas forcément agréable d'avoir un autre médecin. Mais si en plus effectivement on ne voit pas le médecin et qu'on nous oriente vers des paramédicaux, je peux comprendre et je me mets à la place du patient de ne pas être satisfait de la prise en charge. »

3.9. Tendre vers la résilience des médecins et l'acceptation des patients (couleur violette)

Les médecins généralistes se disent résignés quant à intégrer ces nouveaux dispositifs pour améliorer l'accès aux soins. Ils exposent qu'il faudra également éduquer la patientèle à rationnaliser le recours au médecin généraliste.

M2 : « il n'y a plus ce côté médecin de campagne que je suis venue chercher en venant travailler ici mais je pense que de toute façon on n'aura pas le choix il faudra revoir nos pratiques et je pense que c'est fini ça. »

M6 : « au vu de la conjoncture que ça prend au niveau du bassin dans l'Avesnois. Je me dis que de toute façon on va y venir quoi. »

M8 : « Non, moi je pense que de toute façon le métier de généraliste est en pleine mutation. Je ne suis même pas sûr qu'on existera toujours. Donc je pense que ... Et puis de toute façon, il faut qu'on trouve des solutions pour répondre aux demandes »

M8 : « Il va falloir toute une éducation du patient aussi quelque part, être moins égocentré sur sa prise en charge, comprendre et accepter qu'il doit lui aussi se diriger vers les autres professionnels pour que justement le médecin puisse accueillir des personnes. »

DISCUSSION

1. Discussion de la méthode

1.1. Forces de l'étude

Les entretiens ont été menés dans de bonnes conditions c'est-à-dire dans des endroits calmes, adaptés et propices à l'échange. Sept des entretiens ont été réalisés dans le cabinet médical du médecin interrogé au milieu de la journée de travail. Un des entretiens a été effectué au domicile en dehors du temps de travail du médecin concerné.
Lors de l'entretien individuel, l'investigatrice a adopté une position neutre et a utilisé des questions ouvertes pour favoriser l'échange et l'expression libre du participant.

La triangulation des données issues de l'analyse ouverte a été effectuée par une personne extérieure à l'étude, ce qui a permis d'en atténuer les limites d'interprétation.

L'analyse des données a été effectuée de manière rigoureuse et a été inspirée de la théorisation ancrée (ouverte, axiale puis intégrative). La grille méthodologique SRQR qui s'applique pour les études qualitatives a permis d'évaluer le travail scientifique de cette étude. (cf annexe n°7)

1.2. Limites de l'étude

Une fragilité méthodologique ne peut être exclue sachant que ce travail de recherche était la première étude qualitative de l'investigatrice. L'interprétation des données constitue une autre limite, dans la mesure où le chercheur joue un rôle actif dans les processus de codage et de catégorisation, introduisant ainsi une part inévitable de subjectivité dans l'analyse. Néanmoins, la triangulation a permis de les limiter.

Un des médecins généralistes n'ayant jamais répondu, la saturation théorique des données ne pouvait être obtenue mais un constat de saturation lors de l'analyse ouverte est apparu au 8ième entretien.

L'échantillonnage raisonné théorique, attendu dans une démarche de théorisation ancrée, n'a pas pu être pleinement mis en œuvre. Cette limite s'explique ici par une population cible restreinte aux médecins généralistes libéraux de la CPTS du Sud-Avesnois.

Le directeur de thèse étant médecin généraliste sur le territoire sélectionné a été également interrogé lors de l'étude pour explorer ses représentations sur le sujet, ce qui représente une limite de réflexivité.

Une limite de subjectivité des réponses recueillies peut être soulevée. Celles-ci peuvent être influencées par la dynamique relationnelle entre enquêteur et enquêté, générant des effets d'interaction susceptibles d'orienter les propos.
De plus, la crainte d'un jugement par un pair constitue également une limite susceptible d'avoir influencé les représentations exprimées par les médecins.

Contrairement aux études quantitatives, les résultats de l'étude ne permettent pas d'en faire une généralisation. En effet, elle vise avant tout une compréhension approfondie et contextualisée des phénomènes étudiés plutôt que leur représentativité.

Le contexte constitue une limite méthodologique, dans la mesure où les entretiens et les observations sont susceptibles d'être influencés par le moment, le lieu ou l'ambiance dans lesquels ils se déroulent. Sept des entretiens ont été réalisés en milieu de journée au sein des cabinets des médecins correspondants sur des créneaux dédiés. Cette contrainte temporelle a pu limiter la libre expression des médecins et restreindre la richesse des informations recueillies. Deux des interviews ont été interrompues lors du début de l'entretien, ce qui a pu altérer la qualité de l'échange à ce moment précis.

2. Discussion des résultats

2.1. Résultats principaux

Cette étude qualitative démontre la complexité de la situation médicale en France pour améliorer les soins. Les différents dispositifs proposés ont pour but d'améliorer l'accès aux soins pour les patients cependant les médecins généralistes ne sont pas totalement convaincus par leur mise en place. Effectivement les médecins généralistes mettent en avant

qu'ils peuvent y trouver des avantages et notamment d'un point de vue administratif et organisationnel. Néanmoins, ils craignent également une majoration de leur charge mentale en supervisant ces nouveaux dispositifs et, de ce fait une non amélioration de leur qualité de vie personnelle.

2.2. Comparaison avec la littérature

Les données de la littérature confirment le ressenti exprimé par les médecins interrogés dans notre étude sur la charge de travail. Plusieurs travaux de la DREES et de l'IRDES [12, 13, 14] montrent en effet que les médecins généralistes présentent une charge de travail importante, estimée en moyenne à 50 heures par semaine, réparties entre consultations, tâches administratives et mise à jour des connaissances. À cette activité s'ajoutent fréquemment la gestion du secrétariat, de la comptabilité ou encore d'autres missions telles que la formation des étudiants et la permanence des soins. Une étude de MC.Bournot [15] réalisée auprès des médecins du Pays de la Loire a démontré qu'ils avaient pour la majorité le souhait de diminuer leur temps de travail.

L'étude de Pascal Cathébras [16] a démontré que l'épuisement professionnel des médecins généralistes est une réalité même si seulement 5% des praticiens semblent avoir un syndrome de burn out complet. Les médecins sont considérés comme une population à risque de burn out même si les travaux en France sont peu nombreux. Cela est associé à la survenue de comportements à risque ainsi qu'une insatisfaction au travail pouvant amener le praticien à considérer une reconversion professionnelle. Plus d'un médecin sur deux aurait déjà envisagé de se reconvertir. Les causes mises en avant sont plutôt organisationnelles et administratives avec une charge de travail élevée, le poids administratif ainsi que les conflits avec les organismes sociaux. Ils évoquent également les difficultés relationnelles que ce soit des demandes excessives des patients ou de leurs proches.

Les résultats de notre étude sont cohérents avec ceux retrouvés par M.Schmitt Leroy et H.Dusmesnil dans la littérature [17, 18] sur les problématiques organisationnelles des médecins. Cette organisation de travail dense s'accompagne de difficultés croissantes : augmentation des tâches administratives, pénurie médicale, difficultés d'orientation des patients et sentiment d'isolement professionnel. Tout cela amène à créer un stress

professionnel qui se trouve d'autant plus majoré par le développement d'une médecine consumériste.

Deux études de la DRESS [19, 20] réalisées ces dernières années appuient les résultats de notre étude sur les difficultés rencontrées et les adaptations des médecins généralistes face à l'offre de soin. Deux tiers des médecins généralistes déclarent ne plus pouvoir accepter de nouveaux patients en tant que médecin traitant et environ 8 médecins sur 10 affirment que l'offre de médecine générale est insuffisante sur leur territoire. Ils mentionnent également qu'il est plus difficile qu'auparavant de répondre aux sollicitations des patients. [19] Néanmoins, 98% des médecins essaient de mettre en place au moins une mesure pour s'adapter à la baisse de l'offre de soins [20]. Ce à quoi ils seraient de plus en plus à vouloir se spécialiser face à la raréfaction des spécialistes dans leur territoire [19].

Les résultats de notre étude sur l'importance de la qualité de vie des médecins se rapprochent de ceux retrouvés dans trois études réalisées par M.Schmitt Leroy, MD.Mathonnat et A.Martin [17, 21, 22]. Ces trois études se sont intéressées à la qualité de vie des femmes médecins dans un contexte de féminisation de la profession. Elles soulignent l'impact de cette charge de travail sur l'équilibre entre vies professionnelle et personnelle. Le manque de temps libre, la difficulté à concilier horaires professionnels et vie familiale, ainsi qu'un sentiment de reconnaissance insuffisante sont régulièrement rapportés [21]. Les femmes ressentent plus le poids de la famille, de l'éducation des enfants ainsi que la carrière du conjoint. Les médecins généralistes, hommes et femmes confondus, se disent satisfaits de leur vie personnelle mais déçus de leur vie professionnelle. Les femmes souhaitent consacrer moins de temps à leur activité professionnelle et font part du souhait de libérer plus de temps pour la famille et les loisirs [22]. En effet, les médecins généralistes mettent en avant la contrainte de ne pas pouvoir adapter leurs horaires de travail aux horaires scolaires de leurs enfants [17].

Les données de notre étude sur la délégation de tâche ont été validés par d'autres études scientifiques comme celles publiées par A.Chanu et E. Agamaliyev [23, 24]. En effet, les médecins interrogés dans notre étude sont plutôt unanimes pour déléguer certaines tâches dites administratives, de prévention ou d'éducation.
L'étude effectuée par A.Chanu [23] démontre que les médecins sont enclins à déléguer certaines tâches dites administratives telles que : la gestion du planning et du dossier

médical, une aide à la comptabilité et l'entretien du cabinet. Cependant avoir une aide logistique pendant la consultation n'est pas une nécessité pour les médecins généralistes interrogés.
L'étude menée par E.Agamaliyev [24] s'intéresse sur les déterminants favorables à la délégation. Les médecins qui suivent une formation continue régulière ou possédant un secrétariat médical sont plus favorables à déléguer les tâches y compris celles médicales à d'autres professionnels de santé. Les professionnels se trouvant dans les zones rurales ou ayant une activité élevée sont plus enclins à déléguer que leurs confrères installés dans les zones urbaines ou ayant une activité plus faible. Les médecins seraient favorables à déléguer aux infirmiers les tâches suivantes : l'éducation à la santé et l'accompagnement du patient ainsi que les actes de diagnostic et de surveillance. Concernant les actes techniques tels que les frottis ou les prescriptions comme l'hémoglobine glyquée, les médecins considèrent qu'il s'agit d'actes non délégables.

Le fait que le médecin ne reçoive pas d'aide financière pour collaborer avec l'IPA a été décrit comme un frein par les médecins de notre étude. E.Agamaliyev a démontré que les médecins seraient effectivement plus enclins à travailler avec une IPA si celle-ci était rémunérée par l'Assurance maladie et non pas le cabinet. [24]

Un des principaux résultats de notre étude concerne la complémentarité du travail de l'IPA avec celui du médecin dans le but d'optimiser le suivi des patients avec des pathologies chroniques et d'améliorer l'éducation thérapeutique. Ce point a notamment été validé dans une étude réalisée par B.Sibbald au Royaume-Uni [25]. Cette étude a exploré le transfert de tâches entre les infirmières et les médecins généralistes en présentant deux modèles : un de substitution et un de complémentarité. La qualité des soins reste inchangée dans le modèle de substitution mais on remarque que l'infirmière consacre plus de temps aux patients. Dans le modèle de complémentarité, on observe une nette amélioration de la qualité des soins dans le domaine de la prévention de la santé. Pour ce qui est des pathologies chroniques, on remarque une amélioration des effets sur leur santé, une satisfaction générale des patients et, une amélioration globale de la qualité des soins.

Les données de notre étude ont démontré que le métier d'AM est plutôt largement connu des médecins généralistes. Cependant la littérature scientifique [10, 26] affirme qu'il est encore

trop peu exploité en France comparé aux pays voisins qui le développent et lui trouvent une place essentielle dans les soins primaires.
Devant la diminution attendue du nombre de médecin en France, deux études ont été menées par Y.Bourgueil [26, 27] afin d'observer ce que les pays voisins ont tenté de mettre en œuvre devant des situations similaires. Il existe deux visions principales : celle où les médecins généralistes exercent seuls en cabinet (Allemagne, Italie et Pays-Bas) et celle qui prône une pratique de groupe avec un échange pluriprofessionnel (Royaume Uni, Suède, Finlande). En Allemagne et aux Pays Bas, il n'existe pas d'exercice commun entre les infirmières et les médecins cependant le métier d'assistant médical est lui reconnu. Les missions qui lui sont allouées sont des tâches administratives (prise de rendez-vous, préparation des consultations, tenue des dossiers…) mais aussi des tâches cliniques de technicité limitée (retrait de fils, réalisation des ECG, pansements, prise de tension, injections, prise de sang …). Pour le Royaume-Uni, la Suède et la Finlande l'exercice coordonné occupe une place centrale dans l'offre de soins. Les infirmières peuvent effectuer des consultations pour des motifs mineurs, suivre des pathologies chroniques, développer l'éducation et promouvoir la santé. Dans certains cas, elles peuvent également prescrire (hormis en Finlande) [26].

Comme démontré dans notre recherche, les médecins généralistes pensent que l'AM pourrait être une aide précieuse dans la gestion du cabinet et représente une solution pour améliorer l'accès aux soins. Ces propos ont également été décrits dans une étude de la DRESS datant de mai 2023 [10]. Moins de la moitié des médecins ne travaillant pas avec une AM pensent que les AM peuvent constituer une solution pour améliorer l'accès aux soins. Les médecins ayant une activité élevée seraient plus favorables à vouloir travailler avec une AM car ils rencontrent plus de difficultés à répondre aux sollicitations des patients.

Les résultats de notre étude ont démontré que le métier d'IPA pouvait être encore nébuleux pour les médecins généralistes car ils n'ont pas connaissance de toutes leurs missions.
Ces propos qui s'intéressent aux missions allouées à l'IPA et à la complémentarité des deux métiers ont été retrouvés dans deux études effectuées par L.Aumaréchal et M.Aghnatios [28, 29]. Tous les médecins sont unanimes pour déléguer l'éducation thérapeutique et la prévention de la santé cependant l'examen clinique et les traitements médicamenteux sont plus discutés. Étant surchargés, ils mentionnent que l'IPA pourrait accorder un temps

supplémentaire aux patients et expliquent que leur travail serait complémentaire de celui du médecin en ayant un regard différent sur le patient.

Une autre étude réalisée par L.Luan [30] s'est intéressée à l'avis des IPA sur la construction et l'intégration de ce nouveau métier. Les IPA mettent en avant avoir une faible file active alors que le but premier était d'améliorer l'accès aux soins. Elles décrivent récupérer les tâches fastidieuses et les suivis complexes des médecins et même devoir dépasser leur champ de compétences initial et prescrire des thérapeutiques lors de motifs aigus. Elles évoquent qu'il est difficile pour elles de faire connaitre le métier et de se développer. De plus, les jeunes médecins ne sont pas systématiquement plus enclins à collaborer avec elles.

L'étude menée par M.Aghnatios [29] appuie qu'il faudrait améliorer la communication entre les deux professionnels afin de leur permettre une meilleure intégration. Il est suggéré que les zones sous médicalisées seraient plus propices à leur implantation.
En effet, deux autres études réalisées par J.Toniolo et A.Rioux-Dubois [31, 32] ont également mis en évidence que l'ambiguïté de leur rôle est un obstacle majeur à leur implantation. De plus, il persiste une réticence de la part des médecins et des équipes soignantes ainsi que de nombreux obstacles institutionnels.

La notion de confiance entre les deux professionnels (IPA et MG) est une notion importante qui est ressortie de notre étude. En effet cette confiance est un pré-requis pour que le travail soit complémentaire entre les deux professionnels [28].
L'étude publiée par K.Leppek [11] dans la revue francophone « Exercer » a démontré que l'intégration des IPA est conditionnée par cette complémentarité et que cela nécessite un temps préalable afin de créer une relation de confiance.

Le chevauchement des rôles et le partage de compétences entre le médecin et l'IPA ont questionné les médecins de notre étude. Cette collaboration amène à réfléchir sur l'identité professionnelle des deux acteurs. Le changement identitaire des médecins généralistes soulève la question de leur place et de leur spécificité au sein du système de santé. Cela ayant déjà été mentionné dans une publication de K.Leppek dans la revue francophone « Exercer » ainsi que l'étude canadienne de N.Côté [11, 33]. La crainte principale serait la concurrence avec les médecins généralistes du fait d'un changement de répartition des

tâches professionnelles. L'intégration des IPA serait de ce fait plus simple dans les milieux hospitaliers car il y aurait moins confusion identitaire [29].

Au-delà de la réorganisation des tâches, la réflexion sur la responsabilité a également été mentionné par les participants de notre étude. L'étude menée par L.Aumaréchal a mis en avant que les médecins craignent de voir leur responsabilité engagée tout en devant superviser l'IPA. En effet, l'autonomie de l'IPA est source de réflexion car les médecins évoquent le fait de devoir valider les modifications thérapeutiques proposées [28].

Cette problématique concerne également la substitution du renouvellement par les pharmaciens. Une étude de P.Michot [34] a démontré que les pharmaciens se disent prêts à intervenir dans le suivi des pathologies chroniques sous réserve d'une formation au préalable. Leur travail sur la revue des traitements ou sur la gestion des médicaments dans certaines maladies cardiovasculaires permettrait de limiter les problèmes de prescription. Cependant ils ne souhaitent pas avoir le rôle référent et déclarent se sentir moins confiants dans l'exercice de ces nouvelles missions. Il serait préférable que cette coopération entre MG et pharmaciens s'effectue sous la forme d'une collaboration et non d'une substitution afin de valoriser celle-ci dans un premier temps.

Une des craintes mentionnées par les médecins interrogés est l'altération du lien médecin-malade comme retrouvé dans l'étude menée par K.Leppek [11]. Ils évoquent également que le ressenti du patient pourrait être une problématique quant à l'intégration des IPA en médecine de ville comme énoncé par L.Aumaréchal dans son article [28].

Les médecins ayant répondu à notre étude mentionnent vouloir simplifier leur vie professionnelle et diminuer leur charge mentale. Cependant ils décrivent que la collaboration avec l'IPA serait source de multiples contraintes relationnelles ainsi qu'organisationnelles comme par exemple avoir un local disponible pour l'accueillir. Ces allégations ont également été retrouvé dans le travail de L.Aumaréchal sur les représentations et attentes des médecins généralistes sur les IPA [28].

Les médecins de notre étude considèrent que les pharmaciens sont de véritables spécialistes du médicament et sont les plus formés sur les adaptations de traitement. Le rôle du pharmacien est avant tout de sécuriser l'ordonnance et de veiller aux problématiques

d’observance. La relation de confiance pré-existante et la reconnaissance des compétences mutuelles sont des points essentiels qui ont été mentionnées par nos participants pour amener une bonne collaboration. En effet, ces différents points ont déjà été cités dans une étude dirigée par L.Techer dans la revue francophone « Exercer » en mars 2022 [35].

Les médecins interrogés pour notre étude ont fait part de la lourdeur administrative et du temps nécessaire pour introduire les protocoles de coopération avec les pharmaciens. Ces difficultés administratives dites conséquentes et un manque de temps ont été mis en évidence dans l’étude de T. Le Corre publiée en 2022 [36]. Cette étude a notamment démontré que l’introduction de ces protocoles pouvait permettre une amélioration de la communication entre le médecin et le pharmacien. Néanmoins, les protocoles de coopération ne semblent pas être le format de délégation le plus pertinent pour les médecins.

CONCLUSION

Cette étude qualitative menée auprès des médecins généralistes d'une zone d'intervention prioritaire démontre qu'il existe une inadéquation entre les dispositifs proposés et les attentes des médecins généralistes.

La réorganisation des soins a pour objectif principal d'améliorer l'accès aux soins pour les patients mais celle-ci ne tient pas compte des attentes professionnelles et personnelles des généralistes. Les médecins reconnaissent le besoin de déléguer une part de leur activité qui semble démesurée, dans le but d'alléger leur charge mentale. Ils espèrent à travers ces dispositifs pouvoir se libérer du temps médical et améliorer leur qualité de vie professionnelle. Les différents dispositifs proposés peuvent représenter des solutions pour améliorer l'accès aux soins mais cela requiert un certain cadre. En effet, des pré-requis organisationnels et relationnels sont nécessaires à l'introduction de ces dispositifs. Malheureusement, cette collaboration avec les différents professionnels de santé ne va pas diminuer la charge mentale des médecins mais bien la majorer de manière indirecte. Cette notion va à l'encontre des nouvelles aspirations des médecins, qui souhaitent préserver leur qualité de vie et accorder plus de temps à leur vie personnelle.

Malgré quelques limites inhérentes à la démarche qualitative de notre étude, les résultats semblent se rapprocher des données disponibles dans la littérature scientifique.

Il faut garder en tête que ce travail de recherche ne porte que sur le point de vue de médecins généralistes libéraux au sein d'une zone d'intervention prioritaire (ZIP) et ne reflète en aucun cas la pensée de tous les médecins généralistes. Il serait intéressant de pouvoir explorer les représentations de confrères généralistes dans une zone normo dôtée.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Publication de l'atlas de la démographie médicale 2023 [Internet]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiques-presse/publication-latlas-demographie-medicale-2023 [consulté le 20 janv 2026].

2. Publication de l'atlas de la démographie médicale [Internet]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiques-presse/publication-latlas-demographie-medicale [consulté le 11 févr 2026].

3. République française. Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

4. République française. Décret n°2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée.

5. République française. Décret n°2025-55 du 20 janvier 2025 relatif aux conditions de l'accès direct aux infirmiers en pratique avancée.

6. Rôle et missions de l'assistant médical [Internet]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/aides-financieres/aide-emploi-assistants-medicaux-dans-les-cabinets/role-et-missions-de-l-assistant-medical [cité 12 févr 2026].

7. CNOP. Qu'est-ce qu'un protocole de coopération ? [Internet]. Disponible sur: https://www.ordre.pharmacien.fr/les-communications/focus-sur/les-actualites/qu-est-ce-qu-un-protocole-de-cooperation [consulté le 12 févr 2026].

8. République française. Décret n°2024-550 du 17 juin 2024 relatif à la délivrance sans ordonnance de certains médicaments, après réalisation d'un test rapide d'orientation diagnostique par les pharmaciens d'officine.

9. Le pharmacien correspondant [Internet]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/pharmacien/exercice-professionnel/acces-soins/pharmacien-correspondant [consulté le 12 févr 2026].

10. Bergeat M, Vergier N, Verger P, Fery-Lemonnier E, Ourliac B, Ventelou B, et al. Médecins généralistes : début 2022, un sur cinq participe à une CPTS et un sur vingt emploie une assistante médicale. Études et Résultats (DREES). Mai 2023;(1268):1-6.

11. Leppek K, Duchossoir C, Lebrun C, Mille M, Saynac Y, Margat A, et al. Comment les médecins généralistes perçoivent-ils l'implantation des infirmiers en pratique avancée en soins primaires ? Exercer. Avril 2025;212:148-55.

12. Chaput H, Monziols M, Fressard L, Verger P, Ventelou B, Zaytseva A. Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine. Études et Résultats (DREES). Mai 2019;(1113) :1-2.

13. Jakoubovitch S, Bournot MC, Cercier E, Tuffreau F. Les emplois du temps des médecins généralistes. Études et Résultats (DREES). Mars 2012;(797) :1-8.

14. Le Fur P, Bourgueil Y, Cases C. Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles. Questions d'économie de la santé (IRDES). Juillet 2009;(144) :1-8.

15. Bournot MC, Cercier E, Tuffreau F, Hérault T. Les emplois du temps des médecins généralistes des Pays de la Loire. ORS Pays de la Loire, URPS-ml Pays de la Loire. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine libérale. 2012 ; 1-8.

16. Cathébras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes. La Presse Médicale. 18 décembre 2004;33(22):1569-74.

17. Schmitt Leroy M, Le Goaziou MF. Femmes médecins, pharmaciennes, dentistes... Quelle qualité de vie ? La Revue du Praticien Médecine Générale. 19 juin 2007;21 (776/777):681-3.

18. Dusmesnil H, Saliba-Serre B, Régi JC, Leopold Y, Verger P. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants. Santé Publique. 2009;21(4):355-64.

19. Gueye M, Lefebvre-Hoang A. Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale. Études et Résultats (DREES). Janvier 2020;(1140):1-8.

20. Davin-Casalena B, Scronias D, Fressard L, Verger P, Bergeat M, Vergier N. Les deux tiers des généralistes déclarent être amenés à refuser de nouveaux patients comme médecin traitant. Études et Résultats (DREES). Mai 2023;(1267):1-6.

21. Mathonnat MD, Filloux I, Tanguy G, Eschalier B, Pereira B, Vorilhon P. Qualité de vie des femmes médecins généralistes en Auvergne. La Presse Médicale. Octobre 2013;42(10):e377-84.

22. Martin A, Trombert-Paviot B. Comment les généralistes jugent-ils leur vie quotidienne, privée et professionnelle ? Une enquête auprès des médecins femmes et hommes de la Loire. Médecine. 1 février 2008;4(2):89-93.

23. 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'Épidémiologie et de Santé Publique. 1 mai 2018;66(3):171-80.

24. Agamaliyev E, Mikol F, Prost T. Les déterminants de l'opinion des médecins généralistes sur la délégation de tâches vers les infirmiers de leur cabinet. Revue française des affaires sociales. 15 juin 2016;(1):375-404.

25. Sibbald B. Transferts de tâches entre professionnels de santé dans les soins primaires au Royaume-Uni et enseignements de la littérature internationale. Revue française des affaires sociales. 22 octobre 2010;(3):35-47.

26. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec. Questions d'économie de la santé (IRDES). Juin 2005;(95):1-6.

27. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande. Questions d'économie de la santé (IRDES). Avril 2009;(141):1-8.

28. Aumaréchal L, Lebeau JP, Lebleu M. Intégrer les infirmières en pratique avancée dans les soins premiers ambulatoires : représentations et attentes des médecins généralistes. Recherche en soins infirmiers. 2022;150(3):66-78.

29. Aghnatios M, Darloy T, Dictor J, Gasparovicova M, Drouot C, Gasperini F, et al. Soins infirmiers en pratique avancée : représentations des acteurs de ce nouveau dispositif. Santé Publique. 2021;33(4):547-58.

30. Luan L, Fournier C. Infirmière en pratique avancée (IPA) en soins primaires : la construction difficile d'une profession à l'exercice fragile. Questions d'économie de la santé (IRDES). Avril 2023;(277):1-8.

31. Toniolo J, Ngoungou EB, Berger V, Preux PM, Beloni P. P11-2 - Évaluation de l'implantation de la pratique avancée infirmière en France : une étude mixte multicentrique. Journal of Epidemiology and Population Health. 1 juillet 2024;72(3):202708.

32. Rioux-Dubois A, Perron A. Intégration des infirmières praticiennes en soins de santé primaires : repenser la négociation de dynamiques complexes. Recherche en soins infirmiers. Juin 2021;(145):38-52.

33. Côté N, Fleury C, Mercure D, Doyon H, Savoldelli M. L'identité professionnelle des médecins de famille au Québec. Recherches Sociographiques. 2019;60(2):287-328.

34. Michot P, Catala O, Supper I, Boulieu R, Zerbib Y, Colin C, et al. Coopération entre médecins généralistes et pharmaciens : une revue systématique de la littérature. Santé Publique. 2013;25(3):331-41.

35. Techer L, Dijols A, Budowski M, Legrand J. Collaboration entre pharmaciens d'officine et médecins généralistes, points de vue des pharmaciens et des médecins. Exercer. Mars 2022;181:107-12.

36. Le Corre T, Fournier JP. Rôle des pharmaciens d'officine dans les protocoles des maisons de santé pluriprofessionnelles en 2020 : étude descriptive transversale multi-méthodes. Annales Pharmaceutiques Françaises. 2022;80(6):988-94.

Grille d'entretien

Sujet : Représentations pour les médecins généralistes des dispositifs émergents de la prise en charge en soins primaires dans une ZIP : exemple des médecins sur le territoire de la CPTS du Sud-Avesnois.

Nom : Prénom : Adresse du lieu de profession :

Sexe : Age : Année d'installation :

<table>
<tr><td>BRISE DE GLACE</td><td>Organisation

• Décrivez-moi votre pratique de la médecine générale au sein d'une zone d'intervention prioritaire (ZIP) ?
☐ Lieu d'exercice
☐ Patientèle
☐ Organisation planning
☐ Difficultés rencontrées
☐ Travail en équipe (secrétaire, assistant, infirmière …)</td><td>Propositions de réorganisation
• Quels dispositifs émergents connaissez-vous pour favoriser l'accès aux soins dans les ZIP ?
☐ IPA
☐ Assistant médical
☐ Protocole de coopération
☐ Pharmacien correspondant

• Quelles solutions imagineriez-vous pouvoir vous aider dans votre situation ?
☐ …
☐ …</td><td>• Lesquels pensez-vous pouvoir vous aider dans votre pratique quotidienne ? Pourquoi ?
☐ Gain de temps
☐ Diminution temps administratif
☐ Augmentation activité clinique
☐ Organisation des renouvellements
☐ Délégation de tâches non médicales
☐ …</td></tr>
<tr><td>REPRESENTATIONS MED</td><td>IPA

• Expliquez-moi le métier d'IPA selon vous ?
☐ Connaissance dispositif
☐ Rôle
☐ Intérêt personnel
☐ Intérêt pour l'accès aux soins
☐ Les réticences
☐ Les aides à la mise en place
☐ Les freins à la mise en place</td><td colspan="2">Assistant médical

• Expliquez-moi le métier d'assistant médical selon vous ?
☐ Connaissance dispositif
☐ Rôle
☐ Intérêt personnel
☐ Intérêt pour l'accès aux soins
☐ Les réticences
☐ Les aides à la mise en place
☐ Les freins à la mise en place</td></tr>
<tr><td></td><td>Protocoles de coopération
• Pouvez-vous me décrire ce qui définit un protocole de coopération ?
☐ Connaissance dispositif
☐ Rôle
☐ Intérêt personnel
☐ Intérêt pour l'accès aux soins
☐ Les réticences
☐ Les aides à la mise en place
☐ Les freins à la mise en place</td><td colspan="2">Pharmacien correspondant
• Pouvez-vous me décrire ce qu'est un pharmacien correspondant ?
☐ Connaissance dispositif
☐ Rôle
☐ Intérêt personnel
☐ Intérêt pour l'accès aux soins
☐ Les réticences
☐ Les aides à la mise en place
☐ Les freins à la mise en place</td></tr>
</table>

Annexe n°2 : Extraits du journal de bord.

5 juillet 2023 : envoi de la première version de ma fiche de thèse à mon directeur.

20 juillet 2023 : Remarques et modifications à prévoir de la fiche de thèse.

23 juillet 2023 : Appel téléphonique avec mon directeur de thèse pour valider la 2ième version de la fiche de thèse.

5 août 2023 : Dépôt de la fiche de thèse sur Moodle.

12 août 2023 : Fiche de thèse validée par le DMG.

8 avril 2024 : Entretien avec un autre médecin. Médecin que je ne connaissais pas et qui m'a très bien accueillie. Échange très intéressant.

- Réécoute de l'audio / commentaire / points importants.

31 mai 2024 : Entretien avec un autre médecin. Entretien plus compliqué car médecin ayant déjà son avis sur les dispositifs. Difficulté à aller jusqu'au bout de la réflexion et à terminer l'entretien. Impression de le déranger. Sujet qui ne l'intéressait pas particulièrement. Réflexion très fermée, peu d'ouverture.

- Réécoute de l'audio / commentaire / points importants.

1er juin 2024 : Entretien avec un autre médecin. Médecin de 61 ans. Franchement étonnée devant toutes les informations qu'elle connaissait déjà. Médecin investie dans l'enseignement des internes et qui avait déjà mené une réflexion sur les dispositifs.

- Réécoute de l'audio / commentaire / points importants.

6 décembre 2024 : Rencontre avec mon directeur de thèse pour échanger sur la mise en place de l'analyse.

Janvier/ février 2025 : Point sur l'analyse axiale de tous les entretiens.

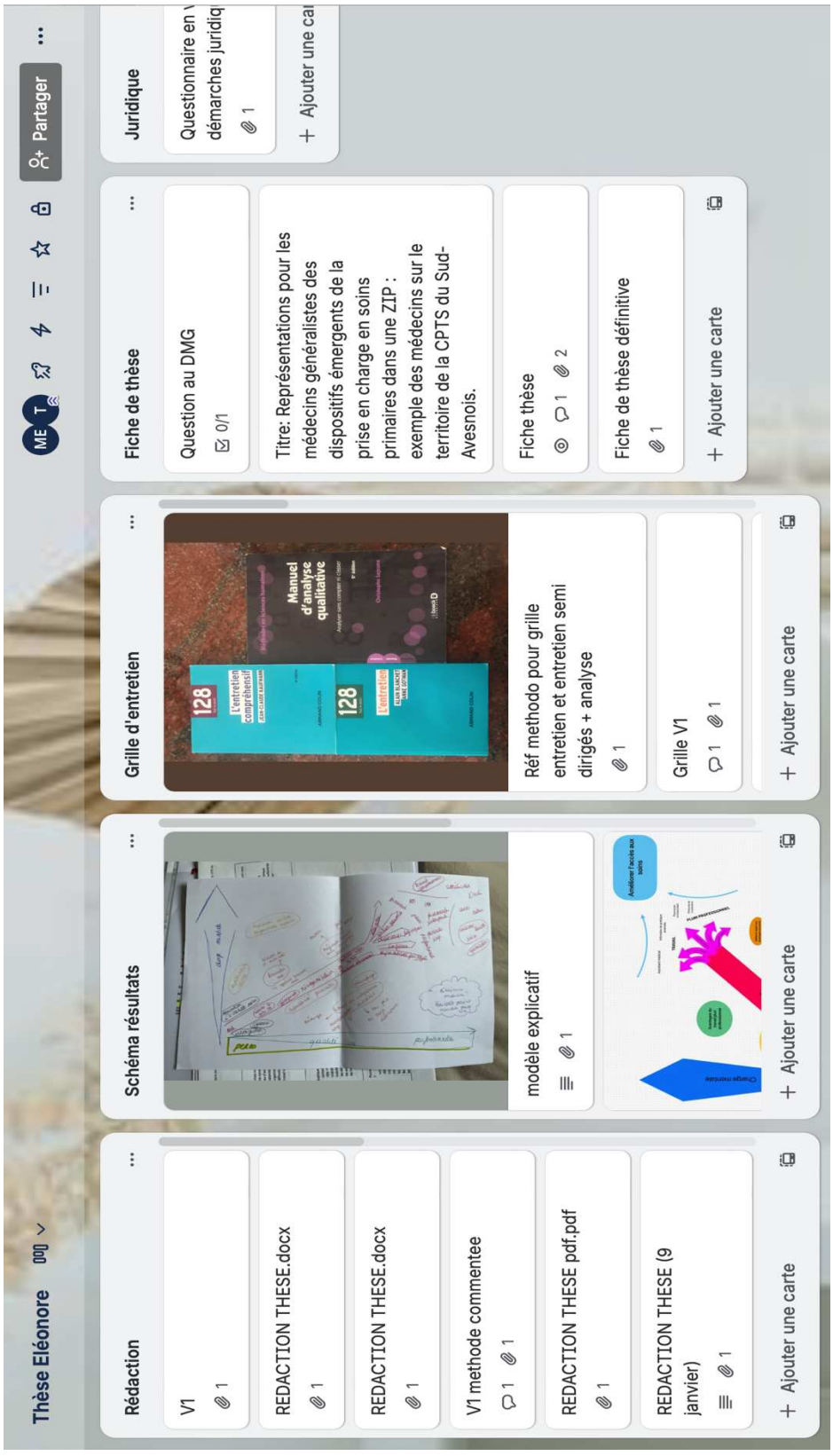
28 mars 2025 : Appel téléphonique pour échanger sur l'identification des propriétés et catégories / proposition de fixer une demie journée fréquemment afin de pouvoir travailler ensemble sur la fin de l'analyse.

Avril 2025 : Début de la rédaction « matériel et méthodes ».

16 mai et 26 juin : Visio mensuelle avec mon directeur de thèse pour avancer sur l'analyse.

31 juillet 2025 : validation par mon directeur de thèse de mes propriétés, explication sur la catégorisation et la mise en place du schéma final.

Annexe n°3 : Extrait de l'outil partagé Trello.



Annexe n°4 : Lettre d'information.

Bonjour,

Je suis Madame MARECHAL—BONNEVAL Eléonore, interne en médecine générale. Dans le cadre de ma thèse, j'ai réalisé un entretien semi-dirigé sur les représentations pour les médecins généralistes des dispositifs émergents de la prise en charge en soins primaires dans une ZIP : exemple des médecins sur le territoire de la CPTS du Sud-Avesnois.

Il s'agit d'une recherche scientifique qualitative ayant pour but d'étudier les représentations pour les médecins généralistes des dispositifs émergents de la prise en charge en soins primaires dans une ZIP.

Vos données ont été collectées lors d'un entretien semi-dirigé, ainsi conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation 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 de thèse. Cette étude fait l'objet d'une déclaration portant le n°2026-092 au registre des activités de traitement 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. Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : eleonore.marechalbonneval.etu@univ-lille.fr.

Merci à vous.
Confraternellement,

MARECHAL—BONNEVAL Eléonore.

Annexe n°5 : Attestation de déclaration pour la protection des données.

Université de Lille

Direction données personnelles et archives

REGISTRE DES ACTIVITES DE TRAITEMENT
Attestation de déclaration

Le présent document atteste que vous avez transmis à la Direction des données personnelles et archives de l'Université de Lille les informations nécessaires au référencement d'un traitement de données personnelles au registre des activités de traitement de l'Université de Lille (Règlement général sur la protection des données ; RGPD, art. 30).

Ce traitement doit être mis en œuvre dans le strict respect des mesures de sécurité y figurant, lesquelles pourront faire l'objet d'un contrôle de la part du Délégué à la protection des données de l'Université. Tout traitement non conforme engagerait la responsabilité du responsable de traitement.

Toute modification des modalités du traitement déclaré doit être signalée dans les plus brefs délais à l'adresse dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement au titre de l'article 24 du RGPD

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

Traitement déclaré

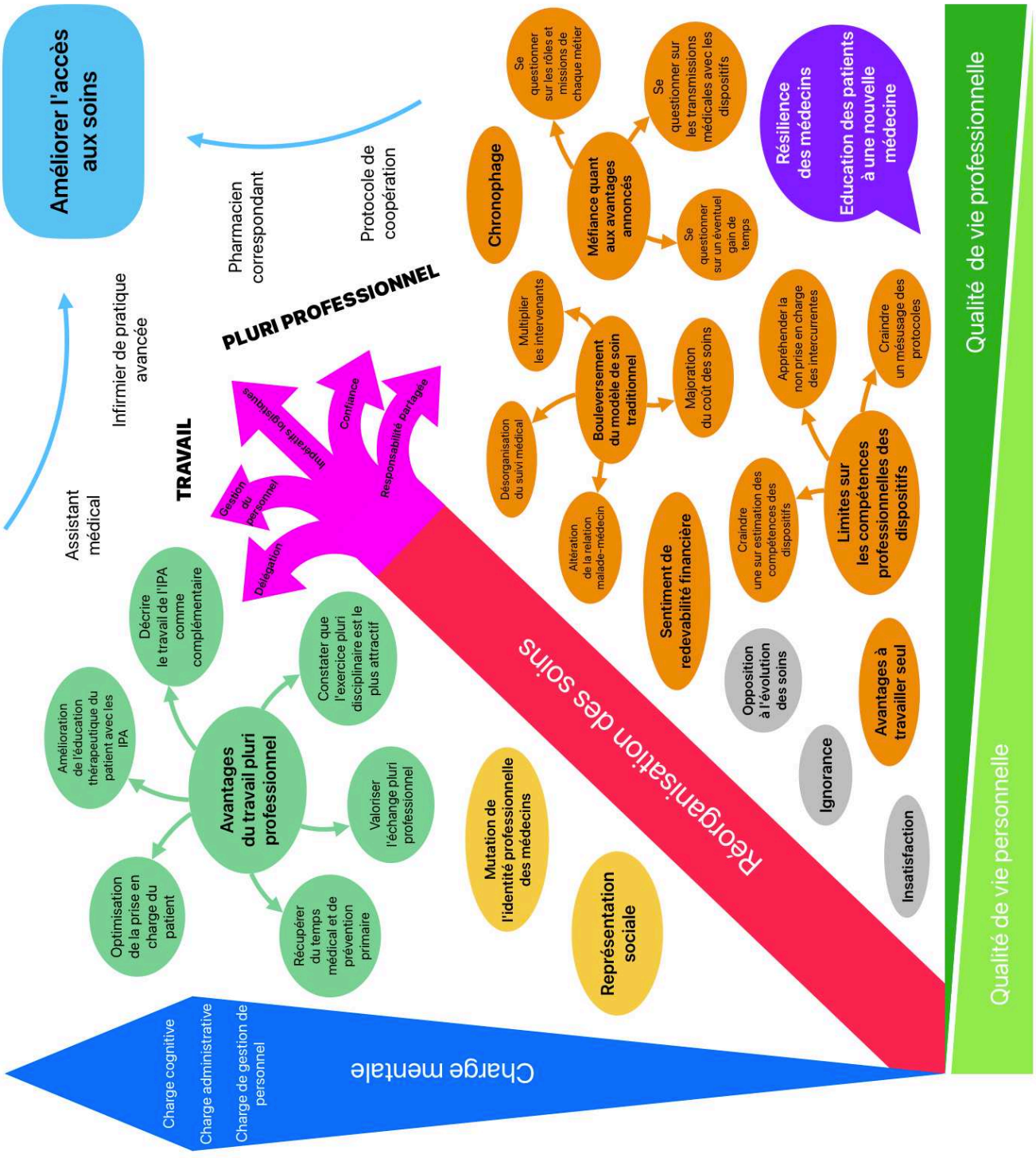
Intitulé : **Représentations pour les médecins généralistes des dispositifs émergents de la prise en charge en soins primaires dans une ZIP : exemple des médecins sur le territoire de la CPTS du Sud-Avesnois.**
Référence Registre : 2026-092
Responsable chargé-e de la mise en œuvre : M. **Dominique LACROIX** **Responsable scientifique :** Dr **DE SA Christophe** **Interlocuteur-rice** : Mme. **MARECHAL-BONNEVAL Eléonore**

Fait à Lille, Le 18/03/2026

_____

Université de Lille
42 rue Paul Duez
59000 Lille
dpo@univ-lille.fr

Annexe n°6 : Modèle explicatif.



Annexe n°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 : MARECHAL – BONNEVAL **Prénom :** Éléonore
Date de soutenance : 30 avril 2026
Titre de la thèse : Représentations pour les médecins généralistes des dispositifs émergents de la prise en charge en soins primaires dans une ZIP : exemple des médecins sur le territoire de la CPTS du Sud-Avesnois.

Thèse - Médecine - Lille 2026
Cadre de classement : Médecine Générale
DES + FST/option : Médecine Générale
Mots-clés : Délégation, médecine générale, infirmier en pratique avancée, assistant médical, pharmacien.

Résumé :

Contexte : Devant une diminution de l'offre de soins en France, de nombreux dispositifs prennent place dans le système de santé français. Il s'agit des postes d'assistants médicaux, d'infirmiers en pratique avancée mais également l'instauration de protocole de coopération et des pharmaciens correspondants. Ils ont pour but d'améliorer l'accès aux soins des patients et de permettre aux médecins généralistes de déléguer certaines tâches pour se concentrer sur les actes médicaux. Cette mise en lumière de la « pratique avancée » a débuté en 2016 avec les assistants médicaux puis en 2018 avec les infirmiers en pratique avancée. Aujourd'hui, ces dispositifs sont encore peu exploités en France et il existe peu d'études concernant l'avis des médecins généralistes à avoir recours à ces nouvelles organisations.

Méthode : Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été menée auprès des médecins généralistes libéraux sur le territoire de la CPTS du Sud-Avesnois entre janvier et juin 2024. L'analyse des verbatims, inspirée de la méthode par théorisation ancrée, a été réalisée à l'aide du logiciel NVIVO.

Résultats : A l'issue de l'analyse des huit entretiens, les différents dispositifs proposés peuvent représentés une solution à l'amélioration des soins pour les patients. Les médecins généralistes mettent en avant qu'ils peuvent y trouver des avantages et notamment d'un point de vue administratif et organisationnel. Néanmoins, ils émettent quelques méfiances sur les avantages annoncés et se questionnent sur les compétences professionnelles des dispositifs. L'altération de la relation malade-médecin, l'aspect chronophage et le sentiment de redevabilité financière sont des freins mentionnés par les médecins généralistes. Ils craignent une majoration de leur charge mentale en supervisant ces nouveaux dispositifs et, de ce fait une non amélioration de leur qualité de vie personnelle.

Conclusion : La réorganisation des soins vise à améliorer l'accès des patients mais elle prend insuffisamment en compte les attentes des médecins généralistes. Bien qu'ils souhaitent déléguer pour alléger leur charge mentale et améliorer leur qualité de vie, ces dispositifs nécessitent un cadre organisationnel exigeant et peuvent paradoxalement augmenter leur charge mentale de manière indirecte, en contradiction avec leur aspiration à un meilleur équilibre de vie.

<u>Composition du Jury</u> :

Présidente : Pr Florence RICHARD

Assesseure : Pr Anita TILLY DUFOUR

Directeur de thèse : Dr Christophe DE SA