



UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 2021

N°

THÈSE

POUR LE

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
DES de Médecine Générale

Par

Lucie DUBOIS

Présentée et soutenue publiquement le 7 septembre 2021

**L'expérience des patients au contact
d'un assistant de consultation en médecine générale.
Une enquête par questionnaires
dans quatre cabinets libéraux de Vendée**

PRÉSIDENT DU JURY : **Monsieur le Pr Cédric RAT**

MEMBRE DU JURY : **Madame la Pr Leïla MORET**

MEMBRE DU JURY : **Monsieur le Pr Cyrille VARTANIAN**

CO-DIRECTEUR DE THÈSE : **Monsieur le Dr Frédéric DUGUÉ**

CO-DIRECTRICE DE THÈSE : **Madame le Dr Anne SURRAULT**



UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 2021

N°

THÈSE

POUR LE

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
DES de Médecine Générale

Par

Lucie DUBOIS

Présentée et soutenue publiquement le 7 septembre 2021

**L'expérience des patients au contact
d'un assistant de consultation en médecine générale.
Une enquête par questionnaires
dans quatre cabinets libéraux de Vendée**

PRÉSIDENT DU JURY : **Monsieur le Pr Cédric RAT**

MEMBRE DU JURY : **Madame la Pr Leïla MORET**

MEMBRE DU JURY : **Monsieur le Pr Cyrille VARTANIAN**

CO-DIRECTEUR DE THÈSE : **Monsieur le Dr Frédéric DUGUÉ**

CO-DIRECTRICE DE THÈSE : **Madame le Dr Anne SURRAULT**

Remerciements

À Monsieur le Professeur Cédric RAT,

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. Je vous remercie des conseils promulgués tout au long de ce travail. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance et de mon plus grand respect.

À Madame le Professeur Leïla MORET,

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury et juger ce travail. Soyez assurée de mes sentiments les plus respectueux et de ma sincère reconnaissance.

À Monsieur le Professeur Cyrille VARTANIAN,

Tu me fais l'honneur de participer à ce jury et de juger ce travail. Je t'en remercie et t'en suis très reconnaissante. Merci également pour tes riches enseignements au cours des groupes d'échange de pratique.

À Madame le Docteur Anne SURRAULT,

Je te remercie tout d'abord de m'avoir proposé de travailler sur ce sujet, dès le départ de l'expérimentation avec les assistantes, et de m'avoir aiguillée tout au long de ce travail. Je te remercie également de m'avoir encadrée avec tant de bienveillance au début de mon internat, et de m'avoir transmis ta passion pour la médecine générale.

À Monsieur le Docteur Frédéric DUGUÉ,

Je te remercie d'avoir accepté de m'encadrer pour cette thèse et de m'avoir épaulée tout au long de ce travail. Je te remercie également pour ton aide précieuse à la réalisation des analyses statistiques, et te suis très reconnaissante pour ta disponibilité et tes conseils avisés.

À Monsieur Bérenger THOMAS,

Interne en Santé publique, en stage au sein de la société Acsantis,

Je te remercie pour ton aide apportée au cours de ce travail, et en particulier pour la réalisation des analyses statistiques.

À Madame Charlotte LAFONT,

Interne en Santé publique, en stage au sein de la société Acsantis,

Je te remercie pour tes conseils promulgués au début de ce travail, en particulier pour l'élaboration du questionnaire remis aux patients.

Aux médecins, assistantes, et secrétaires des cabinets libéraux ayant participé à l'étude,

Je vous remercie pour votre enthousiasme témoigné aux différentes étapes de l'expérimentation, et pour avoir participé activement et persévéré dans la distribution des questionnaires.

À tous les médecins qui ont participé à ma formation,

Je vous remercie pour votre accueil, votre implication, et vos enseignements.

Au Docteur Marie MASCLE,

Merci pour ton chaleureux accueil au cours de mon stage SASPAS, ton implication dans ma formation, et la transmission de ta passion pour la médecine générale.

À ma famille,

À mes parents, mon frère, merci de m'avoir soutenue, en particulier Maman, merci pour tes attentions et ta patience à toute épreuve.

Merci à mes grands-parents, qui m'avez toujours encouragée.

Merci également à mes oncles et tantes, cousins, cousines, en particulier Géraldine.

À mes amis,

À Nicolas, merci pour ta présence à mes côtés.

À Marine et Elodie, 25 ans d'amitié déjà, hâte des 25 prochaines...

À Yeti et à Carlotta, tant de bons moments avec vous, merci pour votre amitié.

À Franck, avec qui j'ai tant de fois refait le monde, merci pour cette complicité.

Aux Ouches, qui se reconnaîtront, merci à vous d'être une si belle bande de copines.

A tous les amis de l'externat, et d'ailleurs, merci pour ces bons souvenirs.

À tous mes co-internes, en particulier ceux des Sables.

Sans oublier la coloc de Lifou, un grand miaou !

Serment médical

Au moment d'être admise 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque.

Table des matières

I.	Introduction	7
A.	Contexte national	7
B.	L'expérimentation conduite en Vendée	9
C.	Problématique et objectifs.....	11
II.	Méthode.....	13
A.	Populations cibles.....	13
B.	Questionnaire	14
C.	Entretiens complémentaires	16
D.	Analyse des données	16
E.	Information des patients et protection des données personnelles.....	17
III.	Résultats	18
A.	Réponses au questionnaire	18
1.	Mise en œuvre et participation à l'enquête	18
2.	Caractéristiques de la population.....	20
3.	Expérience des patients	23
4.	Variations entre les cabinets.....	33
B.	Entretiens complémentaires	38
1.	Caractéristiques des patients interrogés	38
2.	Organisation et logique du dispositif	41
3.	Motifs de craintes ou de gêne ressentie	42
4.	Bénéfices identifiés	43
5.	Construction d'une relation avec l'assistante.....	45
6.	Évolution de la relation avec le médecin.....	45
IV.	Discussion.....	47
A.	Principaux résultats.....	47
B.	Forces et faiblesses de l'étude	49
C.	Mise en perspective	51
V.	Conclusion.....	55
VI.	Références bibliographiques.....	56
VII.	Annexes	60
A.	Liste des abréviations	60
B.	Liste des tableaux	61
C.	Liste des figures	62
D.	Questionnaire.....	63
E.	Guide d'entretien téléphonique.....	65
F.	Information des patients	66
	Résumé	69

I. Introduction

Cette thèse porte sur l'expérience et le ressenti des patients au contact d'assistants médicaux, qui représentent un nouveau métier en voie de constitution en France.

Après une présentation des raisons qui ont suscité le déploiement de ce nouveau métier, notamment auprès des médecins généralistes, nous présenterons l'expérimentation conduite en Vendée, dont ce travail constitue l'un des volets de l'évaluation. Puis nous exposerons la problématique et les objectifs de cette étude.

A. Contexte national

Depuis les années 2000, on observe en France une diminution de la démographie des médecins généralistes pouvant conduire à des situations de pénurie (1), qui s'explique par de nombreux facteurs : effets du *numerus clausus* appliqué aux études médicales depuis les années 1970, départs en retraite sans successeurs, souhait des nouvelles générations de préserver leur qualité de vie, tendance des jeunes diplômés à prolonger les remplacements et à retarder l'installation, choix d'un exercice mixte libéral et salarié... (2–5).

En parallèle de ce phénomène, une augmentation de la demande de soins se manifeste, suivant le mouvement de transition épidémiologique. L'amélioration des conditions de vie ainsi que les progrès scientifiques et l'essor des spécialités médicales, à l'origine d'avancées thérapeutiques considérables, ont permis une réduction de la mortalité et le vieillissement de la population, conduisant lui-même à la chronicisation des maladies et au développement des maladies dégénératives (6).

De plus, on observe vraisemblablement une évolution des mentalités : dans une société où la santé occupe une place centrale, on parle de « médicalisation de la société » (7). Les généralistes qui sont les médecins de premiers recours, mais aussi les pivots du système de soins, sont donc les premiers touchés.

Depuis 2005, la réforme du médecin traitant, destinée à favoriser une logique de parcours de soins coordonné, a eu pour conséquence l'alourdissement de la charge administrative pour les généralistes (8–10). En plus de la tenue des dossiers (synthèse des informations et intégration dans le dossier patient), s'ajoutent les différents formulaires à remplir pour les démarches du patient, qui se font de plus en plus nombreux (affection de longue durée, démarche de soins infirmiers, dossiers de

demandes de prestations auprès de la maison départementale des personnes handicapées, grilles d'autonomie pour la demande d'allocation personnalisée d'autonomie, certificats divers pour les banques ou assurances, etc.).

A l'heure actuelle, de nombreux généralistes se voient obligés de refuser de suivre de nouveaux patients en tant que médecin traitant, ayant déjà des difficultés à répondre à toutes les demandes de consultations non programmées de leur patientèle existante (11–15). Les plannings de consultation sont souvent remplis plusieurs semaines en avance, et les difficultés pour obtenir un rendez-vous peuvent entraîner un certain climat de tension.

L'évolution des pratiques et des conditions d'exercice, grâce aux nouvelles formes d'organisation et de coopération, représente par conséquent un élément de réflexion pour la profession.

Avec l'évolution des contraintes, les modes d'exercice ne cessent d'évoluer. Bien lointaine semble aujourd'hui l'époque où le médecin travaillait dans un cabinet isolé, sans secrétariat, avec l'aide unique et officieuse de son épouse (16). Désormais, il est indispensable d'optimiser l'organisation de son cabinet. Depuis les années 1990 déjà, la tendance est au regroupement (17), pour mieux organiser les tâches administratives grâce à un secrétariat commun, mutualiser les dépenses, et éviter la solitude pesante de l'exercice libéral (18–21). Plus récemment ont été créées différentes formes d'exercice coordonné (maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), puis équipes de soins primaires et communautés professionnelles territoriales de santé), favorisant la coopération entre professions de santé (22). Les centres de santé, eux, permettent d'exercer une activité salariée au sein d'une structure collective, et ainsi d'alléger la charge administrative (20).

Toujours dans une démarche d'organisation de soins, les réflexions sur la question de la délégation de tâches ont débuté en 2003 avec le rapport BERLAND, et ont abouti à la création de nouveaux métiers (23–25). Depuis 2007, par exemple, des infirmières Asalée accompagnent, dans certains cabinets de médecine générale, des malades chroniques, lors de consultations dédiées, avec une forte dimension préventive et d'éducation thérapeutique (26).

À la différence du dispositif Asalée, qui s'inscrit dans une prise en charge globale centrée sur le patient, l'assistant médical a pour but de soulager le médecin dans son

exercice quotidien. Dans d'autres pays comme les États-Unis, l'Australie, le Royaume Uni, cette fonction existe depuis de nombreuses années (27–31). On observe des profils et des niveaux de formation très différents selon les pays. Le point commun de ces professions étant d'être un clinicien sous la supervision directe d'un médecin.

En France, les réflexions sur l'assistantat médical en médecine générale ont été plus tardives, notamment en raison de certaines craintes de la part des médecins (32,33). Cependant, la délégation de certaines tâches par des praticiens à leur secrétaire ont été décrites (34,35), bien que ces pratiques ne soient pas encadrées d'un point de vue législatif ni encouragées par une politique publique.

En 2017, une thèse a évalué l'acceptabilité hypothétique des patients à être reçus en préconsultation de médecine générale par une assistante médicale (36). En conclusion, les patients étaient favorables à la délégation de tâches, mais restait à définir l'encadrement de ces pratiques, et la question de la rémunération.

Signé le 20 juin 2019, l'avenant 7 à la convention médicale, fruit d'une négociation entre les représentants des médecins libéraux et l'assurance maladie, définit les conditions du soutien financier pouvant être octroyé à un médecin pour l'embauche d'un assistant médical (37). Cet avenant vient matérialiser le déploiement de ce nouveau métier annoncé en septembre 2018 par le président de la République dans le cadre du plan « Ma santé 2022 ».

B. L'expérimentation conduite en Vendée

En amont de cette annonce, dès 2018, des généralistes vendéens avaient entamé une réflexion sur l'intérêt du rôle d'assistant médical. Faisant le constat de ne pas pouvoir répondre aux demandes de leurs patients, tandis qu'ils consacraient du temps à des tâches non médicales, et en prenant appui sur l'expérience à l'international, ils ont voulu expérimenter l'exercice avec un assistant médical.

En avril 2019, 13 médecins libéraux de Vendée se sont ainsi engagés dans l'expérimentation, en lien avec l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) Pays-de-la-Loire, et avec le soutien financier de l'agence régionale de santé (ARS). Le déroulement était prévu sur 2 ans : 3 mois de mise en œuvre initiale, 18 mois de fonctionnement effectif, et 3 mois d'évaluation finale.

Les tâches susceptibles d'être déléguées ont été listées parmi les catégories suivantes et une fiche de poste spécifique a été définie par chaque cabinet :

- Accompagnement et aide (ex. : aide au déshabillage, installation du patient, préparation de matériel) ;
- Paiement et comptabilité (ex. : réception du paiement, comptabilité journalière) ;
- Coordination (ex. : récupération d'un compte-rendu ou résultat d'examen) ;
- Identification des besoins et vérifications (ex. : recueil du motif de consultation, recueil des antécédents, liste des dépistages réalisées et à réaliser, vérification des vaccinations) ;
- Information et éducation (ex. : explication d'un certificat, démonstration d'automesure tensionnelle) ;
- Logistique (ex. : vérification du stock, commande de matériel, lien avec le support informatique) ;
- Mesures et examens (ex. : prise de poids, taille et pression artérielle), secrétariat (ex. : envoi d'un courrier) ;
- Traçabilité et gestion des documents (ex. : mise à jour du dossier médical, du carnet de santé, ou du dossier médical partagé, préparation du renouvellement d'une ordonnance).

L'URML a fait appel à la société Acsantis, cabinet de conseil indépendant spécialisé dans l'organisation des soins, pour l'évaluation de ce projet.

Défini et lancé en amont des mesures nationales autorisant et soutenant la création de postes d'assistants médicaux, ce projet a été notamment conçu pour permettre de tirer les premiers enseignements de la mise en œuvre de cette nouvelle fonction en médecine générale. L'évaluation comportait les volets suivants :

- Évaluation a priori de l'acceptabilité de l'introduction d'assistants médicaux chez les patients (enquête par questionnaire) ;
- Analyse des tâches déléguées aux assistants et des plannings avec ou sans assistant (recueil par les professionnels et analyses descriptives) ;
- Analyse des effets quantitatifs et qualitatifs sur l'activité des médecins (comparaison d'indicateurs d'activité par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de Vendée) ;

- Description des organisations et recueil des perceptions des acteurs (entretiens qualitatifs avec les médecins et assistants) ;
- Évaluation a posteriori de l'expérience des patients au contact d'assistants médicaux (enquête par questionnaire).

Ayant travaillé en tant qu'interne avec l'un de ces médecins, je me suis intéressée à ce sujet d'actualité dès le début du projet, et j'ai participé aux réunions du groupe de travail. Au fil de l'avancement, j'ai pu constater que les médecins avaient un avis très favorable sur cette expérimentation. Il m'a paru intéressant de changer de point de vue, et de prendre en compte le ressenti et les réactions des patients, ce qui constituait l'un des volets de l'évaluation prévue par Acsantis. Mon association à la conduite de ce volet permettait de faciliter sa mise en œuvre opérationnelle tout en bénéficiant d'un encadrement méthodologique, elle a donc été vue comme mutuellement profitable.

C. Problématique et objectifs

La première enquête par questionnaire réalisée par Acsantis auprès des patients, pendant l'hiver 2019-2020, avait montré une bonne compréhension par ces derniers de l'intérêt pour le médecin d'être aidé par un assistant médical. Elle pointait aussi quelques motifs légitimes de préoccupation de la part des enquêtés, dont il était intéressant de voir s'ils s'étaient traduits dans les faits. Aucune étude en France, à notre connaissance, n'avait encore exploré le ressenti des patients a posteriori, à distance de la mise en place du dispositif.

Plus globalement, s'agissant d'un nouveau métier construit dans une perspective centrée sur le médecin et les contraintes auxquelles celui-ci fait face, il était intéressant de changer de perspective pour adopter celle du destinataire des soins. Le patient, tout au long de son parcours de soins, est en effet l'unique témoin de sa prise en charge envisagée dans sa continuité et sa globalité. D'un point de vue opérationnel, enfin, une telle évaluation était susceptible d'ouvrir de nouvelles pistes d'amélioration pour le dispositif.

Dans cette optique, justement, une étude française réalisée en 2011 (38) visait à évaluer si les transformations de l'offre de soins correspondaient aux préoccupations des usagers. Les principales préoccupations rapportées étaient la relation entre le médecin et le patient, et plus particulièrement l'échange d'information. Du fait de ces

observations, et par intérêt pour cette dimension, nous avons fait le choix de placer la relation médecin-patient au cœur de notre questionnement.

Au-delà de la seule satisfaction des patients, fortement subjective, nous avons souhaité rendre compte de dimensions aussi tangibles que possibles, si ce n'est factuelles et objectives quand c'était possible. En cela, nous avons adopté la perspective d'une évaluation de l'expérience patient, qui peut être définie comme « *l'ensemble des perceptions, des interactions et des faits vécus par les patients et leurs proches tout au long de la trajectoire de soins et de services* » (39), dans le contexte de consultations en présence des assistantes médicales¹.

L'objectif principal de notre travail était de qualifier, selon différentes dimensions, l'expérience des patients au contact d'une ou plusieurs assistante(s) de consultation intervenant dans le cadre des consultations avec leur médecin.

L'objectif secondaire était d'identifier des pistes d'explication quant aux raisons pour lesquelles certains patients pouvaient formuler des réponses négatives, afin notamment d'envisager des voies d'amélioration.

¹ Toutes les assistantes impliquées dans l'expérimentation étant des femmes, nous utiliserons le féminin quand nous nous référerons aux résultats issus de notre terrain d'enquête vendéen.

II. Méthode

Nous avons conçu une étude en deux volets, l'un quantitatif reposant sur un questionnaire diffusé auprès d'un nombre important de patients, l'autre qualitatif reposant sur des entretiens semi-directifs complémentaires, visant à illustrer et préciser certaines réponses au questionnaire.

A. Populations cibles

La population cible du volet d'étude par questionnaire était la patientèle des 13 médecins généralistes participant à l'expérimentation, au sein des 6 cabinets médicaux concernés, situés en Vendée (cf. tableau ci-dessous).

Tableau 1. Caractéristiques des cabinets expérimentateurs

Cabinet	Nb médecins participants	Type de structure	Temps d'assistante(s)	Profil(s) d'assistante(s)
C1	4	MSP (site secondaire)	0,5 ETP	Secrétaire médicale
C2	2	Cabinet de groupe	0,5 ETP	Secrétaire médicale
C3	2	MSP	2 ETP	Aide-soignante Secrétaire médicale
C4	1	MSP	1 ETP	Aide-soignante
C5	1	Cabinet isolé	1 ETP	Secrétaire médicale
C6	3	MSP (site secondaire)	0,5 ETP	Diététicienne

Secondairement, la population cible des entretiens complémentaires a été définie, parmi les patients ayant accepté de donner leurs coordonnées téléphoniques, comme étant ceux ayant exprimé, par leurs réponses aux questions fermées et/ou leurs commentaires libres, un avis négatif dans une ou plusieurs dimensions du questionnaire. Sachant qu'il n'était pas réaliste d'envisager un deuxième volet d'enquête exhaustif ou visant un degré de représentativité, un critère de priorisation devait être défini. Tenter de mieux comprendre les motifs d'insatisfaction, de gêne ou de mécontentement nous a paru avoir davantage de portée, en termes d'enseignements. C'était aussi une voie pertinente pour identifier des leviers d'amélioration.

L'échantillonnage a donc été effectué en filtrant les réponses évoquant une insatisfaction dans l'une des dimensions d'appréciation globale de l'assistante médicale, et/ou au moins un motif de gêne, et/ou une dégradation de la relation au médecin ou de la qualité de la prise en charge, et/ou un désaccord sur les apports possibles du profil d'assistant médical, et/ou un avis défavorable à l'arrivée d'une assistante dans le cabinet, et/ou un commentaire négatif. Sur l'ensemble des questionnaires individuels sélectionnés, quinze ont paru particulièrement intéressants du fait de leur contenu, de la cohérence entre les réponses fournies, ou des cas de figure différents qu'ils représentaient.

B. Questionnaire

Pour l'élaboration du questionnaire, nous nous sommes appuyés sur l'ouvrage de Jeanne LEROY et Marjorie PIERRETTE (40). À partir des conclusions tirées de la première étude, nous avons formulé des hypothèses de départ. Nous avons notamment postulé que l'expérience vécue serait différente selon le nombre de contacts antérieurs avec l'assistante et/ou selon la fréquence de consultation du médecin par le patient. Nous avons aussi envisagé que le ressenti des patients puisse être différent en fonction de l'ancienneté de leur suivi par ce médecin. Nous avons regroupé ces hypothèses selon différents thèmes à explorer : le plan relationnel et la confiance suscitée, les services rendus et bénéfiques potentiels, les éventuelles gênes ressenties, l'évolution perçue des délais de rendez-vous, du temps d'attente, et du temps de consultation, l'évolution de la relation médecin-patient.

Nous avons fait le choix de ne pas aborder la question de l'information donnée, au départ, aux patients sur les assistantes. D'une part, le premier volet d'évaluation – comme d'autres résultats de la littérature – avaient déjà mis en évidence l'importance d'une information détaillée. D'autre part, l'expérimentation ayant débuté deux ans auparavant, cela limitait la possibilité de réinterroger les patients à ce sujet.

De même, nous avons fait l'hypothèse d'un lien entre bonne appréciation des patients et bonne compréhension du rôle de l'assistante. Cependant, une question fermée sur la compréhension du rôle de l'assistante paraissait difficile à mettre en œuvre dans le cadre d'un questionnaire.

Enfin, nous avons imaginé un lien possible entre le profil de l'assistante (sexe, âge) et la facilité à se confier à elle pour le patient. Pour des questions pratiques, et pour ne

pas alourdir le questionnaire, nous avons choisi d'explorer cette piste lors des entretiens téléphoniques.

Le questionnaire comportait ainsi 16 questions, dont 13 prédéfinies et 3 autorisant une réponse en texte libre. En raison de leur caractère multidimensionnel, 6 questions comportaient des sous-questions ou des choix multiples. Les premières questions, au nombre de 7, portaient sur le profil du répondant, les suivantes permettaient l'expression de son point de vue.

Nous avons fait le choix du format papier, le plus accessible à tous, évitant ainsi un biais de sélection lié à l'usage d'un ordinateur ou d'un smartphone. L'ensemble du questionnaire figurait sur une page recto-verso (cf. annexe). Une dernière question proposait au patient de laisser ses coordonnées téléphoniques s'il était d'accord pour être appelé par téléphone pour un entretien complémentaire.

En guise de prétest, le questionnaire terminé a été relu par les médecins et les assistantes participant à l'étude, puis a été soumis à des personnes ne faisant pas partie du corps médical ou paramédical, pour s'assurer de la bonne compréhension des questions.

Les questionnaires ont été imprimés et adressés par voie postale par l'URML dans chaque cabinet au début du mois de janvier 2021. La distribution des questionnaires aux patients s'est déroulée entre janvier et mai 2021. Des recommandations ont été faites en termes de distribution systématisée (remise en main propre plutôt que simple mise à disposition, réalisation sur des plages horaires complètes) et de recueil aisé (urne à disposition, bonne visibilité, proximité de l'affichette d'information), dans un maximum de neutralité (distribution par une secrétaire si possible, ou en rappelant l'anonymat et le traitement des réponses par un tiers lorsqu'il était distribué par l'assistante ou le médecin) et en soulignant l'intérêt de participer (mieux comprendre pour améliorer).

Afin de suivre l'avancement de la distribution des questionnaires, après un échange initial sur son organisation, nous avons sollicité les cabinets par téléphone ou par courriel à un rythme mensuel. Dans la mesure du possible, une personne contact était identifiée dans chaque cabinet. Ces échanges ont permis l'expression des difficultés rencontrées et la communication des adaptations réalisées.

Les questionnaires ont été récupérés par les secrétariats ou par l'assistante et renvoyés par voie postale, à l'exception d'un questionnaire qui a été envoyé par courriel par la patiente elle-même (à l'adresse électronique indiquée sur l'affichette). Ils ont été numérotés à l'aide d'un code unique puis saisis dans un formulaire en ligne établi sur le logiciel d'enquête LimeSurvey.

C. Entretiens complémentaires

Un guide d'entretien semi-directif, comprenant des questions ouvertes et des relances, a été préparé (cf. annexe). En amont de chaque entretien, il était adapté et complété de questions individualisées, orientées par les réponses données par le patient au sein du questionnaire. Lorsque cela s'y prêtait, nous avons cherché à faire le lien avec la nature de la relation médecin-patient exposée par l'interviewé.

Les patients confirmaient leur accord pour participer par téléphone. Les entretiens n'ont pas été enregistrés mais ont fait l'objet d'une prise de note en direct, mise au propre immédiatement après.

Afin d'assurer la confidentialité, les éléments permettant d'identifier indirectement certains patients ont été retirés des comptes-rendus d'entretiens. Pour ce même motif, nous avons choisi de ne pas annexer ces comptes-rendus au manuscrit.

D. Analyse des données

Une analyse descriptive des réponses au questionnaire a été réalisée à l'aide du logiciel R (41). Les variables qualitatives ont été décrites sous forme d'effectifs et de pourcentages, les variables quantitatives sous forme de moyennes, écarts-types, médianes, espaces interquartiles, minimums, maximums. En bivarié, les associations de variables ont fait l'objet de tests réalisés en bilatéral avec un seuil de signification à 5 % : test du χ^2 pour les variables qualitatives, test de Student pour les variables quantitatives. Au cours des analyses, différentes catégories d'une même variable (différents choix de réponse proposés, différents degrés en cas d'échelle de Likert) ont été regroupées, notamment pour atteindre des effectifs permettant, le plus souvent possible, de respecter les conditions de réalisation des tests.

Les comptes-rendus des entretiens complémentaires ont fait l'objet d'une synthèse thématique : les éléments signifiants ont été regroupés selon des thèmes préétablis,

correspondant à des motifs de questionnement préexistants, ou des thèmes identifiés de façon inductive à la relecture des entretiens.

E. Information des patients et protection des données personnelles

En l'absence de recueil de données médicales ou touchant à la santé, considérées comme sensibles par la CNIL, l'étude relevait du cadre général de la protection des données personnelles en France. Aucune donnée directement identifiante n'était recueillie.

Pour la bonne information des enquêtés, un texte d'information conforme aux exigences du règlement général sur la protection des données personnelles (RGPD) a été rédigé (cf. annexe) puis, d'une part, mis en ligne sur internet (le lien vers la page étant intégré au questionnaire imprimé) et, d'autre part, mis à disposition des cabinets au format numérique pour impression d'une affichette.

III. Résultats

Les résultats seront présentés en deux temps : l'analyse des réponses au questionnaire d'une part, puis l'analyse des entretiens complémentaires d'autre part.

A. Réponses au questionnaire

Au sein du cabinet C3, deux médecins ont travaillé pendant les 2 ans de l'expérimentation avec deux assistantes, toutes les deux en temps partagé. En janvier 2021, néanmoins, au moment de la mise en œuvre de l'enquête, l'un des deux médecins expérimentateurs a déménagé son activité dans une autre commune, accompagné par l'une des deux assistantes du cabinet. On distingue ainsi le cabinet d'origine C3a (une MSP), où un autre médecin poursuivait son activité avec une seconde assistante, du nouveau lieu d'exercice C3b (un cabinet isolé). Ce déménagement étant survenu tardivement dans l'expérimentation, les patients interrogés au sein du nouveau cabinet C3b avaient été majoritairement au contact des deux assistantes au sein du cabinet d'origine C3a : leurs réponses peuvent porter sur les deux assistantes rencontrées, sans motif de distinction. Le choix a donc été fait de regrouper les réponses issues de C3a et C3b lors des analyses. En pratique, les réponses ne différaient pas sur le plan de l'expérience perçue, mais seulement sur des caractéristiques du recours au soin des répondants (indiquées en note de bas de page ci-après).

Au sein des tableaux et figures, les questions posées et choix soumis aux enquêtés sont résumés, pour une question de lisibilité : se référer au questionnaire en annexe pour prendre connaissance de leur formulation exacte.

1. Mise en œuvre et participation à l'enquête

Lors du lancement de l'enquête, 2000 questionnaires ont été imprimés et adressés par l'URML Pays-de-la-Loire aux cabinets participant à l'expérimentation vendéenne. Pour chaque cabinet, le nombre de questionnaires avait été établi au préalable en tenant compte du taux de retour obtenu lors de la première enquête par questionnaire ainsi que de la quotité de temps travaillé par l'/les assistante(s), pour permettre une distribution par celle-ci dans des conditions réalistes.

Cependant, les médecins de deux cabinets ont ensuite signalé qu'ils ne participeraient pas à l'enquête. Dans un cabinet (C5), le médecin a annoncé avoir mis fin au contrat

avec son assistante, faute de pouvoir bénéficier d'un soutien financier de la part de l'assurance maladie, en répondant aux conditions fixées par l'avenant 7 de la convention médicale (n=400 questionnaires envoyés). Dans l'autre (C6), les médecins estimaient la distribution de questionnaires imprimés incompatible avec le contexte de crise sanitaire (n=200 questionnaires envoyés).

En ce qui concerne le cabinet C3, la distribution des questionnaires a été simultanément réalisée au sein du cabinet d'origine C3a, auprès de la patientèle du médecin qui y poursuivait son activité, et au sein du nouveau cabinet C3b, exclusivement auprès des patients précédemment suivis dans le cabinet d'origine.

D'après les professionnels participants, les modalités de distribution suivantes ont été mises en œuvre dans tous les cabinets : distribution en main propre, urne de dépôt à disposition des patients, affichette d'information sur l'enquête fournie par les organisateurs. Les différences et constats suivants ont néanmoins été partagés :

- C1 : remise par l'assistante et la secrétaire ; distribution mise en difficulté par la mise en place de la vaccination contre la covid-19 ;
- C2 : remise par la secrétaire ; distribution mise en difficulté par le manque de disponibilité et les interruptions (ex. : réponse aux appels téléphoniques) et par la mise en place de la vaccination contre la covid-19 ; questionnaires finalement mis à disposition de la patientèle dans la salle d'attente ;
- C3a : remise initiale par les secrétaires ; interruption de la distribution lors d'un changement de secrétaire, distribution mise en difficulté par le manque de disponibilité et les interruptions ; secondairement, remise par l'assistante ;
- C3b : remise par le médecin, exclusivement aux patients initialement suivis au sein du cabinet C3a ;
- C4 : remise par l'assistante.

Au total, 366 questionnaires ont été retournés. L'exhaustivité de réponse aux différentes questions était variable, comme le montre le nombre de données manquantes pour la présentation de chaque résultat ci-dessous (données non disponibles, notées ND). Dans un nombre limité de cas, l'ensemble du verso du questionnaire n'a pas été rempli. Seuls 2 questionnaires étaient totalement vides.

En excluant les deux cabinets où les questionnaires n'ont pas été distribués à la patientèle, le taux de retour était de 26 % (cf. tableau ci-dessous).

Tableau 2. Taux de retour des questionnaires distribués dans les cabinets participants

Cabinet	Questionnaires retournés, n (%)
C1	51/200 (26)
C2	67/400 (17)
C3	119/400 (30)
C4	127/400 (32)
Total	364/1400 (26)

2. Caractéristiques de la population

La répartition des répondants entre les cabinets participants dépendait du nombre de questionnaires adressés et retournés : elle est présentée dans le tableau ci-dessous (ND=2).

Tableau 3. Répartition des répondants entre les cabinets participants

Cabinet	Répondants, n (%)
C1	51/364 (14)
C2	67/364 (18)
C3	119/364 (33)
C4	127/364 (35)

En complément du lieu de consultation, des caractéristiques sociodémographiques peuvent être décrites grâce aux premières questions posées aux patients.

Les répondants étaient des femmes pour 73 % (n=240/331, ND=35). En moyenne, ils étaient âgés de 54,4 ans (min. 15,0 ; 1^{er} quartile 41,0 ; médiane 54,5 ; 3^{ème} quartile 68,0 ; max. 95 ; ND=66). Parmi les répondants, les hommes étaient un peu plus âgés que les femmes (moy.=60 vs moy.=52, p<0,001). La distribution des âges est présentée dans la figure ci-dessous.

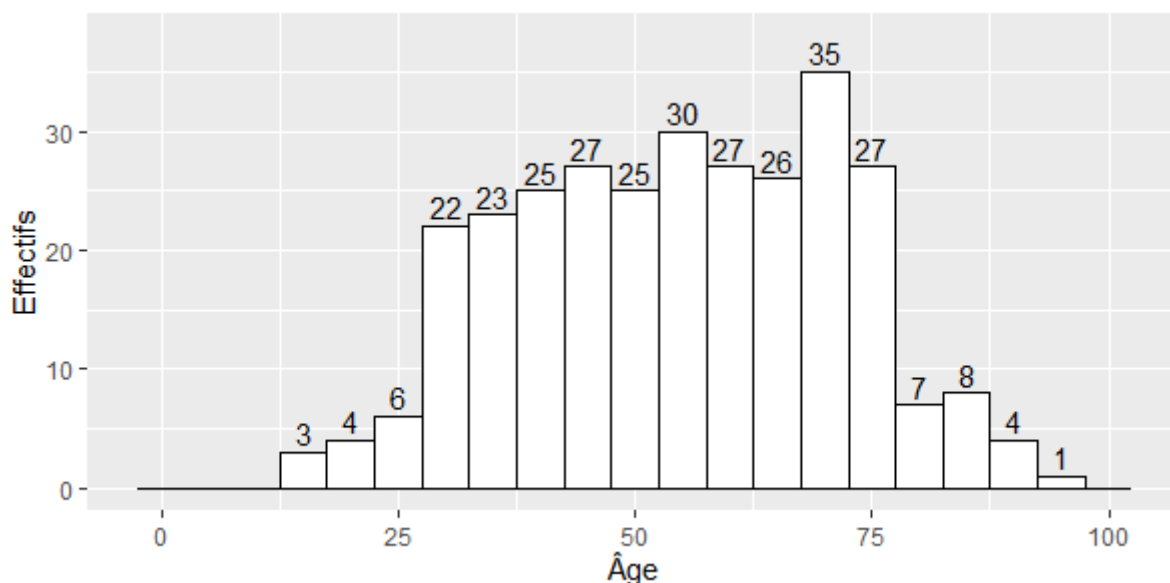


Figure 1. Répartition de l'âge des répondants

Dans 86 % des cas, les répondants ont accepté d'indiquer le niveau de leur diplôme le plus élevé : la répartition de celui-ci est présentée dans le tableau ci-dessous (ND=53). Une différence d'âge pouvait être notée entre les catégories : 60 ans en moyenne en l'absence de diplôme, 55 ans pour le niveau CAP, 48 ans pour le niveau baccalauréat, 49 ans pour le niveau bac + 2 et au-delà ($p=0,0005$).

Tableau 4. Répartition du niveau de diplôme déclaré par les répondants

Niveau de diplôme	Répondants, n (%)
Aucun diplôme, brevet élémentaire / des collèges	47/313 (15)
CAP, BEP, brevet de compagnon	109/313 (35)
Baccalauréat, brevet professionnel ou de technicien	65/313 (21)
Bac + 2 et au-delà	92/313 (29)

Outre ces caractéristiques, le profil de recours aux soins des participants au sein du cabinet où ils étaient interrogés a pu être précisé.

En moyenne, les répondants déclaraient une ancienneté de suivi par le médecin consulté le jour de la réponse (ou le médecin remplacé par celui consulté) de 11,0 ans (min. 0,0 ; 1^{er} quartile 5,0 ; médiane 10,0 ; 3^{ème} quartile 15,0 ; max. 44,0 ; ND=32). On ne notait pas de différence significative selon le sexe ($p=0,07$). La distribution de l'ancienneté de suivi déclarée est présentée dans la figure ci-dessous.

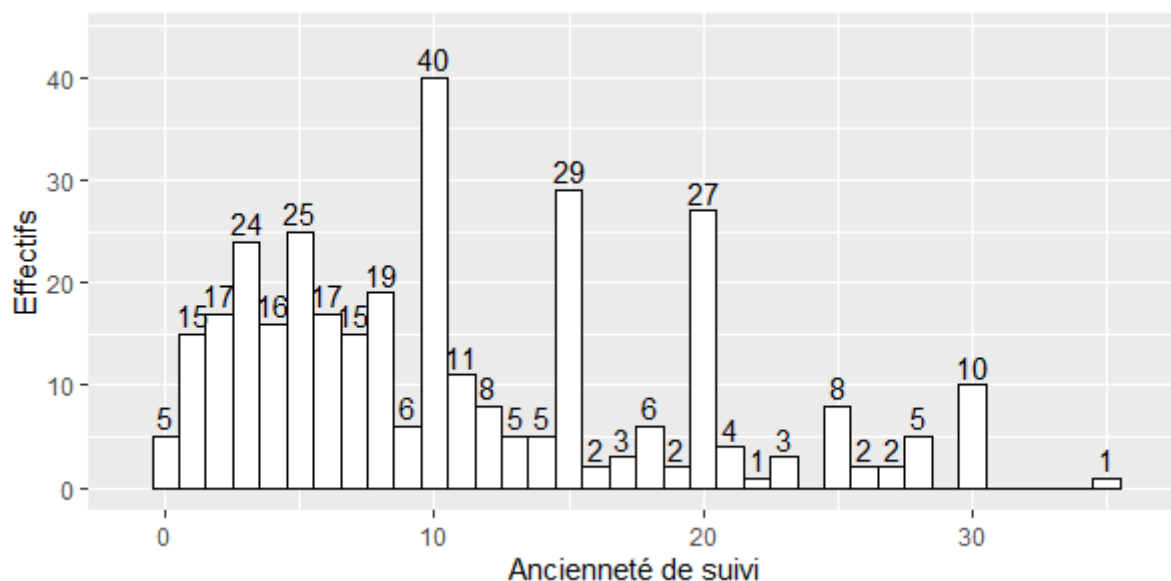


Figure 2. Répartition de l'ancienneté de suivi par leur médecin déclarée par les répondants

En majorité, les participants déclaraient consulter leur médecin entre 2 et 5 fois par an. La répartition de la fréquence annuelle de consultation est présentée dans le tableau ci-dessous (ND=8). Après regroupement des choix proposés², les femmes indiquaient consulter plus de 5 fois par an dans 33 % des cas (n=78/236) contre 19 % des hommes (n=17/90, p=0,02).

Tableau 5. Répartition de la fréquence annuelle de consultation déclarée par les répondants

Fréquence annuelle de consultation	Répondants, n (%)
Une fois par an, ou moins	34/358 (9)
Entre 2 et 5 fois par an	221/358 (62)
Plus de 5 fois par an	96/358 (27)
Plusieurs fois par mois	7/358 (2)

Enfin, le nombre estimé de consultations au cours desquelles le patient avait été en contact de l'/des assistante(s) du cabinet depuis son/leur arrivée était recueilli. Pour une majorité de répondants, ce nombre se situait entre 2 et 4. La répartition des réponses est présentée dans le tableau ci-dessous³ (ND=23). On ne notait pas de différence significative selon le sexe (p=0,4). Le nombre de contacts avec l'assistante

² Dans la suite des analyses, les modalités « Une fois par an, ou moins » et « Entre 2 et 5 fois par an » ont été regroupées en « Jusqu'à 5 fois par an », et les modalités « Plus de 5 fois par an » et « Plusieurs fois par mois » ont été regroupées en « Plus de 5 fois par an ».

³ Dans la suite des analyses, les modalités « De 5 à 10 fois » et « Plus de 10 fois » ont été regroupés en « 5 fois ou plus ».

était en revanche associé à la fréquence de consultation : chez les répondants consultant jusqu'à 5 fois par an, 23 % avaient vu l'/les assistante(s) une seule fois (n=57/243), 58 % deux à quatre fois (n=141/243) et 19 % cinq fois ou plus (n=45/243), alors qu'ils étaient respectivement 8 %, 39 % et 53 % chez ceux consultant plus de 5 fois par an (n=8/96, n=37/96, n=51/96, p<0,001).

Tableau 6. Nombre estimé de consultations en contact avec l'/des assistante(s)

Nombre de contacts avec l'/les assistante(s)	Répondants, n (%)
Une seule fois	65/343 (19)
De 2 à 4 fois	182/343 (53)
De 5 à 10 fois	75/343 (22)
Plus de 10 fois	21/343 (6)

3. Expérience des patients

Dans un deuxième temps, les patients interrogés étaient invités à exprimer une appréciation globale à propos de l'/des assistante(s) rencontrée(s). Les réponses, données suivant une échelle de Likert, témoignaient d'un niveau élevé de satisfaction sur les différents aspects interrogés, portant sur des qualités professionnelles susceptibles d'être attendues (cf. figure ci-dessous⁴).

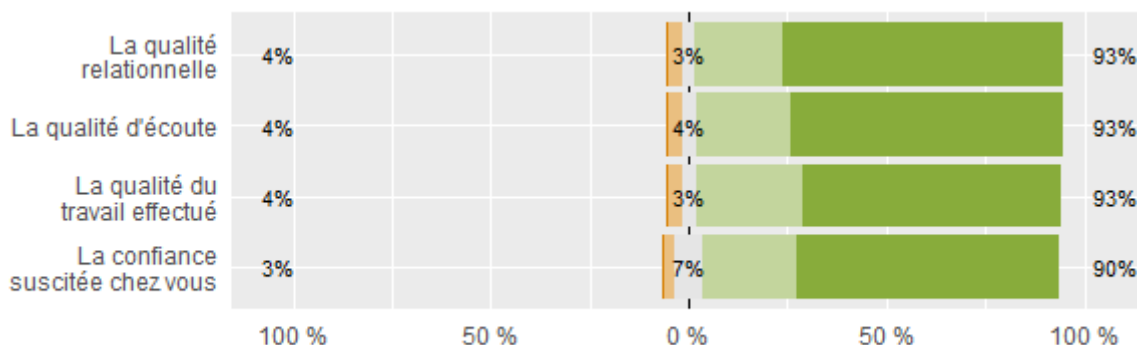


Figure 3. Impression des répondants vis-à-vis de l'/des assistante(s) rencontrée(s)

Les réponses sont détaillées dans le tableau suivant.

⁴ Choix proposés : « Pas du tout satisfait », « Plutôt pas satisfait », « Ni satisfait, ni insatisfait », « Plutôt satisfait », « Tout à fait satisfait »

Tableau 7. Impression des répondants vis-à-vis de l'/des assistante(s) rencontrée(s), réponses détaillées

Dimension d'appréciation	Répondants, n (%)				
	<i>Pas du tout satisfait-e</i>	<i>Plutôt pas satisfait-e</i>	<i>Ni insatisfait, ni satisfait-e</i>	<i>Plutôt satisfait-e</i>	<i>Tout à fait satisfait-e</i>
La qualité relationnelle (ND=8)	2/358 (1)	12/358 (3)	12/358 (3)	79/358 (22)	253/358 (71)
La qualité d'écoute (ND=9)	1/357 (0)	12/357 (3)	13/357 (4)	86/357 (24)	245/357 (69)
La qualité du travail effectué (ND=19)	3/347 (1)	11/347 (3)	12/347 (3)	94/347 (27)	227/347 (65)
La confiance suscitée chez vous (ND=16)	2/350 (1)	9/350 (3)	24/350 (7)	83/350 (24)	232/350 (66)

Lorsque les répondants étaient invités à indiquer d'éventuels problèmes ou motifs de gêne rencontrés au contact de l'/des assistante(s), « la nécessité de répéter au médecin une information déjà donnée à l'assistante » était évoquée par 10 % d'entre eux, suivie de « la communication d'une information personnelle à l'assistante » pour 5 %. Dans l'ensemble, les réponses pouvant être multiples, au moins un problème ou motif de gêne était mentionné par 18 % des répondants (ND=7)⁵. Le détail des réponses données est présenté dans la figure suivante.

⁵ Pour les questions à choix multiples facultatives (problèmes constatés et services identifiés comme ayant été rendus par l'assistante, ci-après), identifiées dans la trame par des cases à cocher carrées, les données manquantes ont été définies comme correspondant aux questionnaires dont la passation a été interrompue (absence de réponse à l'ensemble des questions suivantes), afin de ne pas être confondues avec une absence volontaire de réponse (répondant n'ayant rien à déclarer à ces questions).

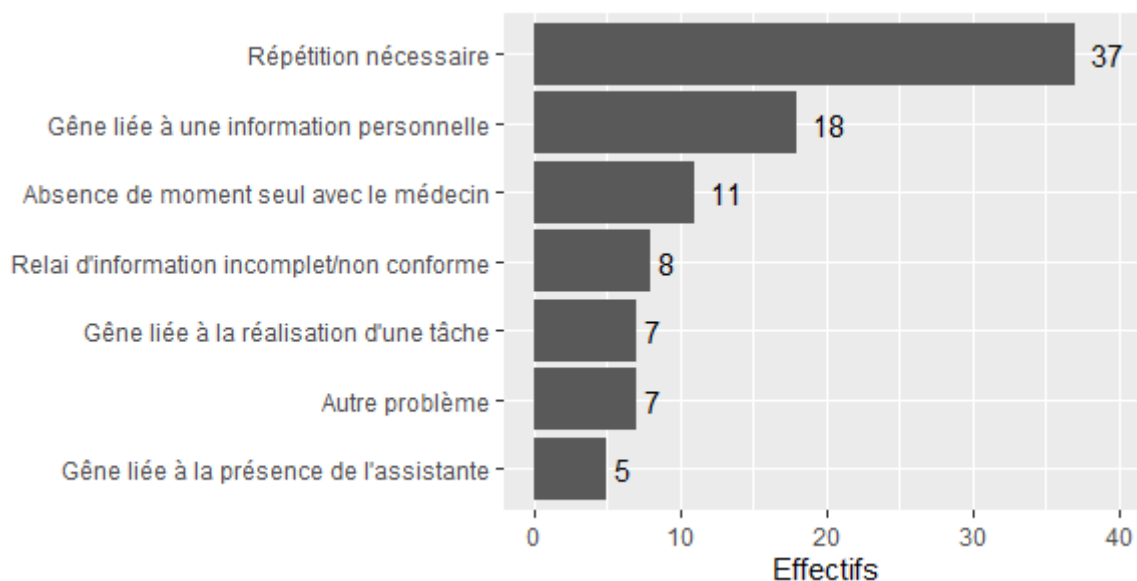


Figure 4. Problèmes ou motifs de gêne rencontrés au contact de l'/des assistante(s)

En dehors de cette répétition nécessaire, révoquée dans les réponses libres, les précisions apportées parmi les réponses « autres » ou en commentaire mentionnaient :

- Des conseils donnés ou remarques faites par une assistante lors de la préconsultation, à tort selon le répondant, car jugés hors de son champ de compétence et erronés (n=1) ; un sentiment d'intrusion pour un répondant (n=1) ; une assistante ne connaissant pas les pathologies du répondant, à ses yeux (n=1) ; un sentiment de manque d'expérience (n=1) ;
- Une gêne en cas de motif de consultation d'ordre gynécologique ou touchant aux organes génitaux (n=2) ; le fait de ne vouloir évoquer des problèmes considérés comme personnels qu'avec le médecin (n=2) ; une difficulté à évoquer son malaise psychologique avec l'assistante alors qu'un lien de confiance a été créé avec le médecin (n=1) ; un lien interpersonnel indirect avec l'assistante (relations communes) entraînant une gêne à l'idée d'évoquer ses problèmes de santé avec elle (n=1) ;
- Un caractère anxiogène/gênant lié au fait de devoir répéter la présentation du problème de santé motivant la consultation (n=2) ;
- Une consultation jugée trop rapide (n=1) ; un allongement de la durée de la consultation (n=1) ; des délais d'attente (n=1) ;
- Un entretien de préconsultation pas apprécié (sans plus de précision, n=1) ;

- Une erreur évoquée dans une posologie (sans présentation plus détaillée du contexte, n=1) ; l'absence de vérification du poids déclaré par le répondant (n=1) ;
- L'absence de présentation du rôle de l'assistante à son arrivée (n=1) ;
- Le sentiment d'une approche plus technique qu'humaine, avec moins d'écoute (n=1).

En regard, quand les répondants étaient invités à mentionner quels services avaient pu leur rendre l'/les assistante(s), des conseils et explications sur la situation (traitement pris, dépistage proposé...) étaient relevés par 31 % d'entre eux, des informations sur le parcours de soins (formalités administratives, orientation...) l'étaient par 28 %, et un soutien moral face à des difficultés rencontrées par 20 %. Dans l'ensemble, au moins un service rendu était noté par 52 % des répondants (ND=9). Cette fréquence augmentait avec le nombre de contact(s) avec l'/les assistante(s) : elle était de 38 % en cas de contact unique (n=25/65), 49 % entre 2 et 4 contacts (n=90/182) et 67 % après 5 contacts ou plus (n=64/96, p=0,001). Le détail des réponses données est présenté dans la figure suivante.

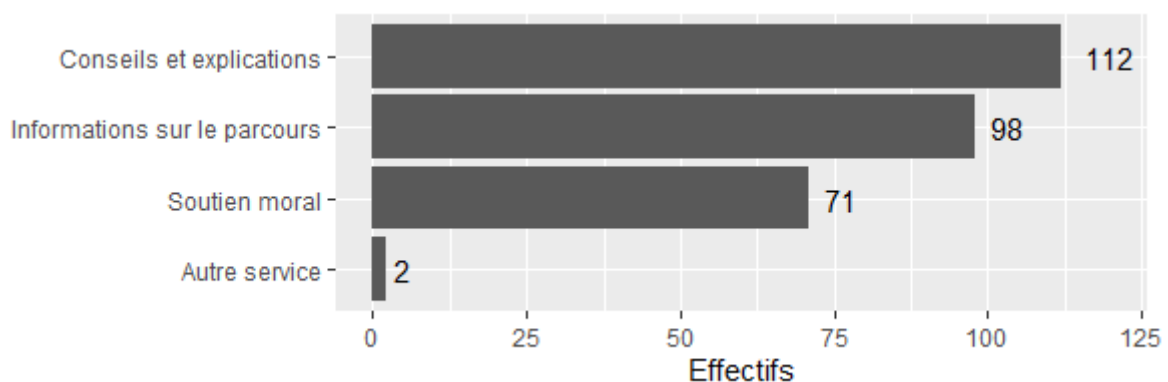


Figure 5. Services déclarés comme ayant été rendus par l'/les assistante(s) rencontrée(s)

Les répondants ayant indiqué avoir reçu un service « autre » ont mentionné une prise de rendez-vous pour une IRM ainsi que la pesée et la mesure de la taille lors de la consultation d'un enfant.

Plus loin, les patients étaient interrogés sur leurs impressions concernant l'évolution des différentes durées caractérisant leur expérience de la consultation médicale depuis l'arrivée de l'/des assistante(s) au sein du cabinet. En majorité, ils estimaient que ces durées étaient stables. Quand ils notaient une variation, celle-ci était le plus

souvent à la baisse, qu'il s'agisse du délai d'obtention d'un rendez-vous, du temps total au sein du cabinet, du temps passé en présence du médecin ou du temps d'attente avant de voir le médecin (cf. figure ci-dessous). C'est en particulier pour le délai d'attente en amont de la consultation qu'une évolution était le plus souvent notée, à la baisse dans 35 % des cas et à la hausse dans 6 %.

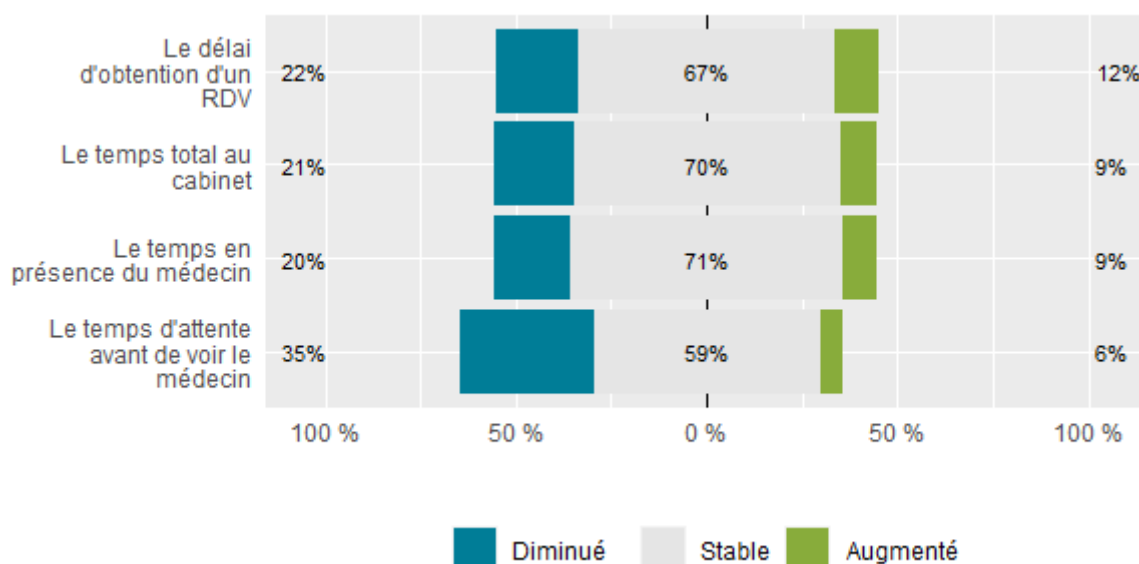


Figure 6. Évolution perçue de différentes durées caractérisant l'expérience d'une consultation

Les réponses sont détaillées dans le tableau suivant.

Tableau 8. Évolution perçue de différentes durées caractérisant l'expérience d'une consultation, réponses détaillées

Durées	Répondants, n (%)		
	Diminué	Stable	Augmenté
Délai d'obtention d'un rendez-vous (ND=55)	67/311 (22)	208/311 (67)	36/311 (12)
Temps d'attente avant de voir le médecin (ND=46)	111/320 (35)	190/320 (59)	19/320 (6)
Temps en présence du médecin (ND=52)	63/314 (20)	223/314 (71)	28/314 (9)
Temps total au sein du cabinet (ND=57)	64/309 (21)	216/309 (70)	29/309 (9)

Interrogés sur les autres évolutions perçues, les répondants étaient ici aussi majoritaires à constater une stabilité des différents aspects suggérés dans le

questionnaire. Lorsqu'ils notaient une différence, celle-ci était le plus souvent dans le sens d'une amélioration (cf. figure ci-dessous).

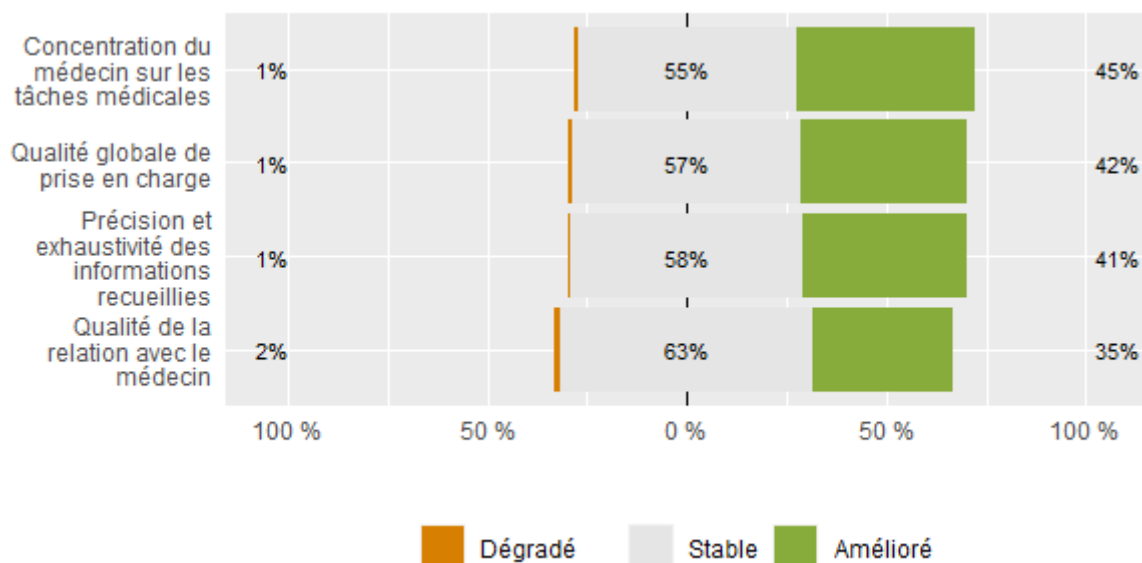


Figure 7. Évolutions constatées sur différents aspects depuis l'arrivée de l'/des assistante(s)

Les réponses sont détaillées dans le tableau suivant.

Tableau 9. Évolutions constatées sur différents aspects depuis l'arrivée de l'/des assistante(s), réponses détaillées

Aspects d'évolution	Répondants, n (%)		
	Dégradé	Stable	Amélioré
Précision et exhaustivité des informations recueillies (ND=60)	2/306 (1)	179/306 (58)	125/306 (41)
Concentration du médecin sur les tâches médicales (ND=53)	2/313 (1)	171/313 (55)	140/313 (45)
Qualité de la relation avec le médecin (ND=44)	6/322 (2)	203/322 (63)	113/322 (35)
Qualité globale de prise en charge (ND=49)	4/317 (1)	181/317 (57)	132/317 (42)

Seule différence significative en fonction du sexe parmi les réponses touchant à l'expérience perçue, les hommes étaient 55 % à noter une amélioration dans la concentration du médecin sur des tâches strictement médicales (n=44/80), contre 41 % des femmes (n=84/207, p=0,04).

Une amélioration était plus fréquemment constatée chez les répondants ayant été le plus de fois en contact avec l'/les assistante(s) : cette différence était significative pour 3 des 4 propositions faites aux interviewés (cf. tableau ci-dessous⁶).

Tableau 10. Améliorations constatées sur différents aspects depuis l'arrivée de l'/des assistante(s) en fonction du nombre de contact(s) avec celle(s)-ci

Améliorations constatées	Répondants, n (%)		
	1 seule fois (n=65)	De 2 à 4 fois (n=182)	5 fois ou plus (n=96)
Précision et exhaustivité des informations recueillies (p<0,001)	18/55 (33)	52/151 (34)	50/87 (57)
Concentration du médecin sur les tâches médicales (p<0,001)	22/56 (39)	54/155 (35)	60/90 (67)
Qualité de la relation avec le médecin (p=0,005)	18/54 (33)	47/162 (29)	45/91 (49)
Qualité globale de prise en charge (p=0,1)	24/57 (42)	60/159 (38)	46/90 (51)

Après ces différents constats, les répondants étaient invités à caractériser le profil professionnel de l'assistant médical, au regard d'une série de bénéfices envisageables du point de vue de l'utilisateur (cf. figure ci-dessous⁷). Leur accord avec les différentes propositions formulées était élevé (de 79 à 89 %), à l'exception d'une seule : le fait qu'il puisse être plus facile de confier certaines choses à l'assistante qu'au médecin. Pour celle-ci, les avis étaient mitigés (27 % en désaccord, 33 % en accord).

⁶ En raison de leurs faibles effectifs, les réponses constatant une dégradation ont été regroupées avec les réponses notant une stabilité.

⁷ Choix proposés : « Pas du tout d'accord », « Plutôt pas d'accord », « Ni en désaccord, ni d'accord », « Plutôt d'accord », « Tout à fait d'accord »

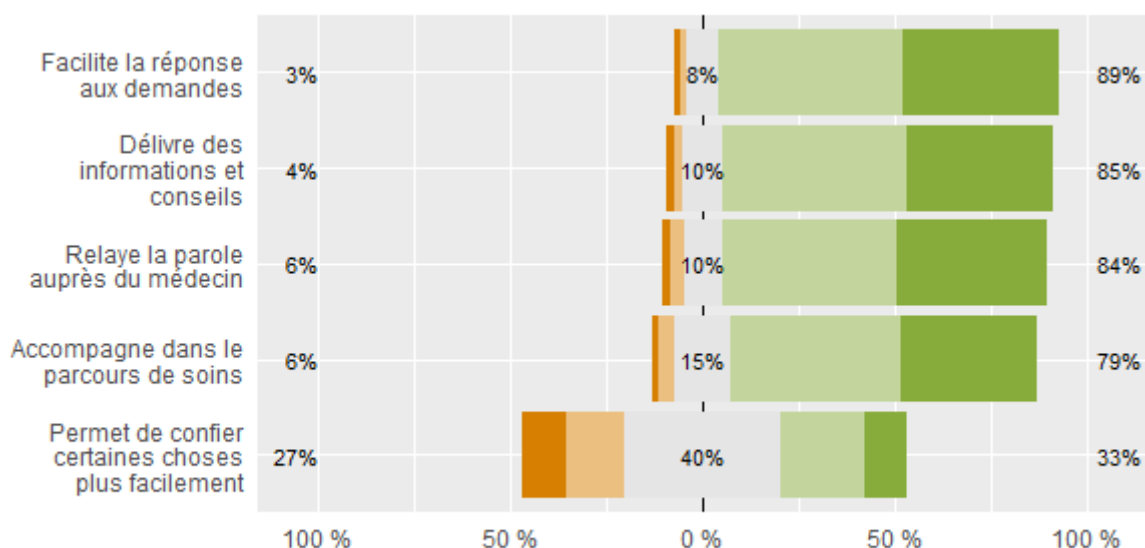


Figure 8. Caractéristiques attribuées au profil d'assistant médical

Les réponses sont détaillées dans le tableau suivant.

Tableau 11. Caractéristiques attribuées au profil d'assistant médical, réponses détaillées

Caractéristiques du profil	Répondants, n (%)				
	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni en désaccord, ni d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Relaye la parole auprès du médecin (ND=33)	7/333 (2)	12/333 (4)	33/333 (10)	152/333 (46)	129/333 (39)
Facilite la réponse aux demandes (ND=41)	5/325 (2)	5/325 (2)	27/325 (8)	155/325 (48)	133/325 (41)
Délivre des informations et conseils (ND=42)	6/324 (2)	7/324 (2)	34/324 (10)	155/324 (48)	122/324 (38)
Accompagne dans le parcours de soins (ND=45)	6/321 (2)	13/321 (4)	47/321 (15)	142/321 (44)	113/321 (35)
Permet de confier certaines choses plus facilement (ND=104)	30/262 (11)	40/262 (15)	106/262 (40)	57/262 (22)	29/262 (11)

Alors que ce n'était pas le cas pour les précédentes questions portant sur l'expérience perçue, les réponses données concernant les caractéristiques attribuées au profil d'assistant médical variaient significativement en fonction du niveau de diplôme du

répondant (cf. tableau ci-dessous⁸). Pour les quatre premières propositions, les répondants de niveau CAP étaient les plus en accord avec celles-ci. Pour la dernière, portant sur le fait de pouvoir confier plus facilement certaines choses à l'assistante qu'au médecin, c'est le sous-groupe non diplômé qui était le plus en accord. Pour l'ensemble des propositions, c'est chez les répondants ayant réalisé des études supérieures que l'accord était le moins fréquent.

Tableau 12. Accord sur les caractéristiques attribuées au profil d'assistant médical en fonction du niveau de diplôme des répondants

Accord sur les caractéristiques du profil	Répondants, n (%)				
	Niveau de diplôme	Aucun diplôme (n=47)	CAP, BEP (n=109)	Bac (n=65)	Bac + 2 et au-delà (n=92)
Relaye la parole auprès du médecin (p<0,001)		34/40 (85)	96/103 (93)	51/59 (86)	65/91 (71)
Facilite la réponse aux demandes (p=0,003)		36/38 (95)	94/98 (96)	52/62 (84)	72/90 (80)
Délivre des informations et conseils (p=0,003)		32/37 (86)	92/100 (92)	55/62 (89)	66/90 (73)
Accompagne dans le parcours de soins (p<0,001)		31/38 (82)	92/100 (92)	46/58 (79)	54/89 (61)
Permet de confier certaines choses plus facilement (p<0,001)		15/31 (48)	32/76 (42)	16/51 (31)	13/80 (16)

Pour la proposition portant sur la possibilité de délivrer des informations et conseils, des différences pouvaient être notées en fonction du nombre de contacts avec l'/les assistante(s), sans caractère linéaire : 88 % d'accord en cas de contact unique (n=51/58), 80 % entre 2 et 4 contacts (n=126/158), 91 % à partir de 5 contacts (n=85/93, p=0,03).

Pour finir, un avis global sur l'arrivée de l'/des assistante(s) au sein du cabinet était demandé aux répondants : celui-ci était favorable dans 86 % des cas (cf. figure ci-dessous⁹).

⁸ En raison de leurs faibles effectifs, les réponses en désaccord ont été regroupées avec les réponses « Ni en désaccord, ni d'accord ».

⁹ Choix proposés : « Pas du tout favorable », « Plutôt pas favorable », « Ni favorable, ni défavorable », « Plutôt favorable », « Tout à fait favorable »

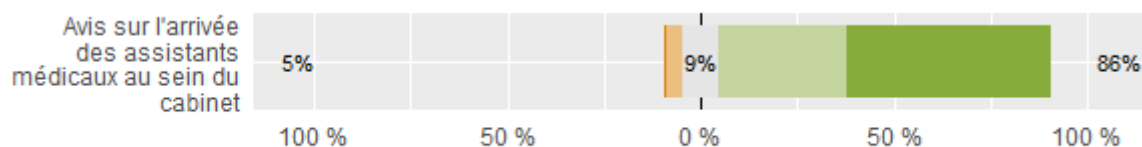


Figure 9. Avis sur l'arrivée de l'/des assistante(s) au sein du cabinet

Les réponses sont détaillées dans le tableau suivant (ND=12).

Tableau 13. Avis sur l'arrivée de l'/des assistante(s) au sein du cabinet, réponses détaillées

Avis	Répondants, n (%)
Pas du tout favorable	2/354 (1)
Plutôt pas favorable	15/354 (4)
Ni favorable, ni défavorable	32/354 (9)
Plutôt favorable	118/354 (33)
Tout à fait favorable	187/354 (53)

Après regroupement des choix, un avis favorable était significativement associé à des réponses positives à l'ensemble des questions précédentes touchant à l'expérience perçue, à l'exception de la perception de l'évolution du temps passé en présence du médecin (résultats non détaillés).

Des différences significatives étaient ici aussi identifiées selon le niveau de diplôme des répondants : un avis favorable était donné par 89 % des non-diplômés (n=41/46), 94 % des répondants de niveau CAP ou BEP (n=98/104), 84 % des titulaires du baccalauréat (n=54/64) et 75 % des répondants de niveau bac + 2 et au-delà (n=68/91, p=0,001).

À la fin du questionnaire, les répondants étaient invités à laisser des commentaires libres. On retrouve des avis positifs dans leur globalité (n=8), du type « très bonne idée », « très bonne initiative », « vraiment très bien pour tous », « très satisfaite ». Des compliments à propos de l'assistante (n=7) – « gentille », « souriante », « serviable » – et ses qualités d'écoute (n=5) étaient aussi mis en avant.

Les répondants parlaient de l'aide apportée par l'assistante sur le plan administratif (n=7). Certains ne voyant pas de bénéfice majeur « sauf pour l'aspect administratif », « intérêt peut être administratif, mais pas médical ». D'autres faisaient le lien avec le gain de temps pour le médecin (n=6), et/ou notaient l'intérêt de « soulager le

médecin » (n=3), lequel pouvait ainsi « se recentrer » sur le patient et/ou sur les soins (n=4).

Comme déjà décrit, le fait de devoir se répéter était de nouveau mentionné (n=3), avec l'impression de faire « perdre du temps » (n=1). L'allongement du temps d'attente était également décrit (n=3).

Les autres commentaires mentionnaient :

- La disponibilité de l'assistante pour délivrer des conseils (n=1) ;
- Un « aspect plus humain », une « ambiance plus détendue » (n=1) ;
- Une meilleure tenue du dossier médical (n=1) ;
- Un « manque d'information sur le but ou l'arrivée de l'assistante » (n=1) ;
- Un questionnement sur le secret médical (n=1) ;
- Des avis neutres (n=2), du type « pourquoi pas si cela peut aider », ou « sans commentaire ».

4. Variations entre les cabinets

Du point de vue des différences entre cabinets, il est important de noter en premier lieu les différences caractérisant les profils des répondants selon leur lieu de consultation. Les différences significatives portent sur le sexe-ratio, l'ancienneté de suivi, la fréquence de consultation et le nombre de contacts que les répondants ont eu avec l'/les assistante(s) : elles sont présentées dans le tableau ci-dessous¹⁰.

¹⁰ Au sein du cabinet C3, l'ancienneté de suivi était plus longue chez les répondants du cabinet C3b issu du déménagement que chez ceux du cabinet d'origine C3a (10 *vs* 7 ans en moyenne, $p=0,01$). En outre, le nombre de contacts déclarés avec l'/les assistante(s) était supérieur à 5 pour une majorité de répondants du cabinet C3b, alors qu'il se situait entre 2 et 4 pour la plupart de ceux du cabinet C3a ($p=0,003$). Ces différences sont à analyser en tenant compte du processus de sélection résultant du choix, pour les patients, d'aller consulter dans le nouveau cabinet à la suite du déménagement.

Tableau 14. Caractéristiques des répondants en fonction du cabinet

Variable	Modalité	Répondants, n (%) / Moy. (écart-type) méd. [1 ^{er} ;3 ^{ème} quartiles]			
		C1 (n=51)	C2 (n=67)	C3 (n=119)	C4 (n=127)
Cabinet					
Sexe (p=0,005)	<i>Femme</i>	39/48 (81)	55/63 (87)	74/108 (69)	72/111 (65)
Âge (p=0,1)		52 (15) 50 [38;67]	53 (19) 55 [40;68]	53 (17) 53 [40;65]	57 (17) 60 [47;71]
Niveau de diplôme (p=0,08)	<i>Aucun diplôme</i>	8/45 (18)	11/60 (18)	9/106 (8)	18/100 (18)
	<i>CAP, BEP</i>	19/45 (42)	19/60 (32)	34/106 (32)	37/100 (37)
	<i>Baccalauréat</i>	6/45 (13)	11/60 (18)	22/106 (21)	26/100 (26)
	<i>Bac + 2 et au-delà</i>	12/45 (27)	19/60 (32)	41/106 (39)	19/100 (19)
Ancienneté de suivi (p<0,001)		10 (7) 10 [7;12]	9 (7) 7 [3;12]	8 (6) 7 [5;10]	16 (9) 18 [10;21]
Fréquence de consultation (p=0,02)	<i>> 5 fois par an</i>	21/51 (41)	25/67 (37)	27/115 (23)	29/123 (24)
Contact(s) avec l'/les assistante(s) (p<0,001)	<i>1 seule fois</i>	9/49 (18)	24/65 (37)	16/114 (14)	15/113 (13)
	<i>5 fois ou plus</i>	14/49 (29)	5/65 (8)	35/114 (31)	42/113 (37)
	<i>De 2 à 4 fois</i>	26/49 (53)	36/65 (55)	63/114 (55)	56/113 (50)

Du point de vue de l'expérience perçue, une seule différence apparaissait significativement parmi les 4 dimensions d'appréciation soumises aux répondants, celle de la confiance suscitée, avec toutefois un écart de valeur ne s'étendant que de 84 à 96 % (cf. tableau ci-dessous).

Tableau 15. Impression des répondants vis-à-vis de l'/des assistante(s) rencontrée(s) en fonction du cabinet

Dimension d'appréciation	Répondants, n (%)				
	C1 (n=51)	C2 (n=67)	C3 (n=119)	C4 (n=127)	
La qualité relationnelle (p=0,5)	<i>Pas satisfait·e</i>		2/66 (3)	6/117 (5)	6/123 (5)
	<i>Ni insatisfait, ni satisfait·e</i>	1/50 (2)	2/66 (3)	6/117 (5)	2/123 (2)
	<i>Satisfait·e</i>	49/50 (98)	62/66 (94)	105/117 (90)	115/123 (93)
La qualité d'écoute (p=0,2)	<i>Pas satisfait·e</i>		2/66 (3)	5/117 (4)	6/121 (5)
	<i>Ni insatisfait, ni satisfait·e</i>	1/51 (2)	1/66 (2)	8/117 (7)	2/121 (2)
	<i>Satisfait·e</i>	50/51 (98)	63/66 (95)	104/117 (89)	113/121 (93)
La qualité du travail effectué (p=0,2)	<i>Pas satisfait·e</i>		2/66 (3)	7/117 (6)	5/115 (4)
	<i>Ni insatisfait, ni satisfait·e</i>		2/66 (3)	7/117 (6)	2/115 (2)
	<i>Satisfait·e</i>	47/47 (100)	62/66 (94)	103/117 (88)	108/115 (94)
La confiance suscitée chez vous (p=0,04)	<i>Pas satisfait·e</i>		2/66 (3)	4/116 (3)	5/117 (4)
	<i>Ni insatisfait, ni satisfait·e</i>	2/49 (4)	5/66 (8)	14/116 (12)	2/117 (2)
	<i>Satisfait·e</i>	47/49 (96)	59/66 (89)	98/116 (84)	110/117 (94)

En ce qui concerne les problèmes rencontrés ou motifs de gêne identifiés, la proportion de répondants en déclarant au moins un variait selon les cabinets : 6 % pour C1, 24 % pour C2, 29 % pour C3, 9 % pour C4 (respectivement n=3/51, n=16/67, n=34/119, n=11/127, p<0,001). Il en était de même pour la proportion de répondants se remémorant au moins un service rendu par l'/les assistante(s) rencontrée(s) : 63 % pour C1, 36 % pour C2, 63 % pour C3, 41 % pour C4 (respectivement n=32/51, n=24/67, n=75/119, n=52/127, p<0,001).

À propos de la perception d'évolutions concernant des délais ou durées caractérisant une consultation, la seule différence significative entre les cabinets portait sur le temps d'attente avant de voir le médecin : la proportion de répondants ayant noté une diminution de l'attente variait de 16 à 45 % (cf. tableau ci-dessous).

Tableau 16. Évolution perçue de différentes durées caractérisant l'expérience d'une consultation en fonction du cabinet

Durées	Répondants, n (%)				
	Cabinet	C1 (n=51)	C2 (n=67)	C3 (n=119)	C4 (n=127)
Délai d'obtention d'un rendez-vous (p=0,3)	<i>Diminué</i>	8/47 (17)	9/55 (16)	27/106 (25)	23/101 (23)
	<i>Stable</i>	34/47 (72)	40/55 (73)	71/106 (67)	61/101 (60)
	<i>Augmenté</i>	5/47 (11)	6/55 (11)	8/106 (8)	17/101 (17)
Temps d'attente avant de voir le médecin (p=0,004)	<i>Diminué</i>	8/49 (16)	13/57 (23)	42/108 (39)	47/104 (45)
	<i>Stable</i>	38/49 (78)	38/57 (67)	59/108 (55)	54/104 (52)
	<i>Augmenté</i>	3/49 (6)	6/57 (11)	7/108 (6)	3/104 (3)
Temps en présence du médecin (p=0,3)	<i>Diminué</i>	5/49 (10)	11/58 (19)	27/106 (25)	19/99 (19)
	<i>Stable</i>	37/49 (76)	42/58 (72)	73/106 (69)	70/99 (71)
	<i>Augmenté</i>	7/49 (14)	5/58 (9)	6/106 (6)	10/99 (10)
Temps total au sein du cabinet (p=0,3)	<i>Diminué</i>	7/48 (15)	7/58 (12)	27/104 (26)	23/97 (24)
	<i>Stable</i>	36/48 (75)	43/58 (74)	67/104 (64)	68/97 (70)
	<i>Augmenté</i>	5/48 (10)	8/58 (14)	10/104 (10)	6/97 (6)

Du point de vue des autres évolutions perceptibles, la proportion de répondants évoquant une amélioration (au lieu d'une dégradation ou d'une stabilité¹¹) était sensiblement différente entre les cabinets, pour l'ensemble des 4 dimensions explorées (cf. tableau ci-dessous).

Tableau 17. Améliorations constatées sur différents aspects depuis l'arrivée de l'/des assistante(s) en fonction du cabinet

Améliorations constatées	Répondants, n (%)			
	<i>C1 (n=51)</i>	<i>C2 (n=67)</i>	<i>C3 (n=119)</i>	<i>C4 (n=127)</i>
<i>Cabinet</i>				
Précision et exhaustivité des informations recueillies (p=0,001)	27/46 (59)	12/56 (21)	41/104 (39)	44/98 (45)
Concentration du médecin sur les tâches médicales (p<0,001)	27/46 (59)	8/57 (14)	46/108 (43)	58/100 (58)
Qualité de la relation avec le médecin (p<0,001)	22/48 (46)	8/57 (14)	37/111 (33)	45/104 (43)
Qualité globale de prise en charge (p<0,001)	26/46 (57)	12/59 (20)	46/111 (41)	48/100 (48)

Il en était de même à propos de la caractérisation du profil d'assistant médical autour de différentes compétences soumises à l'avis des enquêtés (cf. tableau ci-dessous¹²) : la proportion de répondants estimant qu'il pouvait s'agir d'un professionnel à qui confier certaines choses plus facilement qu'au médecin variait de 20 à 52 % entre les cabinets.

¹¹ En raison de leurs faibles effectifs, les réponses constatant une dégradation ont été regroupées avec les réponses notant une stabilité.

¹² En raison de leurs faibles effectifs, les réponses en désaccord ont été regroupées avec les réponses « Ni en désaccord, ni d'accord ».

Tableau 18. Accord sur les caractéristiques attribuées au profil d'assistant médical en fonction du cabinet

Accord sur les caractéristiques du profil	Répondants, n (%)			
	C1 (n=51)	C2 (n=67)	C3 (n=119)	C4 (n=127)
Relaye la parole auprès du médecin (p=0,001)	47/50 (94)	48/61 (79)	85/112 (76)	99/108 (92)
Facilite la réponse aux demandes (p<0,001)	45/48 (94)	46/61 (75)	94/109 (86)	101/105 (96)
Délivre des informations et conseils (p<0,001)	46/49 (94)	43/60 (72)	87/110 (79)	99/103 (96)
Accompagne dans le parcours de soins (p<0,001)	43/48 (90)	37/59 (63)	80/110 (73)	94/102 (92)
Permet de confier certaines choses plus facilement (p<0,001)	16/40 (40)	11/54 (20)	19/91 (21)	39/75 (52)

Pour finir, l'avis global des répondants par rapport à l'arrivée de l'/des assistante(s) au sein du cabinet variait également d'un site à un autre : la proportion de répondants favorables (plutôt que défavorables ou ni favorables, ni défavorables) était de 100 % au sein de C1, 74 % au sein de C2, 81 % au sein de C3, 92 % au sein de C4 (respectivement n=50/50, n=49/66, n=95/117, n=109/119, p<0,001).

B. Entretiens complémentaires

Après une présentation des caractéristiques des patients interrogés, les résultats de l'analyse des entretiens seront présentés suivant un plan thématique.

1. Caractéristiques des patients interrogés

Parmi quinze patients sélectionnés, neuf ont répondu au téléphone pour un entretien plus approfondi. Les caractéristiques de ces patients, leur rapport à la maladie ou leur relation avec leur médecin, lorsque ces informations ont été portées à notre connaissance, sont détaillées dans le tableau suivant.

Tableau 19. Caractéristiques des patients interrogés lors des entretiens complémentaires

N°	Sexe et âge	Niveau de diplôme	Durée de suivi	Contacts avec l'/les assistante(s)	Caractéristiques éventuelles propres au patient	Éléments notables dans la relation avec le médecin	Impressions sur l'évolution de la relation avec le médecin
E1	F 61	Bac +2 ou plus	15 ans	Plus de 10 fois	Consulte tous les mois. Impressions différentes en fonction des deux assistantes.	Proche de son médecin. Aspect humain qu'elle considère le plus important.	A eu crainte d'une dégradation de la relation, mais finalement non. Besoin de temps pour que les choses se mettent en place.
E2	F 48	Bac +2 ou plus	10 ans	5 à 10 fois	Expérience d'une maladie lourde pour elle et pour son fils. De ce fait, se dit plutôt « sereine avec le monde médical ».	Pas de relation particulière ; voit son médecin comme un technicien, « un médecin avec un regard de médecin ».	A noté une dégradation de la relation dans le questionnaire. Propos nuancés lors de l'entretien, note une relation plutôt semblable.
E3	F 64	Bac +2 ou plus	11 ans	Environ 5 fois	Ancienne cadre de santé. A bénéficié d'un suivi sur le plan psychologique auparavant.	A gardé son médecin après avoir déménagé. Décrit une grande confiance en son médecin.	N'a pas observé de changement dans la relation. Passe plus de temps avec le médecin qu'avec l'assistante.
E4	H 49	Bac +2 ou plus	20 ans	5 à 10 fois	Gêne pour parler d'un problème génital avec une assistante femme.	Pas de lien particulier.	Amélioration de la relation car sent son médecin plus détendu et disponible.
E5	F 65	Aucun diplôme	2 ans	5 à 10 fois	Se dit stressée par le monde médical en général.	Relation encore récente, comparée à son ancien « médecin de famille ».	A été doublement « chamboulée » par l'arrivée de l'assistante.

N°	Sexe et âge	Niveau de diplôme	Durée de suivi	Contacts avec l'/les assistante(s)	Caractéristiques éventuelles propres au patient	Éléments notables dans la relation avec le médecin	Impressions sur l'évolution de la relation avec le médecin
E6	F 56	CAP, BEP	6 ans	3 fois	Gêne potentielle en cas d'examen gynécologique en présence de l'assistante.	Confiance importante en son médecin.	Pas de changement de la relation.
E7	F 54	Bac pro	3 ans	3 fois	A plusieurs reprises, consultations en présence soit d'un interne soit de l'assistante.	Malaise ressenti au début du fait de l'absence d'un moment seule avec son médecin.	Amélioration progressive de la relation depuis qu'elle a pu avoir des moments seuls avec son médecin.
E8	F 42	Bac +2 ou plus	12 ans	Plus de 15 fois	Implication forte dans la relation avec son médecin. Le contactait par courriel ou SMS pour des conseils.	Médecin de famille. Soutien moral pour elle et sa famille. Confident.	Sentiment d'abandon au départ. Dit faire la part des choses, et comprendre le besoin de son médecin de prendre du recul.
E9	H 46	Bac pro	12 ans	2 à 4 fois	Père de 3 enfants, vient au cabinet près de 10 fois par an pour lui ou pour ses enfants.	Médecin de famille.	Rares rencontres avec l'assistante, qu'il a confondue avec le médecin. Pas de modification de la relation avec son médecin.

2. Organisation et logique du dispositif

Sur un premier plan, les entretiens faisaient ressortir différents aspects touchant à l'intégration de l'assistante du point de vue organisationnel. L'information délivrée sur l'arrivée et le rôle de celle-ci apparaissait comme importante. Ainsi, une patiente, ancienne cadre de santé, jugeait l'information reçue insuffisante à ce sujet. *« Il y a eu une affiche dans la salle d'attente. Mais je me suis quand même demandé ce que ça représentait. J'ai trouvé que l'information n'était pas suffisamment claire. Par exemple (...) le fait que ce métier existe déjà dans d'autres pays, c'est intéressant à savoir. »* (E3)

L'étape de présentation personnelle de l'assistante s'avérait également cruciale. Un père de famille disait avoir été déconcerté lors de sa première rencontre avec l'assistante, alors qu'il venait pour le suivi d'un de ses enfants. Il n'a compris qu'à la fin de l'échange qu'il était en présence de l'assistante et non du médecin. *« La personne, au moment où je l'ai rencontrée, ne s'est pas identifiée. J'ai carrément cru que c'était une remplaçante du médecin. J'ai trouvé ça très inadapté, car si je pense avoir affaire à un médecin, je ne vais pas me confier de la même façon. »* (E9)

Dans les cabinets où le médecin accueillait déjà des internes, les patients interrogés semblaient plus enclins à accepter l'arrivée d'une tierce personne. *« C'est qu'avec les internes du cabinet, on était déjà habitués à voir de nouvelles têtes. »* (E2)

On pouvait ensuite noter, dans les propos des interviewés, l'attention portée sur le bon fonctionnement du binôme médecin-assistante. Une femme de 56 ans, témoignant avoir compris l'intérêt pour le médecin de l'arrivée de l'assistante, constatait une bonne coordination entre les deux professionnels. *« Pour le docteur, l'assistante, ça la soulage, elle prend les informations, puis le médecin n'a qu'à continuer la consultation. C'est assez fluide, quand on est avec le généraliste, après, on refait un point vite fait. »* (E6)

Une autre femme, de 61 ans, notait que l'assistante pouvait faire gagner du temps au médecin en amont de la consultation médicale. *« Elle prend le temps de régler des choses administratives, de faire le point. Elle demande si on a passé des examens, par exemple des radios, ça permet vraiment de faire avancer les choses avant de voir le médecin. »* Mais elle trouvait aussi que l'organisation n'était pas optimale.

« *Le médecin ne regarde pas ce qui est noté [par l'assistante] dans l'ordinateur.* »
(E1)

Les patients semblaient donc attentifs au fonctionnement du cabinet, et cherchaient à donner du sens à ce nouveau dispositif, ce qui pouvait aussi les conduire à porter un regard critique. Une femme de 64 ans émettait ainsi un doute sur le gain de temps pour le médecin. « *Je trouve que, pour moi, c'est du temps de perdu (...). Ce que fait l'assistante, le docteur le refait derrière, donc je me demande quelle est son utilité* » (E3). Un patient se questionnait jusque sur l'intérêt fondé de l'assistante. « *Dès que j'ai vu le médecin, il m'a posé à nouveau les mêmes questions donc j'avais l'impression que ça ne servait pas. Ce n'est pas tellement une gêne, mais on se demande à quoi ça sert* ». (E9)

Enfin, certains patients se questionnaient sur l'étendue des fonctions et le statut de l'assistante, qui n'est pas médecin, mais qui a tout de même accès au dossier médical. Une patiente, par exemple, trouvait que l'assistante était sortie de son rôle en lui donnant certains conseils. « *Sur certaines pathologies, j'en connais plus qu'elle. Donc je ne voyais pas du tout l'intérêt, puisqu'après je discutais avec le médecin.* » (E1)

Le père venu consulter pour ses enfants, qui avait pris l'assistante pour le médecin, s'interrogeait également sur la place de l'assistante de ce point de vue-là. « *Comme c'est un rôle nouveau, on ne sait pas exactement ce qu'elle fait. (...) Il faudrait prévoir une période d'affichage en expliquant qu'elle n'est pas médecin, et rassurer sur son cadre déontologique, car je suppose qu'elle en a un.* » (E9)

3. Motifs de craintes ou de gêne ressentie

En continuité avec l'aspect précédent, le respect du secret professionnel et de la confidentialité constituait un motif de préoccupation. Ce même père de famille s'en souciait, en estimant que cela pouvait constituer un frein pour se confier à l'assistante. « *Expliquer qu'elle est soumise au secret médical, ça rassure.* » (E9)

Un cas où l'assistante habitait la commune du cabinet médical constituait une illustration : les relations amicales ou familiales connues de l'assistante pouvaient empêcher les patients d'échanger librement. « *Les gens la connaissent. (...) Si j'avais un souci, je ne lui en parlerais pas, j'en parlerais à mon médecin.* » (E3)

Deuxièmement, dans un entretien, le fait que l'assistante ait pu commettre une erreur semblait constituer un motif de perte de confiance, si ce n'est de crainte. « *Elle s'était trompée dans ce qu'elle m'avait dit. Je n'ai pas eu confiance donc j'en ai parlé au médecin qui m'a donné le bon conseil.* » (E8)

Concernant les motifs de gêne ressentie, trois entretiens faisaient d'abord ressortir des éléments de l'ordre de la pudeur, sur différents plans.

Un homme de 49 ans rapportait dans le questionnaire avoir ressenti une gêne pour parler d'un problème génital avec l'assistante. « *Ce qui était gênant était d'en parler à une femme.* » Son médecin étant un homme, il était à ses yeux plus simple de lui en parler directement. « *Cependant si mon médecin avait été une femme je lui en aurais parlé également.* » (E4)

Une femme de 56 ans avait rapporté dans le questionnaire une gêne potentielle si l'assistante devait être présente lors d'un examen gynécologique : elle précise ses propos. « *Je n'ai pas eu encore de consultation gynécologique en présence de l'assistante. Mais c'est quand même plus gênant s'il y a deux personnes.* » (E6)

Enfin, une femme de 54 ans témoignait n'avoir pas pu se confier aussi librement un jour où l'assistante était présente lors de la consultation avec le médecin. « *On est moins à l'aise quand il y a quelqu'un d'autre. On se confie plus si on est seul avec le médecin. (...) En vieillissant je me sens plus gênée de parler de certaines choses.* » (E7)

Second aspect constituant un motif de gêne, le fait de répéter ses propos à l'assistante puis au médecin était évoqué dans plusieurs entretiens comme dans les questionnaires. « *Dès que j'ai vu le médecin, il m'a posé à nouveau les mêmes questions* » (E9). « *Quand elle m'interroge, le médecin le refait derrière* » (E3). « *Pour des choses un peu factuelles, c'est agaçant de répéter* » (E1). Toutefois, une patiente note une amélioration avec le temps. « *Il y a eu une période où j'avais l'impression de répéter deux fois les mêmes choses. Là, ça va un peu mieux.* » (E8)

4. Bénéfices identifiés

Une patiente, ancienne cadre de santé, formulait d'elle-même une réflexion intéressante quant au fait de devoir se répéter. « *Finalement, nous faire redire les choses, ce n'est pas si mal. (...) Cela permet une meilleure formulation au médecin,*

on se prépare » (E1). Formuler à nouveau ses propos – comme un patient répète ses antécédents et l'histoire de sa maladie à plusieurs reprises à l'hôpital (à l'infirmière, à l'externe, à l'interne, au médecin) – peut en effet permettre d'organiser les idées et d'apporter de nouvelles informations utiles.

Surtout, plusieurs patients notaient l'accès plus facile à l'assistante médicale. Une patiente suggérait ainsi que l'assistante pouvait se rendre disponible pour des choses que le médecin n'aurait pas le temps de faire. « *Peut-être qu'on demande plus des choses, que l'on ne demanderait pas spécialement au médecin* » (E6). Une autre notait la plus grande marge de manœuvre dont pouvait disposer l'assistante. « *Le médecin est toujours très pressé, son temps est compté. Tandis qu'avec l'assistante, on a le temps d'exposer les choses.* » (E2)

En outre, un interviewé observait que, grâce au temps libéré par l'assistante, le médecin lui aussi pouvait répondre à davantage de demandes. « *Comme il est moins stressé, il se rend disponible lorsqu'un on a un petit souci en plus, le jour de la consultation.* » (E4)

Par ailleurs, une patiente ayant vécu l'expérience du cancer apportait un témoignage intéressant. Elle comparait l'assistante à l'infirmière d'annonce du cancer, chargée d'assurer une consultation de reprise, de reformulation et d'écoute à la suite de l'annonce du diagnostic par le médecin¹³. « *Quand j'ai eu mon rendez-vous d'information sur le protocole, la gynécologue s'est occupée d'informer, puis l'infirmière ensuite a pris plus le temps de m'écouter et de s'intéresser à ce que je pouvais ressentir. J'ai l'impression que l'assistante remplit ce rôle-là. Elle prend plus le temps d'écouter.* » (E2) Pour cette patiente, l'assistante permettait d'apporter un œil nouveau sur sa santé, et de prendre en charge la personne dans sa globalité. « *L'assistante ne pose pas de diagnostic et n'a pas ce regard là, ça donne une dimension moins technique et scientifique que la consultation médicale.* » (E2)

Enfin, dans un entretien, l'assistante apparaissait comme une source possible de soutien moral. Une patiente âgée, qui se décrivait comme très stressée au moment de consulter, semblait dorénavant se confier avec plus de facilité à l'assistante qu'au médecin. « *Je m'étais confiée à l'assistante, elle était très gentille et a compris, (...) elle est à l'écoute. L'ancien médecin m'avait dit d'aller voir un psychologue, mais je*

¹³ Dispositif constituant une mesure du Plan cancer 2003-2007.

n'y suis pas allée. (...) C'est vrai que je parle plus à l'assistante qu'au docteur. (...) Peut-être parce que c'est une femme. J'ai peur, donc me confier à un docteur quand j'ai des choses qui ne vont pas... De moi-même, je ne lui dirais pas, je vais plutôt me confier à son assistante » (E5). Comme d'autres patients fréquemment, cette patiente rencontre une difficulté à aller consulter un psychothérapeute, mais réussit à se confier à l'assistante.

5. Construction d'une relation avec l'assistante

Une patiente, de son côté, témoignait avoir encore du mal à se confier à l'assistante. *« Il faudrait qu'elle soit un peu plus sûre d'elle. Mais ça, ça va venir avec le temps, je suppose. »* Pour elle, le temps n'avait pas permis d'améliorer la relation. *« C'est pareil depuis le début. »* (E3)

Mais plusieurs témoignages reflétaient l'importance du temps pour que se crée une relation de confiance. *« Il a fallu que la relation s'installe »* (E8). *« Il a fallu au moins quatre à six rendez-vous pour que cette confiance s'instaure aussi avec l'assistante. »* (E1)

6. Évolution de la relation avec le médecin

Une partie des patients interviewés ne notait pas forcément d'évolution dans la relation avec leur médecin.

Cette stabilité dans le temps était positive pour une patiente. *« J'ai une très bonne relation avec mon médecin. Le côté humain est le plus important. »* Cette personne paraissait rassurée, a posteriori, de conserver ces échanges privilégiés. *« Au début j'ai eu la crainte que cette relation soit dégradée, et en fait non. »* (E1)

Pour une autre également, qui a « toute confiance » en son médecin, la relation est restée stable. *« Je passe plus de temps avec le docteur qu'avec l'assistante. [Mon médecin] a toujours été à l'écoute. Elle prend le temps lors de la consultation. »* (E3)

Pour une troisième, qui voit plus son médecin *« comme une technicienne, un médecin avec un regard de médecin »*, la relation ne s'est pas dégradée, mais elle ne s'est pas non plus améliorée. *« Elle a sûrement plus d'éléments grâce à ma discussion avec l'assistante, mais ça ne va pas changer le dialogue du médecin. »* (E2)

D'autres patients, en revanche, semblaient plus mitigés sur l'évolution de la relation médecin-patient, bien qu'ils ne verbalisent pas explicitement une dégradation.

Une patiente, qui a consulté plusieurs fois son médecin en présence d'une tierce personne, a été déçue de constater un temps écourté en présence du médecin. « *La consultation avait été rapide, donc je n'étais pas forcément satisfaite.* » (E7)

Une autre, tout en s'interrogeant, était plus nuancée « *On peut avoir l'impression qu'avec l'assistante ça va plus vite. Mais je pense que, si on a un problème, le Docteur est à l'écoute, même si on est passée avant avec l'assistante.* » (E6)

Certains patients exprimaient la crainte d'une perte de proximité avec leur médecin. « *J'ai eu la crainte que cette relation soit dégradée* » (E1). Pour une autre, l'engagement dans la relation avec son médecin est assez fort. Elle qui communiquait très souvent avec son médecin par courriel, s'est inquiétée de changements d'organisation du cabinet, incluant l'arrivée de l'assistante mais aussi la mise en place du télésecrétariat. « *Parfois je lui écrivais par mail pour des petits conseils par rapport aux enfants, mais maintenant elle ne le fait plus. (...) On ne peut plus lui parler directement au téléphone.* » (E8) Cette jeune mère de famille s'est d'abord sentie délaissée. « *Au début j'avais l'impression qu'elle ne s'occupait plus de nous.* » Mais elle fait cependant la part des choses et comprend les raisons qui ont poussé son médecin à faire des changements au sein du cabinet. « *Elle (le médecin) avait besoin de prendre du recul. Ce n'est pas lié à l'assistante.* » A posteriori, elle ne note finalement pas d'altération de la qualité de la relation avec son médecin. « *C'est toujours pareil, il n'y a pas de changement notable depuis l'assistante.* » (E8)

Un patient, lui, est affirmatif : il a noté une amélioration franche de la relation avec son médecin. « *Elle s'est améliorée. Il est plus détendu, moins bousculé entre chaque patient. Cela lui permet de se recentrer sur le contact avec son patient.* » (E4)

IV. Discussion

A. Principaux résultats

Les réponses au questionnaire d'enquête étaient, dans leur globalité, très positives quant à l'expérience des consultations en présence d'assistantes médicales vécue par les répondants. On notait en particulier un important taux de satisfaction des patients concernant les capacités relationnelles et d'écoute de l'/des assistante(s) et la qualité du travail effectué (93 % pour les 3 dimensions).

Le principal inconvénient mis en exergue était la nécessité pour les patients de se répéter auprès du médecin, après avoir échangé avec l'assistante. Il était relevé par 10 % des répondants. De façon concordante, les entretiens témoignaient du fait que les patients cherchent eux aussi une optimisation du temps, qu'ils sont attentifs à la bonne organisation et la fluidité du binôme médecin-assistant, et veulent donner du sens à ce fonctionnement.

La difficulté à confier une information à l'assistante était un motif de gêne moins fréquent, relevé par 5 % des répondants. La pudeur ou la retenue, exprimées sous différentes formes lors des entretiens complémentaires, pouvait en être l'une des explications. Dans un cas, le sexe de l'assistante participait à cette gêne, pour un motif de consultation d'ordre génital chez un homme. Au contraire, la préconsultation avec l'assistante avait favorisé la libération de la parole chez d'autres patients. Plusieurs commentaires libres et entretiens ont même témoigné d'un soutien moral susceptible d'être fourni par l'assistante, qui n'était pas forcément attendu.

Parmi les répondants, 90 % se disaient satisfaits de la confiance suscitée par l'assistante, 7 % exprimaient un avis neutre et 3 % témoignaient d'une insatisfaction. Sur cet aspect notamment, on observait une différence entre les cabinets, significative bien que d'ampleur limitée, que l'on pouvait mettre en parallèle avec des propos recueillis lors des entretiens complémentaires. Dans un cas, il était noté : *« l'assistante manque de confiance en elle, peut être que ça va s'améliorer avec le temps »*. D'autres témoignaient du fait que cette confiance se créait au fil du temps et des rencontres. *« Il a fallu du temps pour que ça se mette en place »*.

Une association pouvait justement être constatée entre un nombre de contacts avec l'/les assistante(s) élevé (égal ou supérieur à 5 fois) et des réponses plus souvent favorables. Elle portait sur les critères suivants : l'identification de services rendus par l'assistante, la perception d'une évolution dans la précision et l'exhaustivité des informations recueillies dans le dossier, dans la concentration du médecin sur des tâches médicales et dans la relation avec le médecin, ainsi que la reconnaissance de l'assistante comme professionnelle pouvant délivrer des informations utiles et des conseils. Cette association peut s'interpréter d'au moins deux façons différentes. Selon la première, l'avis favorable des patients pourrait se consolider à force de contacts avec l'assistante. Selon la seconde, un nombre de contacts plus importants avec l'/les assistante(s) – dont on a montré qu'il était lié à la fréquence annuelle de consultation – pourrait être le signe de besoins plus importants, par exemple du fait d'une pathologie chronique nécessitant une surveillance, et donc conduire à des attentes différentes de la part des patients concernés. (6,42,43)

D'autres différences étaient observées en fonction du cabinet : elles pouvaient être liées à différents facteurs, qui sont autant d'hypothèses à soulever. Pour commencer, il pouvait s'agir de différences dans la patientèle. Le niveau de diplôme, en particulier, était identifié comme pouvant faire varier la perception du profil de l'assistante. On peut supposer que les attentes des patients étaient différentes en fonction de leur catégorie socio-professionnelle, approchée par leur niveau de diplôme, et/ou que le jugement porté sur l'assistante pouvait être influencé par celui-ci, peut-être en miroir du niveau de diplôme supposé de l'assistante. L'âge, dont on a montré qu'il était différent selon le niveau de diplôme, pouvait aussi entrer en ligne de compte.

En deuxième lieu, des choix différents dans l'organisation du binôme médecin-assistante ou les tâches confiées à celle-ci pouvaient jouer. Au sein d'un cabinet où les répondants étaient particulièrement sensibles à une amélioration de la tenue de leur dossier médical, on peut relever que l'assistante en question est une ancienne secrétaire, dont les tâches confiées pouvaient comporter un volet important sur cet aspect. Au sein du cabinet où une réduction du temps d'attente avant la consultation était le moins souvent relevée, on sait que l'assistante intervient justement en aval et

non en amont de la consultation, contrairement aux autres assistantes¹⁴. Enfin, les différences observées pouvaient être liées à l'expérience professionnelle, à la personnalité et à l'attitude de l'assistante elle-même, et donc à l'image qu'elle renvoyait, y compris en termes de confiance en elle.

B. Forces et faiblesses de l'étude

La principale force de cette étude est son originalité. C'est à notre connaissance l'une des premières études sur le sujet en France, explorant l'expérience vécue des patients au contact d'un assistant médical.

Son schéma reposait principalement sur une analyse par questionnaire, permettant de recueillir l'avis d'un grand nombre de patients, en recherchant une certaine représentativité.

Les modalités de distribution, incitant à la systématisation, et de passation, reposant sur un auto-questionnaire au format papier, donc accessible au plus grand nombre, anonyme et déposé dans une urne, étaient en faveur d'une minimisation des biais de sélection.

Le taux de retour global, qui s'élevait à 26 %, paraît relativement satisfaisant pour une enquête de ce type.

Les associations, statistiquement significatives, entre l'avis global porté sur l'arrivée de l'/des assistante(s) au sein du cabinet et les réponses à l'ensemble des autres questions posées semblent témoigner d'une cohérence d'ensemble du questionnaire, qui incluait donc des dimensions pertinentes à explorer sur le plan de l'expérience des usagers.

Des entretiens téléphoniques complémentaires ciblés sur les répondants exprimant le plus de réserves permettait de mieux qualifier les perceptions et réflexions de ce sous-groupe, et de finalement nuancer très largement ces réserves exprimées.

D'autres aspects méthodologiques limitent néanmoins la portée de l'étude.

¹⁴ La description détaillée des types de tâches réalisées par les assistantes n'était pas encore disponible au moment d'exploiter les résultats de l'étude : le croisement des deux méritera d'être réalisé, lorsque cette description sera disponible.

Sur le plan de la représentativité, il n'était pas possible d'étudier les caractéristiques des patientèles consultant dans les cabinets participants à la recherche d'éventuelles différences entre répondants et non-répondants. On pouvait toutefois noter que toutes les tranches d'âges étaient représentées, que les femmes étaient deux fois plus nombreuses que les hommes, et que les moins diplômés semblaient moins nombreux, en proportion, que dans les données populationnelles de l'Insee¹⁵.

En outre, la population étudiée était issue de la patientèle de quatre cabinets. Il est souvent établi que la patientèle varie beaucoup d'un cabinet à l'autre. Il s'agit donc d'adopter une posture prudente avant de généraliser les résultats.

De plus, deux cabinets sur six n'ont finalement pas participé à l'étude. Au tout début de la phase de distribution du questionnaire, l'un des médecins, exerçant dans un cabinet isolé, a annoncé qu'il ne poursuivrait pas l'expérimentation et ne participerait pas à l'enquête. Il ne pouvait pas bénéficier de la participation de l'assurance maladie au financement du salaire de son assistante, faute d'avoir pu rejoindre une structure d'exercice coordonné pour répondre aux critères d'éligibilité de l'avenant 7. Cette question de critères de financement n'est pas le sujet de cette thèse, mais reste un aspect majeur à prendre en compte. Le second cabinet concerné comprend trois médecins, qui ont annoncé tardivement qu'ils ne participeraient pas. La raison principale qui était évoquée portait sur la nécessité de manipuler des documents imprimés en salle d'attente en période d'épidémie de covid-19. Cette absence de participation de 2 cabinets expérimentateurs sur 6 réduit la diversité des contextes d'étude.

De ce même fait, le nombre de questionnaires retournés se voit réduit, de même que la puissance statistique.

Notons par ailleurs que tous les autres cabinets ont rencontré d'importantes difficultés à distribuer les questionnaires dans ce contexte sanitaire. La distribution a commencé au même moment que le lancement de la campagne de vaccination contre la covid-19, et les secrétariats des médecins traitants ont été davantage sollicités qu'à l'habitude.

¹⁵ Les personnes sans diplôme ou de niveau brevet des collèges représentaient 15 % des répondants, alors qu'ils constituaient 29 % de la population vendéenne en 2017.

La distribution des questionnaires n'a donc pas toujours, en pratique, été systématique, ce qui a pu entraîner des biais de sélection. À titre d'illustration, l'un des cabinets rapportait 100 % d'avis favorable à la dernière question, ce qui pourrait s'expliquer par une distribution du formulaire ou un recueil des questionnaires remplis plus incitatif vis-à-vis de certains publics.

Enfin, la partie qualitative de cette étude est certes enrichissante, mais à considérer uniquement comme un éclairage de certaines réponses. L'échantillonnage était très ciblé, et non destiné à viser une éventuelle saturation des données. S'agissant d'un volet complémentaire, devant limiter les contraintes soumises aux interviewés, des entretiens téléphoniques ont été réalisés, là où un recueil plus approfondi aurait mérité des entretiens plus longs, en face à face, enregistrés et secondairement retranscrits.

C. Mise en perspective

Certains résultats de l'étude réalisée méritent d'être confrontés à ceux de la littérature.

En France, une thèse réalisée en 2017 (40) visait à étudier si des patients accepteraient d'être reçus par une assistante en préconsultation. Les résultats étaient en faveur de sa mise en place. L'une des causes de réticences identifiées était la crainte que l'assistante puisse nuire à la relation médecin-patient. Une thèse de 2019 (33) a exploré les représentations à la fois des médecins généralistes et des patients face à la création de ce nouveau métier. Dans cette étude, les patients appréhendaient le raccourcissement du temps passé en présence du médecin, et, comme dans la précédente, l'intrusion d'une tierce-personne pouvant entraîner une altération de la relation médecin-patient. Avec plus d'un an de recul, les résultats de notre étude suggèrent au contraire que la relation médecin-patient a été préservée à la suite de l'arrivée des assistantes. En effet, 63 % des répondants déclaraient que la qualité de la relation au médecin était restée stable, et 35 % qu'elle s'était améliorée.

Une étude qualitative menée en Angleterre en 2019 a étudié la satisfaction des patients vis-à-vis de personnels se voyant déléguer des tâches médicales dans cinq hôpitaux (44). Bien que notre enquête concerne la médecine de ville, nos résultats sont en accord avec ceux de cette étude, qui identifiait déjà quatre aspects majeurs de la rencontre entre patient et assistant : la confiance suscitée, le partage

d'informations utiles et pertinentes, le soutien moral apporté, et la discussion autour de la prise en charge médicale et des traitements. De plus, comme le pointe l'un des entretiens complémentaires de notre étude, ils rapportaient que certains patients avaient pu confondre l'assistant avec le médecin, et que cette confusion pouvait engendrer une altération de la relation patient-assistant et donc une moins bonne satisfaction des patients. Enfin, l'étude mettait en évidence le besoin et l'envie des patients de comprendre le rôle exact de l'assistant. Les commentaires libres et les entretiens complémentaires de notre étude ont permis d'appuyer l'importance d'une information claire sur ce nouveau statut, pas toujours bien compris des patients.

Dans le précédent volet de l'évaluation de l'expérimentation vendéenne (45), explorant l'acceptabilité, a priori, de l'introduction des assistants médicaux, la préservation d'un temps seul avec le médecin était évoquée comme importante par 77 % des répondants, et la crainte que le temps en présence du médecin diminue était le premier inconvénient redouté, par 35 % des répondants. Dans cette seconde étude, a posteriori, les répondants étaient 20 % à estimer que le temps passé en présence du médecin a diminué depuis l'arrivée de l'/des assistante(s) (contre 71 % jugeant ce temps stable et 9 % considérant qu'il avait augmenté), ce qui ne semblait pas les conduire à considérer que la relation à leur médecin s'était dégradée. Or, une thèse réalisée en 2020 (41) suggérait que la satisfaction des patients ne résidait pas dans la longueur de la consultation mais bien dans la qualité de la consultation. Ainsi la question pourrait être davantage celle de la qualité du temps médical, de la façon dont il est mis à profit, que de sa quantité.

Le premier volet de l'évaluation de l'expérimentation vendéenne pointait, d'autre part, la sensibilité plus importante de la communication de certaines informations à l'assistante (vie sexuelle, vie personnelle et familiale, éventuelles difficultés sociales ou administratives...) ou de la présence de l'assistante lors du déshabillage, y compris pour apporter une aide : autant d'éléments auxquels l'expression d'un sentiment de pudeur dans la présente étude fait écho. Les répondants de la première enquête insistaient en outre sur leur attachement à la qualité humaine et relationnelle attendue de l'assistante, ainsi que sur l'importance de se voir délivrer une information détaillée sur ses missions.

Ce travail ouvre en outre des perspectives d'enseignements pour la pratique.

En premier lieu, cette étude nous a permis de pointer les probables avantages ou bénéfiques à engager certains profils de métier en reconversion pour leur confier des tâches spécifiques. Par exemple, il semble que les paramédicaux puissent être plus sensibilisés aux dimensions communicationnelles et relationnelles, tandis que les métiers du secrétariat auront davantage d'atouts pour permettre une meilleure tenue des dossiers.

Secondairement, notre étude a montré que certains patients réticents à consulter un psychothérapeute avaient trouvé une oreille attentive chez l'assistante. Cette porte ouverte aux confidences ne doit pas être laissée au hasard dans la formation initiale de l'assistante. Il serait intéressant de prévoir un module leur permettant d'acquérir des bases en psychologie et des outils pour recevoir et répondre à des informations sensibles, tout en intégrant les limites à ne pas dépasser.

Le troisième enseignement réside dans l'organisation du binôme médecin-assistante, à laquelle les patients accordent une importance toute particulière. Une bonne coordination suppose une préparation en amont, afin de bien définir le champ des compétences de l'assistante, et de s'accorder sur les actions qui lui seront confiées. De plus, la délégation des tâches nécessite une confiance accordée à l'assistante, et la question de la responsabilité doit pouvoir être abordée pour assurer une certaine cohérence au sein du binôme. Une organisation optimale soulève également des questions pratiques. On peut par exemple imaginer un code visuel au sein du dossier informatique permettant au médecin d'identifier en un coup d'œil ce qui a été fait ou non par l'assistante, les sujets qui ont été abordés ou qui ne l'ont pas été. L'assistante pourrait aussi expliquer au patient que certains points pourront être reformulés au médecin, bien qu'elle en ait pris note dans le dossier. Sur le long terme, il semble indispensable que le binôme prévoie des moments dédiés pour faire le point, notamment sur l'organisation pratique qui pourra être ajustée à tout moment.

Un quatrième enseignement à tirer de cette étude est l'importance de délivrer une information claire sur le rôle exact de l'assistante et la confidentialité à laquelle elle est tenue. Une présentation personnelle réalisée de façon systématique facilitera l'intégration de l'assistante auprès des patients, et lui permettra de trouver sa place. On pourrait proposer par exemple un badge, ou bien une inscription sur la porte, ainsi qu'une affiche explicative permanente en salle d'attente. Le caractère inédit de ce métier n'est pas négligeable et risque d'engendrer certaines incompréhensions si

les tâches ne sont pas correctement définies, de la part des patients comme des autres professionnels de santé. Le fait que ce métier existe déjà dans d'autres pays semble être un argument de poids pour justifier auprès des patients la création de ce nouveau métier en France. De plus, l'information doit faire comprendre au public que l'assistante est elle aussi soumise au secret médical.

Dans la prolongation de cette idée, il est nécessaire de mettre en place les outils pour maintenir la confidentialité, malgré la multiplicité des intervenants. De plus, on peut envisager que, pour certains sujets sensibles que les patients ne souhaiteraient pas partager, certaines parties du dossier médical soient accessibles uniquement par le médecin. Certains logiciels de consultation permettent cette fonctionnalité.

Enfin, d'après notre étude, la qualité de la relation médecin-malade a été préservée malgré l'arrivée d'une tierce personne. Les craintes initiales qui avaient été décrites a priori n'ont pas été retrouvées. Cependant, l'enquête par questionnaire n'était pas la méthode adaptée pour explorer la relation médecins-patients. Les entretiens téléphoniques ont permis de suggérer des pistes d'amélioration, mais une étude qualitative plus approfondie, menée en entretiens face à face et enregistrés mériterait d'être menée pour explorer cette notion de façon plus aboutie.

V. Conclusion

Cette première évaluation de l'expérience vécue des patients au contact d'une assistante médicale en consultation de médecine générale apparaît positive. La principale crainte initiale d'une altération de la relation médecin-patient n'a finalement été exprimée que très à la marge, ce qui constitue un argument en faveur de l'introduction de ce dispositif dans le système de soins français, à confronter à d'autres.

Les patients sont sensibles au fait que le médecin se recentre sur des tâches médicales, grâce au gain de temps permis par l'assistante. Toutefois, ils sont attentifs à l'efficacité du dispositif, et semblent favorables à l'arrivée d'une tierce personne à condition qu'ils en comprennent le sens. Des améliorations peuvent être envisagées, notamment en termes d'organisation des binômes médecin-assistante, pour diminuer une impression de redite qui a été décrite par les patients entre la préconsultation avec l'assistante et la consultation avec le médecin.

D'autres aspects sont à prendre en compte pour la généralisation de ce nouveau métier, tels qu'une présentation adaptée du rôle de l'assistante, une formation initiale de l'assistante en termes de psychologie, ou encore la mise à disposition d'outils pour garantir la confidentialité et la sécurité des données patients.

VI. Références bibliographiques

1. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique? Constat et projections démographiques. Paris: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2021 mars. (Les Dossiers de la Drees). Report No.: 76.
2. Anguis M, Chaput H, Marbot C, Millien C, Vergier N. 10 000 médecins de plus depuis 2012. *Études & Résultats*. mai 2018;(1061).
3. Dormont B, Samson AL. Démographie médicale et carrières des médecins généralistes : les inégalités entre générations. *Économie et statistique*. 2008;414(1):3-30.
4. Bouet P, Gérard-Varet J-F. Atlas de la démographie médicale en France. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2019 janv.
5. Dupagne D. L'origine de la pénurie des médecins en France [Internet]. [cité 16 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.atoute.org/n/article311.html>
6. Tourette-Turgis C, Pereira Paulo L. La construction de la maladie chronique et du sujet malade comme objet de recherche dans les sciences humaines et sociales [Internet]. *Carnets de recherche sur la formation*. 2019 [cité 18 juill 2021]. Disponible sur: <https://crf.hypotheses.org/451>
7. Jeoffrion C. Santé et Représentations sociales : une étude « multi-objets » auprès de Professionnels de Santé et Non-Professionnels de Santé. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*. 2009;82(2):73-115.
8. Barnay T, Hartmann L, Ulmann P. Réforme du « médecin traitant » et nouveaux enjeux de la médecine de ville en France. *Revue Française des Affaires sociales*. 2007;(1):109-26.
9. Soigner mieux en dépensant mieux. Paris: Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés; 2004 déc. (La réforme de l'Assurance Maladie en pratique). Report No.: 1.
10. Bez N. Enquête de perception sur le rôle du médecin traitant et étude d'observation sur les diverses activités des médecins généralistes. Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes, Centre Rhône-Alpes d'Épidémiologie et de Prévention Sanitaire; 2010 sept p. 50. Report No.: 661.
11. Chaput H, Monziols M, Ventelou B, Zaytseva A, Fressard L, Verger P, et al. Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale. *Études & Résultats*. janv 2020;(1140).
12. De Wilde E. Organisation du temps de travail des médecins généralistes et continuité des soins : un pari impossible? [Thèse d'exercice de médecine]. Université de Lille; 2018.

13. Morisset C. Emploi du temps et organisation des tâches professionnelles des médecins généralistes libéraux. Enquête auprès de 262 médecins généralistes libéraux dans 13 départements de France métropolitaine [Thèse d'exercice de médecine]. Université de Poitiers; 2017.
14. Mur-Bacquer H. Le temps de travail des médecins généralistes libéraux en dehors des consultations : organisation et représentation [Thèse d'exercice de médecine]. Université de Poitiers; 2016.
15. Hu FM. Organisation du temps de travail en médecine générale. Étude transversale menée auprès des médecins généralistes libéraux et mixtes en Ille et Vilaine [Thèse d'exercice de médecine]. Université de Rennes; 2016.
16. Schetgen M. L'évolution de la Médecine Générale. *Revue Médicale de Bruxelles*. 2006;27(1):61-3.
17. Audric S. L'exercice en groupe des médecins libéraux. *Études & Résultats*. juin 2004;(314).
18. Baudier F, Bourgueil Y, Evrard I, Gautier A, Le Fur P, Mousquès J. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. *Questions d'économie de la santé*. sept 2010;(157).
19. Gordon É, Falcoff H, Bourgueil Y, Savigneau G. France : la tendance est au regroupement et à la pluriprofessionnalité. *Revue Médicale Suisse*. 2018;4(625):1963-4.
20. Mousquès J. L'impact de l'exercice regroupé pluriprofessionnel sur la qualité des pratiques des médecins généralistes. *Questions d'économie de la santé*. juill 2015;(211).
21. Poutout G, Augé P, Cabé M-H, Pépin J-L. Réalisation d'une étude sur l'évaluation qualitative des expérimentations de coopération entre professionnels de santé. Centre National de l'Expertise Hospitalière, Haute Autorité de Santé; 2018 févr.
22. Sebai J, Yatim F. Les maisons de santé pluriprofessionnelles en France : une dynamique réelle mais un modèle organisationnel à construire. *Revue française d'administration publique*. 2017;(164):887-902.
23. Hénart L, Berland Y, Cadet D, Verrier B, Féry-Lemonnier É. Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire. *Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer*. 2011.
24. Berland Y. Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences. 2003 oct.
25. Berland Y, Bourgueil Y. Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé. *Observatoire national de la démographie des professions de santé*; 2006 juin.

26. Fournier C. Action de santé libérale en équipe (Asalée): un espace de transformation des pratiques en soins primaires. *Questions d'économie de la santé*. avr 2018;(232).
27. La formation des assistants médicaux et du personnel analogue : dix-septième rapport du Comité OMS d'experts de la formation professionnelle et technique du personnel médical et auxiliaire. Genève: WHO Expert Committee on Professional and Technical Education of Medical and Auxiliary Personnel & World Health Organization; 1968. Report No.: 385.
28. Pitcairn DM, Flahaut D. *The Medical Assistant. An Intermediate Level of Health Care Personnel*. Genève: World Health Organization; 1974.
29. Bodenheimer T, Willard-Grace R, Ghorob A. Expanding the roles of medical assistants: who does what in primary care? *JAMA Intern Med*. juill 2014;174(7):1025-6.
30. Anderson A, Proudfoot JG, Harris M. Medical assistants: a primary care workforce solution? *Aust Fam Physician*. août 2009;38(8):623-6.
31. Vail L, Bosley S, Petrova M, Dale J. Healthcare assistants in general practice: a qualitative study of their experiences. *Prim Health Care Res Dev*. janv 2011;12(1):29-41.
32. Long S. Assistants médicaux : ce que les médecins doivent savoir avant de se décider. *Le Quotidien du Médecin* [Internet]. 22 juin 2019 [cité 22 mars 2021]; Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/assistants-medicaux-ce-que-les-medecins-doivent-savoir-avant-de-se-decider>
33. 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 de médecine]. Aix Marseille Université; 2019.
34. Lassalle-Gérard M. *Les secrétaires médicales en médecine générale : leur rôle, leurs tâches, leurs projets. Enquête auprès des cabinets libéraux de Loire-Atlantique* [Thèse d'exercice de médecine]. Université de Nantes; 2010.
35. Garrigue-Becker L. *Délégation des tâches médico-administratives aux assistantes des cabinets de médecine générale du Vaucluse* [Thèse d'exercice de médecine]. Université de Nice; 2011.
36. Vigouroux L. *Les patients accepteraient-ils d'être reçus en préconsultation par un(e) assistant médical(e) avant une visite chez leur médecin généraliste ? Enquête auprès de 3 cabinets de la région Occitanie* [Thèse d'exercice de médecine]. Université de Montpellier; 2017.
37. 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 [Internet]. SSAS1923989A. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000038934401

38. Krucien N, Le Vaillant M, Pelletier-Fleury N. Les transformations de l'offre de soins correspondent-elles aux préoccupations des usagers de médecine générale ? Questions d'économie de la santé. mars 2011;(163).
39. Rapport annuel 2012-2013. Bureau de l'évaluation de l'expérience patient (BEEP) du CHU de Québec; 2013 avr.
40. Leroy J, Pierrette M. Petit manuel méthodologique du questionnaire de recherche. De la conception à l'analyse. Paris: Enrick B. Editions; 2012. 74 p.
41. R Core Team. R: A language and environment for statistical computing [Internet]. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing; 2021. Disponible sur: <https://www.R-project.org>
42. Franek J. Self-management support interventions for persons with chronic disease: an evidence-based analysis. Ontario Health Technology Assessment Series. 2013;13(9):1-60.
43. Grimaldi A, Caillé Y, Pierru F, Tabuteau D. Les Maladies chroniques. Vers la troisième médecine. Paris: Odile Jacob; 2017. 784 p.
44. Taylor F, Halter M, Drennan VM. Understanding patients' satisfaction with physician assistant/associate encounters through communication experiences: a qualitative study in acute hospitals in England. BMC Health Services Research. déc 2019;19(1):603.
45. Dugué F, Dépinoy D. Évaluation du projet « Assistant de consultation en médecine générale ». Rapport d'évaluation intermédiaire. Paris: Acsantis; 2020 juin.

VII. Annexes

A. Liste des abréviations

ARS : agence régionale de santé

CPAM : caisse primaire d'assurance maladie

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

ETP : équivalent temps-plein

MSP : maison de santé pluriprofessionnelle

ND : données non disponibles, manquantes dans les questionnaires retournés

RGPD : Règlement UE 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, dit règlement général sur la protection des données

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

B. Liste des tableaux

Tableau 1. Caractéristiques des cabinets expérimentateurs	13
Tableau 2. Taux de retour des questionnaires distribués dans les cabinets participants	20
Tableau 3. Répartition des répondants entre les cabinets participants	20
Tableau 4. Répartition du niveau de diplôme déclaré par les répondants.....	21
Tableau 5. Répartition de la fréquence annuelle de consultation déclarée par les répondants	22
Tableau 6. Nombre estimé de consultations en contact avec l'/des assistante(s).....	23
Tableau 7. Impression des répondants vis-à-vis de l'/des assistante(s) rencontrée(s), réponses détaillées.....	24
Tableau 8. Évolution perçue de différentes durées caractérisant l'expérience d'une consultation, réponses détaillées	27
Tableau 9. Évolutions constatées sur différents aspects depuis l'arrivée de l'/des assistante(s), réponses détaillées	28
Tableau 10. Améliorations constatées sur différents aspects depuis l'arrivée de l'/des assistante(s) en fonction du nombre de contact(s) avec celle(s)-ci	29
Tableau 11. Caractéristiques attribuées au profil d'assistant médical, réponses détaillées	30
Tableau 12. Accord sur les caractéristiques attribuées au profil d'assistant médical en fonction du niveau de diplôme des répondants	31
Tableau 13. Avis sur l'arrivée de l'/des assistante(s) au sein du cabinet, réponses détaillées	32
Tableau 14. Caractéristiques des répondants en fonction du cabinet	34
Tableau 15. Impression des répondants vis-à-vis de l'/des assistante(s) rencontrée(s) en fonction du cabinet	35
Tableau 16. Évolution perçue de différentes durées caractérisant l'expérience d'une consultation en fonction du cabinet.....	36
Tableau 17. Améliorations constatées sur différents aspects depuis l'arrivée de l'/des assistante(s) en fonction du cabinet.....	37
Tableau 18. Accord sur les caractéristiques attribuées au profil d'assistant médical en fonction du cabinet	38
Tableau 19. Caractéristiques des patients interrogés lors des entretiens complémentaires	39

C. Liste des figures

Figure 1. Répartition de l'âge des répondants.....	21
Figure 2. Répartition de l'ancienneté de suivi par leur médecin déclarée par les répondants	22
Figure 3. Impression des répondants vis-à-vis de l'/des assistante(s) rencontrée(s).	23
Figure 4. Problèmes ou motifs de gêne rencontrés au contact de l'/des assistante(s)	25
Figure 5. Services déclarés comme ayant été rendus par l'/les assistante(s) rencontrée(s).....	26
Figure 6. Évolution perçue de différentes durées caractérisant l'expérience d'une consultation	27
Figure 7. Évolutions constatées sur différents aspects depuis l'arrivée de l'/des assistante(s)	28
Figure 8. Caractéristiques attribuées au profil d'assistant médical	30
Figure 9. Avis sur l'arrivée de l'/des assistante(s) au sein du cabinet	32

D. Questionnaire

Quelle est votre expérience au contact d'une assistante médicale ?

Pour l'aider dans ses multiples tâches au quotidien, votre médecin travaille désormais avec une assistante de consultation. **Nous souhaitons recueillir vos impressions sur ce que cela change, de votre point de vue, dans le déroulement des consultations médicales.** Si vous avez déjà été en contact avec une assistante médicale au moins une fois, pourriez-vous s'il vous plaît **prendre quelques minutes pour répondre à ce questionnaire**, facultatif ?

Une fois rempli, merci de **le déposer dans l'urne prévue** ou de **l'adresser par la poste** à : **Acsantis, 15 rue du Caire, 75002 Paris**. Plus d'informations sur l'affiche en salle d'attente ou <https://sites.google.com/view/info-amg>.

Votre profil

Ces quelques caractéristiques personnelles, si vous acceptez de les donner, nous aiderons à analyser les résultats.

Où consultez-vous ?

Aizenay Beaurepaire Bellevigny L'Hermenault Mareuil-sur-Lay Ste-Flaive-des-Loups

Vous êtes : Une femme Un homme | **Quel âge avez-vous ?** | ____ | ans

Quel niveau de diplôme le plus élevé avez-vous obtenu ? *Cochez 1 seule réponse.*

Aucun diplôme, brevet élémentaire / des collègues CAP, BEP, brevet de compagnon Baccalauréat, brevet pro. ou de technicien Bac + 2 et au-delà Je ne souhaite pas répondre

Depuis combien d'années environ êtes-vous suivi-e par le médecin consulté aujourd'hui ? | _____ | ans

Si vous consultez aujourd'hui son remplaçant, répondez à propos de votre médecin habituel.

À quelle fréquence en moyenne consultez-vous votre médecin ? *Cochez 1 seule réponse.*

1 fois par an, ou moins Entre 2 et 5 fois par an Plus de 5 fois par an Plusieurs fois par mois

Lors de combien de consultations avez-vous été en contact avec une assistante médicale ? *Cochez 1 seule réponse.*

1 seule fois De 2 à 4 fois De 5 à 10 fois Plus de 10 fois

Votre appréciation globale

Gardez en tête les idées qui vous viennent au fur et à mesure pour les ajouter en commentaires à la fin.

Quelle est votre impression vis-à-vis de la/les assistante(s) médicale(s) rencontrée(s), sur ces différents aspects ? *Cochez 1 seule réponse par ligne. Vous pouvez sauter des lignes.*

	Pas du tout satisfait	Plutôt pas satisfait	Ni satisfait, ni insatisfait	Plutôt satisfait	Tout à fait satisfait
La qualité relationnelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La qualité d'écoute	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La qualité du travail effectué (là où vous avez pu la constater)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La confiance suscitée chez vous	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Votre expérience en pratique

Avez-vous ressenti ou constaté au moins une fois... *Cochez autant de cases que nécessaire : 0, 1 ou plusieurs.*

- Une gêne liée à la communication d'une information personnelle à l'assistante ?
- Une gêne liée à la réalisation d'une tâche par l'assistante ?
- Une gêne liée à la présence de l'assistante à un moment donné ?
- Une information incomplète ou non conforme après avoir été relayée par l'assistante au médecin ?
- La nécessité de répéter au médecin une information déjà donnée à l'assistante ?
- L'absence d'un moment seul-e à seul-e avec votre médecin pendant votre consultation ?
- Autre : *(préciser)* | _____ |

Tournez la page SVP !

Si oui (au moins une case cochée), pourriez-vous préciser les circonstances et le désagrément ressenti ?

Avez-vous bénéficié au moins une fois, de la part d'une assistante médicale... Cochez autant de cases que nécessaire : 0, 1 ou plusieurs.

- D'informations sur votre parcours de soins (formalités administratives, orientation...)
- De conseils et explications sur votre situation (le traitement que vous prenez, un dépistage proposé...)
- D'un soutien moral face à des difficultés rencontrées
- Autre : (préciser) | _____

Depuis l'arrivée de la/les assistante(s) médicale(s), comment diriez-vous que les durées suivantes ont évolué ? Cochez 1 seule réponse par ligne.

	Diminué	Stable	Augmenté
Le délai d'obtention d'un rendez-vous avec votre médecin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lors de la consultation, le temps d'attente global avant de voir votre médecin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lors de la consultation, le temps passé en présence de votre médecin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lors de la consultation, le temps total passé au sein du cabinet médical	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Depuis l'arrivée de la/les assistante(s) médicale(s), comment diriez-vous que les aspects suivants ont évolué ? Cochez 1 seule réponse par ligne.

	Dégradé	Stable	Amélioré
La précision et le caractère complet des informations recueillies dans votre dossier	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La concentration de votre médecin sur les tâches strictement médicales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La qualité de la relation avec votre médecin (écoute, échanges...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La qualité globale de votre prise en charge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Conclusion

Diriez-vous que l'assistante médicale représente pour vous un professionnel... Cochez 1 seule réponse par ligne.

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni en désaccord, ni d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Pouvant relayer votre parole auprès du médecin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pouvant faciliter la réponse à vos demandes (ex. : certificat)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pouvant vous délivrer des informations utiles et des conseils	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pouvant vous accompagner dans votre parcours de soins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
À qui il est plus facile de confier certaines choses qu'au médecin (si oui, merci de préciser lesquelles en commentaire ci-dessous)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Finalement, quel est votre avis sur l'arrivée de la/les assistante(s) médicale(s) au sein du cabinet ? 1 seule réponse.

- Pas du tout favorable Plutôt pas favorable Ni favorable, ni défavorable Plutôt favorable Tout à fait favorable

Vous pouvez ici apporter des précisions ou ajouter des commentaires.

En complément, seriez-vous d'accord pour être appelé-e par téléphone pour un bref entretien ? Si oui, merci de bien vouloir indiquer le numéro où vous joindre : | _____

Nous conviendrons avec vous d'une heure de rendez-vous appropriée.

E. Guide d'entretien téléphonique

Bonjour, je me présente, Lucie Dubois, interne en médecine générale, je me permets de vous contacter car vous avez répondu à un questionnaire de satisfaction dans le cabinet de votre médecin généraliste, qui travaille désormais avec une assistante de consultation.

Le sujet de ma thèse consiste à évaluer le ressenti des patients face à ce nouveau mode de fonctionnement. Je souhaiterais donc m'entretenir avec vous, si vous avez quelques minutes à m'accorder, pour tenter de mieux comprendre votre ressenti et approfondir vos réponses au questionnaire. Les données recueillies sont confidentielles et anonymes et il n'y a pas d'enregistrement de cet entretien.

Avez-vous quelques minutes à m'accorder ?

Je vous remercie. Commençons par votre avis global concernant l'introduction des assistantes de consultation. Lors de votre réponse au questionnaire, vous aviez déclaré être _____. Êtes-vous toujours de cet avis ? Pourriez-vous m'en dire plus ?

Vous aviez évoqué une gêne concernant _____. Pourriez-vous m'en dire plus ?

Si vous êtes d'accord, je souhaiterais vous poser quelques questions concernant la relation avec votre médecin. Existe-t-il un lien particulier ? Quel rôle principal lui attribuez-vous ?

(*Si besoin, orienter* : Est-ce le médecin de famille ? Un confident ? Un conseiller ?)

Avez-vous déjà changé ou envisagé de changer de médecin traitant ?

La relation avec votre médecin s'est-elle modifiée depuis l'arrivée des assistantes ?

Comment voyez-vous l'arrivée d'une tierce personne ?

Selon vous que faudrait-il changer pour améliorer le rôle de l'assistante et sa place dans le cabinet ?

Y a-t-il d'autres points que vous souhaiteriez aborder ?

Je vous remercie beaucoup d'avoir pris le temps pour répondre à mes questions et vous souhaite une très bonne journée. Au revoir.

F. Information des patients

Enquête sur l'expérience des patients au contact des assistants de consultation en médecine générale

Informations

L'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) des Pays de la Loire représente les 5800 médecins libéraux de la région, exerçant en ville ou en établissements de santé. En 2019, l'URML a choisi, avec le soutien de l'Agence Régionale de Santé, de permettre le déploiement à titre expérimental d'assistants médicaux auprès d'un groupe de médecins volontaires de Vendée.

Afin de comprendre l'intérêt potentiel de ce nouveau métier pour les médecins et pour la population, l'URML a mandaté le cabinet Acsantis pour accompagner l'évaluation du projet. Plusieurs volets d'étude sont prévus dans ce cadre, dont 2 enquêtes auprès des usagers :

- Une première réalisée pendant l'hiver 2019-2020 afin de connaître leur point de vue a priori sur le sujet ;
- La seconde actuellement en cours, pour laquelle vous êtes sollicité-e, destinée à connaître votre expérience personnelle a posteriori, après avoir été en contact une ou plusieurs fois avec l'assistante de consultation de votre médecin.

La mise en œuvre de cette enquête est assurée par le Dr Frédéric DUGUÉ, responsable de la démarche au sein du cabinet Acsantis ([numéro de téléphone et adresse courriel]) avec la participation directe de Lucie DUBOIS ([numéro de téléphone et adresse courriel]), étudiante en 3^{ème} cycle de médecine se spécialisant en médecine générale, dans le cadre de son travail de thèse.

Protection des données personnelles

En répondant à ce questionnaire, vous acceptez de transmettre à Lucie DUBOIS ainsi qu'à Acsantis les informations qu'il contient, et uniquement celles-ci. Ce questionnaire est anonyme, sauf si vous acceptez de donner vos coordonnées à la fin du questionnaire, comme proposé dans l'unique but de réaliser un éventuel entretien téléphonique complémentaire. Dans ce cas, vos coordonnées ne seront utilisées qu'à cette fin uniquement. Seules les données anonymes font l'objet d'une analyse

statistique aux fins de l'étude. L'ensemble des données seront supprimées à l'issue des analyses et au plus tard au 31 décembre 2021.

En application du règlement général sur la protection des données et de la loi « Informatique et libertés », vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de limitation du traitement des données, directement ou par l'intermédiaire d'un médecin désigné à cet effet par vous-même. Pour toute information ou pour exercer vos droits, contactez [identité et coordonnées du responsable au sein de la société Acsantis].

Titre de thèse : L'expérience des patients au contact d'un assistant de consultation en médecine générale. Une enquête par questionnaires dans quatre cabinets libéraux de Vendée.

Résumé

Introduction. Le nouveau métier d'assistant médical a pour buts de libérer le médecin de certaines tâches et dégager du temps de consultation, notamment pour mieux répondre à l'augmentation de la demande de soins. L'introduction d'une tierce personne dans la relation privilégiée médecin-patient peut néanmoins susciter certaines réticences de la part des patients : leur point de vue doit être considéré pour améliorer les pratiques et envisager le déploiement de ce nouveau dispositif.

Méthode. Nous avons réalisé début 2021 une enquête par questionnaires auprès des patients de quatre cabinets de Vendée fonctionnant avec des assistantes médicales depuis avril 2019 dans le cadre d'une expérimentation, ainsi qu'une série d'entretiens téléphoniques complémentaires.

Résultats. Parmi les 364 répondants, 98 % jugeaient que la qualité de la relation avec leur médecin avait été préservée, 93 % étaient satisfaits du travail effectué par l'assistante et par ses qualités d'écoute et relationnelles, 90 % se disaient satisfaits de la confiance suscitée par l'assistante. De plus, 20 % déclaraient avoir bénéficié d'un soutien moral de la part de l'assistante. Cependant, 10 % pointaient le caractère répétitif de la préconsultation puis de la consultation avec le médecin. L'expérience des patients variait entre les cabinets, dans la plupart des dimensions explorées.

Discussion. Les patients étaient en majorité favorables à l'introduction de l'assistante, à la condition d'une bonne coordination du binôme médecin-assistante et d'une garantie de confidentialité. Ils sont en demande d'une information plus précise quant aux raisons de l'introduction de ce nouveau métier et à son rôle exact.

Mots-clés

- Médecine générale
- Soins de santé primaires
- Consultation médicale
- Délégation professionnelle
- Satisfaction des patients
- Enquêtes et questionnaires