

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2021

N° 2021-288

T H E S E

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

Pierre GROLLEAU

Présentée et soutenue publiquement le 07/12/2021

**LES MEDECINS GENERALISTES VENDEENS ET LES ASSISTANTS MEDICAUX :
ATTENTES ET FREINS**

Président : Monsieur le Professeur MAUGARS Yves

Directeur de thèse : Madame le Docteur FAVREAU Dominique

Membre du jury : Monsieur le Docteur FOURNIER Jean-Pascal

Membre du jury : Madame le Docteur JOURDAIN Maud

Remerciements

Au Professeur Maugars, qui me fait l'honneur de présider mon Jury. Je vous remercie d'avoir accepté d'évaluer mon travail et de vous êtes rendu disponible. Soyez assuré de mon profond respect.

Au Dr Jourdain et Fournier, qui ont accepté de juger mon travail. Je vous remercie de vous êtes rendu disponible pour cela. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère gratitude.

Au Dr Favreau qui a accepté de diriger ma thèse. Je vous remercie de m'avoir accompagné dans ce long travail, de votre soutien et de tout le temps que vous m'avez accordé notamment pour vos nombreuses relectures et corrections. Vous êtes toujours restée très disponible et vos nombreux conseils ont été cruciaux dans l'élaboration de ce travail.

A tous les maitres de stage et praticiens hospitaliers qui m'ont encadré durant mon parcours. Je vous remercie de m'avoir transmis votre savoir et votre amour du métier. C'est grâce à vous si aujourd'hui je prends beaucoup de plaisir à exercer ce fabuleux métier.

A tous les médecins qui ont accepté de participer à mon étude. Je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre à mes questions et de l'avoir fait avec une grande sincérité.

A tous mes amis, que j'ai rencontré durant mon externat et internat, qui ont permis que ces longues années d'études soient belles et agréables.

A mes parents et mon frère qui m'ont soutenu toutes ces années. C'est grâce à vous si j'en suis arrivé là aujourd'hui.

A ma femme, Clotilde, et mon fils, Gaspard, que j'aime de tout mon cœur.

Table des matières

Introduction.....	7
Contexte	8
I. Evolution de l'offre et de la demande de soin en France	8
1. Diminution de l'offre de soin.....	8
2. Augmentation des besoins de santé de la population	10
II. Etats des lieux de l'accès aux soins en Vendée	11
III. Emploi du temps du médecin généraliste.....	12
IV. « Ma Santé 2022 ».....	14
V. L'assistant médical	17
1. Introduction.....	17
2. Missions.....	18
3. Profils et formation	18
4. Aide financière à l'embauche d'un A.M	19
VI. Modèles étrangers	21
1. Concept de « pratique infirmière avancée »	21
2. Assistants de médecine générale (« medical assistants »)	23
3. Médecins assistants (« physician assistants »).....	25
VII. Autre modèle de délégation/transfert de tâches en France : l'IPA	26
VIII. Expérimentation vendéenne	27
Matériel et méthode	29
I. Type d'étude.....	29
II. Population étudiée	29
III. Collecte des données.....	30
IV. Analyse des données	31
Résultats.....	33
I. Caractéristiques de la population étudiée	33
II. La réalité de la profession de médecin généraliste.....	33
1. Une course après le temps.....	34
A. Evolution de la demande de soin	34
B. Poids des tâches administratives	36
2. Une profession stressante.....	37
3. Adaptation des pratiques	38
III. Connaissance des médecins généralistes concernant le métier d'A.M	40
1. Mode d'information	40

2.	Qualité de l'information reçue	41
3.	Qu'ont compris les médecins généralistes ?	42
A.	Méconnaissance des médecins généralistes.....	42
B.	Des objectifs clairs	42
C.	Des missions variées.....	43
D.	Le statut d'employeur	43
E.	Une formation en cours d'élaboration, des profils variés.....	44
F.	Une aide financière mal comprise, soumise à des contreparties	44
IV.	Place de l'A.M dans notre système de soin.....	45
1.	Un métier qui a sa place.....	45
A.	Des médecins favorables.....	45
B.	Un métier qui va se développer dans notre système de soin	46
C.	L'A.M : l'avenir.....	46
D.	L'A.M : inéluctable face à la pénurie de médecins.....	46
2.	Une prise de conscience de l'évolution inéluctable des pratiques	47
A.	Une médecine qui change	47
B.	Nécessité d'évolution des pratiques	47
C.	La fin du médecin multitâche	47
D.	Retard par rapport aux autres pays européens	48
E.	Vers la délégation de tâches	48
3.	Des interrogations et des doutes	48
4.	L'A.M : pas toujours une priorité	51
5.	Des réticences	51
6.	L'A.M : pour quels types de structures de soin ? quels médecins ?	52
7.	Accueil de l'A.M par les patients	53
V.	Les attentes	55
1.	Les effets bénéfiques attendus	55
A.	Amélioration du confort de travail.....	55
B.	Optimisation du temps médical	55
C.	Amélioration de la qualité des soins	56
D.	Le travail d'équipe	57
E.	Diversification de l'activité	58
2.	Attentes concernant l'organisation de travail avec un A.M.....	59
A.	Organisation de l'espace de travail	59
B.	Organisation du temps de travail	59

C.	Typologie des consultations	60
D.	Pour quels types de patients ?	61
3.	Attentes concernant le rôle des A.M	62
A.	Un rôle surtout administratif.....	62
B.	Préparation de la consultation médicale	63
C.	Rôle durant la consultation médicale.....	65
D.	Rôle en fin de consultation.....	66
E.	Rôle de coordination des soins.....	67
F.	Rôle d'accueil, d'orientation et de tri au sein du cabinet	67
G.	Aller plus loin dans les missions de l'A.M : consultation en autonomie	67
H.	Des réticences à déléguer certaines tâches	68
4.	Attentes concernant le profil et la formation des A.M	69
A.	Profil souhaité	69
B.	Formation souhaitée	70
C.	Compétences et qualités souhaitées	71
VI.	Les freins.....	72
1.	Les contreparties liées au contrat passé avec l'Assurance Maladie	72
A.	Un engagement	72
B.	Retentissement sur la patientèle	72
2.	Peur de perdre la richesse du métier	73
A.	Un métier à part	73
B.	Peur de perdre leur cœur de métier	74
C.	Une évolution de la médecine générale qui effraie	74
a.	Une médecine à la chaîne	74
b.	L'intellectualisation de la profession.....	74
c.	Peur de perdre l'identité de la médecine générale.....	75
3.	L'A.M : un réel gain de temps ?.....	76
A.	Des doutes sur le gain de temps	76
B.	Augmentation de la charge de travail	76
4.	Être employeur	77
5.	Importance du temps consacré au patient	78
6.	Freins logistiques et organisationnels	80
7.	Le couple médecin / A.M : freins humains.....	81
8.	Freins financiers	82
	Discussion	84

I.	Discussion de la méthodologie.....	84
1.	Choix du sujet.....	84
2.	Echantillon.....	85
3.	Lieu de l'étude.....	85
4.	Choix de la méthodologie qualitative.....	86
5.	Le guide d'entretien	86
6.	Entretien.....	86
7.	Retranscription/ analyses des données	87
II.	Discussion des résultats	88
1.	Des médecins qui ont déjà adapté leur pratique	88
2.	L'A.M : un métier qui a sa place dans notre système de soin	91
3.	Des interrogations et des doutes	92
4.	L'A.M : pour quel type de médecin ?	93
5.	Les attentes	94
A.	Les apports de l'A.M.....	94
B.	Le rôle des A.M.....	98
C.	Organisation de travail : modèle type de consultation avec un A.M.....	99
D.	Le profil de l'A.M : un métier de reconversion.....	101
E.	La formation de l'A.M.....	101
6.	Les freins.....	103
A.	Concernant les modalités du contrat passé avec la CPAM	103
B.	Importance du temps consacré au patient	104
C.	Crainte de perdre le cœur de métier	105
D.	Freins logistiques.....	105
7.	Propositions pour améliorer l'acceptation de l'A.M par les médecins	106
	Conclusion	107
	Bibliographie.....	109
	Annexes	117
I.	Questionnaire quantitatif.....	117
II.	Guide d'entretien	118
III.	Liste des abréviations	120
	SERMENT MEDICAL	122
	Résumé.....	124

Introduction

Le système de santé français connaît des problématiques inquiétantes et sans précédents. Il fait face à une offre de soin qui diminue contrastant avec des besoins de santé de la population qui s'accroissent. L'accès aux soins primaires en France se dégrade. Le nombre de médecins généralistes en activité régulière diminue au fil des années et doit soigner une population croissante et vieillissante, demandeuse de temps médical.

Pour faire face aux enjeux qui pèsent sur notre système de santé, le gouvernement a proposé en 2019 des grandes réformes inscrites dans « Ma Santé 2022 ». L'une des mesures phares de ce projet de loi est la création d'un nouveau métier de santé : l'assistant médical (A.M.). Inspiré de modèles étrangers, ce nouvel intervenant permettrait de libérer du temps médical via la délégation de tâches, afin que les médecins se consacrent au soin de plus de patients. L'objectif de cette nouvelle collaboration médecin/A.M est de rétablir une offre de soin satisfaisante et d'améliorer l'accès aux soins.

Même si le métier d'A.M existe depuis plusieurs années dans nombre de pays étrangers, en France il reste encore à créer de façon à ce qu'il s'intègre pleinement dans notre système de santé. Les missions des assistants médicaux sont encore mal définies, et au moment de ce travail, leur formation était en cours d'élaboration.

Lors d'échanges avec différents confrères sur le sujet, je me suis aperçu que ce nouvel acteur de santé suscitait de l'intérêt, de la curiosité, et surtout de nombreuses interrogations : Quelles tâches pouvons-nous leur déléguer ? Comment cette collaboration peut-elle s'organiser concrètement dans un cabinet de médecine générale ?

Par ailleurs, l'intégration de cette nouvelle profession dans notre système de soin va probablement opérer de profonds changements dans la pratique médicale actuelle. Or, les médecins généralistes n'ont été que pas ou peu sollicités concernant ce nouveau dispositif ; raison pour laquelle j'ai choisi ce sujet de thèse car il m'a semblé important de donner la parole aux principaux intéressés.

L'objectif de cette thèse est de recueillir l'opinion des médecins généralistes à propos de la création du métier d'A.M et de son intégration au système de santé, de déterminer leurs attentes vis-à-vis de ce nouvel acteur de santé et leurs freins à la mise en place de ce nouveau dispositif.

L'identification de ces attentes aiderait à mieux définir ce nouveau métier, notamment concernant ses missions, et à l'élaboration du contenu de leur formation.

L'identification des freins permettraient, conjointement aux attentes, d'améliorer le dispositif et son acceptation par les médecins généralistes.

Contexte

I. Evolution de l'offre et de la demande de soin en France

1. Diminution de l'offre de soin

- Diminution des effectifs

Selon les données de la CNOM, au 1er janvier 2020, la France recense 307 130 médecins inscrits soit 1,75 % de plus qu'en 2019 et 14,9 % de plus qu'en 2010. Cette évolution s'explique par l'augmentation des médecins retraités actifs ou non (+ 216 % depuis 2010). Cependant, l'effectif de médecins en activité régulière (temps plein, non retraité et non remplaçant) est en baisse de 1 % depuis 2010. (1)

Cette baisse touche principalement les médecins généralistes. Actuellement, le tableau de l'Ordre recense 86 102 médecins généralistes en activité régulière ; soit une diminution de 9% des effectifs depuis 2010 et une diminution de 1% depuis 2019. La croissance annuelle du nombre de médecins généralistes en activité régulière est de -0,9%. (1)

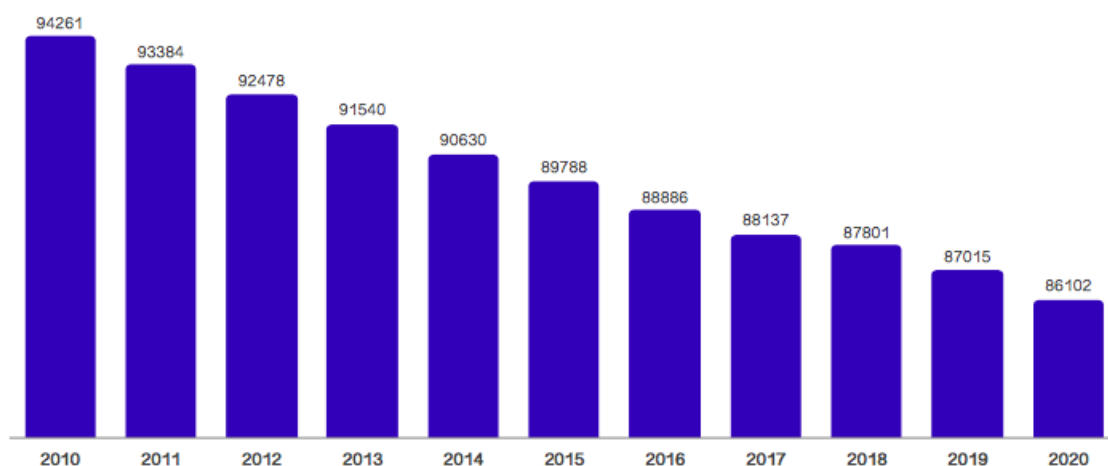


Image 1 : Évolution des effectifs de médecins généralistes en activité régulière depuis 2010 (valeurs absolues) (1)

D'après les projections envisagées par la CNOM, cette baisse du nombre de médecins généralistes en activité régulière devrait se poursuivre jusqu'en 2025. (1)

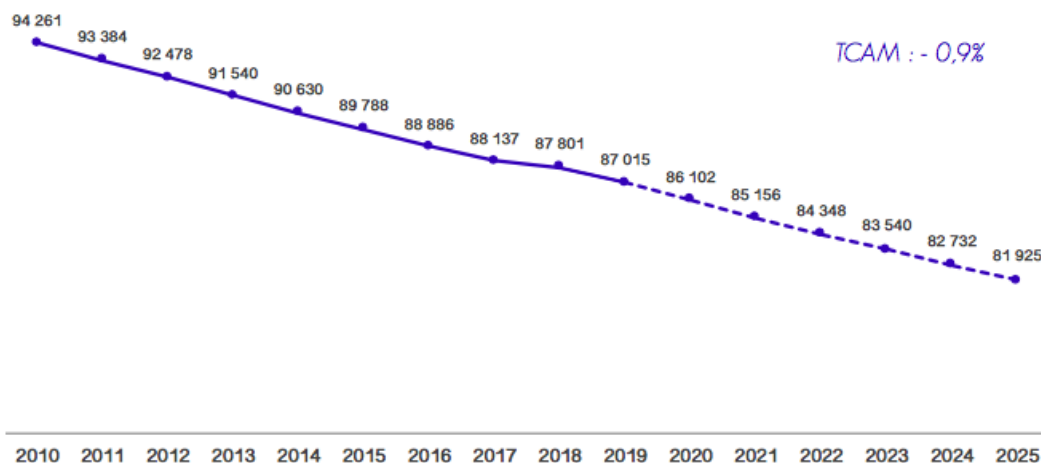


Image 2 : Projection des effectifs de médecins généralistes en activité régulière jusqu'en 2025 (valeurs absolues) (1)

Cette évolution, résultat de la combinaison entre une population médicale vieillissante et l'historique du numerus clausus, entrainera de nombreuses cessations d'activité dans les années à venir, longues à compenser malgré l'augmentation récente du numerus clausus. A ce jour, l'âge moyen des médecins généralistes en activité est de 50,1 ans, dont 26 % ont plus de 60 ans. (1)

- Diminution du temps de travail

Dans les années à venir, la population des médecins généralistes devrait rajeunir et se féminiser. Ce rajeunissement correspond d'une part à l'augmentation progressive depuis 2000 du numerus clausus et d'autre part aux départs à la retraite dans les années à venir de nombreux médecins qui ont été formés au moment où il n'y avait pas encore de restriction d'effectifs (2). De plus, la profession se féminise : au 1^{er} janvier 2020, les femmes représentaient 50,4% des effectifs des médecins généralistes. (1)

Cette évolution du profil des médecins généralistes a une incidence sur l'offre de soin. En effet, l'offre de travail des nouvelles générations, dont les femmes, est moindre (3). Une étude de la DRESS de 2019 met en évidence que les femmes passent en moyenne 5,5 heures par semaine de moins que les hommes auprès de leurs patients. De plus, leurs consultations durent en moyenne 1 minute 30 de plus que celles des hommes (4), donc inévitablement les femmes soignent moins de patients par semaine. Le temps de travail dépend également de l'âge du médecin : les moins de 50 ans passent 4,5 heures par semaine de moins avec leurs patients que les plus de 50 ans. (4)

« La féminisation et le renouvellement des générations de la population de médecins libéraux devraient donc conduire à une baisse de l'offre de soins ». (3)

- Recul de l'exercice libéral

A ces phénomènes s'ajoute le recul de l'exercice libéral au profit du salariat, privilégié par les jeunes générations. Selon les projections de la DRESS (4), la part de médecins libéraux exclusifs passerait de 47% en 2016 à 38% en 2040, et parallèlement la proportion de médecins salariés augmentera de 42% à 46% durant la même période. De plus, selon la DRESS en 2018, « les deux tiers des nouveaux médecins libéraux exerçaient en tant que remplaçant ». Il existe donc une nette diminution du nombre d'installations en libéral. (5)

2. Augmentation des besoins de santé de la population

- Démographie générale dynamique

Au 1^{er} Janvier 2020, la France comptait 67,06 millions d'habitants, soit 0,3% de plus qu'au 1^{er} Janvier 2019. Cette croissance reste stable depuis 3 ans (6). Dans ses projections, l'Insee envisage qu'en 2070 la France atteigne 76,5 millions d'habitants, soit une augmentation d'environ 12% par rapport au 1^{er} Janvier 2020 (7). Cette évolution dynamique de la démographie générale contraste avec la diminution du nombre de médecins en activité régulière. Ce phénomène entraîne une diminution de la densité médicale qui va continuer à s'aggraver dans les années à venir. Elle passe ainsi de 153 médecins généralistes pour 100 000 habitants en 2012 à 140 médecins généralistes pour 100 000 habitants en 2021. (2)

- Vieillessement de la population

Au 1^{er} janvier 2020, 20,5% de la population française avaient 65 ans et plus (6). Le nombre de séniors a augmenté de 3,8 % depuis 2011 (6). Le vieillissement de la population va s'amplifier dans les années à venir car selon l'Insee, en 2040, 25 % des Français auront 65 ans et plus et en 2070 les personnes âgées de plus de 75 ans seront deux fois plus nombreuses qu'en 2013 (7). Or, le vieillissement de la population augmente les besoins en soins, les patients âgés souvent polypathologiques nécessitant plus de temps médical.

Cette baisse de la densité médicale couplée au vieillissement de la population générale majore les difficultés d'accès aux soins de premier recours.

En résumé, il existe donc un déséquilibre entre offre et demande de soin.

- L'offre de soin baisse. Cette évolution s'explique par la diminution des effectifs et du temps de travail des nouvelles générations.

- Les besoins de soins explosent, en partie du fait du vieillissement de la population.

Les Français peineront donc de plus en plus à trouver un médecin traitant et à accéder aux soins.

II. Etats des lieux de l'accès aux soins en Vendée

Même si la Vendée ne fait pas partie des départements qui seront les plus touchés dans les années à venir, elle est confrontée à des difficultés majeures d'accès aux soins.

Au 31 décembre 2020, selon les données issues du site cartosanté, la densité médicale de la Vendée (6,8 médecins généralistes pour 10 000 habitants) était inférieure à la moyenne nationale (8,7 pour 10 000 habitants). (8)

De fait, la Vendée observe une croissance démographique régulière. Entre 2013 et 2018, la population vendéenne a augmenté chaque année d'environ 0,8%, ce qui représente environ 4900 nouveaux habitants par an. Cette évolution est majoritairement due à un solde migratoire important (0,7%). (9)

De plus, la Vendée se caractérise par un vieillissement accéléré de sa population (la moyenne d'âge est de 53,89 ans). En 2017, les plus de 60 ans représentaient 30 % de la population et les plus de 75 ans 11% (9). Ces chiffres s'expliquent non seulement par l'augmentation de l'espérance de vie mais surtout par l'arrivée de seniors issus d'autres régions françaises sur le littoral vendéen.

Parallèlement, l'effectif de médecins généralistes vendéens, en baisse ces dernières années (-13% entre 2011 et 2020) (8), va continuer à s'amenuiser dans les années à venir en raison du vieillissement des médecins (58% des médecins généralistes actifs ont plus de 55 ans, contre 30% sur l'ensemble du territoire national). (10)

Depuis 2009, la Vendée compte en moyenne 10 à 15 installations de médecins généralistes par an (aucune évolution n'est notée malgré les différentes aides apportées), alors qu'elle observe environ une trentaine de départs sur la même période (retraite, cessation d'activité, changement de département et d'activité). Sachant que pour répondre à l'augmentation de la population vendéenne tout en restant au même taux de densité médicale, il faudrait au moins 5 médecins généralistes de plus par an, force est de constater que la Vendée se trouve en grande souffrance en termes d'accès aux soins de premiers recours. (10)

Au 31 décembre 2017, les données de l'Assurance-Maladie montrent que 12% des vendéens de plus de 16 ans n'ont pas de médecin-traitant, dont 20% de plus de 60 ans et que 7,5 % des assurés de plus de 60 ans n'ont pas de médecin-traitant.

III. Emploi du temps du médecin généraliste

Devant cette perspective d'évolution de la démographie médicale pour les années à venir, les médecins généralistes doivent repenser leur organisation de travail. Il nous a donc paru intéressant de nous pencher sur l'emploi du temps actuel des médecins généralistes et la durée de leur consultation car ceux-ci seront probablement au cœur des modifications des pratiques à venir.

Selon une étude de la DRESS de mai 2019, les médecins généralistes libéraux déclarent travailler en moyenne 54 heures par semaine, toutes activités confondues. Le temps de travail des médecins reste stable depuis 2014, après une baisse entre 2011 et 2014. (4)

Ce temps de travail hebdomadaire varie, comme le montre le graphique suivant, en fonction du sexe et de l'âge des médecins (plus élevé pour les hommes et les médecins plus âgés) mais aussi du lieu (plus élevé pour les médecins exerçant en zone rurale que pour ceux en zone urbaine) et du mode d'exercice (moins élevé pour les médecins exerçant en cabinet de groupe).

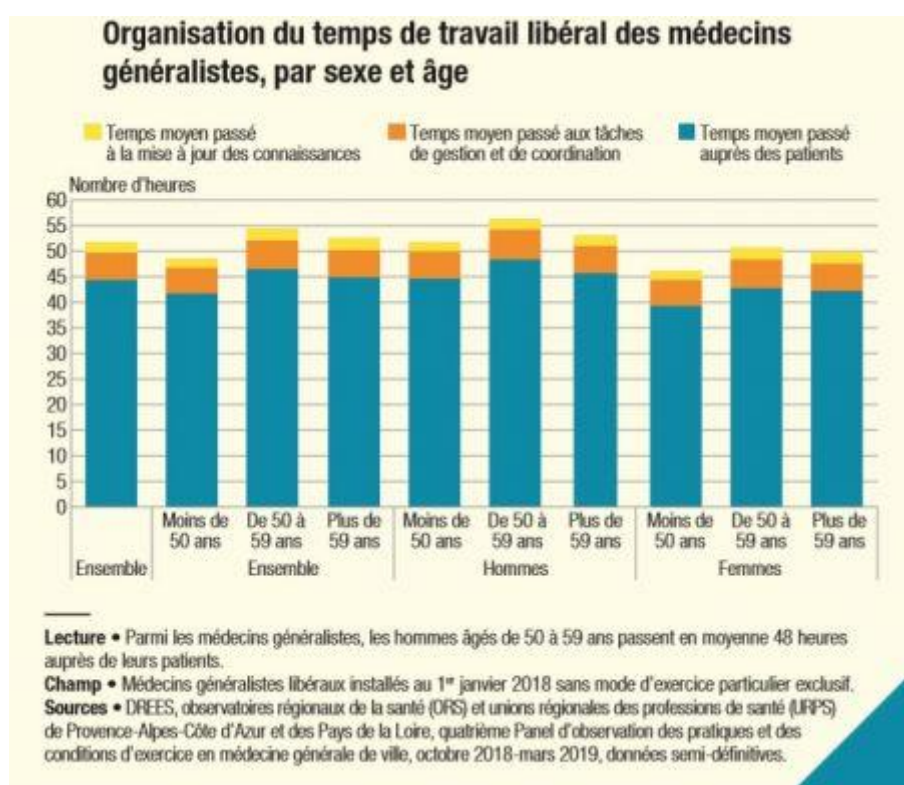


Image 3 : Organisation du temps de travail libéral des médecins généralistes, par sexe et âge (4)

- Répartition du temps de travail

Sur ces 54 heures de travail hebdomadaire, les médecins généralistes consacrent en moyenne 52 heures à leur pratique libérale, les 2 heures restantes sont consacrées à d'autres activités (par exemple, travail en EHPAD ou vacations à l'hôpital). (4)

Sur le temps dédié à la pratique libérale (soit 52 heures) (4) :

- 44 heures et 30 minutes en moyenne sont dévolues à leurs patients (temps passé avec les patients), ce qui représente 86% de leur activité.

- Les 7 heures et 30 minutes restantes sont dédiées à d'autres tâches :

- La gestion de leur cabinet et autres tâches administratives : 5 heures et 30 minutes en moyenne (une durée stable depuis 2014, après une hausse entre 2011 et 2014).

- L'actualisation de leurs connaissances médicales (lecture de journaux ou d'articles médicaux), hors formation : 2 heures en moyenne (durée stable depuis 2011).

- Le temps « administratif »

Les médecins généralistes déclarent consacrer en moyenne 5,5 heures par semaine à des activités administratives (tâches de gestion, secrétariat, comptabilité, en dehors des consultations et des visites) ce qui représente environ 10% de leur temps de travail hebdomadaire moyen. (4)

Dans une enquête réalisée par l'Ipsos en 2004 auprès d'un panel de médecins généralistes, les participants se plaignaient déjà de l'augmentation considérable du temps consacré à leurs tâches administratives. (11)

Ce constat est confirmé par les résultats d'une étude de 2009 menée par Le Fur P. qui met en évidence qu'environ « 9 médecins généralistes sur 10 estiment que leurs charges administratives augmentent d'année en année et nombreux sont ceux qui déclarent les tâches administratives qu'ils supportent trop lourdes ». (12)

A noter qu'en 2012, encore 44% des médecins généralistes assuraient eux-mêmes leur secrétariat, 22 % des médecins tenaient eux-mêmes leur comptabilité et 14 % entretenaient eux-mêmes les sols de leurs locaux. (13)

Cette charge administrative et de gestion qui incombe aux médecins généralistes installés est une des raisons de la réticence des jeunes médecins à s'installer en libéral. Une thèse réalisée en 2011 dans le secteur Nord Alpin a mis en évidence qu'elle représentait le principal frein à l'installation. (14)

- Durée de consultation

La durée moyenne de consultation déclarée par les médecins généralistes est de 18 minutes, d'après une étude de la DREES datant de 2019. A noter que les femmes déclarent des consultations plus longues d'1 minute 30 en moyenne que les hommes. Ces durées varient toutefois en fonction de l'âge du médecin, du volume d'activité, de la région et de la densité médicale de la zone d'exercice. (4)

Dans une autre enquête plus ancienne de la DREES (2002), les consultations de médecine générale duraient 16 minutes (15). Cette étude précise que les patients âgés, et les ALD donnent lieu à des consultations plus longues, de par la complexité de leur prise en charge. De plus la réalisation de certains actes comme les ECG, les vaccins ou de contacter un confrère d'une autre spécialité augmentent de façon significative la durée des consultations. (15)

La durée des consultations de médecine générale augmente donc d'année en année. Cette évolution risque de se confirmer dans le futur du fait du vieillissement de la population ; en effet, les patients âgés souvent polypathologiques nécessitent plus de temps médical, notamment par la complexité de leurs prises en charge.

Pour synthétiser concernant l'emploi du temps du médecin généraliste :

- Le temps de travail administratif est non négligeable et tend à augmenter.
- La durée des consultations s'allonge d'année en année, s'expliquant principalement par l'augmentation de la patientèle âgée polypathologique qui nécessite souvent des prises en charge complexes.

Dans ce contexte d'offre de soin inadaptée face à l'accroissement des besoins en soin de la population, l'optimisation du temps médical s'avère primordiale afin de rétablir un accès aux soins satisfaisant. Le développement de coopérations avec des acteurs paramédicaux, notamment à travers la délégation de tâches, semble être l'une des alternatives. C'est dans cette démarche que le projet de loi « Ma Santé 2022 » propose la création du nouveau métier d'assistant médical.

IV. « Ma Santé 2022 »

Le 18 septembre 2018, afin de répondre aux défis auxquels est confronté notre système de santé (vieillissement de la population, développement des maladies chroniques, inégalité d'accès aux soins), le gouvernement a présenté « Ma Santé 2022 ». Ce projet de loi a été adopté par l'Assemblée Nationale le 10 Juillet 2019 et par le Sénat le 23 Juillet 2019. L'objectif de cette stratégie de transformation en profondeur de notre système de santé est de « décroïsonner le système de santé français avec un financement plus pertinent, une organisation des soins de proximité plus coopérative ainsi qu'une formation et un mode d'exercice professionnel plus adaptés et diversifiés ». Les différentes mesures préconisées

vont être mise en place progressivement sur plusieurs années, pour une « mise en œuvre concrète et complète de l'ensemble des actions d'ici 2022 ». (16) (17)

« Ma santé 2022 » repose sur 3 grands axes : (16) (17) (18) (19) (20)

1 – « Décloisonner les parcours de formation et les carrières des professionnels de santé » (17) :

L'objectif de ces mesures est d'optimiser la formation des étudiants et des professionnels de santé et de simplifier les parcours de carrières pour pouvoir répondre le mieux possible aux besoins du système de santé de demain. (17)

Il s'agit donc de réformer les études médicales. L'objectif est de proposer aux étudiants une formation plus cohérente avec leurs projets professionnels et leurs compétences (notamment par la modification des modes de sélection) et ainsi optimiser et améliorer l'orientation de nos futurs soignants. Certaines mesures permettront également de réguler les flux des professionnels formés en fonction des besoins de notre système de santé.

La réforme des études médicales passera tout d'abord par la suppression du numérus clausus dès la rentrée 2020. Le nombre d'étudiants sera déterminé par chaque académie, en accord avec l'ARS, pour répondre au mieux aux besoins de chaque territoire avec pour objectif d'augmenter de 20% le nombre de médecins formés. (17) (18)

Puis, les passerelles entre les cursus seront encouragées pour diversifier les profils des étudiants. Le cursus de formation du 2^{ème} cycle sera réformé avec notamment la suppression des ECN (épreuves classantes nationales) afin de permettre une orientation progressive, adaptée et pertinente vers un métier de santé. (17) (19) (20)

De plus, des stages pour les futurs médecins généralistes, d'au moins 6 mois en cabinet de ville ou en maison de santé, seront organisés dans les zones qui manquent de professionnels de santé. L'objectif étant de favoriser des installations de jeunes médecins dans les zones fragiles en termes de densité médicale. (16) (19)

Il s'agit également de renforcer la formation des professionnels de santé, de faciliter les débuts de carrière et de fluidifier les carrières entre ville et hôpital. (17)

La formation continue des professionnels de santé sera repensée et renforcée par des recertifications des compétences régulières. L'objectif est de contrôler le maintien et l'acquisition des compétences. Cela concerne les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les pharmaciens, les infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes, les pédicures-podologues et les médecins. (17) (20)

Enfin, pour faciliter l'entrée dans la carrière et développer les activités partagées entre activités hospitalières publiques et activité libérale en ville, le concours de praticien hospitalier sera supprimé avec la création d'un statut unique de praticien hospitalier. (17)

2- « Créer un collectif de soins au service des patients et mieux structurer l'offre de soins dans les territoires » (17) :

Les soins de proximité vont progressivement s'organiser au sein de structures d'exercice coordonné, dans le cadre de Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). Ces CPTS sont des espaces au sein desquels les professionnels de santé s'organiseront pour mieux répondre aux besoins de santé des patients de leur territoire (trouver un médecin traitant, garantir une réponse aux demandes de soins non programmés, proposer plus d'actions de prévention, favoriser le maintien à domicile des personnes âgées...). Elles seront déployées sur toute la France. (16) (17) (20)

Il s'agit de renforcer et développer les « hôpitaux de proximité » pour les soins courants du quotidien (médecine générale, gériatrie, réadaptation), afin de garantir une offre de soin qui corresponde à la population locale. Ces « hôpitaux de proximité » vont devenir indispensables face au vieillissement de la population et à l'augmentation des pathologies chroniques. (16) (19) (20)

« Ma Santé 2022 » prévoit la création d'un nouveau métier : l'assistant médical, qui permettra de libérer du temps médical à travers la délégation de tâches, afin que les médecins puissent se consacrer au soin. (16) (17) (18) (19)

Elle a également comme objectif de recruter 400 médecins généralistes salariés, à exercice partagé entre la médecine de ville et l'hôpital. (16)

Ces mesures permettront de garantir une offre de soins adaptée aux besoins de santé de la population pour un meilleur accès aux soins.

3- « Faire du numérique un atout pour le partage de l'information en santé et l'évolution des pratiques » (18) :

Une nouvelle plateforme de santé va être mise en place : le « Health data Hub ». Elle remplacera l'Institut National des Données de Santé (INDS), avec plus de missions. Les données collectées seront élargies. Elle sera enrichie de données cliniques collectées lors d'actes pris en charge par l'assurance maladie. Cette plateforme permettra aux chercheurs d'exploiter ces données dans l'intérêt public. Elle aidera à l'amélioration de la connaissance du système de santé par les français et les données pourront être utilisées pour optimiser la qualité de prise en charge et les parcours de soins. (16) (20)

D'ici au 1er janvier 2022, chaque patient pourra avoir son propre espace numérique de santé. Il sera mis en place à la demande du patient et sera gratuit. Les usagers pourront ainsi accéder à leurs données de santé (dossier médical partagé, données administratives...) et les gérer. L'objectif est de simplifier le parcours de santé de chacun, de fluidifier les échanges et la transmission d'informations entre professionnels. (16) (20)

Ce système permettra également de développer le télé soin à travers la télé médecine. (20)

Les 5 actions prioritaires de Ma Santé 2022, dans l'objectif principal d'améliorer l'accès aux soins, seront donc : (16)

1. La mise en place des communautés professionnelles de santé sur tout le territoire, prévue pour le 1^{er} juillet 2021.
2. Le déploiement de 400 médecins généralistes salariés dans les zones prioritaires.
3. La labellisation des hôpitaux de proximité avec un objectif de 500 à 600 hôpitaux d'ici 2022.
4. La réforme des 1^{er} et 2^{ème} cycles des études médicales, à partir de la rentrée 2020.
- 5. La création des assistants médicaux avec un objectif de 4000 postes en activité en 2022.**

V. L'assistant médical

1. Introduction

La réforme « Ma Santé 2022 » prévoit la création d'un nouveau métier : l'assistant médical. L'objectif annoncé est de développer 4 000 postes en activité d'ici 2022.

La création de cette nouvelle profession vise comme principal but de décharger les médecins, via la délégation de tâches, afin de leur faire gagner du temps médical. Grâce à ce gain de temps, ils pourront soigner plus de patients et ainsi améliorer l'accès aux soins. L'A.M permettra également de renforcer la coordination des soins, la prévention, l'éducation des patients et donc la qualité des soins. (21)

Le 20 juin 2019, un accord a été signé entre l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) et 3 des syndicats majoritaires représentatifs de la profession, (MG France, la Confédération des Syndicats Médicaux Français et le Syndicat des Médecins Libéraux) : il s'agit de l'Avenant 7 à la convention médicale. (21) (22) (23)

Cet accord marque la création d'une aide conventionnelle au recrutement d'un assistant médical et précise son statut. Afin d'encourager et accompagner le déploiement d'assistants médicaux dans les cabinets libéraux, l'assurance maladie prévoit une aide financière pour faciliter l'embauche de ces assistants par les médecins. L'Avenant 7 définit donc les conditions et modalités de participation financière de l'assurance maladie pour faciliter le recrutement d'assistants médicaux. Il est opérationnel depuis la rentrée 2019. (21) (23) (24)

2. Missions

« L'assistant médical doit permettre au médecin de libérer du temps médical, et de l'accompagner dans sa pratique quotidienne » (21). Chaque médecin pourra librement définir le rôle et les missions de son assistant médical selon ses besoins, sa pratique, son mode d'organisation et selon le profil de compétences (soignant et/ou administratif) de la personne recrutée à ce poste. (21)

Concrètement, à titre indicatif et non limitatif, l'A.M pourra assumer différentes missions (21) (22) (23) :

- des tâches de nature administrative comme l'accueil du patient, la gestion du dossier informatique du patient, la mise à jour des informations administratives et médicales, etc...
- des missions en lien avec la préparation et le déroulement de la consultation comme l'habillage et le déshabillage, la prise des constantes, la préparation et l'aide à la réalisation d'actes techniques...
- des missions d'organisation et de coordination des soins.

Le poste d'assistant médical n'a pas été créé pour remplacer une autre profession de santé. C'est un nouveau métier à part entière avec des missions propres qui le distinguent des autres professions. (21)

3. Profils et formation

Cette nouvelle profession est accessible à tous, aussi bien à des profils soignants (infirmières, aides-soignants), qu'à des profils non soignants (secrétaires médicales...). (22)

Différents diplômes permettent d'exercer ce nouveau métier. En effet, sont autorisé à exercer la profession d'assistant médical, les détenteurs des qualifications professionnelles suivantes : (25)

- a) Le diplôme d'état d'infirmier (DEI)
- b) Le diplôme d'état d'aide-soignante (DEAS)
- c) Le diplôme d'état d'auxiliaire de puériculture (DEAP)
- d) Le certificat de qualification professionnel (CQP) d'assistant médical

Pour les A.M non détenteurs du CQP (certificat de qualification professionnelle) d'A.M, une formation complémentaire sera requise, dans un délai de 3 ans après leur prise de fonction. (25)

L'A.M devra donc suivre une formation spécifique, en vue de l'obtention du certificat de qualification professionnelle d'A.M. Le contenu de cette formation, intégrée à la convention collective des personnels des cabinets médicaux, est en cours d'élaboration. (25)

Pour ne pas retarder les premiers recrutements, le CQP d'A.M ne sera pas exigible dans les premières années de fonctionnement du dispositif. Les médecins peuvent donc dès à présent,

embaucher des A.M sans formation préalable. Les premiers recrutements ont commencé dès septembre 2019. En revanche, le médecin s'engage à ce que la personne recrutée suive cette formation spécifique dans les 2 ans après son recrutement, et obtienne sa qualification professionnelle dans les 3 ans. (21) (23)

4. Aide financière à l'embauche d'un A.M

- Critères d'éligibilité

Toutes les spécialités médicales sont potentiellement éligibles. Cependant certaines spécialités le sont sur l'ensemble du territoire (médecine générale, pédiatrie, cardiologie, gynécologie, psychiatrie, ophtalmologie...) et d'autres (anesthésie, chirurgie...) seulement dans 30 % des départements où l'offre de soin est moins satisfaisante. (21)

Le médecin doit aussi (21) (22) :

- Exercer en secteur 1 ou en secteur 2 et être adhérent à l'Optam ou à l'Optam-CO,
- Exercer en mode regroupé (au moins 2 médecins dans un même cabinet),
- S'inscrire dans une démarche d'exercice coordonné, quelle que soit sa forme (maison de santé pluriprofessionnelle, équipe de soins primaire ou spécialisé, communauté professionnelle territoriale de santé...) ou s'engager à le faire dans les 2 ans,
- Avoir un niveau d'activité minimale : 640 patients adultes déclarés comme médecin traitant pour un médecin généraliste. Pour les autres spécialistes, c'est le critère de file active, c'est-à-dire le nombre de patients différents vus dans l'année, tous âges confondus, qui est retenu. La patientèle minimale prise en compte est celle calculée au 31 décembre de l'année précédente ou celle au 30 juin de l'année en cours, selon la date de recrutement de l'assistant médical dans le cabinet.

Il existe quelques dérogations, par exemple (21) :

- Les médecins nouvellement installés, à partir du 1^{er} Janvier 2019, sont éligibles sans nécessité d'atteindre de seuil minimal de patientèle.
- Les médecins exerçant en zones sous denses sont éligibles sans remplir la condition de regroupement.

- Contrat avec l'Assurance Maladie

Les médecins s'engagent auprès de l'assurance maladie, pour pouvoir bénéficier de son aide financière, sous la forme d'un contrat. Ce contrat a une durée de 5 ans et peut être renouvelé. Le médecin reçoit une aide financière sur toute la durée du contrat (21) (22). Le montant de l'aide versée est annuel, pérenne et évolutif dans le temps : il diminue au fur à mesure que le surplus d'activité apporté par l'assistant médical permet d'augmenter les revenus du cabinet.

Il est donc légèrement dégressif les 3 premières années, puis à partir de la 4^{ème} année il devient stable et est proratisé en fonction du niveau d'atteinte de l'objectif fixé. (23)

- Niveau de financement et contreparties

Grâce au temps médical gagné par l'A.M, le médecin s'engage à soigner davantage de patients (26).

Pour ce qui concerne les médecins généralistes, deux engagements complémentaires sont fixés :

- Augmenter le nombre de patients suivis comme médecin traitant (patient de > de 16 ans)
- Augmenter la « file active » : nombre de patients différents vus au moins une fois au cours de l'année tout âge confondu.

Pour les autres spécialistes, il s'agit d'augmenter leur file active.

3 options de financement s'offrent aux médecins généralistes : (21) (22) (24)

1^{ère} option : recrutement d'au moins **un tiers temps** d'assistant médical

- La 1^{ère} année : le montant de l'aide est de 12 000 euros,
- La 2^{ème} année : le montant de l'aide est de 9 000 euros,
- La 3^{ème} année : 7 000 euros maximum.

2^{ème} option : recrutement d'au moins un **mi-temps** d'assistant médical

- La 1^{ère} année : le montant de l'aide est de 18 000 euros par médecin
- La 2^{ème} année : le montant de l'aide est de 13 500 euros.
- À partir de la 3^{ème} année, l'aide maximale est maintenue de manière pérenne à 10 500 euros.

3^{ème} option : recrutement d'un **temps plein** d'assistant médical

Cette option est possible par dérogation, seulement pour les médecins exerçant en zone sous dense

- La 1^{ère} année : le montant de l'aide est de 36 000 euros par médecin,
- La 2^{ème} année : le montant de l'aide est de 27 000 euros,
- À partir de la 3^{ème} année, l'aide maximale est maintenue de manière pérenne à 21 000 euros maximum.

Les objectifs d'augmentation du nombre de patients, fixés par l'assurance maladie sont proportionnés à la taille initiale de la patientèle du médecin (plus sa patientèle est

conséquente, moins il aura à accueillir de nouveaux patients) et au niveau de financement qu'il reçoit (plus le financement par l'assurance maladie sera important, plus le nombre de nouveaux patients à soigner sera élevé). (23)

Les médecins choisissent le niveau d'engagement et de financement adapté à leurs besoins et à leur organisation. (21)

L'atteinte des engagements prévus ne sera vérifiée par l'assurance maladie qu'à partir de la 3^{ème} année, laissant le temps à la collaboration médecin/A.M d'atteindre son efficacité optimum. A partir de la 3^{ème} année de financement, l'aide versée sera modulée en fonction de l'atteinte des objectifs fixés. (23)

Les missions et les limites de cette nouvelle profession n'ont donc pas été clairement définies, laissées à l'appréciation de chaque médecin en fonction de leurs besoins. De plus, le contenu de leur formation est encore en cours d'élaboration. Le poste d'A.M reste encore à créer.

VI. Modèles étrangers

Dans de nombreux pays, dont les pays anglo-saxons, la délégation de tâches dans le domaine des soins primaires est devenue une pratique courante, et ce depuis de nombreuses années. En effet, de nouvelles collaborations entre médecins et professionnels paramédicaux ont vu le jour, notamment avec le développement de nouveaux rôles confiés aux infirmières, mais également avec la création de nouvelles catégories de professionnels tels que les assistants médicaux et les médecins assistants.

1. Concept de « pratique infirmière avancée »

De nouveaux rôles infirmiers plus avancés ont vu le jour dans l'objectif d'améliorer l'accès aux soins dans ce contexte de diminution de l'offre, et également de dispenser des soins de meilleure qualité en limitant les coûts, en déléguant certaines tâches d'une main-d'œuvre médicale onéreuse aux infirmières. (27)

Le métier d'infirmier s'est donc progressivement modernisé, tout d'abord par la diversification de son activité avec la création de nouvelles tâches et par le transfert d'activités réalisées habituellement par le médecin vers l'infirmier. La possibilité de réaliser des tâches médicales se retrouve sous le terme « pratique infirmière avancée » (« Advanced nursing practice »). (28)

- Etat de développement des pratiques infirmières avancées suivant les pays

Le développement des infirmier(e)s en pratique avancée (IPA) est très variable d'un pays à l'autre. Les Etats-Unis et le Canada ont été précurseurs en déléguant certaines tâches médicales aux infirmier(e)s dès les années 60, suivis dix années plus tard par le Royaume-Uni. (27) (29)

Ensuite, plusieurs autres pays ont souhaité appliquer ce concept comme l'Australie, la Finlande et l'Irlande. Ces trois pays ont été très actifs dans le développement de cette nouvelle profession, notamment par la mise en place depuis plus de 20 ans, de programmes de formation. (27)

Dans d'autres pays comme la Belgique, la République Tchèque, la France, le Japon et la Pologne, les rôles infirmiers avancés en sont à leur tout début. Leur reconnaissance officielle est récente, même si dans la plupart de ces pays ces pratiques existaient déjà depuis quelques années de façon non officielle. (27)

Les pratiques infirmières avancées sont plus développées dans les pays où les soins primaires sont principalement délivrés dans des cabinets de groupe, ce qui facilite le travail en coopération, par exemple en Australie, au Canada, en Finlande, au Royaume-Uni et aux États-Unis (27) (28). La France, où les médecins commencent depuis quelques années à privilégier l'exercice en groupe pluridisciplinaire, développe depuis peu le métier d'IPA.

Ce développement de coopération étroite entre médecins généralistes et infirmier(e)s dépend aussi de la dynamique de la démographie médicale : les pratiques infirmières avancées tendent à être plus développées dans les pays où la densité médicale est faible, et celle en infirmier(e)s forte. Cela dépend également des politiques menées par les pouvoirs publics pour promouvoir et développer cette nouvelle profession, notamment par le biais d'aides financières accordées par les organismes d'assurances maladies. (27)

- Les différentes catégories d'IPA

Il existe différentes catégories d'infirmier(e)s en pratique avancée et leur dénomination diffère d'un pays à l'autre. Dans les pays anglophones, deux grandes catégories peuvent être identifiées (27) (28) :

1. les infirmier(e)s praticien(ne)s (avancées) ou « nurse practitioners » : ils jouent un rôle surtout dans les soins primaires. Ils effectuent des activités relevant du champ médical : ils sont capables de faire des diagnostics, de prescrire certains médicaments et tests de dépistages, de suivre des pathologies chroniques, de réaliser des actions de prévention, d'éducation de la santé, et ont un rôle de coordination des soins. Ils sont sous la responsabilité des médecins.

2. les infirmier(e)s clinicien(ne)s spécialisé(e)s ou « clinical nurse specialists » : leurs objectifs sont de promouvoir la qualité des soins et la sécurité des patients. Ils forment et encadrent le personnel infirmier, et assurent des fonctions de recherche, d'encadrement de projet, principalement au sein des hôpitaux. Ces postes sont autonomes et indépendants.

- Formation

Les formations requises pour devenir un(e) infirmier(e) en pratique avancée varient selon les pays. Mais la plupart exigent un diplôme de type master. (27) (29)

- Evaluations de ces pratiques

Des évaluations concernant ces pratiques infirmières avancées ont été réalisées et montrent que leur intervention améliore l'accès aux soins et réduit le temps d'attente. (27)

En 2003, Midy.F, pour le CREDES, a réalisé une revue de la littérature de 1970 à 2002 afin d'étudier l'efficacité de la délégation d'actes des médecins généralistes aux infirmier(e)s (29) :

Différentes études mettent en évidence que la qualité des soins délivrée par les infirmier(e)s en pratique avancée est identique à celle délivrée par les médecins. Les patients semblent plus satisfaits par les services prodigués par les infirmier(e)s, principalement dû au fait qu'ils passent généralement plus de temps avec chaque patient, que ne le font les médecins. Il est démontré qu'ils obtiennent une meilleure observance thérapeutique.

2. Assistants de médecine générale (« medical assistants »)

Certains pays comme les Etats-Unis, l'Allemagne, le Canada, le Royaume Uni, ont développé une approche complémentaire pour améliorer l'accès aux soins, par la création de nouveaux métiers de santé comme l'assistant médical. Ils permettent aux médecins de se décharger de certaines tâches cliniques et administratives pouvant être exécutées par d'autres personnes.

Nous développerons le modèle de certains pays : les précurseurs et/ou les pays dans lesquels le métier d'assistant médical s'est le plus développé.

- En Allemagne

C'est en Allemagne et au Pays-Bas que le métier d'assistant médical est né.

L'émergence des assistants médicaux a débuté dans les années 60 (27) et s'explique par la faible densité infirmière. C'est l'un des pays où cette profession s'est le plus développée (27) ; en effet, en 2019, l'Allemagne comptait 440 000 A.M, dépassant le nombre de médecins. (30)

Actuellement, tous les médecins travaillent avec un A.M qui est devenu un intervenant indispensable dans le système de santé allemand. Ils exécutent des tâches administratives et cliniques avec quelques petits actes techniques (ablation de fils de suture, pansement de plaie, prise de sang...), sous la supervision d'un médecin. L'A.M accueille le patient et réalise une « préconsultation » qui dure en moyenne 20 minutes. Le médecin les rejoint et peut, grâce au travail réalisé en amont par l'A.M, se concentrer uniquement sur le soin et limiter son intervention à environ 10 minutes (30). L'A.M permet donc un gain de temps non négligeable.

Ils suivent 3 ans de formation, puis deviennent salariés des médecins. Leur rémunération s'élève à 1900 euros en début de carrière et peut monter par la suite à 5400 euros maximum. (30) (31)

- Aux Etats-Unis

Les Etats-Unis font également partie des pays précurseurs. L'A.M y a également vu le jour dans les années 60. (27)

La fonction d'assistant médical existait déjà depuis plusieurs années, mais c'est l'American Association of Medical Assistants (AAMA), premier organisme national des A.M aux Etats-Unis, qui officialisa cette nouvelle profession en 1976. (32) (33)

Aujourd'hui l'A.M est une profession en pleine croissance. En effet, le nombre d'emplois devraient augmenter de 23 % de 2018 à 2028, ce qui est beaucoup plus rapide que la croissance moyenne pour l'ensemble des professions. (34)

Ils travaillent au côté des médecins, principalement dans les structures de soins ambulatoires où ils réalisent des tâches administratives et cliniques de routine, sous la responsabilité du médecin. (9)

Voici une liste non exhaustive de leurs missions (35) :

- Fonctions cliniques :
 - Recueil des ATCD médicaux
 - Préparation des patients à l'examen médical
 - Aide au médecin pendant l'examen
 - Réalisation de certains examens de laboratoires de base
 - Education thérapeutique
 - Réalisation des ECG et vaccins, soins de plaies....
- Fonctions administratives :
 - Accueil et renseignement téléphoniques
 - Accueil des patients
 - Mise à jour des dossiers médicaux
 - Planification des RDV
 - Missions de coordination
 - Facturation

Même s'il est fortement recommandé, le diplôme d'assistant médical n'est pas obligatoire pour exercer. Toute personne seulement détentric de un diplôme d'étude secondaire peut devenir A.M sans formation préalable. L'état propose une formation spécifique d'une durée d'1 an (34). Le salaire annuel d'un A.M aux Etats-Unis est estimé à environ 33 610 dollars. (34)

- Au Canada

Le Canada fait partie des pays qui ont bien développé le métier d'A.M. Cette profession y est actuellement en pleine expansion avec une demande très forte.

Ils réalisent de multiples tâches administratives et quelques actes cliniques de base. (36)

Au Canada, l'obtention d'une certification ou diplôme spécifique n'est pas indispensable pour exercer en tant qu'A.M. Mais il existe des programmes de formation recommandée qui dure de 8 mois à 1 an. (36)

- En Suisse

Les A.M exercent en cabinet médical, sous la responsabilité d'un ou plusieurs médecins.

Ils gèrent l'agenda du médecin, accueillent les patients, réalisent certaines tâches administratives, assistent le médecin durant la consultation et effectuent des actes de radiologie et de laboratoires (prise de sang, stérilisation du matériel, réalisation de radiologie). (37)

Les A.M suivent une formation de 3 ans, qui sera validée par un certificat fédéral de capacité (CFC) d'assistant médical. (37)

En résumé, le métier d'A.M a émergé dans les années 60, initialement en Allemagne et aux Etats-Unis, puis s'est développé et a trouvé sa place, à différents degrés, dans de nombreux autres pays. Son rôle, sa formation et sa rémunération varient d'un pays à l'autre. Dans plusieurs pays, comme aux Etats-Unis et au Canada, cette profession est en pleine croissance et est très prisée.

3. Médecins assistants (« physician assistants »)

Certains pays, comme les Etats-Unis ou le Canada, ont créé, dans les mêmes années que l'A.M, une autre profession de santé : les médecins assistants. (38)

Tandis que les assistants médicaux réalisent prioritairement des tâches administratives, avec un rôle clinique limité, les médecins assistants endossent des rôles plus avancés qui s'apparentent à ceux d'un IPA.

Ils sont capables de réaliser des diagnostics, d'interpréter des examens complémentaires, et de prescrire des traitements. Ils restent malgré tout sous la responsabilité d'un médecin. (39) (40)

Ils bénéficient d'une formation de type Master, d'une durée de 3 à 4 ans. (39) (40)

VII. Autre modèle de délégation/transfert de tâches en France : l'IPA

Toujours dans l'objectif d'améliorer l'accès aux soins, la France a créé un autre métier pour soulager les médecins, complémentaire de l'A.M : l'IPA.

C'est en 2016, à travers la loi santé dite « Loi Touraine », que la création de cette nouvelle profession est annoncée. Il faudra attendre 2 ans (Juillet 2018) pour que les premiers décrets, formalisant l'exercice de pratique avancée, soient publiés. Les premières promotions sont entrées en formation en 2018. (41) (42)

Ces nouvelles missions de pratique avancée confiées aux professionnels infirmiers permettent de diversifier leur activité et d'élargir leurs compétences notamment sur le plan clinique. (41)

En effet, les IPA disposent de compétences élargies, relevant du champ médical. Ils peuvent suivre en autonomie certains patients, confiés par un médecin, avec son accord et celui du patient. Ils sont également habilités à prescrire des examens complémentaires, demander des actes de suivi et de prévention ou encore renouveler ou adapter, si nécessaire, certaines prescriptions médicales. (43)

C'est donc une profession à mi-chemin entre infirmier et médecin.

L'IPA peut exercer en ambulatoire, au sein d'une équipe de soins primaires coordonnée par un médecin généraliste. Il peut également collaborer avec des médecins d'autres spécialités ou travailler en établissement de santé. (41)

L'exercice de l'IPA s'articule autour de protocoles établis par une équipe de soins, sous la coordination d'un médecin. Des temps d'échanges, de coordination et de concertation sont fréquemment réalisés pour discuter du cas des patients avec l'équipe. (41)

Les champs d'intervention des IPA sont pour l'instant limités à certains domaines (41) :

- Les pathologies chroniques stabilisées et les polypathologies courantes en soins primaires,
- L'oncologie et l'hémo-oncologie,
- La maladie rénale chronique, la dialyse, la transplantation rénale,
- La santé mentale et la psychiatrie.

Pour pouvoir se former, l'infirmier doit être expérimenté avec 3 ans minimum d'exercice. La formation dure 2 ans. Pendant la 1^{ère} année de tronc commun sont enseignées les bases de l'exercice d'IPA, la deuxième année étant axée sur la spécialisation choisie (santé mentale, oncologie...). (41)

Au terme de ces 2 années, l'infirmier obtient son diplôme d'Etat d'IPA précisant la spécialité. Ce diplôme est reconnu comme un niveau master.

Depuis la rentrée 2019, 16 universités françaises ont été agréées pour dispenser les enseignements permettant d'obtenir le diplôme d'IPA. Trois cents étudiants ont déjà effectué leur entrée en master IPA ; le gouvernement espère en former entre 2500 et 3000 d'ici 2022. (41)

VIII. Expérimentation vendéenne

- Contexte

La Vendée est un département qui connaît une démographie médicale tendue avec un taux élevé de patients sans médecin traitant. C'est dans ce contexte qu'un groupe de travail composé de médecins s'est mis en place, financé par l'URML des Pays de la Loire, et a réfléchi en 2018 à l'expérimentation d'un poste d'assistant de médecin généraliste dans différents cabinets médicaux sur le territoire vendéen. A travers cette expérimentation, l'objectif est de trouver des alternatives permettant de rétablir une offre de soin satisfaisante sur le territoire.

L'ARS et le CTS de Vendée ont validé, soutenu et suivi ce projet. L'ARS soutient cette expérimentation en acceptant un financement par le FIR (fonds d'intervention régional), à travers un CPOM (contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens) entre l'ARS et l'URML des Pays de la Loire. C'est l'URML des Pays de Loire qui a piloté et facilité le déroulement de l'expérimentation.

- Descriptif du projet

6 médecins expérimentateurs exerçant dans différents types de structures (MSP, cabinet de groupe, seul en cabinet) ont testé le travail en binôme avec un assistant de consultation.

Cette expérimentation s'est déroulée sur deux années : 2019 et 2020. Elle a débuté par 3 mois de formation des A.M. Ensuite chaque médecin a effectué 7 trimestres opérationnels avec son A.M. A la fin du projet, un consultant indépendant a été sollicité pour évaluer cette expérimentation.

Chaque médecin travaillait avec un A.M à temps plein, soit 35 heures par semaines. Ils les ont eux-mêmes recrutés. Les profils des A.M étaient assez divers : ancienne aide-soignante, diététicienne. Ils ont été formés par les médecins les trois premiers mois. Puis ils ont complété leur formation par la participation à des groupes d'échanges de pratiques associant médecins et assistants.

- Objectifs

Cette expérimentation avait plusieurs objectifs principaux :

- Essayer de mettre en place un modèle organisationnel optimal et économiquement viable de cette collaboration médecin/A.M.

- Déterminer les apports d'un A.M dans l'exercice quotidien d'un médecin généraliste.
- Définir les missions de l'A.M. Déterminer la formation nécessaire pour exercer cette profession.
- Améliorer l'accès aux soins sur le territoire, le but visé étant que chaque cabinet médical participant au projet accueille environ 20% de patients supplémentaires.
- Evaluation

L'évaluation a été confiée à un consultant spécialisé qui a collecté des données à la fois qualitatives (données issues des statistiques de l'assurance-maladie et sur leur évolution pour chaque cabinet) et quantitatives (enquêtes auprès des médecins et de leur patientèle). De nombreux indicateurs de suivi et d'évaluation ont été établis. Le résultat final sera un rapport qui permettra de valider un modèle médical et économique pour la fonction d'assistant, et d'argumenter pour la poursuite voire l'extension de ces postes pour tous les médecins généralistes. Malheureusement au moment de la rédaction de cette thèse, cette évaluation n'était pas encore terminée. Les résultats sont donc en attente de publication. Tous les intervenants, médecins comme A.M, ont été globalement satisfaits par ces collaborations. La preuve en est que la majorité des médecins ont signé, à l'issue de l'expérimentation, leur adhésion, via la CPAM, au dispositif conventionnel.

Matériel et méthode

I. Type d'étude

Nous avons choisi de réaliser une étude qualitative. Les données ont été recueillies par entretiens semi-dirigés.

Cette méthodologie nous a semblé être la plus adaptée pour diverses raisons.

Tout d'abord notre étude explore un nouveau concept : « l'assistant médical », qui a été peu étudié jusqu'alors. Il nous a semblé important de laisser la parole aux médecins généralistes pour qu'ils puissent s'exprimer librement, de la façon la plus complète et globale possible, sur ce nouveau métier qui reste encore à imaginer et à créer. Cette méthodologie comparativement à la méthodologie quantitative, permet de faire émerger, lors des entretiens, de nouveaux éléments cruciaux qu'un questionnaire n'aurait pas permis de mettre en évidence. « Les avantages d'une collecte de données qualitatives bien menée résident précisément dans la richesse des données collectées et la compréhension en profondeur du problème étudié » (44). En effet, les approches qualitatives visent à « appréhender la réalité dans sa totalité, sans la dénaturer, dans toute sa complexité et sa richesse informative ». (45)

De plus, dans notre travail, il s'agit de recueillir puis d'interpréter et analyser des ressentis, des opinions, des sentiments face à un nouveau phénomène de santé. Ce sont des données subjectives, et donc difficile à mesurer. Et en effet, « la recherche qualitative ne cherche pas à quantifier ou à mesurer, elle consiste le plus souvent à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative ». (46)

II. Population étudiée

Les critères d'inclusion étaient d'être médecin généraliste installé en Vendée depuis au moins 1 an.

L'échantillonnage a été réalisé avec l'objectif d'obtenir un panel de médecins le plus varié et hétérogène possible afin d'optimiser la variabilité des réponses. Il était de fait important de sélectionner des profils de médecins les plus divers possible car, dans la recherche qualitative, « parler de représentativité d'un échantillon signifie simplement que l'on s'efforce de réunir des personnes présentant toutes les caractéristiques pouvant engendrer des différences à l'égard des représentations étudiées » (47). C'est pourquoi certains auteurs préfèrent parler de "principe de diversification" de l'échantillon, plutôt que de représentativité. (47) (48)

Nous avons donc constitué un échantillon diversifié selon plusieurs critères :

- milieu d'exercice : exercice en milieu rural, urbain ou semi-rural
- mode d'exercice : individuel ou en groupe

- l'âge et le sexe du praticien.

Nous avons pris le parti de discrètement privilégier les jeunes médecins récemment installés qui nous semblaient être la population la plus concernée par ces évolutions des pratiques futures.

Dans la méthodologie qualitative, la taille de l'échantillon n'est pas fixée à l'avance. Elle se détermine par le phénomène de « saturation des données » : lorsque le chercheur n'obtient plus de nouvelles informations ou idées dans ses entretiens. La saturation des données a été obtenue après 12 entretiens. Un treizième a été réalisé afin de s'assurer de l'absence d'émergence de nouveaux thèmes.

Les médecins ont été contactés par téléphone ou par E-mail. Le recrutement des participants s'est effectué par « effet boule de neige ».

Lors de la prise de contact, je leur ai expliqué que je cherchais des médecins généralistes installés en Vendée acceptant de participer à un entretien individuel, en leur dévoilant seulement le thème de l'étude, à savoir : l'assistant médical.

Leur accord à la participation de l'étude a été traduit comme un consentement.

III. Collecte des données

- Guide d'entretien :

Le guide d'entretien a été réalisé à partir de mes recherches bibliographiques et de mes différentes hypothèses. Je me suis également appuyé sur plusieurs échanges partagés avec mes maîtres de stage et mes co-internes me faisant part de leurs interrogations concernant ce nouveau métier.

Notre guide d'entretien était composé de plusieurs questions ouvertes. Elles ont été construites et posées de façon la plus neutre possible pour ne pas influencer les réponses. Pour pouvoir répondre à nos objectifs, elles abordent différents thèmes, de façon indirecte :

- Les difficultés du métier du médecin généraliste
- Leur connaissance du métier d'assistant médical
- Leur avis général concernant le métier d'assistant médical, leur perception et leur représentation de ce métier
- Leurs attentes concernant le métier d'assistant médical
- Leurs freins à recruter un A.M.

Le guide d'entretien a été validé par mon directeur de thèse avant d'être testé sur un médecin généraliste remplaçant. Il a ensuite été adapté et modifié au fil des entretiens afin de développer de nouveaux thèmes émergents, le tout en vue d'améliorer la compréhension

des questions par les participants. Le guide d'entretien a ainsi été optimisé tout au long de l'étude.

- Réalisation des entretiens :

Les 12 entretiens ont été réalisés entre les mois de mai et août 2020.

L'entretien démarrait en rappelant au médecin généraliste le thème et l'objectif de l'étude. Le consentement concernant l'enregistrement des entrevues était ensuite recueilli en rappelant le caractère anonyme des données collectées. Afin de caractériser notre échantillon, un court questionnaire quantitatif était rempli par chaque médecin en tout début d'entretien.

- Lieu de rencontre :

Les entretiens ont pratiquement tous été réalisés au cabinet des médecins interrogés, à l'exception d'un seul réalisé à distance par visioconférence, pour des raisons pratiques.

- Enregistrements :

Après avoir obtenu le consentement des participants, les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone. Des prises de notes ont également été effectuées lors des entretiens.

- Durée des entretiens :

Les entretiens ont duré en moyenne 47 minutes.

- Retranscription :

Chaque entretien a été retranscrit intégralement et manuellement, mot pour mot, sur ordinateur via le logiciel Microsoft Word. Pour assurer l'anonymisation des données, un numéro a été attribué à chaque médecin, précédé de la lettre M : M1, M2, M3....

IV. Analyse des données

Nous avons mené une analyse inductive.

L'analyse des données a été effectuée tout au long de la période de réalisation des entretiens, sans attendre la fin de la retranscription de toutes les entrevues. Le travail d'analyse s'est fait en plusieurs étapes.

Il a débuté par plusieurs relectures des retranscriptions (verbatim) afin de s'imprégner de leur contenu et de se familiariser avec celui-ci.

Puis un long travail de codification des verbatim, centré autour des objectifs, a été effectué. Il s'agit, ligne après ligne, de reformuler, synthétiser et conceptualiser toutes les idées et pensées des médecins interviewés sous forme de « code ».

Ensuite, les codes ont été comparés et classés dans différentes catégories (thèmes et sous thèmes) représentant des concepts plus globaux.

L'étape finale était d'établir des liens entre les différents thèmes dégagés pour pouvoir présenter de façon logique les concepts qui ont émergé des entretiens.

Résultats

I. Caractéristiques de la population étudiée

12 médecins généralistes vendéens ont été interviewés. Les entretiens ont duré de 28 minutes à 1 heure et 15 minutes, avec une moyenne de 47 minutes.

Notre échantillon était composé de 8 femmes et 4 hommes. Les médecins recrutés étaient âgés de 29 à 60 ans, avec une moyenne d'âge de 43 ans.

Une majorité des médecins interrogés exerce en cabinet de groupe et leur durée d'installation varie de 1 à 30 ans.

Médecin	Sexe	Age	Durée installation	Lieu d'exercice	Mode d'exercice	MSU	Secrétaire sur place	IDE ASALEE	Patients déclarés	Durée entretien
M1	F	55	12 ans	Urbain	Seul	OUI	OUI	NON	1100	50 min
M2	H	31	2 ans	Urbain	MSP	OUI	OUI	OUI	1116	54 min
M3	F	41	9 ans	Rural	En groupe	OUI	OUI	OUI	1230	1H
M4	H	60	30 ans	Rural	Seul	NON	OUI	NON	1500	1h15
M5	F	44	14 ans	Rural	En groupe	OUI	OUI	NON	1050	28 min
M6	H	46	11 ans	Rural	En groupe	OUI	NON	NON	2200	46 min
M7	H	37	9 ans	Rural	En groupe	OUI	OUI	NON	1850	35 min
M8	F	32	4 ans	Rural	MSP	NON	OUI	OUI	1112	50 min
M9	F	29	1 ans	Urbain	En groupe	NON	NON	OUI	1100	32 min
M10	F	33	2 ans	Rural	En groupe	NON	OUI	NON	1005	30 min
M11	F	57	15 ans	Rural	En groupe	OUI	OUI	OUI	1350	53 min
M12	F	51	22 ans	Rural	MSP	OUI	OUI	OUI	1400	52 min

II. La réalité de la profession de médecin généraliste

Dans ce chapitre nous allons aborder les difficultés que peuvent rencontrer les médecins généralistes dans leur exercice. La principale problématique du médecin dans son activité est la course après le temps car il fait face à une charge de travail importante qui s'explique par une demande de soin croissante et des tâches dites non médicales lourdes et pesantes. Cette réalité de l'exercice médical avec cette pression continuelle inquiète et épuise certains médecins.

Pour faire face, quelques médecins ont adapté leur pratique sans attendre une réforme gouvernementale.

1. Une course après le temps

La principale difficulté rencontrée dans leur exercice et exprimée par les médecins interrogés, est la problématique du temps, le manque de temps. En effet leur quotidien s'apparente à une course contre la montre.

« C'est plus le temps, la course après le temps. Sincèrement le truc le plus plombant ça doit être ça. » (M1)

« Les principales difficultés c'est ce qu'à mon avis tous les médecins vont te répondre, c'est le manque de temps. » (M8)

« Le temps, on court tout le temps quoi. » (M3)

Ce manque de temps peut avoir un impact sur la qualité des soins en empêchant les médecins de se former convenablement.

« Des fois, envie de faire des choses, tu vois aller voir, s'informer, faire des machins, chercher des infos mais je n'ai jamais le temps d'aller jusqu'au bout de ce que je veux faire. » (M1)

Le tout avec un équilibre parfois difficile à trouver entre vie privée et professionnelle.

« Moi c'est plutôt la gestion entre la vie privée et la vie professionnelle parce que j'ai l'impression de passer mon temps à courir. C'est ça le plus fastidieux. » (M8)

Ce manque de temps s'explique par l'évolution de la demande de soin et par la charge de plus en plus importante que représentent les tâches dites non médicales.

A. Evolution de la demande de soin

La demande en soin s'intensifie, aggravant le manque de disponibilité ressenti.

« Il y a tellement de demandes. Il y a des lundi matin où il y a eu 150 appels. » (M6)

- Multiplication des demandes

Cette évolution de la demande s'explique par une majoration de la consommation de soin émanant des patients avec des motifs de consultations multiples et parfois injustifiés.

« Ceux qui viennent sur un créneau d'urgence, pour un petit truc parce qu'au début ils avaient mal et puis en fait après : ah bah j'ai ceci et cela, et je voulais vous parler de ça. Et moi je leur dis vous savez quand vous allez chez la coiffeuse que vous demandez une coupe, la coiffeuse elle ne va pas vous faire une coupe, un brushing, un soin... car au niveau timing elle n'a pas prévu ça dans son agenda. » (M3)

« Ce qui m'énerve c'est les gens qui vont revenir 10 000 fois toujours pour la même chose. La plupart des gens tu les éduques ça se passe très bien. Et puis il y en a, tu as beau les éduquer ils reviennent. Donc il y a quelques patients qui peuvent être un peu stressant et énervant » (M8)

Ce phénomène fait perdre un temps précieux aux médecins.

« La pression des patients, la demande perpétuelle, tous les jours des patients. Je n'ai pas le temps de pouvoir répondre à tout le monde. Plus exactement, l'impression que les demandes des patients ne sont pas justifiées et que cela me demande du temps de leur expliquer que ce n'est pas urgent, pas important, que ce n'est pas justifié. Et je pourrais passer ce temps à faire autre chose. » (M10)

« On pourrait gagner du temps si on ne voyait pas toutes ces choses qui n'ont pas besoin d'être vues normalement. » (M3)

Un vieillissement de la population aussi responsable de cette évolution.

« Après, moi, ce qui me prend beaucoup de temps, c'est les gens âgés poly pathologiques. Et je trouve qu'ils en consomment beaucoup de la médecine les gens âgés et ce n'est pas toujours justifié. Est-ce qu'il n'y aurait pas un peu d'éducation à faire aussi là-dessus ? Et puis l'escalade dans les examens complémentaires. » (M1)

Cette multiplicité des demandes de la part de certains patients est ressentie comme une véritable pression par les médecins et peut parfois être vécue comme un manque de respect et de considération.

« Ce qui me stresse, c'est la pression et le manque de respect. On a plus le même respect que pouvaient avoir nos aînés avant. Les gens nous utilisent, pas tous heureusement, il y en a qui nous utilisent comme un droit ou un bien de consommation, ce à quoi je ne sais pas ne pas réagir. » (M5)

« Il y a aussi les demandes de tout et de rien, on a l'impression d'être au MacDo. On représente quoi pour les patients ? » (M3)

Un médecin nous avoue que cette pression continue pourrait l'entraîner à arrêter définitivement son métier.

« La pression du temps, des gens et la pression de la société, cela me ferait quitter mon boulot. Si j'avais su et été capable de me projeter sur comment on travaille maintenant je n'aurais pas fait ce métier, pourtant je l'adore. » (M5)

- Evolution de la mentalité des patients

Pour certains médecins, les patients deviennent de plus en plus exigeants. Cette évolution de leur mentalité est responsable aussi de la majoration de la demande de soin, fait perdre du temps aux médecins et les épuise.

« Ce que j'aime le moins c'est l'exigence croissante et complètement infondée des patients. Leur mentalité, le fait que de plus en plus ils perdent la raison et qu'ils n'ont pas conscience des

demandes qu'ils font. Effectivement il y a une exigence qui n'est pas du tout à la hauteur et une anxiété chronique. Ça, ça augmente d'année en année et puis je m'en rends compte aussi en régulant beaucoup : j'ai RDV demain à 11h mais bon comme ma fille a de la fièvre j'appelle quand même et j'appelle 3 fois : une fois à 15h une autre à 22h et puis à 4 h. Tout le temps de la réassurance. Et ça c'est vrai que c'est épuisant, ça t'oblige à prendre de plus en plus de recul pour ne pas te faire totalement englober par l'anxiété des gens et du coup par des demandes qui ne sont pas du tout adaptées aux situations. Ça c'est vrai que c'est le côté évolution de la relation médecin/patient qui devient de plus en plus compliqué. » (M6)

« Ce qui m'énerve c'est la demande des gens et la perte de temps dans la prise en charge parce que le patient est un peu exigeant et capricieux. » (M12)

B. Poids des tâches administratives

Des médecins interrogés déclarent que les tâches dites non médicales prennent une place importante dans leur exercice.

« On avait fait une estimation, un tableau quand on avait fait le groupe de travail avec Philippe, on avait fait sur une journée, c'était entre 2 et 5 minutes par consultation, donc sur la journée tu multiplies, cela fait quasiment 1h sur la journée. Cela fait même plus, entre 1h et 1h30 par jour, qui relève d'un temps non médical. » (M2)

Avec notamment, une charge administrative lourde et chronophage.

« Ce qui m'ennuie c'est de faire beaucoup d'heures administratives effectivement. » (M11)

« Si j'ai un patient qui m'amène un dossier à remplir, des dossiers MDPH qu'il faut refaire au bout de 6 mois. Les dossiers d'assurance que maintenant je refuse de faire, oui, oui, oui, ça c'est lourd. C'est d'autant plus lourd que souvent c'est des consultations longues car souvent c'est des gens qui ont des poly pathologies et donc c'est déjà 1 des consultations longues et ils te sortent ça à la fin de la consultation en te disant : vous le remplirez quand vous aurez le temps, sauf que tu n'as jamais le temps. » (M12)

« Oui il y a des choses qui me barbent c'est les dossiers trajectoires comme tous les collègues, les dossiers d'APA. » (M7)

Plusieurs médecins souhaiteraient ne plus avoir à gérer les tâches non médicales qui ne relèvent pas de leurs compétences, empiètent sur leur temps médical et les empêchent de se concentrer sur le soin.

« C'est vrai que je passe beaucoup de temps des fois à faire un peu l'assistante sociale, à débrouiller des papiers qui ne nous concernent pas vraiment donc par consultation je pense qu'on peut gagner du temps, mais c'est difficile d'évaluer combien. » (M7)

« Je pense que par consultation de 20 minutes, il y a bien à mon avis 5 à 10 minutes qui ne relèvent pas du rôle du médecin traitant, je pense. » (M10)

« Ce qui me fais chier c'est les problématiques liées à la structure, les problèmes de secrétariat, problèmes de téléphone qui ne marche pas, problèmes d'internet, les trucs annexes qui te pourrissent la vie, ou l'imprimante qui va tomber en panne. C'est ça qui est chiant, c'est de ne pas pouvoir se concentrer sur le médical, tous les trucs parasites, tous les trucs qui peuvent être délégués. » (M2)

2. Une profession stressante

La majorité des médecins interrogés ressent quotidiennement du stress dans l'exercice de la profession, notamment lorsqu'ils se sentent débordés par la demande de soins. Pour certains médecins, ne pas pouvoir répondre à la demande est une préoccupation très présente.

« Ce qui peut stresser c'est clairement quand tout à coup tu ne maîtrises plus l'agenda quoi, quand tu sens que l'agenda t'échappe. Ça c'est clair, ne pas pouvoir répondre à la demande, et là tu sens que tu te fais... enfin c'est comme des vagues quoi, il y a des périodes où tu as l'impression de prendre des vagues. » (M6)

« Mes principales inquiétudes c'est de ne pas pouvoir soigner tout le monde. » (M12)

- Le retard

Le retard est un des principaux facteurs de stress.

« Moi ça me stresse parfois, quand tu perds déjà presque 15 minutes dans ta consultation à déshabiller un patient. C'est gérer le retard, et ce n'est même pas pour le boulot, même pas pour examiner ou décider. » (M11)

« Avoir du retard c'est stressant. » (M3)

- Le multitâche

Le côté multitâche de la profession de médecin inquiète et épuise certains praticiens.

« La peur d'oublier des choses, du coup avec le retard et le multitâche ça me stresse. C'est-à-dire je suis en consulte, on me passe le téléphone, il y a une situation compliquée enfin voilà... » (M1)

« Car la cause de la tension psychologique dans notre métier c'est le multitâche permanent. C'est faire constamment 2, 3 ou 4 choses en même temps. Tu écoutes le patient, tu rédiges ton ordonnance, éventuellement tu remplis ton ordinateur, généralement tu fais le CR du patient d'avant pendant que tu écoutes les motifs du patient d'après. Si en plus tu rajoutes le téléphone qui sonne tout le temps. J'étais amené à faire 4 tâches en même temps tout le temps. Et ça, ce multitâche permanent cérébral, à la fin de la journée tu es épuisé » (M4)

- Les responsabilités

Quelques médecins sont aussi préoccupés par la lourdeur des responsabilités à assumer, avec la peur de l'erreur médicale.

« Ce qui me stresse c'est de faire une erreur médicale. » (M6)

« Les hésitations parfois qui me plombent la journée, au niveau responsabilités. » (M1)

3. Adaptation des pratiques

Pour faire face à la charge de travail et diminuer leur stress quotidien, certains médecins n'ont pas attendu une réforme du gouvernement pour adapter leur pratique.

Pour un des participants, chaque médecin doit adapter en permanence son organisation de travail pour pouvoir répondre à la demande, notamment en s'aidant de professions paramédicales.

« Pour moi ce n'est pas une réponse j'arrête d'en prendre. En tant que régulateur pour moi ce n'est pas possible. Donc après il faut adapter son activité en fonction des patients. On se retrouve avec des gens avec des pathologies lourdes qui n'ont plus de médecin traitant quoi, donc ce n'est pas possible de dire à ces gens-là non. Effectivement il faut en permanence adapter ton activité pour répondre à la demande. Mais en tous les cas pour moi on ne peut pas avoir une réponse sur un territoire, enfin en tous les cas tant qu'il n'y a pas de réforme de la santé qui va trouver des solutions ce n'est pas possible d'avoir une réponse en disant non je ne prends plus de nouveaux patients, par contre effectivement il faut adapter son organisation de travail, mettre plus de créneaux d'urgence, espacer les RO. S'organiser et s'aider de l'IDE ASALEE, pourquoi pas les A.M, enfin il va falloir tout le temps s'adapter. C'est un truc qui est en mouvement permanent parce que justement pour moi ce n'est pas possible d'avoir une réponse négative ; on ne prend pas de nouveaux patients. Ce n'est pas possible. » (M6)

- Délégation de tâches

Des médecins délèguent déjà de nombreuses tâches à leurs secrétaires, principalement les missions administratives.

« Après pour les tâches administratives, on a déjà le secrétariat, on a des secrétaires qui font un super boulot. Elles rappellent les gens, elles prennent des RDV pour les spécialistes. » (M12)

« Elles font déjà des choses, sous notre commandement, un bon de transport ou des formalités administratives qu'elles débrouillent pour les gens à notre place. » (M7)

Certains médecins vont même jusqu'à leur déléguer la gestion de leur comptabilité.

« On a Joëlle notamment qui gère beaucoup, toute la compta c'est Joëlle qui gère tout avec un tableau, c'est elle qui fait toutes les demandes de matériels, c'est nos secrétaires qui prennent nos RDV et qui envoient les courriers pour les spécialistes, qui relancent les secrétariats. » (M8)

« Sur tout ce qui est compta et tout, moi j'essaie un petit peu de déléguer. Les secrétaires ont commencé un peu sur la partie comptable. » (M11)

Une des médecins interrogés nous explique aller encore plus loin en déléguant progressivement de plus en plus de tâches à sa secrétaire. Elles exercent le métier d'A.M de façon non officielle.

« Alors, on a commencé par, je lui laisse ma carte professionnelle, je ne sais pas si c'est très légal du coup. Et donc elle a commencé par les recettes, c'est-à-dire qu'elle passe les CV des patients et elle encaisse les recettes. On a commencé par ça. Puis après, j'ai commencé à lui laisser la main sur les AT. C'est-à-dire que je lui dis dans le dossier c'est un arrêt pour tel motif, telle durée, je le mets en abrégé, avec sortie libre ou pas. Je mets donc motif, durée, sortie libre ou pas. Moi ça me prend 1 minute même pas de taper ça, s'il y a des fautes ce n'est pas grave et elle après elle prend le temps de faire les choses. Après on a encore élargi. Je lui ai appris à poser les électrodes ECG et du coup elle fait les ECG. J'ai commencé à la faire venir quand il y a des nourrissons, elle vient avec moi dans la consultation et elle fait les mensurations : poids taille et PC. J'ai mis ça progressivement en place. » (M1)

- Coopération avec l'IDE ASALEE

Un médecin s'aide de l'IDE ASALEE pour espacer ses consultations de suivi et de renouvellements d'ordonnances pour certaines pathologies chroniques telles que l'HTA et le diabète, même si cela dépasse les missions qui lui sont normalement attribuées.

« Tu vois moi je réfléchis avec Elise, pour l'HTA. Tu vois, tu instaures un traitement anti hypertenseur, plutôt que de dire, je vous revois à un mois, vous revoyez Elise elle reverra votre automesure, si c'est bon OK on continue comme ça, si ce n'est pas bon elle m'en parle et je décide ce qu'on fait. Je commence à travailler comme ça avec Elise. » (M12)

« Avec Elise on est en train de discuter du suivi du diabète. Pour les nouveaux diabétiques qui ont un ADO, sans poly pathologie. Je me suis dit que cela pourrait être des gens qui pourraient être vu par l'IDE ASALEE à 3 mois avec l'HbA1C et que moi je ne verrai qu'au bout de 6 mois. » (M12)

Synthèse :

La majorité des médecins s'accorde à dire que leur métier est de plus en plus difficile.

La principale difficulté ressentie est le manque de temps qui s'explique notamment par l'évolution de la demande de soin qui explose et l'augmentation de la charge de travail administratif.

En effet, les tâches dites « non médicales » prennent une place de plus en plus importante dans le quotidien du médecin, empiètent sur leur temps médical, les parasitent et les empêchent de se concentrer et faire ce pour quoi ils ont été formés : le soin.

Les médecins interrogés avouent ressentir du stress dans leur exercice. Le retard est l'un des principaux responsables de ce stress, mais également l'aspect multitâche du métier de médecin qui doit tout gérer en plus des responsabilités à assumer.

Pour faire face à ces évolutions et ces difficultés, les médecins doivent en permanence adapter leur pratique et n'ont pas attendu une réforme du gouvernement pour agir.

III. Connaissance des médecins généralistes concernant le métier d'A.M

Tous les médecins avaient connaissance de la création de ce nouveau métier.

1. Mode d'information

Une majorité de médecins déclare n'avoir reçu aucune information de la part des instances de santé.

« Je n'ai reçu aucun mail. » (M10)

« Je n'ai pas reçu de mail. Mais je ne m'y suis pas non plus intéressé, parce que moi en fait je n'envisage pas tellement de déléguer des tâches. » (M9)

- Le bouche à oreille

Le principal mode d'information des médecins a été le bouche-à-oreille par l'intermédiaire de confrères.

« Très vaguement, par Teddy, je n'ai reçu aucun mail, j'en ai juste discuté avec Teddy pas très longtemps, voilà. » (M12)

« Je n'ai reçu aucun mail. Je l'ai su par Yvette. » (M10)

- Par mail

Quelques médecins déclarent avoir été informés par l'assurance maladie sous forme de mail,

« On a reçu aussi des mails de la CPAM et puis voilà, peut-être de l'URLM. » (M6)

« On a reçu un mail de l'assurance maladie. » (M2)

Ainsi que par l'intermédiaire de leur syndicat.

« Moi j'ai été informé par mail par MG85, parce je connais bien Gwenael, Philippe Collen, ils nous ont envoyé pas mal d'info par mail. » (M3)

- Recherches personnelles

Deux médecins déclarent avoir entrepris des recherches personnelles

« Je suis allé les chercher. » (M4)

Dont un qui nous a confié ne pas avoir réussi à trouver des informations de qualité.

« Alors moi je suis bien content qu'on en discute parce que moi je n'ai pas réussi à retrouver des informations concrètes et fiables. » (M7)

Une participante a appris l'existence de cette profession par des demandes spontanées de candidatures.

« Je n'ai reçu aucun mail. Je l'ai su par les courriers que je reçois de gens qui font des demandes spontanées, qui me disent « voilà j'aimerais bien être A.M », j'en ai eu 2 comme ça qui m'ont contacté. » (M10)

2. Qualité de l'information reçue

La plupart des médecins généralistes interrogés déclarent avoir reçu peu d'information.

« J'ai reçu assez peu d'information. » (M7)

Et celles délivrées n'étaient pas assez claires à leurs yeux.

« J'ai trouvé ça flou et je ne sais plus comment j'ai eu des informations complémentaires, progressivement quand on échangeait avec d'autres médecins qui en avaient entendu parler. Mais ce n'était pas forcément clair notamment que c'était nos employés donc qu'on devait gérer les feuilles de paye et tout ça. Au début pour moi ce n'était pas clair, j'ai juste cherché est-ce qu'un A.M pouvait m'aider. Les informations n'étaient clairement pas claires du tout. » (M8)

De nombreux médecins s'en plaignent et auraient souhaités être mieux informés.

« J'aurais aimé avoir plus d'information. Je trouve que tu vois il faut qu'on en discute pour savoir qu'il y a une expérimentation en Vendée, je ne le savais pas pourtant je suis dans plusieurs flux mais je ne l'ai pas vu ça. » (M7)

« On aimerait bien avoir un peu plus d'informations plus claires mais je pense qu'eux-mêmes ne savent pas trop. Actuellement on a plus d'informations de la part de notre syndicat que de la sécu. » (M3)

Pour certains médecins, ce manque d'information reçue reste une incompréhension.

« Je ne trouve pas cela normal que l'on ne nous questionne pas plus sur la façon dont nous médecins on voit les choses. Au point, que certains se sont posés la question de savoir si ce n'était pas pour recycler entre guillemets les secrétaires qui vont se retrouver au chômage vue la démographie médicale il y en a quelques-unes qui se retrouvent sur le carreau, du coup il faut les recycler. (M3)

Car ils se considèrent comme les premiers concernés par la création de ce nouveau métier.

« On n'a pas eu d'info très précises, j'aurais aimé être plus informé. On est quand même les premiers concernés, les infos étaient floues, les intentions étaient floues. » (M4)

3. Qu'ont compris les médecins généralistes ?

A. Méconnaissance des médecins généralistes

Une partie des médecins interrogés estime avoir peu de connaissance concernant le métier d'A.M, ou qu'elle reste floue, en raison probablement du manque d'information reçue.

« Honnêtement je ne sais pas grand-chose sur l'A.M. Alors tout ce que j'ai compris c'est que même pour eux ce n'est pas non plus très clair. » (M9)

« Je n'y connais pas grand-chose. » (M10)

B. Des objectifs clairs

Malgré ce constat, il apparaît que pour l'ensemble des médecins généralistes les objectifs de la création du poste d'A.M sont clairs.

- Décharger le médecin des tâches non médicales

« Ce que j'en ai compris. L'idée c'est qu'ils nous aident à travailler en gros plus vite quoi et peut être mieux aussi, ça cela reste à prouver mais en tout cas l'idée de base c'est quand même de travailler plus vite, de déléguer des tâches qui peuvent être faites par quelqu'un d'autre que les médecins. Et donc du coup de laisser plus de temps au médecin pour du temps médical pur. » (M6)

- Faire gagner du temps aux médecins

« J'ai bien compris que l'A.M il était là à la base pour nous faire gagner du temps en nous préparant le terrain, c'est comme ça que je l'ai compris. » (M5)

- Permettre de répondre à la pénurie de médecins

Les médecins ont bien compris la finalité de la création de ce nouveau métier : que les médecins augmentent leur nombre de consultations quotidiennes.

« Donc ce que j'ai compris c'est qu'il y avait un nouveau métier qui se mettait en place d'A.M pour venir seconder les médecins généralistes puisque la notion que j'avais c'est qu'on n'est pas assez nombreux et que du coup beaucoup refusaient des nouveaux patients par manque de temps. Donc le but c'est d'essayer de libérer du temps pour les MG, pour qu'ils puissent eux voir plus de patients dans leur journée grâce à l'assistant. » (M8)

« Donc un mécanisme de l'Etat pour inciter les médecins à avoir un assistant médical. J'ai compris aussi que le but de l'Etat c'était quand même d'augmenter la productivité médicale par médecin. Libérer du temps au médecin, pas pour la qualité du soin mais pour augmenter le nombre de consultations par heure. » (M4)

C. Des missions variées

- Adaptées à chaque médecin

Concernant les missions de l'A.M, la plupart des médecins ont compris qu'elles pouvaient être très variées et dépendaient des souhaits de chaque médecin généraliste. Chaque médecin détermine les missions de son assistant médical en fonction de ses propres besoins.

« Moi les infos que j'ai reçues, c'est que ça peut être très varié. Après, chaque médecin adapte un peu. C'est comme ça que je l'ai compris. » (M6)

« Sur ces missions, j'ai compris que c'était hyper varié, ce qu'on voulait nous, en fait. Plus administratif, plus auprès des gens. » (M3)

- Des tâches plutôt administratives

« Et éventuellement je sais aussi qu'il peut faire de l'administratif pour tout ce qui est, peut-être plus au niveau du secrétariat, c'est ce que j'ai compris. » (M5)

« Mais pour moi c'est ça quoi, c'est quelqu'un qui fait toute la partie non médicale de la consultation, tout ce qui peut être délégué. » (M2)

- Quelques tâches plus médicales

« Qu'on pouvait lui donner des tâches qu'elles soient administratives donc voilà on a parlé des dossiers MDPH et que ça peut être aussi aider par exemple au déshabillage des patients, prise de constantes, etc. » (M8)

- Organisation de travail

Un médecin a compris que l'organisation de travail se faisait sur deux bureaux, avec un A.M qui débute et finalise les consultations

« Ce que j'ai compris : l'idée c'est de travailler sur 2 bureaux, donc avec l'A.M qui est dans 1^{er} bureau avec un patient et puis toi tu passes dans l'autre bureau avec un autre patient qui a déjà était préparé, etc... » (M6)

Et principalement pour des consultations de suivi de pathologies chroniques.

« Moi de ce que j'ai compris c'est que les A.M c'était principalement pour les patients chroniques qui revenaient de manière régulière, par exemple les diabétiques qui venaient tous les 3 mois de faire l'examen : poids, taille, TA, l'examen des pieds... » (M9)

D. Le statut d'employeur

Les médecins ont bien saisi que l'A.M sera leur salarié.

« Et J'avais compris que l'on était personnellement l'employeur de l'assistant. » (M3)

E. Une formation en cours d'élaboration, des profils variés

Les médecins interrogés déclarent ne pas connaître le contenu de la formation que les assistants devront effectuer.

« Ensuite sur la formation ça je n'ai aucune information. Je ne sais pas ce qu'ils ont comme formation. » (M6)

Car celle-ci est en cours d'élaboration et de validation.

« La formation elle est encore plus ou moins en cours de validation. »

Concernant le profil possible des A.M, un médecin déclare n'en avoir aucune idée.

« Mais je ne sais pas du tout quel est le profil des gens. Au début moi je pensais que cela allait être des infirmiers mais j'ai l'impression qu'il y a des postes d'IPA. Donc je ne sais pas du tout. » (M7)

Un autre comprend que leur profil pouvait être très varié, venant de divers horizons.

« J'ai compris qu'ils pouvaient venir de milieux totalement différents : de milieu paramédical, administratif, enfin voilà qu'il y a un peu de tout. » (M6)

F. Une aide financière mal comprise, soumise à des contreparties

Quelques médecins ne connaissent pas les modalités de financement proposé par l'assurance maladie pour aider les médecins à embaucher.

« Alors le financement je suis incapable de te dire. » (M5)

« Le financement, ça je n'en sais rien, je ne sais pas du tout comment cela se finance. » (M9)

Une majorité d'autres médecins a connaissance de l'existence de cette aide financière mais pense qu'elle se limite à 3 ans.

« Sur le plan financier, ce n'est pas très clair. J'avais la notion que la première année la sécu prenait en charge une partie, et que c'était dégressif comme ça sur 3 ans et qu'au bout de 3 ans c'est nous qui finacions complètement. » (M3)

« Alors au niveau financement, ce que j'ai compris c'est que globalement l'aide de la CPAM te finance à peu près le salaire la 1^{ère} année, la moitié la deuxième année et un tiers la 3^{ème} puis plus rien. » (M11)

Une aide financière soumise à des contreparties : augmenter son nombre de patients.

« Si j'ai bien compris on a des aides financières pour le rémunérer à condition qu'on augmente notre file active de je ne sais pas combien de pourcentage de patients mais que c'était une condition à une aide et donc on ne peut pas rester dans notre condition actuelle car l'objectif c'est d'augmenter notre file active. » (M8)

« Alors moi j'avais un peu compris que quand même la condition c'était d'augmenter son nombre de consultations. » (M1)

Synthèse :

En résumé, les médecins généralistes ont reçu peu d'informations claires au sujet du métier d'A.M ce qui engendre un manque de connaissance ou des méconnaissances concernant les différentes caractéristiques et modalités de cette nouvelle profession.

Ils ont, malgré cela, bien compris les objectifs de la création de ce poste : décharger les médecins des tâches dites non médicales afin de leur faire gagner du temps pour consulter plus.

Les médecins interrogés ont compris que les missions des A.M pouvaient être très variées et dépendaient des besoins et souhaits de chaque médecin. Ils ont aussi compris que l'A.M est employé par le médecin.

Le contenu de la formation est inconnu par les médecins ce qui paraît logique car celle-ci est en cours d'élaboration.

Les modalités de l'aide financière proposée par l'assurance maladie semblent mal comprises mais les médecins savent qu'elle est soumise à une contrepartie : devoir augmenter leur patientèle.

IV. Place de l'A.M dans notre système de soin

1. Un métier qui a sa place

A. Des médecins favorables

La quasi-totalité des médecins interrogés sont favorables au principe de l'A.M et de ce fait à la création de ce nouveau métier.

« Oui moi je suis favorable. » (M3) « Je suis plutôt favorable. » (M7)

« Oui, je trouve que le principe est excellent. Oui Je trouve ça très bien. » (M4)

Avec des médecins désireux de recruter et de travailler avec un assistant médical.

« Ça, ça me ferait vraiment plaisir de travailler avec des vrais assistants et être en nombre. » (M1)

« Donc vous souhaiteriez recruter un assistant ? Oui. »

B. Un métier qui va se développer dans notre système de soin

Une majorité des médecins pense que ce nouveau métier va se développer dans notre système de soin.

« Je pense que ça va se développer. » (M3)

Car la tendance de notre système de santé serait d'évoluer de plus en plus vers un travail d'équipe pluri professionnelle coordonnée avec notamment le développement et le déploiement des MSP.

« On prône beaucoup le travail en équipe, la coordination, tout ça. » (M3)

« Maintenant je pense que l'avenir c'est les MSP, pour moi c'est évident. Et je t'avoue que travailler avec d'autres professionnels et pas que des médecins moi ça cela me plaît. » (M8)

Un médecin précise que l'A.M était déjà présent dans son esprit depuis longtemps et qu'elle attendait son arrivée depuis de nombreuses années.

« Moi dans ma tête, c'était présent depuis longtemps cette histoire d'A.M. Moi ça fait 10 ans que j'attends ça. » (M1)

C. L'A.M : l'avenir

Quelques médecins sont persuadés que l'A.M est l'avenir de la médecine, pour aider les médecins dans ce contexte de diminution de l'offre de soins.

« Moi je suis persuadé que c'est l'avenir si on ne forme pas plus de médecins, si on obtient plus de temps médical en France, pour l'instant je crois que l'on stagne en termes de consultations et d'actes réalisés par an, alors il y a plein de facteurs : la baisse globale du temps de travail des médecins, la féminisation de notre profession mais c'est normal, c'est l'évolution, pas du tout de sexisme là-dedans. Pour moi c'est l'avenir depuis longtemps, je le pense. » (M7)

« Je pense que ces métiers-là A.M, IDE ASALEE, toutes ces aides c'est ce qui sera à mon avis l'avenir pour décharger le plus possible le médecin. » (M10)

D. L'A.M : inéluctable face à la pénurie de médecins

« Tout dépend de l'évolution de l'offre et de la demande. Si on continue à aller vers la pénurie de médecins à ce moment forcément on devra aller vers la solution de l'assistant médical, il n'y a pas le choix. » (M4)

« C'est sûr que s'il y a toujours ce déficit de densité médicale, je pense qu'on sera obligé de passer par là, cela peut être une réponse. Pour régler un problème il n'y a pas qu'une seule réponse mais ça peut être une réponse. Je ne suis pas contre le principe. » (M6)

Même si l'A.M n'est peut-être pas la meilleure des solutions.

« Je pense que l'A.M est une réponse à la pénurie de médecins. La meilleure serait qu'il y ait plus de médecins mais on ne peut pas faire autrement quoi. » (M10)

« Moi je pense que c'est mieux que rien, ça c'est sûr mais est-ce que c'est la vraie solution ? je ne sais pas trop, mais vu que de toutes manières il n'y a pas de solution et qu'on ne peut pas créer des médecins comme ça...en fait. On ne peut pas leur jeter la pierre non plus, tu ne peux pas. » (M9)

Mais au vu de l'urgence sanitaire il paraît logique d'aller dans cette direction.

« Si le but c'est de gérer la pénurie et donc de maintenir le service rendu à la population avec beaucoup moins de médecins et faire en sorte qu'elle soit aussi bien soignée alors ça me paraît logique d'aller dans cette direction. C'est l'urgence qui conduit à ce mode de fonctionnement. » (M4)

2. Une prise de conscience de l'évolution inéluctable des pratiques

A. Une médecine qui change

Les médecins ont pris conscience que le métier a changé, et va continuer dans ce sens.

« Notre métier va changer de toute façon, comme il a déjà changé. Le métier de médecin généraliste que je fais maintenant, par rapport à ce que faisaient mes collègues au début, ce n'est plus le médecin de famille qui était dévoué, qui répondait tout le temps. Moi déjà je ne suis pas du tout comme ça, le côté relationnel. » (M12)

B. Nécessité d'évolution des pratiques

Pour plusieurs médecins interrogés, il devient nécessaire que les pratiques évoluent et se modernisent en France.

« Moi je pense qu'il est grand temps de changer les pratiques, de mettre un grand coup de pied dedans...Ça fait 40, 50 ans que ça fonctionne comme ça. Tu vois l'espèce de schéma codé, le docteur... » (M1)

« Oui, en fait il faut juste que les médecins généralistes passent à la médecine du 21^{ème} siècle, et arrêtent de fonctionner comme au 19^{ème} siècle. » (M2)

C. La fin du médecin multitâche

Des médecins déclarent qu'il est temps de mettre un terme à cet aspect multitâche du médecin, qui gère tout et n'importe quoi.

« Oui Je trouve ça très bien, qu'enfin ça bouge un peu, que le médecin n'est pas l'homme à tout faire et uniquement lui. Que c'était une évolution très intéressante. » (M4)

« C'est juste qu'on ne peut pas tout gérer et être multitâche. » (M2)

D. Retard par rapport aux autres pays européens

Certains ajoutent que la France est le seul pays européen où les médecins travaillent encore de cette manière.

« On est le seul pays en Europe où les médecins généralistes font encore tout et n'importe quoi. » (M2)

« Ça se fait déjà en Allemagne, même dans toute l'Europe. Il n'y a que la France qui est restée avec le médecin, homme-orchestre de tout. » (M4)

E. Vers la délégation de tâches

Donc la plupart des médecins interrogés souhaitent se décharger de certaines tâches pour pouvoir se concentrer sur le soin et ainsi optimiser le temps médical.

« La médecine c'est consacrer du temps à interroger, à examiner et le reste on peut le déléguer. » (M1)

« C'est juste qu'on pourrait être utile différemment en terme de temps médical, c'est une perte pour tout le monde. Il y a vraiment moyen d'optimiser. » (M2)

« Moi je suis d'accord il fait essayer de valoriser le temps médical, d'optimiser le temps médical pour essayer d'avoir plus de temps avec le patient et c'est vrai qu'il y a des choses comme l'impression des ordonnances... » (M9)

3. Des interrogations et des doutes

Même si la quasi-totalité des participants est favorable à la création du métier d'A.M avec des médecins prêts à recruter, il n'en demeure pas moins qu'il existe de nombreux doutes et interrogations qui entraînent des difficultés à se projeter.

- Des doutes

Notamment sur le réel bénéfice des A.M pour les médecins.

« Après il y a des choses, est-ce que ça va vraiment me faire gagner du temps, ça c'est quand même la question. » (M3)

« Est-ce que cela va vraiment me faire gagner du temps, c'est comme l'informatique, tu crois que cela te fait gagner du temps mais en fait quand cela tombe en panne c'est la merde. » (M11)

- Des interrogations

Concernant par exemple l'objectif de création de ce nouveau métier, et comment l'A.M pourrait aider les médecins.

« A quoi ça sert ? l'objectif de la création de ce poste ? moi je me suis beaucoup questionné, à quoi ça me servirait ? » (M11)

- Des difficultés à se projeter

De nombreux médecins témoignent de difficultés à se projeter dans le travail avec un A.M.

« Après je n'arrive pas moi à me projeter. » (M5)

Plus particulièrement concernant ses missions et les tâches à lui déléguer.

« Donc voilà, mais il y a surement des tâches que je pourrais déléguer mais je ne sais pas. Pour l'instant ce n'est pas encore très bien défini dans ma tête. Quels types de tâches je pourrais déléguer ? » (M6)

« Je ne vois pas quelles tâches je pourrais déléguer. » (M8)

Puis sur l'organisation de travail avec un A.M : comment l'intégrer dans une consultation de médecine générale.

« Et j'ai réfléchi où est-ce qu'une tierce personne pouvait intervenir au milieu de ma consultation et je n'arrive pas à trouver où. » (M8).

« En tout cas au sein d'une même consultation, moi je vois mal comment sur une consultation de 15 minutes comment on peut découper. » (M9)

Certains médecins qui délèguent déjà de nombreuses tâches à d'autres professionnels de santé (secrétaires et IDE ASALEE) ont des difficultés à identifier la place de l'A.M parmi eux. Ils décrivent un certain nombre de chevauchement de leurs missions.

« Les RDV chez les spécialistes, pour les radios, nos secrétaires le font déjà. » (M12)

« Oui mais je trouve que c'est en doublon avec l'IDE ASALEE. Je ne vais pas prendre une assistante pour faire ça, alors que j'ai mon IDE ASALEE qui le fait aussi. » (M12)

- Nécessité d'une période d'observation avec retour d'expérience

Plusieurs médecins expliquent qu'ils ne se verraient pas, dans l'immédiat, travailler avec un A.M.

« Donc là je ne peux pas dire non non je n'en aurai jamais, mais tout de suite maintenant non, je me laisse du temps. » (M12)

« Après moi dans ma position j'aurais du mal en tous les cas à adopter là tout de suite maintenant. » (M9)

Qu'ils ont besoin de temps, de réflexion, avant de prendre cette décision.

« Que non, il me faut du temps avant de... C'est une décision de toute façon que je ne prendrai pas seul mais en concertation avec mon associé. Je ne prendrai pas cette décision rapidement. Je me connais il me faudra un petit peu de temps pour voir un peu... » (M10)

« J'attends de voir, je me laisse du temps pour en discuter, moi j'ai besoin d'observer les autres tu vois. Ça été comme pour l'IDE ASALEE. L'IDE ASALEE au début : ouais, ouais. » (M12)

Ce phénomène est surtout présent chez les jeunes médecins, installés depuis peu, qui ressentent le besoin de se rassurer, de prendre le temps d'apprendre à bien connaître leurs patients avant de pouvoir déléguer des tâches à un autre professionnel.

« La délégation de tâche cela viendra plus tard pour moi, comme cela ne fait pas longtemps que je suis installé, il me faut un peu de temps, bien connaître les patients. Me connaître moi aussi. » (M10)

« Moi en tous les cas, alors peut-être lié au fait que je n'ai pas d'expérience, donc j'ai besoin de plus de temps. Je pense que le fait que je sois jeune installé cela joue sur mon avis. Moi j'ai besoin de faire moi-même, pour avoir de l'assurance, pour connaître mes patients aussi. Moi je ne les connais pas encore. » (M9)

Certains médecins déclarent avoir besoin d'un retour d'expérience de confrères travaillant avec un A.M pour se faire un avis et aller plus loin.

« Je pense que j'aurais besoin d'attendre le retour de médecins qui travaillent avec un A.M pour passer le cap. » (M10)

« Je pense qu'il faut que j'en discute plus longuement avec des médecins qui ont des assistants médicaux et qui me disent ce que fait l'assistant. Voilà. » (M12)

Un médecin serait prêt à effectuer une journée d'observation au contact d'un médecin travaillant avec un A.M afin de découvrir leur fonctionnement.

« C'est l'impression que j'en ai, après peut être qu'on ne se rend pas compte, c'est pour ça que moi j'aimerais voir quelqu'un qui travaille avec un A.M. Poser la question à un médecin qui a un A.M : puis-je venir une journée en stage avec toi, pour voir comment tu fonctionnes et comment ça marche ? » (M11)

Une autre propose des capsules vidéo pour découvrir le métier d'A.M de façon concrète.

« Moi il faudrait que je vois concrètement comment ça se passe. Et qu'on prouve que... Des trucs très concrets, faire des capsules vidéo pour voir comment ça se passe, et pas un truc construit avec des acteurs, vraiment comment ça se passe. » (M5)

4. L'A.M : pas toujours une priorité

Même si la quasi-totalité des médecins est favorable à la création du métier d'A.M, elle ne représente pas forcément une priorité pour eux. Nous mettons en évidence que le plus important pour les médecins interrogés est de recruter des confrères. Nombreux médecins deviennent maîtres de stage dans l'espoir que leurs internes s'installent avec eux. Puis l'étape d'après est de travailler avec une IDE ASALEE qui semble plus complémentaire que l'A.M. Ensuite se pose la question de l'A.M. Donc un processus que se fait par étapes.

« C'est rentré dans ma tête mais j'avais d'autres trucs à gérer plus importants donc je l'ai mis dans un autre coin de ma tête. » (M10)

- Recruter des médecins

« Nous, on a clairement besoin d'autres médecins, on ne sent pas le besoin d'un A.M. C'est vraiment ça qui nous manque c'est les personnes mais en tant que médecin et là l'A.M tout de suite maintenant je ne le vois pas nous aider dans la situation actuelle. Le plus urgent c'est une autre personne. » (M5)

« Notre priorité est de recruter des médecins plutôt que des A.M. » (M10)

- Devenir maître de stage universitaire

« Nous avant en plus on voulait déjà être maître de stage, ce qui nous prendra beaucoup de temps et qui nous paraît plus important pour l'instant, l'objectif étant de faire venir des médecins dans la région. Cela nous paraît plus important que les A.M. » (M10)

- L'IDE ASALEE

« Non, c'est vrai je suis assez curieux, ce n'était pas prioritaire parce que pour l'instant c'était l'IDE ASALEE, l'intégration de Louise et la création du futur pôle santé voire MSP, mais effectivement on a tous en tête que ce soit Louise, John ou moi que l'étape d'après c'est ça quoi. C'est par étape. » (M6)

« Nous on s'était un peu renseigné sur l'IDE ASALEE, qui nous plaisait plus et qui je pense était plus complémentaire que l'A.M. Qu'il y avait vraiment la part médecin et qu'après on confiait le patient à l'IDE ASALEE. » (M9)

5. Des réticences

Quelques participants restent plus réticents à travailler avec un A.M, même s'ils ne restent pas complètement fermés sur le sujet.

- L'A.M ne correspond pas à tous les types de pratiques

« Je parle pour ma pratique à moi, je ne pense pas que ce soit négatif pour tous les médecins. On a tous notre façon de faire et c'est ce qu'on recherche aussi dans notre métier. Moi c'est parce que je recherche le contact et que je me suis rendu compte à quel point ça avait un

impact que je pense que pour moi l'A.M ne me correspond pas. Ça ne veut pas dire que ça ne va pas correspondre à d'autres pratiques. » (M8)

« Donc ça je comprends l'idée, je trouve que ce n'est pas une mauvaise idée mais je trouve que moi dans ma pratique je ne me visualise pas faire ça. » (M5)

« Et pour moi l'A.M ce n'est pas ma solution parce que cela ne se prête pas à ma pratique, par contre je ne suis pas fermé si tu vois dans la structure, les gars ont quand même plus de chroniques. Ce n'est pas moi qui vais mettre un frein pour qu'un A.M vienne tu vois et puis peut être que en ayant un A.M chez mes collègues qui font du chronique avec l'expérience, le temps qui passe, un peu plus projeter pour voir comment ça a marché. Je ne suis pas complètement fermé et puis dans une équipe on est tous différents, il y en a qui sont plus moteurs, il y a en a qui ont plus telle ou telle activité, donc non cela peut bouger dans mon équipe je ne vais pas fermer ma porte, n'être que spectatrice. » (M5)

- Une fausse solution

Ces médecins réticents considèrent que l'A.M n'est pas la bonne solution pour répondre au manque de médecins. Pour eux, il faut avant tout former plus de médecins.

« J'ai un peu peur que ce ne soit qu'un pansement pour un temps et qu'il faut quand même trouver, il faut former d'autres jeunes pour qu'il y ait plus de médecins sur le territoire. » (M5)

« Pour moi elle n'est pas là, c'est d'augmenter le nombre de médecins qui serait plus intéressant. » (M8)

6. L'A.M : pour quels types de structures de soin ? quels médecins ?

- Plus adapté aux grosses structures de soin, type MSP

« Sur des grosses structures médicales. Je pense que c'est plus adapté aux grosses structures. Je pense que c'est un moyen de fédérer, on travaille de manière très isolée quand même. On n'a pas tant de temps de débriefing ensemble entre médecins. » (M11)

« Si, je pense que ça va se développer, mais il faut que ça soit bien structuré, tu vois genre ça marche bien à Aizenay parce qu'ils ont déjà une vraie structure, dans le cadre d'une MSP. On prône beaucoup le travail en équipe, la coordination, tout ça. Et pour ça il faut qu'il y ait déjà à la base un mode de travail bien coordonné. » (M3)

- Pour les médecins avec une grosse activité

Un médecin précise que les médecins masculins trouveraient plus d'intérêt à l'A.M que les femmes, qui peut-être sont plus maternantes avec leurs patients et donc aiment leur consacrer plus de temps.

« Avec certains médecins ça peut se développer. J'ai des confrères plus jeunes plutôt masculins, qui arrivent à voir plus de patients par jour et qui peuvent à mon avis avoir un bénéfice avec ça et même une plus-value pour leurs patients. Mais pour beaucoup, là c'est plutôt les

échanges que j'ai eu avec les médecins femmes, pas certaines pour le coup. Que les femmes n'y voient pas autant d'intérêt. Est-ce qu'il y a une différence entre les réponses des femmes et des hommes dans ce domaine-là. » (M8)

7. Accueil de l'A.M par les patients

- Bon accueil par les patients

« Oui je pense que cela serait bien accueilli par les patients, je ne pense pas que cela serait un frein. » (M1)

« Donc je pense que cela serait bien accueilli par mes patients. » (M10)

Les patients ont compris que le fonctionnement des cabinets médicaux et des médecins évolue, notamment vers un travail d'équipe, partagé entre les divers professionnels de santé qui interviennent dans chaque structure de soin.

« De toutes façons, les patients nous le disent déjà. Ils nous disent mais oui mais avant je voyais toujours mon médecin. La fois d'avant j'ai vu le remplaçant puis avant l'interne. Les gens ils se rendent quand même compte qu'on ne fonctionne plus comme il y a 20 ans et qu'on est des cabinets de groupe avec un travail en équipe sur des dossiers partagés et ils se rendent bien compte que ce n'est pas forcément à mal alors des fois ça peut poser problème sur les suivis mais tu peux demander aux gens de revenir. » (M2)

Les patients n'auront pas de difficultés à s'adapter.

« Ils s'adapteront, ils se sont adaptés aux internes, aux remplaçants. J'ai toujours eu des internes. Et au début de ma carrière, je partageais ma patientèle avec un autre médecin qui avait déjà des internes, donc ils ont toujours eu l'habitude de voir des internes, des remplaçants. Oui, ils rouspètent : oh cela fait longtemps que je ne vous ai pas vu, ah, ce n'est encore pas elle. Elle n'est jamais là. Mais en fait ça le fait. » (M12)

Surtout si celui-ci est compétent et donc in fine qu'il améliore la prise en charge des patients.

« Je pense que quand ça se passe bien, ça n'a pas d'impact. Moi je l'ai vu avec la présence de l'interne, je l'ai vu avec la présence d'une IDE ASALLE, et au final s'il y a de la compétence le patient finalement il s'adapte quoi. Lui ce qui compte c'est que sa prise en charge soit bonne. » (M6)

Surtout que le temps médical consacré aux patients sera plus long.

« Le temps passé global sera plus long, tout cela c'est un élément positif de la vision du patient. Il est mieux pris en charge. » (M4)

« Penses-tu que l'A.M sera bien accueilli par les patients ? Oui car plus de temps dédié... » (M2)

Avec un A.M qui sera considéré comme un professionnel de santé à part entière soumis au secret médical.

« Je trouve qu'ils s'habituent, ça devient de plus en plus facile donc d'avoir une tierce personne en plus si c'est quelqu'un qui est là, qui prend le temps de les écouter, je pense qu'ils vont aimer, dans la relation au contraire et si c'est quelqu'un qui est institutionnalisé avec l'étiquette professionnel de santé, secret professionnel machin... » (M5)

- Quelques réserves

Quelques médecins expliquent que certains patients se plaignent d'être pris en charge par de multiples intervenants et souhaiteraient passer plus de temps avec leur médecin traitant.

« Moi je pense qu'il faut faire attention, il y a des gens à qui cela convient très bien, et d'autres à qui cela convient moins, toutes les MSP où il y a beaucoup de turn-over. En fait les patients ne voient jamais le même médecin et en fait ces gens-là ils en ont marre, ils sont un peu vieux jeu mais ils disent : moi je veux voir mon médecin ou à la rigueur son associé, et pas toujours avoir l'interne ou autre. » (M9)

Et que l'intervention d'une tierce personne peut gêner certains patients.

« Qu'ils soient accueillis par quelqu'un d'autre avant, alors oui tu auras toujours des patients récalcitrants et qui vont dire à l'assistant : cela ne vous regarde pas. Comme ils font déjà avec les secrétaires. Quand les secrétaires demandent le motif de la consultation, c'est : ça ne vous regarde pas. Donc si c'est pareil avec l'assistant : qu'est-ce qui vous arrive ? ça ne vous regarde pas. Ça va être compliqué. » (M12)

Synthèse :

Les médecins sont plutôt favorables à la mise en place de l'A.M, et considèrent que ce nouveau métier a sa place et va se développer dans notre système de santé. Une majorité serait prête à recruter un A.M.

En effet, les médecins ont pris conscience que les pratiques devaient évoluer et se moderniser en France afin d'optimiser le temps médical.

Même s'ils sont dans la grande majorité favorables au principe de l'A.M, les médecins expriment de nombreuses interrogations et doutes, notamment sur le fonctionnement de travail et les bénéfices de ce nouveau métier, avec des difficultés à se projeter.

Certains médecins déclarent avoir besoin de temps avant de s'engager avec un A.M, surtout les jeunes fraîchement installés qui éprouvent le besoin de se rassurer, et de bien connaître leurs patients avant de prendre une telle décision. De nombreux médecins souhaiteraient bénéficier d'un retour d'expérience de confrères qui travaillent avec un A.M, pour notamment se forger un avis.

Nous avons pu aussi mettre en évidence que l'A.M ne représentait pas toujours une priorité pour les médecins interrogés. Leur principale priorité semble être de recruter des médecins, notamment en devenant maître de stage, puis de travailler avec une IDE ASALEE qui leur paraît plus complémentaire que l'A.M. Un processus que se fait par étapes.

Quelques médecins restent réticents à travailler avec un A.M car cela ne correspond pas à leur façon de travailler et à leur vision de la médecine. Ils considèrent que l'A.M est une fausse solution pour faire face à la pénurie médicale.

Il se dégage que le travail avec un A.M serait plus adapté à de grosses structures comme les MSP et correspondrait plus aux médecins ayant une forte activité.

La majorité des médecins pense que l'A.M serait bien accueilli par leurs patients.

V. Les attentes

1. Les effets bénéfiques attendus

A. Amélioration du confort de travail

Pour la grande majorité des médecins interrogés, le principal avantage à travailler avec un assistant médical est d'améliorer leur confort de travail.

« Pour moi, c'est plus de confort de travail. » (M2)

« Moi effectivement, vu que j'ai déjà une très grosse activité, l'idée ce serait de pouvoir faire cette activité-là mais dans de meilleures conditions. Moi à mon avis ce ne serait pas d'augmenter mon activité mais se serait plus faire mon activité dans de meilleures conditions pour ... moi ce serait plus sur le confort de travail parce qu'on est déjà sur une activité quasiment optimale. » (M6)

En allégeant leur charge de travail par la délégation des tâches non médicales, qui sont souvent considérées comme lourdes, fastidieuses, et stressantes, cela permettrait de diminuer la tension psychologique ressentie par les médecins et donc leur fatigue psychique.

« D'avoir un A.M me permettrait de diminuer la tension psychologique. Car la cause de la tension psychologique dans notre métier c'est le multitâche permanent. Si tu as un ensemble de professionnels secondaires qui te déchargent du multitâche, ta fatigue psychique diminue fortement. » (M4)

B. Optimisation du temps médical

Pour nombre de médecins interrogés, l'intérêt de travailler avec un A.M est de se délester des tâches non médicales qui souvent leur parasitent l'esprit, afin de se concentrer pleinement sur le soin, et d'ainsi gagner du temps pour être en mesure de répondre à la demande.

- Avoir l'esprit moins parasité par le non médical

« L'assistant pour moi c'est ça : c'est nous soulager de certaines tâches, ce qui nous permettrait d'être peut-être plus serein dans nos consultations, aller à l'essentiel et d'être moins parasité par tout ce qui nous agace. » (M12)

- Pouvoir se concentrer sur le soin

« La médecine c'est consacrer du temps à interroger, à examiner et le reste on peut le déléguer. » (M1)

- Gagner du temps

« L'assistant c'est un bon plan, pour gagner du temps médical. » (M4)

« L'objectif c'est de gagner du temps sur une consultation. » (M2)

- Pouvoir répondre à la demande

« Donc c'est vraiment en terme de libérer du temps pour pouvoir voir plus de patients quand même. Malgré tout répondre à la demande, à la pression. » (M6)

« Moi c'est vraiment pouvoir répondre à la demande. » (M3)

C. Amélioration de la qualité des soins

« On est sur un assistant, une aide, une épaule qui nous permettent d'améliorer la prise en charge. C'est comme-ci on avait un accélérateur à nos côtés qui nous permettait d'être plus efficace et de mieux faire les choses. » (M2)

- Plus de temps consacré au patient

« Et pour le patient c'est avoir plus de temps consacré. » (M2)

« Pour moi l'avantage c'est de voir le patient moins longtemps, au lieu de le voir 20 minutes, je le vois peut-être 10-15 minutes, mais il a aussi vu l'A.M 10-15 minutes, et donc au final le patient a été vu entre 20 et 30 minutes donc plus qu'actuellement et nous on voit plus de monde. » (M2)

- Plus d'informations recueillies

« C'est effectivement nous donner, obtenir des infos qu'on n'aurait pas eu le temps d'aller chercher ou la présence d'esprit d'avoir quoi. » (M6)

- Des prises en charges plus complètes et systématisées

« Et puis du coup on peut faire des ECG systématisés parce qu'on a le temps. » (M6)

« Et même au niveau du temps, révéfier tous les dépistages, les consultations cardio et tout ça. Donc voilà refaire un ECG. Donc c'est vraiment en terme qualitatif. » (M6)

« L'avantage pour le patient et pour moi c'est qu'il y aura des tenues de dossiers avec moins d'oublis sur les tests de dépistage, les vaccins, que ce soit un peu plus systématique. » (M2)

- Le principe de spécialisation : des tâches mieux faites par un A.M formé

« Nous, notre formation elle est sur la prise en charge, le diagnostic et la coordination des soins. En plus souvent on fait les choses pas forcément hyper bien, car pas formés. » (M2)

« Parce qu'effectivement s'il est spécialisé sur certaines tâches, il va les faire mieux que moi. » (M6)

- Renforcement de la prévention et de l'observance par l'éducation des patients

« Par exemple les tests hémoCult, souvent on les donne, moi systématiquement j'ouvre, je déballe et j'explique comment ça marche, ce qu'il y a dedans. Si tu n'expliques pas et ne montres pas, le patient il ne le fera pas. S'il voit que c'est tout con il le fera. Ça prend 1 ou 2 minutes. Tu peux dire au patient : écoutez je vous donne le test et vous allez voir avec l'A.M comment faire. C'est sûr qu'au niveau des stats, si c'est bien expliqué il le fera. » (M2)

« On voit qu'ils ne font pas bien leur suivi, bon en fin de compte l'A.M il peut prendre 5 minutes pour remotiver le patient : cela fait 3 fois que vous ne faites pas votre prise de sang, qu'est-ce qu'on fait ? vous voulez que j'appelle l'IDE pour qu'elle passe demain chez vous faire la prise de sang ? c'est sûr qu'effectivement là tu as vraiment une plus-value. Tu réexpliques. » (M6)

D. Le travail d'équipe

« On ne peut pas imaginer travailler beaucoup plus, donc se serait plus là-dedans et puis dans l'idée de partager aussi parce que c'est toujours sympa de travailler en équipe sur certains moments de la semaine. » (M6)

« C'est sûr que cela sera plus agréable et puis le travail d'équipe c'est toujours sympa s'il y a une super ambiance entre nous tous c'est toujours très agréable si on est très heureux d'aller au travail le matin c'est toujours génial et les patients le ressentent. » (M10)

- Un autre regard sur les patients et sa pratique

« Après ça de toute manière ça c'est comme travailler en groupe ou avec d'autres personnes l'avantage c'est qu'aussi ça te fait un deuxième regard et avis sur le patient et sur des gens chroniques, voir justement : ah tiens, là Mr G il a changé, il est un peu... voilà quoi. » (M9)

« Je pense que cela peut être sympa de travailler en équipe, d'avoir un autre point de vue. » (M10)

- Un interlocuteur supplémentaire pour le patient

« Et pour les patients je pense que c'est bien aussi d'avoir un autre interlocuteur que le médecin, pour discuter d'autres trucs. » (M10)

E. Diversification de l'activité

Quelques médecins sont intéressés pour recruter un A.M, afin de diversifier leur activité et pouvoir proposer plus d'actes.

« J'aimerais bien aussi me former en échographie, mais il faut en faire beaucoup. Si tu as un A.M, il t'installe la personne, la sonde d'écho est prête, tu commences à regarder un peu. » (M7)

« Et puis le jour où tu sais qu'il y a l'A.M tu peux en profiter pour organiser ta semaine, dire prenez RDV tel jour parce qu'il y a l'A.M, on fera ça, on fera ça, ça te fait chier parce que tu as un petit abcès, tu le ferais bien mais tout seul... alors que si tu es là avec l'A.M, l'anesthésie locale est prête, tu n'as plus qu'à faire... Après elle fait le pansement. Ça c'est le genre de truc, après il faut aimer ça aussi, tout le monde ne fait pas ça mais tu vois le jour où un patient te dit j'ai 12 verrues, tu les fais venir 3 par 3 mais c'est idiot. Il y a beaucoup de choses pareilles, moi je fais beaucoup d'infiltrations et les gens je les fais revenir, parce que je ne peux pas faire tout, le RO et tout et tout. » (M7)

Synthèse :

Le principal but recherché par les médecins en recrutant un A.M est l'amélioration de leur confort de travail, en allégeant leur charge de travail par la délégation de certaines tâches, qui peuvent leur parasiter l'esprit tout au long de la journée.

Travailler avec un A.M permettra d'optimiser le temps médical ; les médecins pourront se concentrer sur leur cœur de métier : le soin, et gagner du temps afin de pouvoir répondre à la demande de soins.

De nombreux médecins souhaitent recruter un A.M pour améliorer la qualité des soins, notamment grâce à la majoration du temps de prise en charge des patients. Les prises en charge seront plus complètes avec des médecins plus concentrés car moins parasités. Le travail avec un A.M permettra un meilleur recueil d'informations concernant le patient et ses problèmes. De plus, certains actes seront mieux réalisés, car effectués par des A.M formés et plus compétents que les médecins. Enfin, la prévention, l'éducation des patients et leur observance seront renforcées.

Quelques médecins prônent le travail d'équipe qui est agréable à leurs yeux et permet un deuxième regard sur leur pratique.

Pour finir, l'A.M permettra aux médecins de diversifier leur activité.

2. Attentes concernant l'organisation de travail avec un A.M

A. Organisation de l'espace de travail

- Un bureau dédié

Un médecin suppose que l'A.M devrait avoir son propre local avec son matériel.

« Donc, il faut qu'elle ait sa salle dédiée, qu'elle ait son secteur avec un minimum de matériel, de quoi faire assoir et allonger les gens : Salle dédiée pour l'A.M avec son matériel. » (M4)

- Sur 2 bureaux

La plupart des médecins interrogés imaginent une organisation de travail sur 2 salles de consultation.

« Il faudrait 2 cabinets libres tout le temps. » (M3)

« Il faut travailler avec 2 cabinets. » (M4)

B. Organisation du temps de travail

La majorité des médecins souhaite que l'A.M débute la consultation dans un bureau avant d'être rejoint par le médecin pour continuer la consultation. L'A.M termine la prise en charge pendant que le médecin passe dans une autre pièce où un autre patient l'attend.

« Il pourrait commencer la consultation et la finir. Moi je verrais plutôt plusieurs bureaux avec les médecins qui gravitent, on ne peut pas faire changer les gens de bureaux en cours de consultation par exemple. » (M1)

« Ce que j'ai compris c'est que l'idée c'est de travailler sur 2 bureaux, donc avec l'A.M qui est dans un 1^{er} bureau avec un patient et puis toi tu passes dans l'autre bureau avec un autre patient qui a déjà était préparé, etc... Ça c'est ce que j'ai cru comprendre et ce que j'envisagerais de faire si j'étais amené à travailler avec un A.M. » (M6)

Les médecins envisagent de partager un A.M avec plusieurs collègues. Ils travailleraient à tour de rôle avec l'A.M sur un temps limité (quelques journées ou demi-journées par semaine).

« L'idée ça serait de partager l'A.M à 3 médecins. » (M2)

« Et en gros l'idée, ça serait que les A.M tournent entre plusieurs médecins et qu'en gros un jour par semaine ou deux demi-journées par semaine je vais dans le bureau adapté pour l'A.M et le lendemain c'est un collègue. Il tourne avec chaque médecin. » (M2)

C. Typologie des consultations

- Pas adapté à tous types de consultation

« Je pense elle ne voit pas tous les patients. Ce n'est pas adapté à toutes les consultations. Mais c'est à définir. » (M4)

- Pour les consultations de suivi de pathologies chroniques

La grande majorité des médecins pense que l'intervention de l'A.M est surtout adaptée aux consultations de suivi de pathologies chroniques.

« Moi spontanément ça serait plus sur le chronique. » (M11)

« Moi je le vois quand même plus pour les suivis de pathologies chroniques. » (M2)

Ce sont des consultations plus systématisées, quasi protocolisées, avec a fortiori des tâches plus facilement déléguables.

« Je pense pour des consultations un peu plus codifiées, un peu systématisées, presque protocolisées. Pour le RO, je me dis que oui, pourquoi pas. » (M5)

« Plutôt sur des consultations orientées de suivi, RO, plutôt patients chroniques, où finalement tu as des prises en charge qui sont assez protocolisées assez carrées. » (M2)

- Moins d'intérêt pour les consultations aiguës

« L'aigu on en vient tout de suite au fait donc je trouve qu'il y a moins besoin d'être aidé. » (M1)

« Je pense que pour l'aigu ça aura très peu d'intérêt. » (M4)

« Sur l'aigu ça me paraît trop compliqué. Il y a trop de paramètres. » (M9)

Même si deux médecins pensent que l'intervention de l'A.M serait plus adapté aux consultations d'urgence.

« Moi j'imagine très bien un fonctionnement où, par exemple, on consulte, mettons on est 4 médecins : il y en a 3 qui consultent leurs patients, avec un coin plus « urgence » avec 2 boxes dédiés, une assistante avec un médecin. Il y a 1 médecin par jour qui ne fait que de l'urgence, ou par demi-journée. Et là, tu fais le tout-venant, avec une assistante qui permet déjà de prendre la température, une TA, le motif. Si douleur thoracique elle commence à faire l'ECG, et que ça dépote. Donc je verrais ça plus sur de l'aigu. » (M3)

« Alors, moi je pense que c'est plus adapté à l'aigu, pour les traumatismes, par exemple, traumatisme de cheville. L'assistant déshabille le patient, c'est pratique. Même pour la fièvre, l'assistant peut commencer l'interrogatoire : depuis quand ? C'est possible en établissant des protocoles et voilà. Pour ça OK. Mais après pour tout ce qui est suivi, suivi de pathologie chronique pour moi c'est compliqué. Pour moi ce n'est vraiment pas adapté aux pathologies chroniques où l'échange avec le patient est très important. » (M12)

- Pas adapté à certains types de consultations

- Les consultations psychiatriques

« Alors je vois mal comment faire les consultations de psy avec un A.M. » (M11)

« Tout ce qui est psy, là on ne délègue pas. » (M1)

- Les consultations gynécologiques et pédiatriques

« Tu vois. Non je n'arrive pas à me projeter dans mes consultations de pédiatrie, la gynécologie aussi. » (M5)

« Attends un enfant un petit de 3 ans c'est déjà hyper sauvage alors en plus si tu changes plein de personnes et que tu es celui qui vient pour mettre le truc dans la bouche, tu rames pour y arriver... tu vois... » (M5)

« Il y a quand même des choses où je ne vois pas beaucoup, tu vois la consultation de gynécologie je ne vois pas comment elle peut m'aider, quand c'est bien organisé, payer quelqu'un pour sortir un spéculum, un doigtier, tu vois, enfin. » (M3)

D. Pour quels types de patients ?

- Pour les patients âgés polypathologiques

« C'est plus orienté pour les patients d'un certain âge pour le suivi de la pathologie chronique et je pense que là ça a vraiment de l'intérêt parce que la consultation plus simple chez les jeunes, je ne suis pas sûr que cela ait un vrai intérêt. » (M7)

- Et plus particulièrement pour les patients âgés dépendants

« Moi j'ai l'impression que c'est plus certains types de consultations. Le chronique, le suivi de mes personnes âgées quand même. Alors en particulier quand elles commencent à devenir dépendantes, quand elles arrivent en fauteuil, quand elles marchent avec des cannes. » (M11)

Synthèse

Tous les médecins interrogés visualisent un travail avec l'A.M organisé sur 2 bureaux avec une salle dédiée à l'A.M. Il commence la consultation avec le patient, puis le médecin les rejoint pour le côté plus médical, et ensuite l'A.M termine l'entrevue pendant que le médecin va prendre en charge une autre personne.

La grande majorité des médecins souhaite partager l'AM avec plusieurs collègues. Chaque médecin travaillerait quelques journées ou demi-journées par semaine avec l'A.M.

Le travail avec un A.M n'est pas adapté à tous types de consultation. La plupart des médecins souhaiteraient se faire aider pour les consultations de suivi de pathologie

chronique, celles-ci étant plus systématisées avec des tâches facilement déléguables, notamment pour les personnes âgées dépendantes.

L'intervention de l'A.M aurait peu d'intérêt pour les consultations d'aigus même si deux médecins visualisent plus une aide sur ce type de consultation.

Le travail avec l'A.M semble moins adapté aux consultations psychiatriques, pédiatriques et gynécologiques.

3. Attentes concernant le rôle des A.M

A. Un rôle surtout administratif

Tous les médecins interrogés souhaitent avant tout déléguer des tâches administratives à l'A.M.

« Moi j'aurais besoin d'être soulagé sur ce qui est de l'administratif. » (M5)

« Si je dois prendre un A.M ça sera à mon avis vraiment ciblé sur la partie administrative. » (M8)

« Tout, tout l'administratif idéalement. » (M3)

- Pré-remplir certains dossiers administratifs

L'A.M pourrait pré remplir certains dossiers administratifs (les dossiers MDPH, APA, trajectoire, ...) que le médecin contrôlera et validera par la suite.

« Sur le plan administratif, ça serait déjà commencer à remplir les dossiers, tout ce qui est dossier MDPH. Les dossiers MDPH oui, les dossiers via trajectoire. Ça c'est quelque chose que l'assistant pourrait faire. » (M12)

« Dans l'optique de laisser au médecin le décisionnel elle pourrait très bien faire un pré-remplissage des dossiers MDPH et autres et me les soumettre et que moi je vérifie et valide. » (M4)

« Remplir les dossiers APA, trajectoire, parce qu'on en a beaucoup et très souvent. » (M7)

- Gérer les arrêts de travail, accidents de travail, bons de transport

« Si tu mets sur ton dossier accident de travail sur ton logiciel de telle date à telle date avec tel intitulé. Après il y a un certain nombre de choses qui peuvent se faire directement sur les logiciels. » (M2)

« Faire un arrêt de travail. Si tu as 2 bureaux, tu lui demandes de préparer son arrêt de travail pour le motif jusqu'au tant. » (M11)

« Par contre s'il y a besoin d'un bon de transport, et qu'il est dispo, oui, bien sûr. Il me fait valider, tac, je signe et c'est bon. » (M6)

- Effectuer les demandes et renouvellement d'ALD, les déclarations médecin traitant

« Même de faire les demandes d'ALD. Les demandes d'ALD, à mon avis l'A.M pendant que tu examines, tu lui dis : écoutes, fais donc la demande d'ALD parce qu'il a une cardiopathie ischémique, c'est vrai que ça c'est des choses que je déléguerais très bien. » (M11)

« Même les déclarations d'ALD quand tu connais bien les motifs, tu fais cardiopathie ischémique, tu mets la date et c'est bon. » (M11)

« Les papiers type arrêt de travail à faire par internet et déclaration médecin traitant, demande ALD 100%, tout cela c'est du boulot post consultation qui peut revenir à l'assistant médical. » (M4)

- Gérer le dossier médical

« Effectivement vérifier la bonne tenue du dossier médical, revérifier tous les ATCD parce que je pense que parfois je me rends compte qu'il en manque. » (M8)

« La mise à jour du dossier médical, cela me prend du temps et souvent je n'ai pas le temps. » (M6)

- Gérer les stocks des documents administratifs et matériels médicaux

« Faire les commandes de matériel, ce sont des trucs qui prennent beaucoup de temps. » (M6)

B. Préparation de la consultation médicale

- Accueil du patient

« Moi je verrais bien : le patient arrive, il est accueilli par l'A.M, il le voit dans son bureau. » (M2)

- Mettre à jour le dossier médical du patient

Mettre à jour les données personnelles du patient et ses ATCD.

« Il vérifie si la carte vitale est bien à jour, si l'adresse est à jour, toutes les données personnelles du patient, la tenue du dossier. » (M2)

« Effectivement vérifier la bonne tenue du dossier médical, revérifier tous les ATCD parce que je pense que parfois je me rends compte qu'il en manque. » (M8)

Vérifier les comptes rendus de spécialistes et les résultats de prise de sang et les intégrer.

« S'assurer que dans le dossier, il y a un certain nombre d'éléments qui sont bien présents, si le patient a vu un collègue spécialiste, s'assurer que le CR est bien dans le dossier ; si ce n'est pas le cas, le récupérer pour qu'on puisse l'avoir quand on va voir le patient. S'assurer que les prises de sang qui ont été faites sont bien dans le dossier. » (M2)

- Vérifier les dépistages et les vaccinations

« Revérifier tous les dépistages, et tout ça. » (M6)

« Eventuellement vérifier les vaccins et tests de dépistage (FCV, mammographie...). » (M2)

- Refaire le point avec le patient

« L'A.M, je le verrais bien refaire le point : alors qu'est-ce qu'il s'est passé depuis la dernière fois, la TA s'en est où, tout ça, tu vois des trucs techniques. » (M5)

- Rechercher le ou les motifs de consultation

« Il peut éventuellement demander les motifs principaux de la consultation. » (M2)

« Et voilà, non après ce serait plus sur la préparation de la consultation, identifier tous les motifs de consultation, vraiment qu'il n'y ait pas de surprise en fin de consultation. » (M6)

- Débuter l'interrogatoire

Quelques médecins seraient prêts à laisser l'A.M débiter l'interrogatoire.

« Moi j'imaginerais sur 2 bureaux avec vraiment le déshabillage, poids, taille, mensuration et une esquisse de début d'interrogatoire. » (M9)

- Aider à l'habillage/déshabillage

« Si, je pense que la consultation de ma personne âgée, tu vois commencer à les préparer, à les déshabiller, les aider, voilà. » (M3)

- Des tâches plus médicales limitées

« Concernant ses missions, l'aide médicale pure me paraît limitée, elle va prendre la TA, la température, les mensurations, pourquoi pas, voilà. » (M4)

La prise des constantes (TA, température), les mensurations (poids, taille), la réalisation de l'ECG.

« L'ECG c'est un acte que l'assistant doit savoir faire. » (M4)

« Le poids, la taille, la température, la TA, les constantes... » (M3)

Également la réalisation des streptatests et la lecture des BU.

« Le streptatest, une BU et voilà. » (M3)

Donc plutôt les tâches médicales objectives et donc facile à effectuer.

« L'ECG, la BU, les constantes, les choses objectives, une BU c'est positif c'est négatif, la TA c'est tel chiffre. » (M9)

C. Rôle durant la consultation médicale

- L'A.M présent avec le médecin durant la consultation médicale

« Moi j'imagine l'A.M vraiment présent dans la consultation. » (M7)

- Aide à la réalisation de gestes techniques

Comme par exemple des actes de petite chirurgie.

« Et puis le jour où tu sais qu'il y a l'A.M tu peux en profiter pour organiser ta semaine, dire prenez RDV tel jour parce qu'il y a l'A.M, on fera ça. Le petit geste ça te fais chier parce que tu as un petit abcès, tu le ferais bien mais tout seul... alors que si tu es là avec l'A.M, l'anesthésie locale est prête, tu n'as plus qu'à faire... Après, elle fait le pansement. » (M7)

Réaliser des infiltrations ou de la cryothérapie ou suturer une plaie.

« Moi je fais beaucoup d'infiltrations, on fait de l'azote, de la petite chirurgie, si tu as une 3^{ème} main, tu gagnes un temps fou, et donc forcément en terme de cotation cela va très vite. » (M7)

« Une aide pour les actes techniques comme la suture. » (M11)

Des médecins imaginent même laisser leur A.M exécuter seul certains gestes, comme les soins de plaies ou l'ablation des fils de suture.

« Après, il y a par exemple, les gens qui arrivent avec une petite plaie, là c'est pareil. Elle voit, elle désinfecte, elle met un premier pansement. Je lui dis : ce pansement vous faites comme ci comme ça et voilà. » (M4)

« Tu vois, ce matin j'ai fait un contrôle post chirurgie d'un canal carpien à 15 jours ; j'ai enlevé son pansement, j'ai nettoyé un peu. Si elle a préparé le truc, vérifié qu'il n'y ait pas de troubles sensitivo-moteurs qu'il n'y ait pas de surinfection, tu enlèves les points. Et même elle peut les enlever les points. » (M2)

- Réalisation des tests de dépistage ou diagnostique

Quelques médecins souhaiteraient déléguer à l'A.M certains tests de dépistage, notamment le dépistage des troubles visuels et du langage chez l'enfant.

« Chez l'enfant pour les dépistages tu as des échelles visuelles que l'assistant pourrait faire, cela te ferait gagner du temps sur tout ce qui est consultation de sport, de prévention que tu fais chez l'enfant une fois par an, là cela peut être intéressant. » (M12)

« Moi je décroche sur le test, le dépistage du langage à 4 ans. Ça je pense que c'est hyper important qu'il puisse le faire. » (M12)

Mais aussi des tests diagnostiques chez l'adulte (MMSE, Hamilton).

« Sur des questionnaires, MMSE après les IDE ASALLE le font déjà, mais si tu l'as bien formé un Hamilton ou un truc comme ça, pourquoi pas. » (M6)

- Rôle dans la consultation de l'enfant

L'A.M pourrait avoir un intérêt pour la consultation de l'enfant, notamment pour les suivis annuels, afin de réaliser une consultation complète. Il peut prendre les mensurations de l'enfant, préparer les vaccins...

« Cela peut être intéressant chez l'enfant, quand tu as un certificat sportif, moi j'en profite pour faire l'examen annuel, poids, taille, vue, habitude de vie, alimentation. Ça c'est quelque chose que l'assistant pourrait faire. » (M12)

« Sur les consultations de l'enfant, il y a tout ce qui est taille, poids, PC. Ça pourrait être fait par l'A.M. La préparation des seringues des vaccins, c'est tout con mais le ROR qu'il faut diluer, ce n'est pas très compliqué à faire et ça pourrait être délégué. Remplir le carnet de santé. » (M2)

D. Rôle en fin de consultation

- Gestion de la facturation

« Tout ce qui est passage de la carte vitale, les paiements et tout ça. » (M9)

- Rôle d'éducation

L'A.M pourrait finaliser la consultation en expliquant au patient les différents examens prescrits.

« Et puis au besoin revoir le patient pour lui expliquer les examens ou prendre RDV avec le patient si on fait un courrier pour un collègue, finaliser la consultation. » (M2)

Il peut éduquer les parents concernant l'alimentation de leur nourrisson ou prendre le temps de leur expliquer comment bien réaliser un drainage de nez.

« Oui, c'est sûr que d'expliquer l'alimentation de l'enfant, si on l'a appris et qu'on sait comment expliquer, c'est des choses qu'on répète tout le temps. La rhinopharyngite, montrer le drainage du nez. » (M3)

Et refaire le point concernant les règles hygiéno-diététiques avec les patients ayant des FRCV.

« Pour les peu de patients chroniques que j'ai oui, c'est un peu de l'éducation finalement mais ce que tu fais, ce que tu reprends, les automesures, revoir avec eux la diététique, les exercices physiques, toute leur hygiène de vie, refaire un peu le point et je pense que les patients ils seraient contents de ça parce qu'ils aiment bien quand on prend le temps de revoir ça avec eux. Donc ça oui je pense que cela pourrait être fait. » (M5)

L'A.M peut également profiter de la fin de consultation pour remotiver le patient et le ré-impliquer dans ses soins.

« On voit qu'ils ne font pas bien leur suivi, bon en fin de consulte l'A.M il peut prendre 5 min pour remotiver le patient : cela fait 3 fois que vous ne faites pas votre prise de sang, qu'est-ce

qu'on fait ? vous voulez que j'appelle l'IDE pour qu'elle passe demain chez vous faire la prise de sang ? C'est sûr qu'effectivement là tu as vraiment une plus-value. Tu réexpliques. » (M6)

E. Rôle de coordination des soins

- Organiser et coordonner les soins avec d'autres professionnels de santé

« Appeler les IDE, pour leur demander si par exemple elles peuvent passer ce soir, ce n'était pas prévu... Oui, coordonner un peu. » (M3)

« Prendre RDV chez les spécialistes, pour les examens complémentaires. Des fois tu décroches ton téléphone pour une demande de radio ou un scanner que tu aimerais bien avoir dans les 48h et puis en fait ça sonne occupé... ou alors tu fais un courrier au patient et si tu ne prends pas le RDV il l'aura dans 6 mois ou il ne l'aura pas. Là il peut le faire directement avec l'A.M. L'A.M peut très bien envoyer un petit mail pour caler un RDV pour tel motif. » (M2)

- Appeler et informer les patients

« Moi je le verrais bien à rappeler les gens, j'y passe beaucoup de temps. Surtout le soir en fin de journée, par rapport aux résultats de bio, de radio. » (M12)

F. Rôle d'accueil, d'orientation et de tri au sein du cabinet

« C'est vrai que là dans la COVID, on aurait eu pour l'A.M de l'orientation de patients, de salle d'attente, d'éloignement, d'accueil. » (M11)

G. Aller plus loin dans les missions de l'A.M : consultation en autonomie

Certains médecins seraient prêts à laisser l'A.M mener des consultations seul avec le patient.

« On pourrait imaginer que l'A.M voit les patients entre temps à 6 mois. Avec une bonne A.M, tu aurais la tranquillité de te dire : elle, elle les voit régulièrement s'il y a un problème elle saura le détecter et me le signaler. Mais il faut des A.M de plus en plus costauds là. » (M4)

Et même gérer une urgence médicale.

« Elle est au milieu des cabinets médicaux, donc elle peut aussi gérer un patient qui a eu un malaise ou autre, elle a une table d'examen, elle peut allonger le patient, elle peut surveiller les constantes pendant que nous on fait autre chose, voilà. »

H. Des réticences à déléguer certaines tâches

Plusieurs médecins ne se sentent pas prêts à déléguer l'interrogatoire.

« Moi je ne délèguerai pas l'interrogatoire à l'A.M. » (M7)

« Le début de l'interrogatoire, je ne suis pas sûr car je pense que je réinterrogerai le patient. » (M12)

Concernant la prise de la tension artérielle, les avis divergent, certains médecins considèrent que cela fait partie de leur rôle.

« Donc si j'ai une assistante médicale, ce n'est pas pour lui faire prendre la TA, je préfère la prendre moi-même. J'ai plus d'informations sur le patient que si c'est elle qui la prend, donc cela me paraît un mauvais plan. » (M4)

« Franchement la TA je continue à le dire, c'est mon boulot. » (M4)

Quelques médecins ont des doutes concernant le pré-remplissage de certains documents par l'A.M : arrêts de travail, accidents de travail, maladie professionnelle, bons de transport, qui restent des actes médicaux engageant la responsabilité du prescripteur.

« Après, attention pour tout ce qui est AT, bon de transport, moi j'aimerais bien déléguer mais après attention, le problème c'est qu'il y a des gens qui vont être un peu sérieux et d'autres non. C'est toujours une question de responsabilité aussi quoi. » (M9)

« L'arrêt de travail, clairement, pour moi c'est de l'ordre du médecin, c'est de notre responsabilité. Non. C'est quand même notre responsabilité qui est derrière. Les courriers aux spécialistes je ne le laisserai pas non plus. » (M8)

Synthèse :

Les médecins généralistes interrogés souhaitent surtout déléguer des tâches administratives. La délégation de tâches dites médicales paraît plus limitée. Il existe des réticences à déléguer certaines missions comme la prise de la TA, l'interrogatoire et le remplissage de certains documents (AT, MP) considérées par certains médecins comme trop techniques et médicales pour l'A.M.

L'A.M aurait un rôle en amont de la consultation médicale, afin de mâcher le travail du médecin, en accueillant le patient, en mettant à jour le dossier médical, en aidant le patient à se déshabiller si besoin, en recueillant le ou les motifs de consultation, en prenant les constantes vitales et les mensurations...

De même, l'AM pourrait aider le médecin à réaliser certains actes techniques, quelques tests de dépistage, notamment chez l'enfant et des tests diagnostiques chez l'adulte.

A l'issue de la consultation, l'A.M pourrait gérer la facturation et en profiter pour apporter certaines précisions, voire réexpliquer des éléments mal compris par le patient, tout en assurant un rôle éducatif.

L'A.M aurait aussi un rôle de coordination des soins centrés autour du patient.

Certains médecins souhaitent encore aller plus loin dans les missions de l'A.M en le laissant consulter seul notamment pour des consultations de suivi de pathologies chroniques.

4. Attentes concernant le profil et la formation des A.M

A. Profil souhaité

- A mi-chemin entre une secrétaire et une aide-soignante

« Je dirais plutôt un profil à mi-chemin entre secrétaire et aide-soignante. » (M2)

« Une aide-soignante qui a fait une formation de secrétaire médicale qui veut se reconvertir, je pense que c'est le profil assez idéal. L'inverse aussi une secrétaire qui a fait une formation d'aide-soignante. » (M3)

« C'est quelqu'un qui aurait la double formation aide-soignant et un peu de secrétariat médical. » (M11)

- Une « secrétaire plus » ou « super secrétaire »

« Pour moi, c'est plutôt une secrétaire plus, car dans les faits de mon activité que ce qui est le pire c'est tout ce qui est administratif. Une secrétaire qui dépasse son périmètre habituel, plus utile à mon sens qu'une ancienne IDE qui fera moins d'administratif et qui ne fera que du soin, on va gagner moins de temps. Cela sera moins rentable pour le cabinet que la secrétaire polyvalente qui elle fera un tas de trucs. » (M4)

- Une ancienne IDE

Deux médecins envisageraient une ancienne IDE comme A.M, pour bénéficier de son niveau de compétence, important dans le soin.

« Ce serait une ancienne IDE et elle me seconde réellement dans l'examen dans la prise des constantes, la prise d'informations, la rédaction des actes, voilà. » (M4)

« Je pense que l'idéal cela serait un infirmier, clairement parce que du coup tu as un niveau de connaissance qui est important sur tous les plans et du coup ça, je pense quand même pour des journées où tu as beaucoup de patients les lundis ou les retours de vacances, je pense qu'avoir l'aide de quelqu'un qui va te débrouiller le truc cela peut être intéressant... » (M7)

Un des deux médecins ajoute qu'il recruterait seulement une ancienne IDE.

« Je ne prendrais qu'une vieille IDE. Même pas une aide-soignante. » (M4)

- Nécessité d'expérience dans le médical

Les médecins s'accordent pour exprimer que l'A.M doit avoir une expérience du monde médical, du soin et du contact avec les patients. Une majorité de médecins se représente la profession d'A.M comme un métier de reconversion.

« Il faut quelqu'un qui ait un peu d'expérience dans le médical, être soignant, quelqu'un qui a été en contact avec des gens malades et qui comprenne la dépendance, la souffrance. » (M10)

« Il faut que ce soit une personne qui vienne du monde médical. » (M4)

« Je verrais plutôt un profil aide-soignante ou secrétaire avec une petite dizaine d'années d'expérience. On serait plus sur une réorientation. Cela ne me paraîtrait pas adapté. » (M2)

B. Formation souhaitée

Les médecins insistent sur la nécessité d'une formation adaptée. Ils refuseraient de recruter un A.M sans formation.

« Mais je ne prendrais pas une coiffeuse sans formation pour venir faire le métier. » (M1)

Quand nous interrogeons les médecins pour recueillir leur avis concernant le contenu de la formation des A.M, beaucoup n'en ont aucune idée.

« Je ne sais pas trop, franchement je n'arriverais pas trop à dire. » (M9)

« Mais on ne sait pas encore sur quoi la formation va être basée. » (M12)

Un médecin pense que cela doit passer par de nombreux stages de secrétariat et d'aide-soignante, notamment à l'hôpital.

« Il faudrait faire passer la personne un peu partout, cela passerait nécessairement par beaucoup de stages, tu vois par exemple il y a des secrétaires d'hôpital ou des aides-soignantes qui ont des postes un peu atypiques tu sais par exemple la secrétaire chef, donc elle, elle sait exactement que fait le médecin, quelle heure, comment. Eux ils sont dans la programmation, ça peut être un profil. » (M7)

Un autre généraliste pense que la durée de formation dépend de l'expérience professionnelle, avec un minimum indispensable de 6 mois.

« Tout dépend de son métier d'avant. Pour quelqu'un qui sort du baccalauréat je n'ai aucune idée, 6 mois... Quelqu'un qui n'a aucune formation, ce n'est pas possible en moins de 6 mois. » (M12)

C. Compétences et qualités souhaitées

Pour l'ensemble des médecins interrogés, le métier d'A.M requiert de nombreuses qualités notamment la patience, l'empathie, l'attention...

« Il faut quelqu'un de patient, dans l'empathie forcément, attentif, pas trop vulnérable non plus et qui s'adapte car j'imagine si par exemple elle travaille avec plusieurs médecins il faut qu'elle s'adapte parce qu'on n'est pas des gens faciles non plus nous. Il faut plein de qualités. » (M1)

L'A.M doit être une personne de confiance, bienveillante, stable.

« Il faut une personne de confiance nécessairement. Qui connaisse aussi un peu le principe du soin, la bienveillance, il faut quelqu'un de stable, oui. » (M10)

Il doit avoir des capacités d'adaptabilité, de synthèse et faire preuve d'anticipation.

« Il faut rechercher des gens avec des profils d'adaptabilité comme ça. Et ce n'est pas une histoire d'intelligence. Mais je pense que les tests qui doivent permettre aux gens de rentrer en formation de ce type-là, il faut rechercher des gens avec un trait de personnalité, il ne faut pas de caractériel, souple, un peu comme les généralistes qui font ça, qui aiment ça. » (M7)

« Il faut que la personne anticipe. » (M7)

« Qu'il ait un peu de temps justement pour préciser tout ça, refaire le point par rapport à la dernière consultation et que vraiment moi j'arrive et que sur 1 brief d'une minute 30 il me dise voilà tac tac on en est là. » (M6)

Il faut que l'A.M allie des compétences humaines, c'est-à-dire avoir un bon contact et du relationnel avec les patients, et des compétences plus techniques. L'A.M doit être capable de cibler et hiérarchiser les problèmes des patients, d'être organisé et structuré.

« D'être dans le relationnel, d'avoir une capacité de cibler les problèmes tu vois, à la fois d'être structuré, d'organisation, organiser, structurer, encadrant, c'est un peu ce rôle-là vis-à-vis du patient en attendant. Donc avoir le côté technique en ayant le côté relationnel, qu'il n'ait pas l'impression d'être comme une machine, comme si c'était à la chaîne. Qu'elle arrive à faire à la fois le côté technique du métier et en même temps en faisant ça. » (M3)

Enfin, c'est un métier qui nécessite des connaissances médicales.

« Moi sans connaissance médicale, sans formation, je trouve ça extrêmement difficile, même pour une aide-soignante. » (M12)

Synthèse :

La grande majorité des médecins interrogés souhaiterait que leur A.M ait un profil à la fois administratif (secrétaire) et à la fois soignant (aide-soignante ou IDE). Quelques médecins recruteraient uniquement une ancienne IDE, pour bénéficier de ses compétences médicales.

Les médecins imaginent le métier d'A.M comme un métier de reconversion et sont unanimes sur l'idée qu'un A.M doit avoir une expérience dans le médical.

La plupart des médecins soulignent l'importance et la nécessité que l'A.M bénéficie d'une formation adaptée, même s'ils ont peu d'idée ou d'avis sur son contenu.

L'A.M devra avoir de nombreuses compétences, à la fois humaines (un bon relationnel avec les patients, être dans l'empathie, à l'écoute...) tout en ayant en même temps des compétences plus techniques avec des connaissances médicales et informatiques.

L'A.M devra avoir une capacité d'adaptabilité et de synthèse pour seconder le mieux possible les médecins.

VI. Les freins

1. Les contreparties liées au contrat passé avec l'Assurance Maladie

A. Un engagement

Pour quelques médecins, s'engager avec l'Assurance Maladie pour pouvoir bénéficier de son aide financière via un contrat, représente un frein.

« Les contreparties c'est que tu t'engages contractuellement, ça forcément je pense que c'est les craintes de tout le monde. » (M6)

« Moi ce qui me gêne un peu c'est le fait d'avoir un contrat de plus avec la sécu. » (M7)

B. Retentissement sur la patientèle

- Refus d'augmenter leur nombre de consultations

Tous les médecins interrogés refusent d'augmenter leur nombre de consultations quotidiennes ou de majorer leur patientèle. Ils considèrent avoir déjà trop de patients.

« Mais moi je n'ai pas envie de voir plus de patients. Moi je sature. » (M11)

« J'estimais que j'avais déjà un nombre de consultations suffisant pour ma journée à moi. » (M1)

« Moi je ne peux pas augmenter, clairement. » (M7)

Quelques médecins expliquent que si cette contrepartie est une condition indispensable, ils ne s'engageront pas dans ce contrat avec la sécurité sociale.

« Si augmenter le nombre de consultations est une condition, je ne rentrerai pas dans ça. » (M1)

- Refus de travailler plus

« Moi je n'ai pas envie de travailler plus, maintenant faut que je trouve une solution pour travailler moins. » (M12)

Plusieurs médecins expliquent qu'ils ne se sentent pas capables d'augmenter leur nombre de consultations par jour, car trop fatiguant intellectuellement.

« Sauf que si moi dans mes journées où j'en vois 26, 27 voire 28, je dois augmenter à 35, je vais en avoir ma claque, car quand même intellectuellement tu changes de patients, il y a quand même une gymnastique intellectuelle. » (M12)

« Peut-être, après enfin moi je vois déjà 30 patients par jour, je pense que j'aurai du mal à en voir plus. Après aussi ce qui est épuisant c'est l'écoute active du patient, le travail intellectuel et tout ça. » (M9)

2. Peur de perdre la richesse du métier

A. Un métier à part

Quand on interroge les médecins sur ce qu'ils aiment le plus dans leur métier, ils répondent que c'est avant tout la relation avec le patient, ce lien particulier qu'ils entretiennent avec lui.

« On est vraiment une équipe autour du patient et puis le suivi : voir les patients grandir, les voir vieillir, les accompagner jusqu'à la fin de la vie, suivre les nourrissons, faire le lien avec la famille. C'est super. Et ça je pense qu'il n'y a aucun autre métier, en tout cas aucune autre spécialité médicale, où tu as ce lien si particulier avec les patients. » (M2)

« Ce que j'aime le plus, c'est le contact avec les gens. » (M3)

Mais aussi la diversité de l'exercice avec une prise en charge du patient dans sa globalité.

« La médecine générale parce que c'est le plus beau métier du monde. Ce que je trouve génial dans la médecine générale, c'est qu'on prend vraiment le patient dans sa globalité, on ne se focalise pas sur une chose ou l'autre, il y a vraiment cette prise en charge globale. » (M2)

« Pour sa diversité. Pour le fait de voir à la fois des enfants, des femmes, des vieux. Pour sa PEC globale, pour son contact avec les patients, le côté médecin de famille. » (M11)

Ils ont choisi cette profession aussi pour devenir médecin de famille, bien connaître leurs patients et installer une relation de confiance avec eux.

« J'ai vite compris que la notion de médecin de famille c'était vraiment quelque chose qui me collait à la peau par rapport au suivi des patients. La diversité et puis vraiment l'histoire dans le temps, l'accompagnement dans le temps et les différentes étapes de la vie des patients. C'est vraiment ce qui me botte encore. » (M5)

« Et j'ai fait mon externat à Paris où à l'hôpital j'avais vraiment un manque de contact avec les gens, j'avais l'impression que c'était éphémère, qu'on ne créait rien. Et j'avais un super

médecin de famille à l'époque, et en fait sa façon de faire, son contact, les choses qu'il pouvait créer avec les gens, la confiance qu'il inspirait. En fait c'est ça que je veux faire, je veux avoir un vrai contact avec les patients, je veux vraiment être quelqu'un « ressource » et créer du lien avec les gens. » (M8)

B. Peur de perdre leur cœur de métier

Une des principales craintes des médecins avec l'intervention de l'A.M est la perte de ce qu'ils aiment le plus dans leur métier : la relation avec leurs patients.

« Moi ce qui m'embête, si j'ai fait de la médecine générale c'est pour le côté relationnel avec les gens. » (M12)

« Je ne me vois pas, mais je ne dis pas, j'aurais peur que l'on enlève ce que je préfère, mon cœur de boulot. » (M5)

« Mais c'est que moi je pense que je suis en retard dans ma consultation pas que pour des questions médicales, c'est aussi parce que je pense que je perds du temps à parler avec les gens, mais parce que j'aime ça. Je pense que c'est vraiment le côté qui m'a fait choisir cette profession. » (M11)

C. Une évolution de la médecine générale qui effraie

a. Une médecine à la chaîne

« Et je ne m'y retrouvais pas forcément dans, enfin il y en avait qui décrivait le métier comme un truc voilà pour aller à la chaîne et je ne me retrouvais pas là-dedans. C'est peut-être oui ne pas tomber dans le côté usine quoi. » (M1)

« Moi j'ai peur que cela devienne quelque chose de rendement, comme en Grande Bretagne où il faut voir 50 patients dans la journée, c'est comme ça là-bas. Et moi j'ai l'impression que c'est ça qui est dans les tuyaux. Voilà. A la chaîne. » (M11)

b. L'intellectualisation de la profession

Certains médecins craignent qu'en déléguant toutes les autres tâches à l'A.M et en enchainant les consultations, il ne leur reste que le côté intellectuel de la profession.

« Et puis peut être aussi, il faut quand même que l'on ait du temps, que l'on n'ait pas que le coté intellectuel de la chose, intellectualiser encore plus le métier, il faut quand même que l'on garde la relation avec le patient et pas que l'on ne soit que dans la théorie quoi. » (M1)

Les médecins ont besoin de temps mort pour aérer leur esprit entre les consultations.

« Moi ce qui me gêne, c'est vrai que j'ai du retard, mais c'est parce que c'est moi, c'est moi parce que je prends plus de temps avec les gens et parce que aussi entre 2 consultations je vais prendre le temps de souffler un peu d'aller discuter un petit peu. » (M12)

« J'ai besoin de ça. Par exemple si je vais très souvent au secrétariat demander : est-ce qu'il y a des nouveaux trucs et des machins, je sais bien que c'est parce que là je n'arrive pas à enchaîner et que j'ai besoin d'avoir quelques minutes de repos avant de voir le patient suivant. Si je dois faire ça tout le temps, et en plus avec la concentration parce que je n'ai pas les petits moments de break où on est en train de parler, quand je fais payer c'est là où on parle un peu d'autres choses pas que du médical : en fait est-ce que ça va ? Comment vous vivez le confinement ? Et je termine les consultations souvent pas sur une note que médicale et si on enlevait ça et que j'étais là juste pour alors attends je regarde tu as tel ITG il y a ça, ça, ça, OK donc on fait ça, ça, ça comme examen donc à la prochaine et que je me casse... euh en fait si je dois faire ça tout le temps, psychologiquement je pense que je n'y arriverais pas. » (M8)

c. Peur de perdre l'identité de la médecine générale

- Perte du statut de médecin de famille

Plusieurs médecins ont peur que l'intervention de l'A.M déshumanise leur profession, avec des médecins traitants qui ne connaîtront plus leurs patients.

« Je pense que notre métier va évoluer, il va falloir que tout le monde bouge, mais je n'ai pas envie que l'on fasse une médecine déshumanisée avec des cases avec des trucs à remplir où justement à la fin je suis juste là pour dire...Passer du médecin de famille au médecin technicien quoi. Si un jour la médecine elle devient comme ça moi j'arrête c'est certain. Ce n'est pas le métier que j'ai choisi, donc j'ai envie de me battre pour la médecine pour laquelle on a signé quoi. » (M5)

« Quelqu'un fait tout le boulot pour toi et toi tu es juste là juste pour décider et pour gérer, en chef d'entreprise, en gestionnaire. Et peut-être ne plus avoir trop de, un peu de dispensaire, plus du tout ce rôle de médecin généraliste, de gestion globale, de connaissance de la famille, cela correspond aussi à la société actuelle. » (M11)

« On a une relation privilégiée avec les gens et si tu as un assistant, ce côté proche il va partir. » (M12)

- Perte de liberté

Quelques médecins ont peur de perdre le côté libéral de leur profession en passant un contrat avec la sécurité sociale impliquant de rendre des comptes.

« Moi ce qui me gêne un peu c'est le fait d'avoir un contrat de plus avec la sécu. Moi je suis un libéral, je me suis installé en libéral parce que je suis foncièrement libéral et je n'ai pas envie d'être aidé par la sécu pour ça. Donc-moi si je prends un salarié c'est que j'aurai trouvé quelqu'un qui fait l'affaire et que rapidement je vais dégager un salaire pour cette personne-là. » (M7)

« J'aime moi le côté d'être libre. Ça peut être un frein ça, d'être contrôlé, de devoir rendre des comptes. Après on doit toujours en rendre, mais je préfère les rendre aux patients ou à moi-même plutôt qu'à la sécu. » (M10)

3. L'A.M : un réel gain de temps ?

A. Des doutes sur le gain de temps

Plusieurs médecins expriment des doutes concernant le gain de temps que pourrait leur apporter l'A.M.

« Oui ça c'est aussi un frein. Est-ce que cela va vraiment me faire gagner du temps ? C'est comme l'informatique, tu crois que cela te fait gagner du temps mais en fait quand cela tombe en panne c'est la merde, et en fait cela modifie le temps que tu passes, tu es obligé de passer du temps à un autre moment. » (M11)

B. Augmentation de la charge de travail

- Augmentation du nombre de patients à gérer

Une partie des médecins pense que l'augmentation du nombre de consultations quotidiennes ou de leur patientèle, va majorer la charge de travail, notamment administratif, et donc leur temps de travail. Pour ces médecins, travailler avec un A.M finira par leur faire perdre du temps.

« Parce que si j'augmente ce n'est pas justement que le temps patient, cela veut dire qu'il faudra que je fasse de la saisie de dossier en plus, du truc en plus, et du coup je ne vais pas y arriver, donc il y a ça en plus aussi. En plus prendre des nouveaux patients en plus, c'est quand même un travail de dossier important. » (M11)

« Dans ce cas-là, les médecins qui se disent oui je vais gagner du temps j'ai l'impression qu'ils vont en perdre forcément à côté. Il faudra bien que les médecins voient les comptes rendus et les biologies, ce n'est pas l'A.M qui va le faire ça. Augmenter ton nombre de patients, ça veut dire augmenter ton nombre de comptes rendus, le nombre de laboratoire donc le nombre de gens que tu dois avoir en tête, que tu dois gérer et donc pour moi ça augmente tout l'à-côté ; donc le temps que tu vas gagner sur tes consultations avec l'A.M, j'ai l'impression que tu vas le perdre parce que tu auras tellement de patients à gérer. En fait c'est l'à côté où tu vas perdre du temps parce que tu auras beaucoup plus de patients et donc aujourd'hui j'ai déjà l'impression que je suis bien au-dessus même de ce qu'il faudrait pour que ma gestion soit optimale et pour que j'arrive à me souvenir de tous les comptes rendus que j'ai vus, de toutes les bios que j'ai vues. Augmenter la file active c'est augmenter aussi tous les retours et les échanges avec les spécialistes, toutes les prises de tête pour avoir des RDV avec les spécialistes. Voilà c'est beaucoup. » (M8)

- Des objectifs à atteindre et à justifier

Pour pouvoir bénéficier de l'aide financière, les médecins devront augmenter leur nombre de patients ou file active et le justifier auprès de l'assurance maladie. Un médecin propose que ces justifications soient simples à formuler, avec des indicateurs simples.

« Mais après je comprends que pour avoir l'aide, c'est normal, après dès qu'il y a un truc comme ça avec les instances (la sécu, l'ARS,) je trouve que c'est une telle charge administrative que cela peut être un frein ça. Parce qu'il y aura forcément des choses à justifier, des tas de papiers, des tonnes de trucs. Il va forcément manquer un papier, faudra encore que je fasse encore je ne sais pas quelle démarche. Ça c'est un frein. » (M10)

« Ce qui m'embête, c'est qu'on va nous demander de formaliser les choses, et que c'est ça qui va demander du temps. Donc il faut des indicateurs simples pour les médecins. » (M2)

- Être employeur

La gestion d'un employé supplémentaire ajoutera du temps de travail.

« Devoir gérer en plus, voilà la gestion d'un employé. Ça va plus me prendre du temps que m'en laisser. » (M8)

Un participant à l'étude propose que l'A.M ne soit pas employé par le médecin mais par l'Assurance Maladie : le même fonctionnement de rémunération que les IDE ASALEE.

« C'est le fait que ce soit encore les médecins qui sont employeurs parce qu'au final on embauche quelqu'un pour gagner du temps mais au final on se rajoute en plus pour l'emploi de l'A.M. Moi j'aurais souhaité que ce soit comme pour les IDE ASALEE, une association ad hoc qui salarie ces professionnels, une association par exemple une filiale de l'assurance maladie qui salarie ces personnes et qu'elles soient mises à disposition des médecins. Comme les IDE ASALEE, c'est 20% par médecin et il y en a une par cabinet, c'est ce qu'il faudrait pour les assistants. » (M2)

- Temps passé à former l'A.M

Le temps passé à former l'A.M, surtout au début de leur collaboration, représente un frein.

« Pourquoi pas ? Mais le former, ça met du temps, ça veut dire prendre du temps. Qui le paie pendant ce temps, c'est toi alors qu'il n'est pas efficace. » (M12)

4. Être employeur

Pour tous les médecins, devenir employeur ou recruter un nouveau salarié est l'un des principaux freins à l'embauche d'un A.M.

« Mes freins, c'est le fait qu'on embauche à notre nom. » (M2)

« C'est le fait d'embaucher quelqu'un encore, le fait d'être patron de quelqu'un. Parce que la gestion sociale, c'est compliqué. » (M3)

Recruter un A.M est un véritable engagement pour les médecins. En employant un A.M, ils craignent par exemple de vivre un éventuel licenciement si la collaboration ne fonctionne plus.

« Être obligé à nouveau d'employer, d'être responsable d'un contrat de travail. Moi j'ai déjà subi un licenciement avec 30 ans d'ancienneté alors que cela faisait 7 ans que l'on travaillait ensemble, cela m'a quand même coûté 15 000 euros. Tu vois... Si tu t'en vas, cela veut dire qu'il faut licencier l'A.M. » (M11)

« J'ai aussi compris que cela voulait dire que, au bout de 2 à 3 ans, si l'assistant devenait une charge financière importante et qu'on voulait s'en séparer, cela allait être difficile car il fallait payer des indemnités de licenciement. Donc une fois que le phénomène était embrayé, il était difficile de s'en tirer. » (M4)

Un médecin propose que les modalités de rupture du contrat d'embauche soient simplifiées.

« Donc ça, le management de la personne, ça c'est une crainte, Le fait d'être employeur, après si c'est assez simple, si c'est clairement établi dès le début que cela peut ne pas coller et que les modalités de séparation sont simples. » (M7)

Un participant explique que les médecins ne sont tout simplement pas formés à devenir employeurs et à manager des personnes.

« Après cela reste un rapport de personne avec un employé. Il y a toujours, je ne veux pas te faire peur, mais la gestion d'un personnel au cabinet cela reste quelque chose pour lequel on est pas du tout formé, et pour lequel je ne suis pas hyper à l'aise. Donc ça le management de la personne ça c'est une crainte, Le fait d'être employeur. » (M7)

5. Importance du temps consacré au patient

- Refus de diminuer le temps de consultation

Plusieurs médecins refusent de diminuer leur temps de consultation.

« Moi, je ne suis pas partante pour diminuer mon temps de consultation. Alléger ma consultation oui, diminuer le temps de consultation non. Si c'est pour diminuer le temps de consultation, je ne sais pas... Mais moi je ne me vois pas diminuer mon temps de consultation. Ce n'est pas possible... » (M12)

« Moi l'idée que j'en ai c'est que l'A.M ça me prendrait du temps de consultation, d'échange avec mon patient, c'est-à-dire, si je lui donne des choses à faire moi je vais passer moins de temps avec mon patient et du coup au niveau contact je vais perdre énormément. » (M8)

- Tous les temps de la consultation sont importants

Des médecins refusent de diminuer leur temps passé auprès du patient car ils considèrent que tous les temps d'une consultation sont importants et indispensables pour une bonne prise en charge. Ils perdraient des temps d'observation qui sont cruciaux à leurs yeux, notamment pour établir un diagnostic.

« Mais après je pense que malgré tout on parlait du fait que la médecine générale c'était quelque chose de très global et tout ça et qu'en fait tout le temps de la consultation mais même ce qui peut paraître anodin (faire payer...), sont des temps importants de la consultation. Tous les temps sur la confession. Peut-être que sur des spécialistes comme la cardio, ces temps n'ont aucun intérêt. Tout le temps est important pour analyser le comportement du patient et tout ça quoi. » (M9)

« Tous les temps pour moi des 20 minutes de consultation sont importants dans ma prise en charge. Dès la minute où je vais chercher le patient à la salle d'attente. » (M8)

« A titre d'exemple, j'ai fait un diagnostic d'embolie pulmonaire à un patient en allant juste le chercher dans la salle d'attente avec mon interne et je savais déjà qu'il y avait un truc qui n'allait pas du tout. Juste en le voyant se lever pour aller à mon cabinet je savais qu'il y avait un problème et que ça n'allait pas le faire. Même quand le patient est en train de se déshabiller déjà ça te donne des informations sur comment il arrive à le faire etc. » (M8)

« Et je trouve que l'interrogatoire... regarde encore plus chez une personne âgée, 20 minutes ça passe très vite, comment tu peux apprendre de l'état de dépendance de la personne en 20 minutes, c'est hyper compliqué. Si tu ne la vois pas se déshabiller, si tu ne prends pas le temps de discuter avec elle, tu ne peux pas apprécier ça. Si on réduit ton temps de consultation de 5 minutes c'est énorme. Si l'assistant fait l'accueil du patient, tout ce temps d'observation tu ne l'as plus. Moi ça me gêne. Après c'est une façon de consulter différente. » (M12)

« Sur le non-dit, le non verbal, tu vois tu dis ils font l'interrogatoire, moi je suis désolé, mon diagnostic à 80% il est entre la salle d'attente et avant qu'ils commencent à parler. » (M3)

- Perte d'informations : risque d'erreurs

Des médecins pensent qu'en diminuant leur temps de consultation ils passeront à côté d'informations importantes concernant leurs patients. Cela aura comme conséquence une diminution de la qualité des prises en charge.

« Moi c'est l'impression que ça me donne parce que le nombre de consultations où c'est parce que j'ai échangé et que j'ai vu qu'il y avait un problème et je dis au patient ça va vraiment en ce moment ? alors qu'il vient pour complètement autre chose et qu'il me dit non en fait ça ne va pas du tout et je pense que si je devais écourter mon temps avec eux je passerais à côté de beaucoup de choses. » (M8)

« La médecine générale c'est quand même la relation médecin-patient quoi, donc le temps que le patient se déshabille, monte sur la table, c'est propre à la confiance, on sait bien que parfois les patients peuvent nous balancer des petites bombes pendant ces moments-là. Donc est-ce qu'on perdrait des infos ? » (M10)

« Au final je pense que j'ai besoin de tout ce temps et puis quand même malgré tout maintenant avec la carte, le truc ils sont habitués. C'est assez rapide. C'est vrai que c'est du temps où on n'a pas besoin d'être médecin pour le faire mais pour certains patients cela peut nous apporter des petites informations. » (M9)

De plus la présence d'un professionnel supplémentaire pourrait freiner certains patients à se confier.

« Moi j'aurais un peu peur que le patient qui vient et qui voit que tu as l'A.M et qui voulait lâcher le morceau, que ça l'empêche de lâcher le morceau. » (M11)

Tous ces phénomènes décrits précédemment peuvent favoriser le risque d'erreurs médicales.

« Moi j'imaginerais sur 2 bureaux avec vraiment le déshabillage, poids, taille, mensuration et une esquisse de début d'interrogatoire, alors après aussi attention à la surinterprétation parce que du coup on va arriver on va le voir 5 min : ah OK du coup douleur abdo, il a déjà fait une colique néphrétique, ah OK du coup on part sur ça. Non en fait du coup on n'a pas pris le temps, elle n'a plus de contraception et en fait elle fait une GEU. Je pense qu'il faut faire attention justement, après c'est notre responsabilité aussi, il ne faut pas oublier, on est médecin, attention aux sources d'erreur médicale sur : on veut aller trop vite et au final on fait un peu n'importe quoi pour aller vite. Ce n'est pas forcément la faute de l'A.M mais attention après sur l'interprétation et justement ne pas leur donner trop de responsabilité parce qu'il y a ça aussi. Les A.M ils vont peut-être se dire attend non je ne suis pas médecin du coup je ne peux pas prendre... » (M9)

6. Freins logistiques et organisationnels

- Repenser son organisation de travail

Travailler avec un A.M, implique pour les médecins un changement de leur organisation de travail.

« Quels sont les freins à travailler avec un A.M ? Rechanger son organisation de travail. » (M11)

En effet partager un A.M entre plusieurs confrères nécessite une bonne coordination entre eux et une organisation rigoureuse notamment pour les modalités de répartition et la gestion de l'agenda.

« Après non je n'ai pas trop de frein. Le seul truc, si on se partage à 3 une même assistante c'est le fait de coordonner, de bien coordonner ça. » (M4)

« Et le frein de l'organisation de l'espace, de la répartition. L'organisation, dans l'hypothèse que je partage, si j'en prends une que pour moi cela pose moins de problème. » (M3)

L'intervention d'un A.M implique aussi une nouvelle gestion du planning avec notamment la nécessité d'un tri en amont des consultations en fonction des motifs.

« A quoi ça sert ? l'objectif de la création de ce poste ? moi je me suis beaucoup questionné, à quoi ça me servirait ? bon on a pas mal parlé du déshabillage, avoir quelqu'un qui prépare le patient, qui le déshabille ou le rhabille, ce qu'il y a c'est qu'il y a 2 à 3 consultations concernées dans la journée et puis ces consultations tu vas les avoir le jour où tu n'auras pas l'A.M. Enfin ça, ce sont des questions d'organisation. Ça c'est les freins. » (M11)

« Cela veut dire qu'il faut trier les consultations en amont et ça, ça me questionne. » (M11)

- Organisation de l'espace

L'un des principaux freins logistiques pour la presque totalité des médecins est le manque d'espace, la nécessité d'avoir accès à un deuxième bureau pour l'A.M.

« Le côté bon voilà, des locaux techniques, est ce que nos locaux sont adaptés à ça. » (M11)

« Logistiquement parlant je ne suis pas équipé pour. Un A.M il faut un autre local à côté. » (M5)

« Les freins, il y a aussi la structure architecturale du cabinet, car il faut de l'espace. » (M1)

- Accès informatique

Cette coopération pose aussi la problématique de l'accès informatique pour l'A.M. Sera-t-il doté de sa propre carte CPS ?

« Cela nécessite au niveau informatique que l'A.M puisse aussi avoir un accès pour faire les arrêts de travail et autres sur Amélipro. » (M6)

« Il y a l'organisation logistique, la question du bureau supplémentaire. La question de l'accès informatique, de la carte CPS Amélipro. » (M2)

7. Le couple médecin / A.M : freins humains

- Bien choisir son binôme

La majorité des médecins craint que la relation professionnelle, mais également humaine, qu'ils entretiendront avec leur A.M se passe mal. La peur de se tromper de personne.

« Peut-être aussi la mésentente, imaginons quelqu'un qu'on... parce qu'après c'est quand même un binôme. » (M1)

« Déjà se tromper, ne pas engager la bonne personne. Se rendre compte qu'elle est lente, indécise, qu'elle n'est pas indépendante car après on ne peut pas la virer. Comme on a le droit qu'à un mois d'essai, en 1 mois il ne faut pas se tromper. C'est pour ça qu'on est plus sur une ancienne IDE libérale car elles savent foncer. Tout le reste c'est dangereux. Donc première peur : me tromper de personne et me retrouver avec un boulet. » (M4)

« Moi, la crainte, c'est la crainte humaine. C'est que tout d'un coup tu te rends compte que cela ne se passe vraiment pas bien quoi. Ma crainte, c'est celle-là. Comme quand tu recrutes quelqu'un, une femme de ménage par exemple. Les six premiers mois tout va bien, puis au bout de six mois tu te rends compte qu'en fait ce n'est pas du tout la même personne, ... tu es engagé. Donc là, c'est toute la complexité du côté employeur et d'être engagé avec quelqu'un où tu te rends compte que non, cela ne se passe pas bien, soit humainement soit professionnellement. » (M6)

- Trouver sa place

Que chaque professionnel trouve sa place dans cette collaboration n'est pas forcément chose facile et évidente.

« Des gens qui vont prendre des prérogatives que tu n'as pas demandées, qui à un moment donné vont se prendre pour le médecin. C'est à la fois ce côté un peu relation hiérarchique et en même temps tu es plutôt collaborateur, enfin voilà et en même temps il faut que chacun reste à sa place. » (M6)

- Faire confiance

Quelques médecins ont peur de ne pas réussir à faire confiance à leur A.M.

« Ce n'est pas évident, peut être le fait d'arriver à bien faire confiance à l'A.M pour qu'il respecte bien le côté médical de la tâche quand même, le respect du secret médical. Il faut une personne de confiance nécessairement. » (M10)

8. Freins financiers

Pour certains médecins, le financement des A.M reste un frein. Ils redoutent de ne pas pouvoir assumer et supporter la rémunération d'un nouvel employé et de se sentir pris à la gorge.

« Le coût, parce que d'accord c'est financé pendant 2 à 3 ans, et qu'une partie et plus après donc... » (M11)

« Alors après moi ma question, c'est une question, le problème de financement et de coût, vraiment, parce que là on est 6, donc là on a 3 secrétaires. Jacques et Denis vont partir, déjà on ne va pas supporter 3 pleins temps, pas 4. » (M12)

« Deuxième crainte que ça coûte très cher et que donc ça m'oblige à faire plus d'actes que je ne voudrais en faire pour pouvoir payer tout ce petit monde : secrétaire plus l'A.M. De me sentir pris à la gorge. A la fin du mois, il me reste combien. Terminé le mercredi sans travailler. » (M4)

Synthèse :

Les principaux freins, exprimés par les médecins, au recrutement d'un A.M sont :

- **Devoir augmenter leur nombre quotidien de consultations ou leur nombre de patients.**
- **La peur de perdre la richesse de leur métier, leur cœur de métier et ce qu'ils aiment le plus dans leur exercice : le relationnel et le contact avec le patient. Ils craignent une évolution vers une médecine à la chaîne, déshumanisée.**
- **Être l'employeur avec toutes les contraintes que cela représente.**

- Il existe aussi des freins logistiques, surtout concernant l'espace de travail, avec la nécessité d'un bureau supplémentaire pour l'A.M.

Certains médecins refusent l'idée de diminuer leur temps de consultation, par crainte de perdre des informations sur leurs patients, indispensables à une prise en charge de qualité.

Quelques médecins expriment des doutes sur le gain de temps que peut leur procurer un A.M, notamment par l'augmentation de la charge de travail administratif qu'engendreraient l'augmentation de la patientèle et la gestion d'un nouvel employé.

La relation médecin / A.M a aussi été abordée avec la crainte d'une mauvaise entente, d'une erreur dans le choix de la personne, du bon positionnement de chaque professionnel dans cette collaboration.

Le financement de l'A.M peut représenter un frein pour une poignée de médecins.

Discussion

I. Discussion de la méthodologie

1. Choix du sujet

Une étude novatrice dans l'ère du temps.

Le sujet de notre recherche nous semble pertinent pour plusieurs raisons.

Il aborde un thème d'actualité : la mise en place d'une réforme appelée à répondre aux nombreuses failles de notre système de soin. Ce projet de réforme vise comme principal objectif l'amélioration de l'accès aux soins, véritable problème de santé publique, notamment en intégrant un nouvel acteur : l'A.M. La création de ce nouveau métier représente un véritable enjeu pour notre système de santé.

La fiche de poste d'A.M comportant ses missions, sa formation et tout ce qui le définit est en cours d'élaboration. Notre étude aborde donc un sujet où tout est encore à découvrir ; elle représente un véritable travail d'exploration, ce qui nous a intéressé et motivé.

Cette réforme, à nos yeux, peut être responsable d'un réel bouleversement dans nos pratiques et changer radicalement le fonctionnement des soins de premiers recours que représente la médecine générale et marquer l'entrée dans une nouvelle ère médicale. Au travers de cette recherche nous devenons témoin et acteur de ce changement.

Ce thème de recherche est devenu une évidence suite à de nombreux échanges avec des médecins de mon entourage au sujet des A.M. Je me suis rendu compte que la plupart des médecins montraient de l'intérêt et surtout de la curiosité envers la création de ce nouveau métier et semblaient en demande d'informations. Puis nous avons réalisé que l'avis des médecins avait été très peu sollicité alors qu'ils sont les premiers concernés par cette réforme. Il nous apparaissait donc pertinent d'effectuer ce travail pour intégrer les médecins dans l'élaboration de cette nouvelle profession. Les médecins contactés paraissaient ressentir de l'enthousiasme à participer à cette étude.

Nous nous sommes aussi orientés vers ce sujet car, à l'initiation de notre projet de recherche, très peu de travaux avaient été réalisés sur ce thème novateur. Il s'est avéré que pendant la durée de notre travail, quelques thèses explorant cette nouvelle profession ont été effectuées. Cela représente pour nous un atout : nous pourrions ainsi comparer nos résultats et évaluer la qualité de notre travail.

2. Echantillon

Nous avons tenté de constituer un panel de médecins le plus hétérogène possible en fonction de l'âge, du sexe, du lieu d'exercice (urbain, rural, semi rural), du type de structure (MSP, cabinet de groupe, exercice seul), l'accueil d'internes ou pas, dans l'objectif d'obtenir une plus grande diversité de réponses et ainsi dégager le maximum de thèmes possibles permettant de retarder la saturation des données.

Les participants ont été sollicités par mail, appel téléphonique, et par l'intermédiaire des réseaux sociaux (WhatsApp). Nous n'avons subi aucun refus mais de nombreux médecins nous ont laissé sans réponse. De fait, 13 médecins sur plus de 35 contactés ont participé à l'étude, ce qui nous a limité dans la possibilité d'obtenir des profils de médecins plus variés. Les médecins ont été contactés dans un contexte particulier, en effet la période correspondait au post confinement. Nous supposons de ce fait que les médecins avaient l'esprit préoccupé par la COVID et participer à une thèse ne constituait pas une priorité pour eux.

Biais de sélection :

Notre travail présente un biais de sélection. En effet environ la moitié des participants sont des connaissances directes. Mais nous pensons que ce fait peut améliorer l'échange, car face à un interviewer connu, les médecins interrogés sont plus à l'aise et en confiance, facilitant ainsi les confidences.

Nous pensons également que les participants à notre étude ont répondu positivement à notre demande d'interview car ils étaient déjà intéressés par l'A.M, avec une opinion plutôt favorable et une volonté d'en apprendre plus sur ce nouveau métier. Inversement, les médecins qui n'ont pas répondu à notre invitation étaient peut-être moins favorables à cette réforme et donc peu intéressés pour participer à notre recherche. Pour limiter ce biais nous aurions pu ne pas annoncer au préalable le sujet de l'étude, ce qui aurait manqué d'honnêteté et de transparence.

3. Lieu de l'étude

Nous avons fait le choix de limiter notre étude à un seul département : la Vendée.

Nous apportons deux explications à cette stratégie.

Tout d'abord, nous bénéficions de nombreuses connaissances sur ce territoire ce qui facilite le recrutement de participants.

De plus, nous avons jugé intéressant de mener cette étude en lien et en parallèle de l'expérimentation qui se déroulait sur le département. Nous entretenions une étroite relation avec certains médecins expérimentateurs ce qui nous a permis de bénéficier d'une première approche du métier d'A.M, d'acquérir certaines connaissances concernant cette nouvelle profession et visualiser les nombreuses possibilités que peut offrir ce nouvel acteur de santé aux médecins. En effet, j'ai pu participer à un groupe d'échange qui réunissait les médecins expérimentateurs et leurs A.M, ce qui m'a permis de découvrir de manière concrète le métier

d'A.M. Tous ces éléments nous ont aidé à établir, orienter et approfondir notre guide d'entretien pour le rendre le plus pertinent possible.

Limites

Limiter notre étude au département de la Vendée peut entraîner un biais dans les résultats. En effet, l'expérimentation du métier d'A.M en cours sur le territoire a pu sensibiliser les médecins vendéens sur cette nouvelle profession, en amont de notre travail.

4. Choix de la méthodologie qualitative

Comme nous l'avons déjà expliqué, le métier d'A.M est en élaboration et suscite encore de nombreuses interrogations, surtout de la part du corps médical. Il nous a donc semblé pertinent et intéressant d'interroger les médecins afin de recueillir leur avis, leurs attentes et leurs craintes concernant la création de cette nouvelle profession.

Dans l'objectif d'obtenir un grand nombre de données avec une variété importante et d'explorer en profondeur notre sujet, la méthodologie qualitative nous semblait la plus adaptée afin de ne pas limiter les réponses à celles que nous aurions pu préétabli en utilisant un questionnaire quantitatif. En effet, « l'utilisation de cette méthodologie permet de faire émerger des idées nouvelles que l'auteur n'aurait peut-être pas envisagées seul ». (49)

Biais méthodologique :

Afin de limiter les biais engendrés par notre inexpérience de la méthodologie qualitative, je me suis formé par la lecture d'ouvrages sur le sujet et en participant à un atelier thèse, proposé par notre faculté, dédié à ce type de méthodologie. Ces démarches, m'ont permis de compenser mon inexpérience par un respect rigoureux de la méthode.

Pour renforcer la qualité de notre travail, nous avons suivi les critères de la grille COREQ, qui est un guide de bonne conduite d'une recherche qualitative. (50)

5. Le guide d'entretien

Le guide d'entretien a été rédigé avec des questions ouvertes pour tenter d'orienter le moins possible les réponses des participants. Etant médecin généraliste, ce sujet m'interpellait et me questionnait beaucoup, sachant qu'inévitablement je m'étais forgé mon propre avis. Pour limiter ce biais, j'ai essayé de rester le plus neutre possible lors des entretiens afin de ne pas influencer les réponses des médecins.

6. Entretien

Forces

Nous avons choisi de mener des entretiens individuels au vu du contexte sanitaire. Le focus groupe nous aurait peut-être permis de dégager un plus grand nombre de thèmes et de les

développer plus en profondeur via l'échange et l'interaction entre les participants. Cependant, les entretiens individuels nous ont permis d'aborder des questions plus personnelles, de pouvoir rentrer dans l'intimité du quotidien des médecins, obtenir des confidences et ressentis concernant l'A.M que certains n'auraient probablement pas osé aborder ou développer en groupe. Cela a autorisé une expression plus libre et a aussi limité l'impact de l'influence de la pensée des uns sur d'autres.

Les entretiens ont tous été menés dans des conditions similaires : dans le cabinet des praticiens généralistes, ceci afin de créer un climat de confiance permettant une libre expression.

Ajoutons que tous nos entretiens ont eu lieu sur les jours de repos des médecins concernés. Les médecins étaient de ce fait pleinement concentrés sur les questions et le sujet sans contrainte horaire de durée.

Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données, c'est-à-dire jusqu'au moment où nous ne mettions plus en évidence de nouveau thème. Nous l'avons obtenu au douzième entretien, fait confirmé par la réalisation d'une entrevue supplémentaire, ce qui ajoute de la validité à notre étude.

Limites /Biais d'investigation :

Mon manque d'expérience dans l'animation et la bonne conduite d'un entretien a pu être responsable de formulations inadaptées de certaines questions pouvant aussi influencer les réponses ou limiter l'apparition de nouveaux thèmes.

7. Retranscription / analyses des données

Forces :

Un enregistrement numérique de chaque entretien a été réalisé, afin de limiter la perte d'informations orales. Puis la retranscription immédiate de chaque entretien assurait une écriture exacte du langage non verbal des participants.

L'analyse des données a été réalisée au fur et à mesure du déroulement des entretiens à l'aide du logiciel Word. Nous n'avons pas utilisé de logiciel spécifique dédié à la recherche qualitative.

Dans le but de gagner en objectivité dans l'interprétation de nos résultats, nous avons soigné leur présentation. En effet, les propos originels des médecins paraissent en italique et entre guillemets pour bien les différencier de nos représentations personnelles des résultats.

Pour plus de clarté, une synthèse est rédigée en gras à la fin de chaque grand thème reprenant les idées majeures de l'analyse. Nos principaux résultats sont ainsi plus facilement assimilables par les lecteurs.

Limites :

Les participants n'ont pas été sollicités pour effectuer une relecture de leur entretien afin de s'assurer de la conformité de la retranscription de leurs propos. En effet une retranscription mot-à-mot nous a semblé suffisante.

Notre recueil a été très riche avec un volume de données très important. Il a donc été difficile et fastidieux de dégager nos thèmes, de les trier et de les organiser afin que nos résultats paraissent le plus clair et explicite possible.

- Biais d'interprétation : biais inhérent à la recherche qualitative

Nous devons souligner l'interprétation subjective de nos retranscriptions, fait inhérent à la méthodologie qualitative.

De plus les différentes étapes de notre recherche (la réalisation du guide d'entretien, les entretiens, la retranscription, le codage et l'analyse des données) ont été réalisées par une seule et même personne. Cela peut favoriser les biais d'interprétation ; un manque d'objectivité involontaire de notre part sous l'influence de nos représentations personnelles du métier d'A.M. Afin de pallier à ces biais, une triangulation des données (intervention de personnes indépendantes ou confirmation des thèmes par les participants) est habituellement effectuée, mais par manque de moyen humain nous n'avons pas pu la réaliser. Pour minimiser au maximum ces biais, nous avons effectué une retranscription mot-à-mot pour nous rapprocher au plus près de la réalité et rester conforme aux réponses des médecins. Nous nous sommes ensuite efforcés de rester le plus impartial possible tout au long de l'étude et avons respecté avec la plus grande rigueur les différentes étapes de la méthode.

II. Discussion des résultats

1. Des médecins qui ont déjà adapté leur pratique

Les résultats de notre étude révèlent que le quotidien des médecins s'apparente à une véritable course après le temps avec des difficultés pour répondre à la demande de soins. Ce constat s'explique par la conjonction de la pénurie de médecins dans la plupart des territoires ajoutée à l'accroissement et au vieillissement de la population. De plus, les médecins font face à une évolution générale de la mentalité avec des patients qui deviennent de plus en plus consommateurs et exigeants ; par ailleurs, ils sont soumis à une charge administrative de plus en plus lourde. Ces phénomènes les mènent à l'épuisement malgré l'adaptation de pratique dont ils font preuve pour tenter de faire face.

- Difficultés à répondre à la demande

Selon une étude de la DRESS publiée en Janvier 2020, « en 2019, 7 médecins généralistes sur 10 estiment que l'offre de médecine générale dans leur zone d'exercice est insuffisante, et près de 4 sur 5 s'attendent à une baisse de cette offre dans les années à venir » (51). Il en résulte pour la plupart des médecins des difficultés à répondre à la demande de soin. En effet, « près de 80 % des médecins généralistes indiquent avoir des difficultés à répondre aux sollicitations des patients et la moitié déclare que ces difficultés ont un impact sur leur pratique » (51).

Les médecins expriment notamment des difficultés à répondre plus particulièrement à la demande de soins non programmés qui représente une part importante de l'activité des médecins généralistes libéraux. D'après une étude de la DRESS, « en 2019, ces demandes représentent plus de 30 % de l'activité d'une semaine ordinaire pour 4 médecins généralistes sur 10 » (52). Mais seulement « près de 3 généralistes sur 10 répondent à la totalité des demandes de soins non programmés et 45 % à plus de la moitié ». (52)

- L'exigence des patients

Les médecins observent une évolution de la mentalité des patients. Ceux-ci deviennent de plus en plus exigeants, ils sont des consommateurs de soins de plus en plus actifs avec de multiples demandes souvent injustifiées.

En 2004, Ipsos a mené une étude afin de savoir comment les médecins percevaient leur profession. Dans cette enquête, plus de 90% des médecins interrogés estiment que les patients sont devenus plus exigeants. 83% d'entre eux les jugent plus méfiants et 81% plus souvent demandeurs de thérapeutiques spécifiques. (11)

Dans une étude de 2011, Levy montre que les médecins sont de moins en moins considérés par les patients et que leurs exigences représentent les principales difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans leur exercice (53). Une étude réalisée par le Centre de sociologie et de démographie médicales (CSDM) a interrogé les médecins sur les difficultés de leur profession : environ 55% citaient l'exigence des patients. (53)

Dans cette même étude, il explique que « l'image du médecin libéral a été profondément modifiée au cours des années » (53). Nous avons évolué du médecin de famille que les patients respectaient au médecin « technicien » qui doit constamment se mettre à jour des nouvelles avancées scientifiques. Les médecins sont donc confrontés à des patients très informés, de plus en plus exigeants, et ils sont soumis à des obligations administratives de plus en plus contraignantes. (53)

- Vers un épuisement des médecins

Ces difficultés rencontrées par les médecins dans leur exercice quotidien peuvent aboutir à l'apparition d'un épuisement professionnel.

Selon une enquête de Cathébras et al. (2004, p. 1571) (54), menée auprès de médecins généralistes, 5% de l'échantillon présentaient un niveau élevé d'épuisement professionnel. Le

nombre d'heures excessif apparaissait avec une fréquence de 23,2% parmi les causes perçues de l'épuisement professionnel.

La charge de travail n'est pas la seule raison de cet épuisement de nos médecins français.

« Les attentes irréalistes des patients » (55) envers leur médecin, « la confrontation répétée avec des patients exigeants » ainsi que « la baisse de reconnaissance sociale vis-à-vis du métier de médecin » constituent les autres causes de leur épuisement professionnel. (55)

Par ailleurs, « l'ingratitude de certaines tâches réservées au médecin peut être génératrice de stress ». En premier lieu, on retrouve la lourdeur administrative. Ces tâches dites non médicales, éloignent les médecins de leur vocation première. De plus, la réalisation de ces tâches en dessous de leur niveau de compétence leur confère un sentiment d'inutilité et induit une frustration. (56)

Selon une étude de la DRESS datant de janvier 2020, face à ses difficultés, 10% des médecins envisageaient de changer d'activité professionnelle. (51)

- Adaptation des pratiques

Grace à notre étude, nous avons mis en évidence que face aux difficultés du métier, de nombreux médecins n'ont pas attendu une réforme pour adapter leur pratique et trouver des alternatives. Plusieurs médecins se sont tournés vers la délégation de tâches.

En effet, des médecins nous avouent confier à leur secrétaire de nombreuses tâches administratives pouvant aller jusqu'à la gestion de la comptabilité, mais également des tâches plus médicales qui dépassent leurs fonctions habituelles. Un médecin nous informe déléguer à sa secrétaire certaines tâches techniques comme par exemple la réalisation des ECG, la prise de certaines constantes vitales, en plus de la facturation, et de l'entame de la rédaction de certains certificats ou documents médicaux (AT, MP...).

Une étude de la DRESS de 2012, avait déjà mis en évidence une délégation de nombreuses tâches aux secrétaires. Les médecins de l'étude déclaraient que leurs secrétaires assuraient l'encaissement des règlements de consultation (14%), la comptabilité (33%), qu'elles délivraient des conseils aux patients (40%), joignaient des professionnels ou organismes à la demande des médecins (72%), effectuaient le pesage et toisage des patients (4%) ... (13)

La thèse de Raguideau C et Levesque L, réalisée en 2019, confirme ce phénomène, avec des médecins qui délèguent de nombreuses tâches, et pas seulement administratives, à leur secrétaire. Ils fonctionnaient déjà sur le modèle de l'A.M, mais de façon non officielle. (57)

Dans une étude de la DRESS de 2020, interrogés sur la façon dont ils adaptent leur pratique, « trois médecins sur quatre indiquent faire des journées plus longues que souhaité, un sur deux dit devoir augmenter les délais de prise de rendez-vous et un sur deux refuse de nouveaux patients en tant que médecin traitant » (51). Dans cette étude, 32% des médecins interrogés déclarent avoir l'intention de recourir au dispositif de l'A.M pour faire face à l'insuffisance de l'offre médicale. 68% de l'échantillon envisageaient, face à la sous densité médicale, de modifier leur pratique des soins, en s'appuyant notamment sur l'éducation

thérapeutique, dans le but de rendre leurs patients plus autonomes et permettre d'espacer les consultations. (51)

Certains médecins se trouvent déjà dans ce dynamisme et cette démarche de délégation de tâches, ce travail en équipe. La création du métier d'A.M par les instances de santé permet d'officialiser, d'encadrer et de faciliter ce processus déjà instauré par certains médecins qui n'ont pas eu d'autres choix que cette adaptation non réglementée de leur exercice pour faire face à l'explosion de la demande.

2. L'A.M : un métier qui a sa place dans notre système de soin

A l'interprétation de nos résultats, nous constatons que la quasi-totalité des médecins de notre échantillon sont favorables à la création et au développement du métier d'A.M dans notre système de santé. Ce constat s'accorde avec les résultats d'une thèse menée par Raphael Abt qui révèle que 77% des médecins participant à son étude sont favorables au principe de l'A.M (58).

La majorité des médecins de notre échantillon pensent qu'il est nécessaire et indispensable que les pratiques évoluent en France pour faire face à la diminution de la population médicale active et la demande croissante des besoins en soins de la population. Une majorité de médecins envisage d'évoluer vers la délégation de ces tâches qui empiètent sur leur temps médical, aux fins de l'optimiser.

Plus d'un an après le lancement du dispositif rendant possible le recrutement d'un A.M dans les cabinets médicaux avec l'aide financière de l'assurance maladie, environ 1000 contrats ont été signés, soit environ 85 par mois. Ces chiffres témoignent d'une belle dynamique d'adhésion des médecins à ce dispositif. 85 % des médecins qui recourent aux services d'un assistant médical sont des généralistes. (59)

Les médecins interrogés pensent que l'A.M sera bien accueilli par leurs patients. Notre système de santé évolue vers le développement de collaborations entre les différents métiers de santé. Les patients s'adaptent aux changements des pratiques et s'habituent à être pris en charge par différents intervenants, comme par exemple les IDE ASALEE ou des internes. Ils consentent à ce que leur médecin ne soit plus leur unique interlocuteur. Les patients acceptent ces évolutions marquées par des prises en charges pluriprofessionnelles coordonnées. Quelques médecins soulignent que le contexte actuel de sous densité médicale facilite cette acceptation.

Leur approbation sera d'autant favorisée si l'intervention d'un A.M permet une amélioration de la qualité des prises en charge et de l'accès aux soins. Pour cela, il est nécessaire que les A.M bénéficient d'une formation adaptée de qualité pour asseoir leurs compétences. Le métier d'A.M devra être défini avec clarté afin qu'il puisse trouver pleinement sa place dans notre système de soins. L'A.M devra se positionner face aux patients comme professionnel de santé à part entière, soumis au secret médical. Les patients garderont leur liberté de choisir d'être reçu ou non par un A.M.

Quelques études réalisées sur le ressenti des patients concernant la création du métier d'A.M (57,60,61,62) font ressortir qu'ils sont globalement prêts à envisager d'être reçus par un A.M bien qu'ils expriment quelques craintes d'une possible déshumanisation du soin avec une altération de la relation médecin-patient et une dégradation de la qualité des soins.

Dans les travaux de Vigouroux L. et Mourgues. E (60,61), la majorité des patients interrogés considère que l'accès aux soins sera amélioré avec l'A.M. Vigouroux L. ajoute que 82,5% des participants pensent que l'A.M améliorera la qualité des soins.

3. Des interrogations et des doutes

Nos résultats permettent de constater que malgré un avis globalement positif des médecins à l'égard de cette nouvelle profession, ils sont nombreux à exprimer des doutes et des interrogations, notamment concernant l'organisation de travail avec un A.M : quelles missions déléguer ? l'A.M permet-il un réel gain de temps ? Tous ces questionnements empêchent les médecins de se projeter vers une collaboration avec un A.M, ce qui freine les procédures de recrutement.

Ce constat est confirmé par les résultats de la thèse de Raphael Abt, qui met en évidence que malgré un avis favorable des médecins de l'échantillon (77%), seulement 28% des praticiens ont pour projet de recruter un A.M. (58)

Nous apportons plusieurs explications à ces phénomènes :

- Méconnaissance des médecins

La plupart des médecins déclarent avoir reçu peu voire pas du tout d'information concernant l'A.M. De plus, ils se plaignent du manque de clarté des informations reçues, laissant de nombreuses parts d'ombre sur le dispositif proposé par l'Assurance Maladie.

Nous avons mis en évidence des méconnaissances des médecins, notamment concernant le contrat d'aide à l'embauche passé avec l'assurance maladie, et plus particulièrement par rapport à l'aide financière proposée. Tous les médecins interrogés sont persuadés que cette aide est limitée à 3 ans, alors que celle-ci est dégressive les trois premières années avant de se stabiliser et se pérenniser pour toute la durée du contrat (21). Il s'agit ici d'un frein évident induit par la crainte de ne pas parvenir à rémunérer l'A.M à partir de la 4^{ème} année.

Pourtant l'assurance maladie a théoriquement envoyé un mail de présentation du dispositif à chaque médecin. Nous supposons donc que ce mail n'a pas été lu, soit par manque de temps, soit parce que noyé dans le flux des mails reçus quotidiennement, ou par défaut d'intérêt suscité. Ce mode de communication n'est peut-être pas le plus adapté pour promouvoir à lui seul ce type de réforme. Une innovation en terme de stratégie d'informations paraît souhaitable, de nombreux médecins regrettant ne pas avoir reçu plus de renseignements.

Certains praticiens ont, par exemple, suggéré de recevoir une vidéo retraçant de façon concrète le déroulement d'une journée de travail avec un A.M, ceci afin de leur faire découvrir le panel des possibilités qu'offre cette collaboration.

Certains éléments du dispositif peuvent paraître incomplets pour les médecins. En effet, la formation des A.M étant en cours d'élaboration, son contenu n'a pas encore été exposé au corps médical. Cela entraîne, pour les médecins, des difficultés à se projeter dans leur organisation de travail avec un A.M, notamment concernant les tâches à déléguer. Il semble donc important et crucial de rapidement diffuser le contenu de leur formation pour que les médecins puissent avancer dans leur démarche d'éventuel recrutement d'un A.M.

Devant ces doutes et interrogations exprimés par les participants de notre étude, une majorité souhaiterait bénéficier d'un retour d'expériences de médecins travaillant déjà avec un A.M, leur permettant une approche plus concrète du métier. On pourrait imaginer des réunions d'échanges de pratiques où un médecin accompagné de son A.M expliquent leur quotidien, leur organisation et fonctionnement de travail à des collègues intéressés par cette collaboration. Ces groupes d'échanges de pratiques seraient faciles à mettre en place et à développer sur notre département grâce à la présence de médecins expérimentateurs.

- L'A.M pas forcément une priorité

A travers nos résultats, nous observons que malgré l'engouement des médecins interrogés sur la création de ce nouveau métier, le recrutement d'un A.M ne représente pas une priorité pour un certain nombre d'entre eux. Tout d'abord, devant la diminution de la population médicale active, leur principale priorité est de recruter un ou des médecins. En vue de cet objectif, les médecins s'engagent de plus en plus comme maîtres de stage universitaires, afin de favoriser à moyen terme d'éventuelles installations de leurs internes. Ensuite, les médecins priorisent le recrutement d'une IDE ASALEE, qu'ils considèrent plus complémentaire, avant l'A.M. C'est donc un processus qui se fait par étape.

Ces observations nous suggèrent que l'A.M trouvera plus facilement sa place, ou tout au moins sera plus facilement recruté, dans les grosses structures de santé, type MSP, avec des médecins en nombre qui accueillent des internes et qui collaborent déjà avec des IDE ASALEE, structures où l'A.M apporterait une plus-value supplémentaire. Dans tous les cas, il est envisageable que notre système de soin évolue vers ce modèle de fonctionnement : des grosses structures pluriprofessionnelles de santé avec un regroupement des différents professionnels qui travaillent en équipe, centrées autour du patient.

4. L'A.M : pour quel type de médecin ?

Il paraît difficile de dégager un profil type de médecin spécifiquement favorable au travail avec un A.M. D'ailleurs, Raphael Abt, dans son enquête menée sur les A.M, n'a pas réussi à le faire. (58)

Toutefois, nos résultats nous orientent vers un profil de médecin plus intéressé que d'autres.

Tout d'abord, les jeunes médecins récemment installés sont moins favorables pour travailler avec un A.M. De fait, la création de ce nouveau métier ne fait pas l'unanimité chez les jeunes généralistes. En Avril 2019, RéAGJIR (syndicat de jeunes médecins) a réalisé une enquête auprès de jeunes médecins (remplaçants et jeunes installés) afin d'appréhender leur

perception du métier d'A.M : 52 % des jeunes médecins interrogés ne prendraient pas d'assistant médical, 25 % ne savaient pas et seuls 22 % avaient répondu favorablement. Leur principal frein était de devoir augmenter leur patientèle et donc leur nombre de consultations quotidiennes. (63)

Les jeunes médecins ayant participé à notre étude évoquent plus de difficultés à évoluer vers l'étape de la délégation de tâches. Ils expriment le besoin de passer du temps avec leurs patients, afin de bien les connaître, mais aussi apprendre à se connaître eux-mêmes, appréhender leurs limites. Ils expriment le besoin de se rassurer.

La minorité de médecins défavorables à l'A.M dans notre étude sont des femmes. Leurs principaux freins sont l'augmentation de leur patientèle, donc du temps de travail, et la diminution de la durée de consultation. Une étude de la DRESS datant de 2012, rapportait une durée de travail hebdomadaire moins importante pour les femmes médecins par rapport aux hommes (53h contre 59h) et un temps de consultation plus long que celui des hommes. (13) Les femmes expriment le besoin de passer plus de temps avec leurs patients. De plus, elles sont souvent plus orientées vers la gynécologie et la pédiatrie que leurs confrères masculins, spécialités où l'intervention d'une tierce personne dans la consultation paraît plus compliquée. Tout ceci peut expliquer que les femmes semblent moins attirées par le travail en collaboration avec un A.M.

En extrapolant, nous dégageons un profil de médecin plus favorable ou intéressé par l'A.M : des médecins masculins, ayant quelques années d'expérience, exerçant dans une structure de santé importante, type MSP, avec une forte activité, travaillant déjà avec des internes et des IDE ASALEE.

Il semblerait donc judicieux que l'assurance maladie cible, dans un premier temps, ce profil de médecin dans sa campagne de promotion de l'A.M pour en faciliter les recrutements et développer la profession.

5. Les attentes

A. Les apports de l'A.M

- Amélioration du confort de travail

A travers notre étude, nous avons constaté, que les médecins favorables à la création du métier d'A.M et intéressés pour recruter, le sont avant tout pour gagner en confort de travail. En effet, en raison de l'accroissement de la demande de soins, contrastant avec le manque de praticiens, les médecins français font face à une charge de travail importante, source de stress et d'épuisement. En déléguant les tâches dites « non médicales » aux A.M, les médecins se déchargent d'actes chronophages, énergivores, qui les parasitent et que les praticiens ne souhaitent plus effectuer. Cette délégation de tâches permettrait de rendre le quotidien des médecins plus agréable et supportable, tout en leur offrant plus de temps libre pour, s'ils le

souhaitent, se consacrer à des activités extra professionnelles et ainsi améliorer leur qualité de vie.

Dans le contexte sanitaire actuel, il est crucial de ne pas sous-estimer l'importance de l'amélioration des conditions de travail et de la qualité de vie des médecins.

- Optimisation du temps médical

En plus d'améliorer les conditions de travail des médecins, l'A.M permettra d'optimiser le temps médical. En se déchargeant de toutes leurs contraintes « non médicales » et en étant secondés dans leurs consultations, les médecins gagneront en efficacité, en se concentrant sur le soin, et en temps pour mieux répondre à la demande de soins.

Un des participants de notre étude, pense pouvoir gagner 1 h à 1,5h chaque jour, grâce à l'intervention d'un A.M, et ainsi consulter plus.

Abt R., dans sa thèse, a interrogé les médecins sur le nombre de consultations supplémentaires quotidiennes réalisables. Ils estimaient, en moyenne, pouvoir réaliser 4,457 consultations de plus par jour pour une médiane de 4 consultations/jour. Ceci représente une augmentation d'activité de presque + 20%, si l'on se réfère à la moyenne française d'activité d'un médecin. L'A.M permettrait donc d'augmenter l'offre de soins. (58)

- Amélioration de la qualité des soins

- Majoration du temps de prise en charge :

La durée moyenne des consultations de médecine générale en France est de 18 min (64).

Un des médecins interrogés pense qu'en se déchargeant de certaines tâches qui ne nécessitent pas ses compétences et peuvent donc être réalisées par un autre professionnel, les praticiens peuvent gagner au minimum 3 à 4 minutes par consultation. Celle-ci sera donc réduite en moyenne à 14-15 minutes. A cette prise en charge médicale, s'ajoutera le temps d'intervention de l'A.M comportant l'accueil du patient, le début de l'interrogatoire, la prise des constantes, la facturation, des actes de coordination et d'éducation thérapeutique... Cet échange avec l'A.M, nous l'estimons à environ 10 à 15 min.

Les patients verront ainsi leur temps de prise en charge majoré. Plusieurs médecins sont persuadés que cet allongement du temps de prise en charge, permettant notamment le recueil de plus d'informations sur les patients, et de prodiguer des soins plus complets, améliorera la qualité des soins.

- Standardisation du soin :

Les médecins généralistes, compte tenu de l'accroissement de la demande de soin, n'ont plus le temps d'effectuer certains actes de dépistage ou de prévention et donc de proposer une prise en charge optimale. Il s'agit par exemple de la réalisation d'ECG réguliers chez les patients sportifs, la vérification des vaccins et des tests de dépistage organisés (test hemocult, mammographie...), mais aussi la réalisation de tests de dépistage chez les enfants à la

recherche de troubles auditifs, visuels ou du langage, ou plus simplement la prise de poids ou de la TA de façon régulière.

Tous ces actes pourraient être réalisés de façon systématique en début de consultation par l'A.M. Cette protocolisation du soin permettrait d'éviter les oublis, et les erreurs ; elle aiderait à limiter les retards diagnostiques et renforcerait la qualité des soins. (65)

- Principe de spécialisation :

Certains médecins généralistes interrogés expliquent réaliser dans leur quotidien des tâches pour lesquelles ils n'ont reçu aucune formation. Il s'agit principalement de tâches administratives, comme la comptabilité, mais également de tâches plus techniques et médicales : parage de plaies, réfection de pansement, réalisation de certains tests de dépistage (chez les enfants notamment). Si les A.M reçoivent une formation adaptée et de qualité, ils exécuteront ces différentes tâches mieux que les médecins, ce qui améliorera la qualité des soins.

- Renforcement de l'éducation thérapeutique :

Dans notre étude, plusieurs médecins proposent que l'A.M, en fin de consultation, prenne un temps avec le patient afin de lui réexpliquer les traitements et examens complémentaires prescrits, de lui rappeler les consignes de surveillance et les signes qui doivent le faire reconsulter, puis de répondre à leurs interrogations. Il peut également en profiter pour effectuer des missions de prévention comme le rappel des règles hygiéno-diététiques chez les patients ayant des facteurs de risque cardiovasculaires. Ces interventions favoriseraient et renforceraient l'implication des patients dans leur santé. Les A.M pourraient ainsi endosser un rôle d'éducateur en santé, plus particulièrement en terme d'éducation thérapeutique.

Une étude de la DRESS, réalisée en janvier 2020, mettait en évidence que pour faire face à la diminution de l'offre de soin, une majorité des médecins interrogés (68% du panel) envisageaient de modifier leurs pratiques de soins auprès des patients, dans l'objectif de les rendre plus autonomes, par le biais de l'éducation thérapeutique (51). Cette idée semblait s'imposer à ces médecins généralistes comme une des solutions à la pénurie de médecins, en permettant d'espacer les consultations pour répondre à d'autres demandes.

De plus, une revue de la littérature réalisée par U. Stenberg et son équipe, qui évalue des articles publiés entre 2000 et 2016, met en évidence que l'éducation thérapeutique délivrée chez les patients souffrant de pathologies chroniques leur était bénéfique, en permettant de diminuer le nombre d'admissions aux urgences, de consultations chez le médecin généraliste, et d'améliorer la qualité de vie. L'éducation thérapeutique est efficace aussi pour réduire les coûts en santé. (66)

Une étude menée en 2015 aux Etats-Unis, met en évidence que l'intervention d'A.M en éducation thérapeutique, auprès de patients souffrant de pathologies chroniques, permettait d'améliorer la qualité des soins, ainsi que la satisfaction des patients quant à leur prise en charge. (67)

L'A.M pourrait donc avoir un véritable rôle d'éducateur en santé auprès des patients. Il prendrait le temps de leur expliquer leurs pathologies, leurs traitements et les modalités de suivi... En y ajoutant des missions de prévention, ces interventions de l'A.M permettraient tout d'abord d'améliorer la qualité des soins, de diminuer la consommation de soins, et de réduire les coûts en santé.

- Le travail d'équipe

Devant l'évolution de la démographie médicale en France et l'accroissement de la demande de soin, la pratique des médecins généralistes évolue de plus en plus vers un regroupement des professionnels de santé notamment en MSP. L'objectif principal est de maintenir une offre de soins acceptable particulièrement dans les territoires fragiles.

En 2013, une évaluation des maisons de santé réalisée par l'IRDES, montrait que ces regroupements améliorent la qualité des soins à moindre coût (68) et apparaissent donc comme une réponse efficace au contexte sanitaire actuel.

Dans son travail de thèse, Magnien F., qui questionne des médecins sur leur mode d'installation, met en évidence que 69% des participants de son étude ont fait le choix d'une installation en groupe (dont 29% en MSP) et plus spécifiquement les jeunes de moins de 40 ans (82%). Ces résultats montrent que les jeunes générations de médecins privilégient l'installation en groupe et notamment en MSP. (69)

Cette réorganisation du soin marquée par un regroupement pluriprofessionnel est propice au développement du travail en équipe.

Le travail d'équipe tend à se développer en soins primaires avec notamment la création de l'IDE ASALEE, profession qui a pleinement trouvé sa place dans le système de santé français.

T. Bodenheimer et ses collaborateurs ont justement évalué ce nouveau mode de fonctionnement du soin dans une étude réalisée en 2007. Ils en dégagent des règles indispensables à la mise en place d'un travail d'équipe efficace. En premier lieu, bien identifier les différentes tâches qui peuvent être accomplies par quelqu'un d'autre que le médecin, créer des protocoles de soin pour la réalisation de ces tâches, puis former les professionnels à les exécuter, et enfin les médecins doivent superviser le travail pour s'assurer que les tâches soient bien faites et de façon cohérente. (65)

Ce type de fonctionnement en équipe, avec des intervenants bien formés, où chaque professionnel a un rôle bien défini, appliquant des protocoles bien établis, avec une communication efficace, pourrait être bénéfique pour les patients, tout d'abord en augmentant l'offre de soin puis en améliorant la qualité des soins.

De plus, le travail en équipe avec l'A.M permettra aux médecins de bénéficier d'un autre regard sur leur pratique mais également sur leurs patients, tout en représentant un nouvel interlocuteur auquel les patients auront peut-être plus de facilité à se confier.

B. Le rôle des A.M

Le texte de l'avenant 7 à la convention, donne à titre d'exemple et de façon non limitative, une liste des différentes missions qui peuvent être confiées à un A.M. Il précise que c'est à chaque médecin d'apprécier les missions qu'il souhaite confier à son A.M, en fonction de ses besoins et de son mode d'exercice. Cela laisse donc aux médecins un éventail de possibilités très large, mais limité par la notion de responsabilité et par le niveau de formation des A.M. Il est donc important et nécessaire de définir plus précisément les missions confiées à l'A.M car ce sont ces missions qui détermineront le contenu de leur formation. (21)

- Concernant les tâches administratives :

Tous les médecins interrogés souhaitent prioritairement déléguer leurs tâches administratives. Cette constatation corrobore les résultats d'une enquête menée par RéAGJIR en mai 2019 auprès des jeunes généralistes qui révèle que leur principale attente concernant l'A.M est de diminuer le temps administratif (63). Les tâches administratives ne nécessitent pas de compétence médicale particulière et seront probablement mieux exécutées par un A.M qui aura reçu une formation adaptée. Ceci peut expliquer l'engouement des médecins à vouloir se décharger de tous ces actes non médicaux.

Ils sont aussi nombreux à vouloir déléguer la tenue des dossiers médicaux, la gestion des stocks de documents et matériels médicaux, et, via la plateforme Ameli pro, le renouvellement des ALD, la déclaration « médecin traitant ». Ils souhaitent aussi se décharger de la facturation, et de la gestion informatique avec la mise à jour des logiciels.

Plusieurs médecins confieraient le pré remplissage de certains certificats médicaux, comme notamment les dossiers MDPH, les arrêts de travail, même s'il existe quelques réserves de la part d'autres participants. Ces réticences sont expliquées par la responsabilité engagée par les médecins à travers ces différents certificats.

Nos résultats correspondent à ceux de l'étude de Abt R. qui montre que 87% des médecins qu'il a interrogés souhaitaient déléguer la gestion des dossiers patients, 87% la gestion des stocks de matériel (87%), 78% l'encaissement et seulement 61% la préparation des certificats avant signature. (58)

RéAGJIR (syndicat des jeunes médecins) dans son enquête auprès des jeunes généralistes a mis en évidence que 60 % des médecins de l'étude délégueraient l'encaissement, 25 % la tenue à jour des dossiers des patients. Les avis sont plus partagés concernant la délégation du pré remplissage de certificats : sous réserve de vérification, 22 % seraient prêts à déléguer les bons de transport, 19 % les certificats d'arrêts de travail de courte durée, 11 % les certificats MDPH (Maison départementale des personnes handicapées). (63)

- Concernant les tâches médicales :

Même si les médecins de notre étude privilégieraient la délégation des tâches administratives, ils souhaitent également leur attribuer des missions en lien avec la préparation et le déroulement de la consultation.

Ces missions passent par l'accueil du patient, l'identification du ou des motifs de consultation, une aide au déshabillage/habillage. Les médecins souhaitent déléguer la mesure du poids, de la taille, la vérification des dépistages, des vaccins...

La délégation des tâches purement médicales leur semble plus limitée. En effet, les participants sont partagés concernant la réalisation de certains actes plus techniques, comme par exemple la prise de la tension artérielle et l'interrogatoire. Certains médecins considèrent que ces tâches font partie intégrante de leurs missions, ils les jugent trop complexes et techniques pour être effectuées par l'A.M.

Cette réticence a également été constatée dans le travail de thèse de Abt R. où les répondants étaient partagés concernant la mesure de la tension artérielle : 57% préféraient que l'assistant s'en occupe, 43% voulaient continuer de le faire. (58)

Les médecins sont prêts à confier à l'A.M certains actes simples (ECG, BU, strepta test) et se faire aider dans la réalisation de gestes techniques (préparation de matériel). Pour quelques médecins, l'A.M pourrait réaliser en autonomie certains gestes comme le nettoyage et parage d'une plaie, l'ablation de fils de suture...

Les médecins manquent parfois de temps pour effectuer les différentes missions de dépistage. L'A.M pourrait donc s'en occuper et ainsi renforcer la prévention, plus particulièrement chez les enfants avec la réalisation des tests auditifs, visuels, le TL4...

Les A.M pourront avoir un rôle d'éducation lors d'un temps dédié en fin de consultation, par exemple, en expliquant les différents examens prescrits, les traitements...

De même, ils faciliteront la coordination des soins centrés autour du patient, en faisant le lien entre les différents professionnels, en aidant le patient à prendre un RDV avec un autre spécialiste ou pour un examen complémentaire.

Certains médecins souhaiteraient aller plus loin dans les missions attribuées à l'A.M. Ils voudraient qu'ils réalisent des consultations de suivi chez les patients souffrant de pathologies chroniques, en autonomie, aux fins d'espacer les renouvellements d'ordonnances.

C. Organisation de travail : modèle type de consultation avec un A.M

Après analyse de nos résultats, nous avons essayé de concevoir un fonctionnement de travail A.M/médecin idéal, correspondant aux différentes attentes des médecins interrogés. Voici un modèle type de consultation avec l'intervention d'un A.M.

Pour les participants de notre étude, la présence d'un A.M. paraîtrait plus adaptée dans les grosses structures de santé type MSP, où il existe une importante activité de soins. Ces structures bien organisées prônent le travail d'équipe entre différents professionnels de santé, s'articulant souvent autour de protocoles de soins.

2 à 3 médecins d'une même structure se partageraient un A.M. qui pourrait ainsi travailler 1 à 2 journées par semaine avec chaque médecin.

L'A.M assurerait en priorité les consultations de suivi de patients souffrant de pathologies chroniques. Un tri des motifs de consultation s'impose en amont pour élaborer le planning.

Les médecins interrogés préféreraient soit travailler avec une personne qui a de l'expérience dans le soin, par exemple une ancienne IDE ou aide-soignante, soit que l'A.M bénéficie d'une formation de qualité lui permettant d'acquérir des connaissances à la fois médicales et administratives, un profil à mi-chemin entre une secrétaire médicale et une aide-soignante.

L'A.M bénéficierait d'un local indépendant avec son propre matériel informatique et médical (tensiomètre, pèse-personne, saturomètre, thermomètre...).

En plus de la réalisation des tâches administratives courantes, l'A.M jouerait un rôle dans la préparation et le déroulement des consultations.

Il recevrait en autonomie les patients en pré-consultation. Dans un premier temps, il mettrait à jour le dossier médical, en vérifiant les antécédents, les données personnelles du patient. Il en profiterait pour vérifier les vaccins et la réalisation des dépistages organisés (mammographie, test hemocult...). Ensuite il contrôlerait que les derniers résultats d'examen complémentaires, de prise de sang ou les comptes rendus de spécialistes figurent bien dans le dossier du patient.

Il pourrait, dans un second temps, identifier le ou les motifs de consultation, débiter éventuellement l'interrogatoire. L'A.M aiderait, le cas échéant, le patient à se déshabiller, puis le pèserait, et en fonction du souhait des médecins, relèverait ses constantes (TA, saturation, température, FC...).

L'A.M pourrait réaliser quelques gestes techniques simples en fonction des besoins : BU, streptatest, ECG, parage de plaie...

Il aurait la possibilité de réaliser certains tests de dépistage notamment chez les enfants (vision et audition) ou des tests qui évaluent l'intensité de certains symptômes ou pathologies (MMSE, test Hamilton).

Arrive ensuite le temps de la consultation médicale : le médecin rejoindrait le patient pour apporter son expertise. Plusieurs options sont possibles : soit l'A.M resterait avec le médecin pour le seconder, l'aider dans la réalisation de gestes (drainage d'abcès, infiltration...) soit il se rendrait dans un autre local pour accueillir un autre patient, ou y effectuer des tâches administratives.

L'A.M pourrait clôturer la consultation, en effectuant la facturation, en donnant au patient les ordonnances prescrites tout en les lui expliquant. L'A.M profiterait de ce temps pour éduquer le patient notamment sur le plan thérapeutique dans l'objectif de renforcer la qualité des soins. Il pourrait également faciliter la coordination des soins.

Les possibilités d'organisation de travail avec un A.M sont multiples, ainsi que les missions à lui attribuer. Elles dépendront des souhaits et besoins de chaque médecin.

D. Le profil de l'A.M : un métier de reconversion

Les médecins interrogés dans notre recherche ont pu s'exprimer concernant le profil d'A.M souhaité. Ils insistent sur l'importance que la personne recrutée à ce poste dispose d'une expérience dans le soin. A leurs yeux, cette nouvelle profession correspond plutôt à un métier de reconversion. D'ailleurs quelques médecins seraient prêts à recruter uniquement un(e) ancien(ne) IDE pour assumer le poste d'A.M.

Si nous synthétisons les résultats concernant le profil de l'A.M souhaité, nous pouvons conclure qu'il se trouve à mi-chemin entre un profil plutôt orienté administratif comme la profession de secrétaire médicale et un profil plutôt soignant représenté par les métiers d'aide-soignante et d'IDE. Certains médecins utilisent le terme de « super secrétaire » ; c'est-à-dire une secrétaire qui dépasse les fonctions qui lui sont habituellement attribuées, avec l'ajout de missions plus médicales.

Ce profil d'A.M désiré par les participants, ainsi que leur vision de cette profession comme un métier de reconversion est en accord avec les mesures de l'arrêté du 7 novembre 2019 relatif à l'exercice de l'activité d'assistant médical. (25)

En effet celui-ci stipule qu'actuellement, sont autorisés à exercer auprès d'un médecin exerçant en ville, à titre libéral ou à titre salarié en centre de santé, la fonction d'assistant médical, les détenteurs des qualifications professionnelles suivantes (article Légifrance) (25):

- a) Le diplôme d'Etat d'infirmier (DEI) ;
- b) Le diplôme d'Etat d'aide-soignant (DEAS) ;
- c) Le diplôme d'Etat d'auxiliaire de puériculture (DEAP) ;
- d) Le certificat de qualification professionnelle (CQP) d'assistant médical.

E. La formation de l'A.M

Il n'existe pas encore en France de formation bien établie. L'un des objectifs de notre étude est d'identifier les attentes des M.G à propos du métier d'A.M, notamment concernant les différentes missions qu'ils souhaiteraient leur attribuer, pour ainsi aider à l'élaboration de leur formation. Notre travail nous a permis de préciser les tâches déléguables à l'A.M par les médecins et ainsi établir une liste, non exhaustive de connaissances et compétences que l'A.M devra acquérir durant sa formation.

Sur le plan administratif :

- Connaître la cotation des différents actes de médecine générale, les modalités de rédaction des principaux certificats, de remplissage de certains documents médicaux et demandes de prise en charge (AT/MP/bon de transport/demande ALD, déclaration MT, dossier MDPH, dossier APA...)
- Gérer les stocks et commandes du matériel nécessaire dans un cabinet de MG

- Maîtriser les outils bureautiques, les différents logiciels médicaux, l'interface AméliPro
- Connaître la réglementation des soins, le réseau de soin, son fonctionnement sur le territoire d'exercice, les conditions dont les droits d'accès aux soins, les outils de coordination : CPTS, dispositif d'appui, MAIA, CLIC...
- Avoir des compétences en gestion de dossier et en comptabilité
- Savoir effectuer la facturation des consultations

Sur le plan médical :

- Prévention et dépistages :
 - Connaître les calendriers vaccinaux enfant et adulte
 - Connaître les modalités des dépistages organisés
 - Chez l'enfant : Savoir réaliser certains tests de dépistage concernant les troubles visuels, le langage...
 - Chez l'adulte : Savoir utiliser certaines échelles standardisées de dépistage (test Hamilton) et de dépendance/autonomie (Grille GIR)
- Education des patients :
 - Compétences en éducation à la santé : avoir quelques notions et savoir les expliquer aux patients (drainage nasal chez un nourrisson, rappel des RHD chez un diabétique, alimentation du nourrisson, savoir expliquer la réalisation d'une automesure tensionnelle à domicile...)
- Connaissances générales :
 - Connaître les règles d'hygiène dans un cabinet médical
 - Avoir quelques notions de conduite d'un interrogatoire
 - Connaître les principales pathologies rencontrées en médecine générale
 - Connaître les principaux examens complémentaires prescrits en médecine générale
 - Connaître la signification des principaux résultats biologiques : HbA1C, TSH, INR, CRP, et savoir identifier une anomalie nécessitant un avis médical
 - Connaître les grandes classes des principales thérapeutiques utilisées en médecine générale
 - Savoir identifier les motifs « urgents » de consultation : douleur thoracique, dyspnée, signe d'AVC...
 - Savoir repérer les situations à risque
 - Avoir validé la formation AFGSU pour savoir appréhender une situation d'urgence vitale
- Gestes techniques :
 - Savoir prendre les constantes : TA, FC, FR, Saturation, température et connaître leurs normes

- Savoir prendre les mensurations : taille, poids, IMC, PC chez les enfants
- Savoir réaliser les actes courants en médecine générale : ECG, BU, streptatest...
- Savoir préparer les vaccins, retirer des fils de suture, nettoyer, parer et désinfecter une plaie, refaire des pansements
- Connaître le matériel nécessaire à la réalisation des actes techniques : suture, FCV, infiltrations...

6. Les freins

A. Concernant les modalités du contrat passé avec la CPAM

- Les contreparties : augmentation de la patientèle

Dans notre étude, le principal frein des médecins à recruter un A.M que nous avons mis en évidence est la contrepartie de devoir augmenter leur nombre de patients pour pouvoir bénéficier de l'aide financière de la CPAM. Presque tous les médecins interrogés refusent d'augmenter leur patientèle. Plusieurs médecins refusent également de majorer leur nombre de consultations quotidiennes. Les rares qui accepteraient d'augmenter leur nombre de consultations prioriseront les demandes de leurs patients. De nombreux participants considèrent déjà travailler trop. S'ils collaborent avec un A.M c'est avant tout pour gagner en confort de travail, pouvoir se concentrer sur le soin et donc gagner en qualité de prise en charge, en se délestant de certaines tâches notamment administratives. Cette mesure paraît donc incohérente à certains médecins pour lesquels la majoration de leur patientèle augmentera inéluctablement leur charge de travail administratif.

De plus, pour bénéficier de cette aide financière, les médecins devront rendre des comptes à l'assurance maladie et justifier l'atteinte des objectifs fixés. Ils craignent que ces justifications soient complexes et empiètent sur le temps médical.

Certains proposent donc de simplifier au maximum ce processus de justification de l'atteinte des objectifs fixés.

Nos résultats concordent avec ceux d'une enquête menée par un syndicat auprès des jeunes médecins qui révèle que 68 % d'entre eux sont contre une augmentation imposée du nombre de consultations et 78 % contre le fait de devoir en contrepartie accroître leur patientèle. (63)

- Être employeur

Devenir employeur avec toutes les contraintes que cela représente est un réel frein pour les médecins interrogés.

Tout d'abord, les médecins ne sont pas formés à la gestion d'une entreprise et ne se considèrent pas toujours capables d'endosser ce rôle de chef d'entreprise. De plus, ils considèrent que cette gestion administrative et humaine d'un employé leur rajoutera du temps de travail.

Il semblerait plus judicieux, pour séduire le plus de médecins possible, de leur proposer un autre système d'embauche. Quelques médecins suggèrent que l'A.M ne soit pas salarié par le médecin, mais par la CPAM, avec, par exemple, un système basé sur le même fonctionnement que l'IDE ASALEE.

En plus du temps passé à gérer toutes les contraintes habituelles d'un employeur, ce que les médecins redoutent le plus est de s'engager dans un contrat de travail, avec le risque, si la collaboration se passe mal, d'un licenciement. Si les médecins doivent rester les employeurs, il paraît donc nécessaire d'envisager des modalités faciles d'une éventuelle séparation.

B. Importance du temps consacré au patient

- Refus de diminuer le temps de consultation

L'objectif de la création du métier d'A.M par le gouvernement est de décharger les médecins des tâches déléguables afin de leur libérer du temps dédié à soigner plus de patients. L'A.M deviendrait ainsi une réponse à la pénurie médicale. La consultation devra donc être repensée et une des alternatives pour assumer l'augmentation du nombre de consultations quotidiennes est d'en réduire la durée.

Mais, de nombreux médecins interrogés refusent de diminuer leur temps de consultations.

En premier lieu, ils considèrent que tous les temps d'une consultation sont importants à une prise en charge de qualité dont celui du recueil des informations complémentaires.

Si l'A.M accueille et commence la consultation en autonomie, le médecin perdra ces premiers temps d'observation qui sont cruciaux dans l'élaboration d'un diagnostic.

Une revue de la littérature de 2016 a également relevé l'importance de ces premiers temps de consultation, montrant que dans 56 à 95% des cas, le diagnostic est établi dans les premières minutes de consultation (après recueil de la plainte principale et l'anamnèse) (70).

Ensuite, certaines tâches, comme le passage de la carte vitale, la facturation, mais aussi la prise des constantes considérées comme « temps morts », sont des instants déterminants et précieux pour certains médecins. Ce sont des temps d'observation du patient propices à la confiance. Ils permettent, outre sa prise en charge globale, l'instauration d'une relation de confiance avec lui. Ces instants d'intimité favorisent l'échange avec le patient, permettant de ne pas passer à côté du vrai motif de consultation parfois masqué par d'autres plaintes anodines. C'est la recherche de « l'agenda caché » (71) des patients, décrit dans l'article de P.Y Rodondi et ses collaborateurs, qui pourrait être entravé par la diminution du temps de consultation.

Pour certains médecins cette diminution du temps d'observation et d'échange du médecin avec ses patients entraînerait une perte d'informations et pourrait donc être source d'erreur médicale.

Les patients accordent beaucoup d'importance au temps que leur consacre leur médecin et tiennent à entretenir une relation durable et de qualité avec lui. Une étude de l'IRDS de 2016 souligne que « la qualité de la relation entretenue avec les professionnels de santé » est la dimension la plus importante, pour les personnes âgées, pour qu'elles soient satisfaites de leur prise en charge. (72)

Une enquête menée en 2003, auprès de plus de 1000 patients, concluait que les principales causes de changement de médecin étaient « le manque de disponibilité et le manque d'écoute ». (73)

Les relations humaines que le médecin entretient avec son patient jouent un rôle important dans sa qualité de prise en charge et même dans sa guérison. M. Thomas explique que le médecin est « le premier des médicaments essentiels ». (74)

La diminution de la durée de consultation avec la suppression de certains temps d'échange médecin/patient pourra donc avoir un effet négatif sur la qualité de la prise en charge et cet « effet médecin ».

C. Crainte de perdre le cœur de métier

Une des principales craintes des médecins généralistes en travaillant avec un A.M est de perdre leur cœur de métier, ce qui en fait sa richesse : le relationnel, le contact avec les patients. C'est souvent cet aspect de la profession que les médecins apprécient le plus, ce pour quoi ils se sont orientés vers la médecine générale. Ils craignent la progression vers une déshumanisation et une robotisation de la médecine avec une évolution du statut du médecin traitant : la disparition du médecin de famille proche de ses patients, qui les connaît parfaitement, remplacé par des médecins « techniciens », qui n'assumeront que l'aspect décisionnaire du soin sans développer de relation avec leurs patients.

Les relations particulières que les médecins entretiennent avec leurs patients font partie intégrante de l'identité de la médecine générale. Supprimer cet aspect du métier n'a aucun sens à leurs yeux et dévaloriserait la profession.

D. Freins logistiques

- Une réorganisation de l'espace

Concernant l'organisation de travail avec un A.M, les médecins interrogés envisagent qu'il réalise certains temps de la consultation en autonomie. Cela nécessite que l'A.M possède son propre bureau. Le manque de local supplémentaire ou disponible représente un frein pour de nombreux médecins.

De même, le travail avec un A.M demande aux médecins de repenser leur organisation de travail, la gestion de leur agenda...

7. Propositions pour améliorer l'acceptation de l'A.M par les médecins

L'identification des attentes des médecins envers un A.M et surtout des freins à son éventuel recrutement, nous ont permis d'élaborer des propositions qui permettraient une meilleure acceptation des A.M par les médecins.

Voici une liste de propositions déduite de nos résultats.

- Une information plus adaptée, plus concrète :
 - Développement de groupes d'échange de pratique avec un retour d'expérience de médecins exerçant avec un A.M.
 - Un nouveau support d'information plus concret : la vidéo
 - Des informations plus claires, notamment concernant l'aide financière de l'assurance maladie...
- Une clarification du contenu de la formation d'A.M et sa communication aux médecins
- La modification de certains aspects du contrat passé avec l'assurance maladie :
 - Revoir ou réadapter la contrepartie d'augmentation de patientèle
 - Faciliter au mieux la justification de l'atteinte des objectifs fixés par la CPAM
 - Envisager que l'A.M ne soit pas salarié par le médecin mais par la CPAM.
- Un contrat de travail simplifié, afin de faciliter une éventuelle séparation si la collaboration se passe mal, pour protéger le médecin d'un licenciement coûteux.

Conclusion

Nous avons pu mettre en évidence que le métier de médecin généraliste en France devient de plus en plus difficile à exercer. En effet, notre système de santé fait face à de nombreux défis (manque de médecins, accroissement et vieillissement de la population). En réponse, le gouvernement propose la création d'un nouveau métier : l'assistant médical (A.M) dont l'objectif serait, par délégation de tâches, de libérer du temps médical afin d'augmenter la file active et ainsi d'améliorer l'accès aux soins de premiers recours.

Pour les médecins interrogés, le développement de ce type de collaboration paraît inéluctable pour faire face à la crise sanitaire actuelle. Les pratiques doivent évoluer pour s'adapter aux besoins de la population. La plupart des médecins généralistes ont déjà mis en place et développé, parfois de façon non officielle, ce type de pratique. Ils délèguent de plus en plus de tâches à d'autres professionnels de santé (IDE ASALEE, secrétaire médicale).

Les médecins de notre étude sont favorables à l'arrivée de cette nouvelle profession dans notre système de santé. Malgré cet enthousiasme, ils sont nombreux à exprimer des interrogations et des doutes concernant l'intégration de l'A.M dans le soin, avec pour conséquence des difficultés à se projeter dans cette coopération A.M/médecin. Ces ressentis peuvent s'expliquer par un manque d'information reçue sur le dispositif proposé par la CPAM.

Malgré tout, les médecins semblent avoir une idée assez précise du profil et du rôle de l'A.M qu'ils souhaiteraient. Une expérience du soin semble un critère indispensable à leurs yeux. L'A.M idéal aurait un profil médico-administratif, à mi-chemin entre un soignant (IDE, aide-soignante) et une secrétaire médicale. Les médecins interrogés leur délègueraient prioritairement les tâches administratives, pour pouvoir se concentrer pleinement sur le soin. Ils envisagent également que l'A.M endosse un rôle plus clinique auprès du patient.

Il se dégage de notre étude un profil de médecin plus spécifiquement intéressé par l'A.M. Il s'agit de médecins ayant plusieurs années d'expérience, une forte activité et exerçant dans une importante structure de santé, type MSP où le travail en équipe pluridisciplinaire est déjà instauré et où le développement de ce type de collaboration est plus facile à mettre en place. Il est probable que notre système de soin de premiers recours évoluera de plus en plus vers ce type de structures qui rassemblent de nombreux intervenants de santé travaillant de façon coordonnée au service des patients.

Pour satisfaire aux attentes des médecins, nous avons établi une liste, non exhaustive, de connaissances et de compétences que l'A.M devra acquérir au cours de sa formation.

La principale motivation des médecins à mettre en place ce mode d'exercice est la recherche d'un confort de travail et la limitation de leur épuisement professionnel. Ils espèrent aussi améliorer la qualité des soins, notamment en attribuant à l'A.M un rôle de prévention, de coordination et d'éducation des patients.

Toutefois, il est important de fixer des limites à ce transfert de compétences. En effet les médecins refusent de diminuer la durée de leurs consultations. Ils souhaitent préserver ces relations particulières qu'ils entretiennent avec leurs patients et considèrent que tous les temps passés auprès de lui sont importants pour des prises en charges de qualité. Ils redoutent de perdre la richesse, l'identité de leur métier et d'évoluer vers une médecine à la chaîne, déshumanisée, en devant satisfaire à l'exigence de la CPAM qui demande l'augmentation de leur patientèle.

L'identification des attentes et surtout des freins des médecins concernant l'A.M nous a permis d'élaborer des propositions pour améliorer leur acceptation du dispositif. Cela passe notamment par une meilleure stratégie de communication autour de l'A.M.

Sous réserve de respecter certaines conditions, comme une formation de qualité, le métier d'A.M semble avoir sa place dans notre système de santé. Certains médecins ont déjà franchi le pas et travaillent avec des A.M. Il sera intéressant dans des études futures, d'évaluer l'impact réel de l'A.M sur le soin, et de recueillir le ressenti des patients sur l'intervention de ce nouvel acteur de santé dans leur parcours de soin.

Bibliographie

1. Ordre national des médecins. Atlas de la démographie médicale en France [Internet]. 2020 [cité 2 févr 2021]. Disponible sur : [cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf](https://cnom-atlas-demographie-medicale-2020-tome1.pdf) (conseil-national.medecin.fr)
2. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H, Monziols M, et al. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutiques ? 2021;74.
3. Bachelet M, Anguis M. Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée. Etudes et Résultats [Internet]. 2017 [cité 18 févr 2020];(1011). Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-medecins-d-ici-a-2040-une-population-plus-jeune-plus-feminisee-e>
4. Chaput H, Monziols M. Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine. Etudes et résultats. [Internet]. Mai 2019 [cité 18 févr 2020];(1113). Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1113.pdf>
5. Anguis M, Chaput H, Mabet C. 10 000 médecins de plus depuis 2012. Etudes et Résultats [Internet]. Mai 2018 [cité 18 févr 2020] ;(1061). Disponible sur : [er_1061.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1061.pdf) (solidarites-sante.gouv.fr)
6. Démographie – France, portrait social | Insee [Internet]. [cité 19 mai 2020]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4797574?sommaire=4928952>
7. Projections de population à l'horizon 2070 - Insee Première - 1619 [Internet]. [cité 19 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228>
8. CartoSanté-Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. [cité 18 févr 2020]. Disponible sur : <http://cartosante.atlasante.fr/#c=report&chapter=omni&report=r01&selgeo1=dep.85&selgeo2=fra.99>
9. Portail de l'observatoire de Vendée : Chiffres clés [Internet]. [cité 18 févr 2020]. Disponible sur : <https://observatoire.vendee.fr/ressources/chiffres-cles/>
10. Branthome E. Démographie des Médecins Généralistes et Spécialistes sur la Vendée au 1er janvier 2019. Conseil départemental de l'ordre des médecins de la Vendée. 2019, 37p

11. Le regard des médecins sur leur métier a changé [Internet]. Ipsos. [cité 2 févr 2020]. Disponible sur : <https://www.ipsos.com/fr-fr/le-regard-des-medecins-sur-leur-metier-change>
12. Fur PL, Bourgueil Y. Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles. 2009;8.
13. Seys B, Hini E. Les emplois du temps des médecins généralistes. Etudes et résultats. [Internet]. Mars 2012. [cité 2 févr 2020] ;(797). Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er797-2.pdf>
14. Decorde A. Déterminants à l'installation en médecine générale : analyse croisée des médecins généralistes remplaçants et jeunes installées du secteur Nord Alpin [Thèse d'exercice]. Université Joseph Fourier (Grenoble) ; 2011.
15. Breuil-Genier P, Goffette C. La durée des séances des médecins généralistes. Etudes et Résultats n°481. [Internet]. 2006. [cité 2 févr 2020]. Disponible sur : <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er481.pdf>
16. Santé M des S et de la. Ma santé 2022 : un engagement collectif [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 13 mars 2020]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/>
17. La loi relative à l'organisation et la transformation du système de santé. 2022;70
18. Ma Santé 2022 : les grandes mesures inscrites dans la loi [Internet]. [cité 13 mars 2020]. Disponible sur : <http://www.ars.sante.fr/ma-sante-2022-les-grandes-mesures-inscrites-dans-la-loi>
19. Ma santé 2022 : décloisonnement et réorganisation des soins [Internet]. [cité 8 mai 2020]. Disponible sur : <http://www.ars.sante.fr/ma-sante-2022-decloisonnement-et-reorganisation-des-soins>
20. Ma Santé 2022 : les grands axes de transformation [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. [cité 8 mai 2020]. Disponible sur : <https://www.ars.sante.fr/system/files/2019-07/2019-07-10-Masante2022-adoption-PJL.pdf> (DICOM)
21. Arrêté du 14 août 2019 portant approbation de l'avenant n° 7 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016

22. Des assistants médicaux pour retrouver du temps médical [Internet]. [cité 31 janv 2020]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/des-assistants-medicaux-pour-retrouver-du-temps-medical>

23. Déploiement des assistants médicaux : les médecins vont pouvoir bénéficier d'une aide financière à leur embauche [Communiqué de presse]. L'Assurance Maladie; 19 juin 2019 [cité 29 avr 2020]. Disponible sur : https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CP_Assistants_medicaux.pdf

24. Comprendre le nouveau dispositif d'aide au financement des assistants médicaux [Internet]. [cité 31 janv 2020]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/comprendre-le-nouveau-dispositif-daide-au-financement-des-assistants-medicaux>

25. Arrêté du 7 novembre 2019 relatif à l'exercice de l'activité d'assistant médical

26. Assistants médicaux : mode d'emploi [Internet]. ReAGJIR. 2019 [cité 31 janv 2020]. Disponible sur : <https://www.reagjir.fr/blog/2019/07/05/assistants-medicaux-mode-demploi/>

27. Les pratiques infirmières avancées : Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés [Internet]. 2010 août [cité 11 mai 2020]. (OECD Health Working Papers; vol. 54). Report No.: 54. Disponible sur : https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/les-pratiques-infirmieres-avancees_5km4hv77vw47-fr

28. Bourgueil Y, Marek A, Mousques J. Pratiques, rôles et place des infirmières en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec. Recherche en soins infirmiers. 2008;N° 93(2):94-105

29. Midy F. Efficacité et efficience de la délégation d'actes des médecins généralistes aux infirmières. 2003;4

30. Assistants médicaux : le remède allemand [Internet]. Franceinfo. 2019 [cité 11 mai 2020]. Disponible sur : https://www.francetvinfo.fr/monde/europe/Allemagne/assistants-medicaux-le-remede-allemand_3240989.html

31. Where PAs and Physician Associates Can Work Internationally | The Physician Assistant Life [Internet]. 2018 [cité 11 mai 2020]. Disponible sur : <https://www.thepalife.com/physician-assistants-pas-and-associates-around-the-world/>

32. The History of Medical Assisting | Medical Assistant Atlas [Internet]. [cité 11 mai 2020]. Disponible sur: <http://www.medicalassistantatlas.com/the-history-of-medical-assisting/>

33. History of Medical Assisting [Internet]. Ameritech College of Healthcare. 2017 [cité 11 mai 2020]. Disponible sur : <https://www.ameritech.edu/blog/medical-assisting-history/>
34. Says T.How To Become a Medical Assistant (Updated 2020) [Internet]. Medical Assistant Schools, Programs and Careers. 2017 [cité 11 mai 2020]. Disponible sur : <https://theemicalassistants.com/how-to-become-a-medical-assistant/>
35. AAMA - What is a Medical Assistant [Internet]. [cité 11 mai 2020]. Disponible sur : <https://www.aamantl.org/medical-assisting/what-is-a-medical-assistant>
36. Here's Where to Start Becoming a Medical Assistant in Canada [Internet]. trade-schools.net. [cité 19 mai 2020]. Disponible sur : <https://www.trade-schools.net/ca/health-care/medical-assistant>
37. CSFO S|. Assistant médical CFC / Assistante médicale CFC [Internet]. [cité 11 mai 2020]. Disponible sur : <https://www.orientation.ch/SharerWeb/Index?id=L2R5bi9zaG93LzE5MDA%2FaWQ9MjI%3D>
38. History of the PA Profession and the American Academy of PAs [Internet]. AAPA. [cité 11 mai 2020]. Disponible sur : <https://www.aapa.org/about/history/>
39. How to Become a Physician Assistant | GetEducated [Internet]. GetEducated | Review, Rate, Rank & Compare Online Colleges & Degrees | GetEducated. [cité 11 mai 2020]. Disponible sur : <https://www.geteducated.com/careers/how-to-become-a-physician-assistant/>
40. What Is a PA? [Internet]. [cité 11 mai 2020]. Disponible sur : <https://www.southalabama.edu/colleges/alliedhealth/pa/whatispa.html>
41. DGOS_Michel.C, DGOS_Michel.C. L'infirmier en pratique avancée [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 12 mai 2020]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>
42. La pratique avancée infirmière en France : quelles stratégies d'implantation ? Florence AMBROSINO nous éclaire [Internet]. ManagerSante.com®. 2020 [cité 14 mai 2020]. Disponible sur : <https://managersante.com/2020/04/20/la-pratique-avancee-infirmiere-en-france-queelles-strategies-dimplantation/>
43. La pratique avancée : un nouveau métier d'infirmier(e) aux compétences élargies [Internet]. [cité 14 mai 2020]. Disponible sur : <http://www.ars.sante.fr/la-pratique-avancee-un-nouveau-metier-dinfirmiere-aux-competences-elargies>

44. Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. Reflets et perspectives de la vie économique. 2014;Tome LIII(4):67-82
45. Pelaccia T, Paillé P. Les approches qualitatives : une invitation à l'innovation et à la découverte dans le champ de la recherche en pédagogie des sciences de la santé. Pédagogie Médicale. nov 2009;10(4):293-304
46. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 1 janv 2008;84:142-5.
47. Duchesne S. Pratique de l'entretien dit « "non-directif" ». :37
48. Michelat G. Sur l'utilisation de l'entretien non directif en sociologie. Revue française de sociologie. 1975;16(2):229-47
49. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer. Louvain-la-Neuve : De Boeck ; 2014. 152 p
50. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care. déc 2007;19(6):349-57
51. Chaput H, Monziols M, Ventelou B, Zaytseva A, Chevillard G, Mousquès J, et al. Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale. Etudes et Résultats [Internet]. 2020 [cité 17 févr 2021]; (1140). Disponible sur : <https://drees.solidaritesante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/difficultes-etadaptation-des-medecins-generalistes-face-a-l-offre-de-soins>
52. Chaput, H., et al. Plus de 8 médecins généralistes sur 10 s'organisent au quotidien pour prendre en charge les soins non programmés. Études et Résultats [Internet]. Janvier 2020 [cité 17 févr 2021] ; 1138. Disponible sur :
53. Lévy D. Le métier de médecin aujourd'hui. Revue française des affaires sociales. 16 déc 2011;(2):297-309
54. Cathébras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes. La Presse Médicale. 1 déc 2004;33(22):1569-74

55. Dumesnil, H., Saliba-Serre, B., Régi, J-C., Leopold, Y., Verger, P., 2009, Epuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville: prévalence et déterminants, Santé Publique, Vol.(21)4, p. 355-364
56. Souffrance des médecins au travail [Internet]. studylibfr.com. [cité 1 juill 2021]. Disponible sur : <https://studylibfr.com/doc/1004905/souffrance-des-medecins-au-travail>
57. Raguideau C, Levesque L. Le nouveau métier d'assistant médical en cabinet de médecine générale : représentations des médecins généralistes et des patients, une étude qualitative en miroir [Thèse d'exercice]. [Marseille, France] : Aix-Marseille Université; 2019. [cité 15 janv 2021]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02384560>
58. Abt R. Assistant médical en France : L'opinion des médecins généralistes et internes de médecine générale sur la délégation de tâches. Les freins concernant son intégration au système de santé. [Thèse d'exercice]. [Limoges, France] : Université de Limoges ; 2020. [Cité 2 févr 2021]. Disponible sur : <file:///C:/Users/pierr/Downloads/M20203140.pdf>
59. Assistant médicaux : une belle dynamique de progression [Internet]. [Cité 23 janvier 2021]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/assistant-medicaux-une-belle-dynamique-de-progression>
60. Vigouroux L. Les patients accepteraient-ils d'être reçus en préconsultation par un(e) assistant médical(e) avant une visite chez leur médecin généraliste ? [Thèse d'exercice]. [Montpellier, France] : Université de Montpellier ; 2017. [Cité le 15 janv 2021]. Disponible sur : https://ged.biumontpellier.fr/florabium/jsp/win_main_biu.jsp?NOMEM=2017MONT1069&success=%2Fjsp%2Fwin_main_biu.jsp&profile=anonymous
61. Mourgues E. Enquête d'opinion menée auprès de patients sur l'amélioration de l'accès aux soins avec l'intervention d'un assistant médical [Thèse d'exercice]. [Poitiers, France] : Université de Poitiers; 2019. [Cité 15 janv 2021]. Disponible sur : <https://www.sudoc.fr/247030244>
62. Besnier Douence C. Attentes à propos du métier d'assistant médical en médecine générale : entretiens semi-dirigés auprès de patients de Gironde [Thèse d'exercice]. [Poitiers, France] : Université de Poitiers ; 2020. [Cité 15 janv 2021]. Disponible sur : <https://www.sudoc.fr/24941516X>
63. Assistants Médicaux [Internet]. ReAGJIR. [cité 31 juill 2019]. Disponible sur : <https://www.reagjir.fr/assistants-medicaux/>
64. Jakoubovitch, S. Les emplois du temps des médecins généralistes. Etudes et Résultats [Internet]. Mars 2012. [cité 2 févr 2021]. Disponible sur :

<http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Drees/EtudesResultats/2012/797/er797-2.pdf>

65. Bodenheimer T, California HealthCare Foundation. Building teams in primary care: lessons learned [Internet]. Oakland, Californie: California HealthCare Foundation; 2007 [cité 5 août 2019]. Disponible sur : <http://bibpurl.oclc.org/web/19258http://www.chcf.org/documents/chronicdisease/BuildingTeamsInPrimaryCareLessons.pdf>
66. Stenberg U, Vågan A, Flink M, Lynggaard V, Fredriksen K, Westermann KF, et al. Health economic evaluations of patient education interventions a scoping review of the literature. *Patient Educ Couns*. juin 2018;101(6):1006-35
67. Willard-Grace R, Chen EH, Hessler D, DeVore D, Prado C, Bodenheimer T, et al. Health Coaching by Medical Assistants to Improve Control of Diabetes, Hypertension, and Hyperlipidemia in Low-Income Patients : A Randomized Controlled Trial. *Ann Fam Med*. 3 janv 2015;13(2):130-8
68. Chevillard G, Mousques J, Lucas-Gabrielli V, Bourgueil Y, Rican S, Salem G. Maisons et pôles de santé : places et impacts dans les dynamiques territoriales d'offre de soins en France. IRDS 2013 DT n°57
69. Magnien F. Et si mon installation était à refaire ? Enquête d'opinion auprès des médecins récemment installés en zone rurale et semi-rurale du Limousin. [Thèse d'exercice]. [Limoges, France] : Université de Limoges ; 2021. [cité 15 janv 2021]. Disponible sur : [file:///C:/Users/pierr/Downloads/M20213104%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/pierr/Downloads/M20213104%20(2).pdf)
70. Fouzai-Jaaouani A. La contribution des différents temps de la consultation dans l'établissement du diagnostic en médecine générale [Thèse d'exercice]. [Paris, France] : Université Paris Diderot - Paris 7 (1970-2019). UFR de médecine ; 2016. [cité 2 févr 2021]. Disponible sur : <https://www.sudoc.fr/194069222>
71. Que cache l'agenda caché ? [Internet]. *Revue Medicale Suisse*. [cité 12 janvier 2021]. Disponible sur : <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2005/revue-medicale-suisse-5/que-cache-l-agenda-cache>
72. Guillaume S, Or Z. La satisfaction des personnes âgées en termes de prise en charge médicale et de coordination des soins : une approche qualitative exploratoire. 2016;6
73. BOIVIN (J.M.), BOIVIN (J.M.), AUBREGE (A.), MULLER-COLLE (F.), KORWIN (J.D.) D. Pourquoi les patients changent-ils de médecin généraliste ? Enquête auprès de 1148 patients de la région Lorraine. Pourquoi les patients changent-ils de médecin généraliste ? Enquête auprès de 1148 patients de la région Lorraine. 2003

74. Thomas M. Le médecin : le premier des médicaments essentiels. Plaidoyer pour la médecine clinique et la relation de soin [Internet]. La Revue de Médecine Interne. 2016; 37(9):577-8. [cité le 2 février 2021]. Disponible sur : <https://www.em-consulte.com/article/1079419/article/le-medecin-le-premier-des-medicaments-essentiels->

Annexes

I. Questionnaire quantitatif

DONNEES GENERALES SUR LE MEDECIN INTERROGE :

Sexe : Age :

Structure du cabinet médical :

Lieu d'exercice (urbain/rural/semi-rural) :

Modalités exercices : seul en cabinet

En MSP (nombre de médecins)

En ESP CLAP (Equipe de soins primaires coordonnée localement autour
du patient)

En cabinet de groupe

Cabinet secondaire

Parcours professionnel :

Durée d'installation (année d'installation) :

Maitre de stage ? Oui/Non

Activité du médecin :

Nombre de patients déclarés (patientèle médecin traitant) :

File active :

Organisation cabinet :

Secrétariat sur place/à distance :

Présence IDE ASALEE au cabinet : Oui/Non

II. Guide d'entretien

1) Préambule à l'assistant médical : les difficultés du métier. Ouverture sur la délégation de tâche

- Pour quelles raisons avez-vous choisi de devenir médecin généraliste ?
- Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez dans votre pratique quotidienne ?
- Avez-vous le sentiment d'effectuer certains actes qui ne relèvent pas de vos compétences et qui vous prennent du temps ? Si vous prenez votre dernière consultation, quelles tâches auraient pu être faites par un assistant, et combien de temps auriez-vous pu gagner ?
- Que pensez-vous de la notion de délégation de tâches dans un cabinet de médecine générale ?

2) Connaissances sur le métier d'AM et informations reçues :

- Que savez-vous du nouveau métier d'assistant médical ? Quelles informations avez-vous reçues et par qui avez-vous été informé ? (Objectifs, missions, financement, contreparties, profils, formations...)

3) Opinion sur l'AM :

- Quelle est votre réaction à chaud concernant le métier d'assistant médical ? Quelle place pensez-vous que ce nouvel acteur aura dans notre système de soin ?

4) Les attentes :

- Comment souhaiteriez-vous être assisté dans votre travail ? Quel serait pour vous l'A.M idéal ?
- Concrètement, comment envisageriez-vous ou imagineriez-vous l'organisation de travail avec un A.M (médecin-assistant), afin qu'il vous fasse gagner le plus de temps possible ?
- Pour quels types de consultations, pensez-vous que cette coopération avec l'A.M pourrait vous aider ? Pour quels patients la présence d'un A.M serait-elle une aide ?
- Profil idéal ? compétences ?
- Quelles tâches souhaiteriez-vous et seriez-vous prêt à déléguer à un A.M ?
- Quels seraient les avantages de travailler avec un A.M pour vous et vos patients ? Que pourrait changer et améliorer la coopération avec un A.M dans le quotidien d'un médecin ?

5) Les craintes :

Qu'est-ce qui vous pose problème concernant l'assistant médical ? Les inconvénients liés à l'arrivée de cette profession ?

Quelles sont vos principaux freins à recruter un A.M ?

- **Avez-vous d'autres suggestions ou commentaires à formuler concernant l'assistant médical ?**

III. Liste des abréviations

ADO : antidiabétiques oraux

ALD : affection de longue durée

A.M : assistant médical

APA : allocation personnalisée d'autonomie

ARS : agence régionale de santé

ASALEE : action de santé libérale en équipe

AT : accident de travail

ATCD : antécédents

AVC : accident vasculaire cérébral

BU : bandelette urinaire

CLIC : centre local d'information et de coordination

CNOM : conseil national de l'ordre des médecins

CPAM : caisse primaire d'assurance maladie

CPS : carte professionnelle de santé

CPTS : communautés professionnelles territoriales de santé

CR : compte-rendu

CRP : protéine C-réactive

CTS : centre territorial de santé

CV : carte vitale

DMP : dossier médical partagé

ECG : électrocardiogramme

ECN : examen classant national

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

FC : fréquence cardiaque

FCV : frottis cervico-vaginal

FR : fréquence respiratoire

GEU : grossesse extra-utérine

GIR : groupe iso ressources

HTA : hypertension artérielle

IDE : infirmière diplômée d'état

IMC : indice de masse corporelle

INR : international normalized ratio

IPA : infirmière en pratique avancée

MAIA : méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie

MDPH : maison départementale des personnes handicapées

MG : médecin généraliste

MMS : mini mental scale

MP : maladie professionnelle

MSP : maison de santé pluri-professionnelle

MT : médecin traitant

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée chirurgie et obstétrique

PC : périmètre crânien

URML : union régionale des missions locales

RDV : rendez-vous

RHD : règles hygiéno-diététiques

RO : renouvellement d'ordonnance

TA : tension artérielle

TSH : thyroid-stimulating hormon

SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis (e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré (e) et méprisé (e) si j'y manque.

Vu, le Président du Jury, Pr MAUGARS Yves,

Vu, le Directeur de Thèse, Dr FAVREAU Dominique,

Vu, le Doyen de la Faculté,

RESUME

Introduction : L'accès aux soins de premiers recours en France se détériore. C'est dans ce contexte que le gouvernement a proposé la création d'un nouveau métier de santé : l'assistant médical (A.M) dont l'objectif serait de libérer du temps aux médecins généralistes afin qu'ils prennent en charge plus de patients. La fiche de poste de ce nouveau métier reste encore à imaginer et à créer.

L'objectif de notre étude est de sonder l'opinion des médecins généralistes concernant la création du métier d'assistant médical, d'identifier leurs attentes envers ce nouvel acteur de santé et les freins à la mise en place de ce dispositif.

Méthode : Nous avons réalisé une enquête qualitative par entretiens semi-dirigés. 12 médecins généralistes vendéens ont été interviewés de mai à août 2020.

Résultats : Les médecins généralistes interrogés semblent favorables aux principes de l'A.M et à son intégration dans notre système de santé. Le développement de ce type de collaboration, axée sur la délégation de tâches leur semble inéluctable face aux enjeux qui pèsent sur notre système de santé. Ils s'estiment mal informés, ce qui crée des incertitudes et des difficultés à se projeter dans cette collaboration. La majorité des médecins souhaite prioritairement déléguer les tâches administratives pour pouvoir se concentrer pleinement sur le soin. Cependant les médecins désirent également intégrer l'A.M au sein de la consultation, lui conférant un rôle plus médical. L'A.M aurait donc un profil médico-administratif à mi-chemin entre un soignant (IDE, AS) et une secrétaire médicale. L'A.M trouverait plus facilement sa place auprès de médecins installés depuis plusieurs années, ayant une forte activité et exerçant dans une importante structure de santé, type MSP. La principale motivation des médecins à travailler avec un A.M est la recherche d'un confort de travail tout en améliorant la qualité des soins. Les médecins alertent sur la nécessité de fixer des limites dans cette délégation de tâches pour ne pas altérer la relation médecin/patient. Ils refusent toutefois d'augmenter leur patientèle et de diminuer leur temps de consultation car ils craignent d'évoluer vers une médecine déshumanisée et de perdre la richesse et l'identité du métier de médecin généraliste. Le statut d'employeur et la problématique de l'agencement de l'espace de travail sont également des freins à recruter un A.M.

Conclusion : L'A.M a sa place dans notre système de santé. Cependant certaines limites doivent être fixées pour ne pas que la médecine générale perde son identité. Notre étude nous permet de définir plus précisément cette nouvelle profession. Nous proposons une trame de programme de formation au métier d'A.M. Malgré un avis globalement favorable, les médecins restent encore à convaincre : nous proposons quelques améliorations et modifications au dispositif pour favoriser son acceptation par les médecins.

MOTS-CLES : assistant médical, médecine générale, délégation de tâches, réforme de santé.