



**THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1**  
*sous le sceau de l'Université Bretagne Loire*

Thèse en vue du

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

présentée par

**Adeline CADIOU**

Née le 11/06/1990 à Ancenis

---

**Assistants médicaux:  
quelles sont les attentes  
des médecins  
généralistes ? Analyse  
en focus groupe auprès  
des médecins  
généralistes d'Ille-et-  
Vilaine.**

**Thèse soutenue à Rennes  
le 18 juin 2020**

devant le jury composé de :

**Pr Patrick JEGO**

PU-PH, Médecine interne. CHU de Rennes.  
Président du jury de thèse.

**Dr Lise BOUSSEMART**

MCU-PH, Dermatologie. CHU de Rennes.  
Examineur.

**Dr Agnès BANATRE**

Maitre de conférence associé, Médecine générale,  
Rennes. Examineur

**Dr Chrystèle CERTAIN**

Docteur en médecine générale, La Mézière.  
Directrice de thèse.

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES

<b>NOM</b>	<b>PRENOM</b>	<b>TITRE</b>	<b>SOUS-SECTION CNU</b>
ANNE-GALIBERT	Marie-Dominique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BARDOU-JACQUET	Edouard	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BELAUD-ROTUREAU	Marc-Antoine	PU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
BELLISSANT	Eric	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BELOEIL	Hélène	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
BENDAVID	Claude	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH	Karim	PU-PH	Urologie
BEUCHEE	Alain	PU-PH	Pédiatrie
BONAN	Isabelle	PU-PH	Médecine physique et de réadaptation
BONNET	Fabrice	PU-PH	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
BOUDJEMA	Karim	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
BOUGET	Jacques	Professeur Emérite	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
BOUGUEN	Guillaume	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRASSIER	Gilles	PU-PH	Neurochirurgie
BRETAGNE	Jean-François	Professeur Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRISOT	Pierre	Professeur Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
CARRE	François	PU-PH	Physiologie
CATROS	Véronique	PU-PH	Biologie cellulaire
CATTOIR	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHALES	Gérard	Professeur Emérite	Rhumatologie
CORBINEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA	Marc	PU-PH	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DARNAULT	Pierre	PU-PH	Anatomie
DAUBERT	Claude	Professeur Emérite	Cardiologie
DAVID	Véronique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN	Jacques	Professeur Emérite	Pédopsychiatrie ; addictologie
DE CREVOISIER	Renaud	PU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
DECAUX	Olivier	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DESRUES	Benoît	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
DEUGNIER	Yves	Professeur Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
DONAL	Erwan	PU-PH	Cardiologie
DRAPIER	Dominique	PU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DUPUY	Alain	PU-PH	Dermato-vénérologie
ECOFFEY	Claude	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
EDAN	Gilles	Professeur en surnombre	Neurologie

FERRE	Jean-Christophe	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
FEST	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
FLECHER	Erwan	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GANDEMER	Virginie	PU-PH	Pédiatrie
GANDON	Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GANGNEUX	Jean-Pierre	PU-PH	Parasitologie et mycologie
GARIN	Etienne	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
GAUVRIT	Jean-Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GODEY	Benoît	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL	Pascal	PU-PH	Rhumatologie
GUILLE	François	PU-PH	Urologie
GUYADER	Dominique	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
HAEGELEN	Claire	PU-PH	Anatomie
HOUOT	Roch	PU-PH	Hématologie ; transfusion
HUSSON	Jean Louis	Professeur Emérite	Chirurgie orthopédique et traumatologique
HUTEN	Denis	Professeur Emérite	Chirurgie orthopédique et traumatologique
JEGO	Patrick	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
JEGOUX	Franck	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU	Stéphane	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
KAYAL	Samer	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LAMY DE LA CHAPELLE	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
LAVIOLLE	Bruno	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
LAVOUE	Vincent	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LE BRETON	Hervé	PU-PH	Cardiologie
LE TULZO	Yves	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
LECLERCQ	Christophe	PU-PH	Cardiologie
LEDERLIN	Mathieu	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
LEGUERRIER	Alain	Professeur Emérite	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LEJEUNE	Florence	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE	Jean	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LIEVRE	Astrid	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MABO	Philippe	PU-PH	Cardiologie
MAHE	Guillaume	PU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MALLEDANT	Yannick	Professeur Emérite	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MATHIEU-SANQUER	Romain	PU-PH	Urologie
MENER	Eric	Professeur associé	Médecine générale
MEUNIER	Bernard	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
MICHELET	Christian	Professeur Emérite	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
MOIRAND	Romain	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MORANDI	Xavier	PU-PH	Anatomie
MOREL	Vincent	Professeur associé	Médecine palliative

MOSSER	Jean	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX	Frédéric	PU-PH	Ophthalmologie
MYHIE	Didier	Professeur associé	Médecine générale
NAUDET	Florian	PU-PH	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
ODENT	Sylvie	PU-PH	Génétique
OGER	Emmanuel	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PARIS	Christophe	PU-PH	Médecine et santé au travail
PERDRIGER	Aleth	PU-PH	Rhumatologie
PLADYS	Patrick	PU-PH	Pédiatrie
RAVEL	Célia	PU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
RENAUT	Pierric	Professeur associé	Médecine générale
REVEST	Matthieu	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
RIFFAUD	Laurent	PU-PH	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ	Nathalie	PU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX	Florence	PU-PH	Parasitologie et mycologie
ROPARS	Mickaël	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JAMES	Hervé	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
SAULEAU	Paul	PU-PH	Physiologie
SEGUIN	Philippe	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
SEMANA	Gilbert	PU-PH	Immunologie
SIPROUDHIS	Laurent	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOMME	Dominique	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SOULAT	Louis	Professeur associé	Médecine d'urgence
SULPICE	Laurent	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
TADIE	Jean Marc	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
TARTE	Karin	PU-PH	Immunologie
TATTEVIN	Pierre	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
THIBAUT	Ronan	PU-PH	Nutrition
THIBAUT	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
THOMAZEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN	Sylvie	PU-PH	Pédopsychiatrie ; addictologie
VERHOYE	Jean-Philippe	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN	Marc	PU-PH	Neurologie
VIEL	Jean-François	PU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU	Cécile	PU-PH	Néphrologie
VIOLAS	Philippe	PU-PH	Chirurgie infantile
WATIER	Eric	PU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
WODEY	Eric	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

NOM	PRENOM	TITRE	SOUS-SECTION CNU
ALLORY	Emmanuel	MCF associé	Médecine générale
AME-THOMAS	Patricia	MCU-PH	Immunologie
AMIOT	Laurence	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ANSELM	Amédéo	MCU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BANATRE	Agnès	MCF associé	Médecine générale
BEGUE	Jean Marc	MCU-PH	Physiologie
BERTHEUIL	Nicolas	MCU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BOUSSEMART	Lise	MCU-PH	Dermato-vénérologie
BROCHARD	Charlène	MCU-PH	Physiologie
CABILLIC	Florian	MCU-PH	Biologie cellulaire
CASTELLI	Joël	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
CAUBET	Alain	MCU-PH	Médecine et santé au travail
CHAPRON	Anthony	MCF	Médecine générale
CHHOR-QUENIART	Sidonie	MCF associé	Médecine générale
CORVOL	Aline	MCU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DAMERON	Olivier	MCF	Informatique
DE TAYRAC	Marie	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH	Brigitte	MCU-PH	Parasitologie et mycologie
DROITCOURT	Catherine	MCU-PH	Dermato-vénérologie
DUBOURG	Christèle	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY	Frédéric	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
EDELIN	Julien	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
FIQUET	Laure	MCF associé	Médecine générale
GANGLOFF	Cédric	MCF associé	Médecine d'urgence
GARLANTEZEC	Ronan	MCU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GOUIN épouse THIBAUT	Isabelle	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
GUILLET	Benoit	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
JAILLARD	Sylvie	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
KALADJI	Adrien	MCU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
KAMMERER-JACQUET	Solène-Florence	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LAVENU	Audrey	MCF	sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
LE GALL	François	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LEMAITRE	Florian	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MARTINS	Pédro Raphaël	MCU-PH	Cardiologie
MENARD	Cédric	MCU-PH	Immunologie
MICHEL	Laure	MCU-PH	Neurologie
MOREAU	Caroline	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI	Fouzia	MCF	Informatique
PANGAULT	Céline	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ROBERT	Gabriel	MCU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
SCHNELL	Frédéric	MCU-PH	Physiologie
THEAUDIN épouse SALIOU	Marie	MCU-PH	Neurologie
TURLIN	Bruno	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques

VERDIER épouse LORNE	Marie-Clémence	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
ZIELINSKI	Agata	MCF	Philosophie

## REMERCIEMENTS

*Au président du jury,*

Monsieur le Professeur Patrick Jego, vous me faites l'honneur de présider cette thèse, je vous remercie sincèrement pour l'attention que vous avez portée à ce travail. Pour votre disponibilité et votre réactivité veuillez accepter l'expression de ma sincère gratitude.

*Au membres du jury,*

Madame le Docteur Lise Boussebart, vous me faites l'honneur de juger cette thèse. Pour l'intérêt que vous y portez, je tiens à vous remercier et à vous témoigner ma reconnaissance.

Madame le Docteur Agnès Banâtre, vous me faites l'honneur de juger cette thèse. Je vous remercie de l'intérêt que vous y portez, ainsi que de votre implication pour la formation des internes de médecine générale rennais.

Madame le Docteur Chrystèle Certain, je te remercie de m'avoir accompagné tout au long de ce travail. Un grand merci pour tes conseils précieux, ta disponibilité, ta bienveillance et ton implication dans ma formation d'interne.

*A ceux qui ont contribué à ce travail,*

A tous les médecins qui ont accepté de participer aux entretiens exploratoires et aux focus groupes et sans qui ce travail n'aurait pas pu se faire, merci d'avoir pris de votre temps et d'avoir partagé vos idées sur le sujet.

Merci à l'URPS MLB, pour votre soutien logistique.

Merci à Sarah et à Priscilla pour votre aide qui m'a été précieuse.

*A mes maitres de stages,*

Je remercie tous les médecins et personnels paramédicaux que j'ai pu côtoyer durant mes années d'études et qui ont tous chacun à leur façon contribué à me former et à me faire évoluer.

Merci au Dr Valérie Daniel pour ton suivi en tant que tutrice au cours de ces années d'internat. Pour m'avoir accueilli sur le cabinet de St Meen, pour tout ce que m'apporte nos échanges tant professionnels que personnels.

A mes collègues de St Meen, à tous les membres du pôle de santé, merci pour votre accueil, votre gentillesse et vos conseils. Au plaisir que nous avons à travailler ensemble, à nos projets futurs.

*A ma famille,*

A mes parents, pour leur amour et leur soutien sans faille aussi bien moral que logistique. Pour m'avoir transmis la valeur du travail, merci. Mention spéciale à maman pour ses multiples relectures et son œil avisé concernant les fautes d'orthographe.

A mes frères, merci pour votre bienveillance, parce que nous n'avons pas besoin de long discours pour nous montrer notre attachement. A mes neveux et nièces.

*A mes amis,*

A MTS Estelle, Clémence et à Brice pour votre amitié infaillible depuis notre tendre enfance. Parce que même si on a fait du chemin depuis la carrière et le collège Cath, rien ne vaut les moments où l'on se retrouve dans le sous sol de Dany et Jean Luc.

A Yasmin, mon petit soleil. Parce que ta bonne humeur et ton sourire sont toujours un remède efficace pour lutter contre mon renfrognement habituel. Pour ta générosité et ton soutien dans les bons comme les mauvais moments, merci.

A mes amis angevins, Nguyen, Maxime, Papi, Alexis et Richard pour tous les bons moments que nous avons passé ensemble. A nos soirées endiablées au Gainz et au New yorkais et à toutes celles à venir. Guy José Michel forever.

A Camille et Pripri, loin de chez moi, vous avez été ma petite famille pendant cet internat. A cette complicité qui nous lie encore et toujours, et à tous les basilico à venir.

A mes amis lorientais et briochin, Gaëlle, Aurélie, Simon, Brendan, Florian, Clémence, Nabil et tous ceux que je n'aurais pas cité, parce que sans vous avoir rencontré au premier semestre, l'internat n'aurait pas été le même.

Et enfin à David, doudou pour les intimes, merci pour tout. Merci pour ta patience, pour savoir m'apaiser dans les moments d'inquiétudes, pour ton amour inconditionnel qui me rend plus forte. Parce que j'aurais toujours envie de chanter « *Goodbye Toby* » avec toi. Je t'aime.

A nos projets futurs.



## SOMMAIRE

I.	INTRODUCTION .....	11
II.	METHODE .....	14
A.	CHOIX DE LA METHODE DE RECHERCHE .....	14
B.	POPULATION ETUDIEE ET RECRUTEMENT DES PARTICIPANTS .....	14
C.	MODALITES DES ENTRETIENS .....	15
D.	ANALYSE DES DONNEES.....	15
III.	RESULTATS .....	17
A.	CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION. ....	17
B.	ANALYSE DES FOCUS GROUPES .....	18
1.	Délégation de tâches : quelles missions pour l'assistant médical ?.....	18
1.1.	Un besoin pour des tâches administratives. ....	18
1.2.	Une aide dans les actes de santé publique et d'éducation thérapeutique. ....	20
1.3.	Délégation des actes médico-techniques, une assistance à la consultation. ....	21
1.4.	Une aide pour les situations complexes. ....	22
1.5.	Suivi des pathologies chroniques : notion de consultations interdoses. ....	22
1.6.	Une solution pour les actes non programmés. ....	23
1.7.	La délégation de consultation dédiée, un sujet controversé. ....	24
2.	Les représentations de l'assistant médical. ....	24
2.1.	Sa place par rapport aux autres professionnels de santé. ....	24
2.2.	Sa place au sein du cabinet. ....	26
2.3.	Sa place par rapport aux patients. ....	27
3.	Formation et recrutement. ....	28
4.	Les freins à la mise en place des assistants médicaux.....	30
4.1.	Le manque d'information. ....	30
4.2.	La mise en danger de la relation médecin malade. ....	30
4.3.	Une redéfinition du rôle du médecin généraliste. ....	32
4.4.	Le financement et les contreparties .....	33
4.5.	Remise en cause de l'intérêt de la mesure.....	35

IV.	DISCUSSION .....	36
A.	POINTS FORTS ET LIMITES DE L'ETUDE .....	36
B.	L'ASSISTANT MEDICAL : « UNE SUPER SECRETAIRE » ? .....	37
1.	Des tâches administratives pesantes.....	37
2.	L'assistant médical peut il délester le médecin généraliste de cette charge administrative?.....	38
C.	L'ASSISTANT MEDICAL : LA « NURSE PRACTITIONER » FRANCAISE ?.....	39
1.	Coopération interprofessionnelle : modèle étranger et français.....	39
2.	Quelles tâches « médicales » sont prêts à déléguer les médecins généralistes ?..	41
3.	Pourquoi ne pas élargir les compétences des infirmières actuelles pour intégrer ces nouvelles demandes ?.....	43
D.	UN MODELE A CREER .....	43
1.	Les bénéfices espérés.....	43
2.	Des freins à surmonter .....	44
V.	CONCLUSION .....	48
VI.	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	51
VII.	LISTE DES ABREVIATIONS .....	55
VIII.	ANNEXES .....	56
A.	GUIDE D'ENTRETIEN .....	56
B.	EXEMPLES DE COOPERATION INTERPROFESSIONNELLE A L' ETRANGER.....	57

## I. INTRODUCTION

Depuis les années 2000, une pénurie médicale s'est installée dans notre pays (1). Malgré l'augmentation du nombre de médecins inscrits à l'ordre en 2018, le nombre de médecins généralistes en activité régulière est toujours en baisse (1). Et pour cause, le renouvellement générationnel de la population médicale vieillissante est insuffisant (2). De même, les médecins généralistes ont une tendance de plus en plus affirmée à s'orienter vers un exercice salarié (1).

En parallèle, l'accroissement et le vieillissement de la population concourent à une augmentation constante des demandes de soins (3).

Cette fracture entre l'offre et la demande est accentuée par un temps-médecin limité. En effet, selon les études, on estime que 6 à 13 heures par semaine dans l'emploi du temps des médecins généralistes sont consacrées aux tâches administratives et de gestion (4)(5). L'activité médicale proprement dite est donc réduite. Par ailleurs, la prise en charge en augmentation des patients polypathologiques et porteurs de pathologies chroniques allonge les durées de consultation et le temps de coordination (6)(7).

Au vu de cette situation, un certain nombre de patients peinent à trouver un médecin traitant. L'accès aux soins n'est donc plus assuré sur l'ensemble du territoire (1)(8).

Fort de ce constat, une réflexion s'est engagée pour une nouvelle répartition des tâches entre professionnels pour libérer du temps médical aux médecins.

C'est dans ce contexte que le Président de la République, Emmanuel Macron, a annoncé le 18 septembre 2018, lors de la présentation du Plan Santé « Ma Santé en 2022 », la création d'une nouvelle fonction d'assistant médical (9).

Historiquement, les assistants médicaux, «clinical assistant» ou «medical assistant», apparaissent à la fin des années 1960 aux Etats-Unis et de nombreux pays ont, depuis, développé des professions comparables pour surmonter les problèmes de dotation médicale comme l'Allemagne, les Pays-Bas ou la Suisse.

Aux Etats Unis, cette profession a connu une croissance spectaculaire ces dernières années. On en dénombre près de 600 000, soit un peu moins que les 700 000 médecins (10). Les projections démographiques en prévoient environ 150 000 de plus au terme des dix prochaines années, ce qui laisse à penser qu'ils sont maintenant l'un des maillons essentiels de la chaîne de soins.

A titre d'exemple, aux Etats Unis, les assistants médicaux remplissent des tâches administratives, accueillent et installent les patients, recueillent les antécédents médicaux, enregistrent des signes vitaux et effectuent des gestes techniques simples, sous la supervision du médecin (11). Leurs aptitudes ont de plus été développées vers l'éducation thérapeutique des patients et la coordination dans les établissements de soins (12). Dans plusieurs pays, comme en Allemagne, il est question d'élargir leur domaine de compétences au suivi des patients atteints de maladies chroniques ou à la réalisation de visites à domicile (13).

En France, le projet de loi concernant les assistants médicaux a été adopté le 24 juillet 2019 et parallèlement, l'avenant numéro 7 à la Convention Nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, a été approuvé le 20 juin 2019 (14)(15). Les assistants médicaux doivent permettre de libérer du temps médical afin de pouvoir suivre un plus grand nombre de patients, mieux les prendre en charge, coordonner leur parcours et s'engager plus fortement dans des démarches de prévention (15).

Trois domaines d'intervention y sont précisés à titre indicatif et non limitatif (15). L'assistant médical pourra réaliser :

- des tâches de nature administrative comme par exemple : l'accueil du patient, la création et la gestion de son dossier informatique, le recueil et l'enregistrement des informations administratives et médicales, l'accompagnement de la mise en place de la télémédecine au sein du cabinet, etc...

- des missions en lien avec la préparation et le déroulement de la consultation. L'assistant médical pourrait aider le patient au déshabillage et au ré-habillage, à la prise de constantes, à la mise à jour de son dossier concernant les dépistages, les vaccinations, le mode de vie, en générant si nécessaire des alertes à l'attention du médecin, à la délivrance des tests et kits de dépistage, à la préparation et à l'aide à la réalisation d'actes techniques.

- des missions d'organisation et de coordination.

Une aide financière est prévue pour l'embauche d'un assistant, sous certaines conditions (16). Pour en bénéficier, le médecin s'engage à consacrer une partie du temps dégagé par l'assistant médical pour accueillir et assurer la prise en charge de davantage de patients.

Les débats sont intenses au sujet de cette mutation de l'exercice médical et beaucoup de questions restent en suspens pour un bon nombre de médecins généralistes malgré la publication au Journal Officiel, le 20 août 2019, des conditions de création des assistants médicaux et plus récemment de l'arrêté du 7 novembre 2019 précisant les diplômes et les qualifications professionnelles admises pour exercer l'activité d'assistant médical (17).

En effet, le gouvernement n'a pas clairement défini les contours du métier et le contenu de la formation. L'avenant stipule notamment que « les missions confiées à l'assistant médical sont laissées à l'appréciation du médecin en fonction de ses besoins et de son mode d'organisation » (15). Le modèle français de l'assistant médical reste donc à imaginer et à créer.

L'objectif de cette étude est de recueillir et d'analyser les représentations, les attentes et les inquiétudes des médecins généralistes vis-à-vis des assistants médicaux.

## **II. METHODE**

### **A. CHOIX DE LA METHODE DE RECHERCHE**

Pour répondre au mieux aux objectifs de l'étude, la démarche qualitative nous a paru évidente. En effet, disposant de peu de données dans la littérature portant spécifiquement sur les assistants médicaux en médecine générale, il fallait explorer la diversité des ressentis, vécus et expériences autour du sujet sans imposer ou limiter les thèmes. Cette méthode permet de saisir toute la complexité du sujet et d'identifier les besoins, les attentes et les inquiétudes des médecins généralistes.

Il nous a paru plus adapté de réaliser des entretiens sous forme de focus groupes afin de recueillir les propos les plus libres et spontanés possibles tout en permettant une émulation des idées. La dynamique de groupe permet d'explorer et de stimuler différents points de vue par la discussion. Les échanges permettent l'émergence de connaissances, d'opinions et d'expériences favorisant l'expression et la discussion d'opinions controversées.

### **B. POPULATION ETUDIEE ET RECRUTEMENT DES PARTICIPANTS**

La population étudiée était des médecins généralistes exerçant en Ile-et-Vilaine installés, collaborateurs, et étendus secondairement aux médecins généralistes remplaçants pour permettre un brassage générationnel plus important et faire émerger des idées nouvelles.

Les participants ont été recrutés via des mailings listes fournies par le conseil de l'Ordre des médecins d'Ile-et-Vilaine, des maitres de stages de la faculté de Rennes, de l'union régionale des médecins libéraux bretons (URPS MLB) et de l'association regroupant des médecins généralistes remplaçants, collaborateurs et jeunes installés bretons URBREIZH. Un message a également été diffusé via les réseaux sociaux sur le compte de l'association des internes de médecine générale rennais pour viser le plus grand nombre de participants.

Les médecins ont été contactés par mail. Le sujet de l'étude leur était exposé, ainsi que sa méthodologie, puis un rendez-vous était convenu et le lieu indiqué.

## C. MODALITES DES ENTRETIENS

Le guide d'entretien a été établi à l'aide de la littérature. Il a été affiné par plusieurs entretiens exploratoires avec des médecins généralistes travaillant actuellement avec des assistants médicaux, des médecins ayant travaillé à l'étranger avec des assistants médicaux et des représentants de différentes organisations syndicales représentatives des médecins généralistes.

Les questions étaient les plus ouvertes possibles et leur ordre ainsi que leur formulation ont été adaptés au cours des différents entretiens. Le guide d'entretien est disponible en Annexe A.

Les focus groupes ont eu lieu en juin 2019 et en octobre 2019 dans une salle de réunion au siège de l'URPS MLB à Rennes, en soirée, en dehors des vacances scolaires afin de garantir une meilleure disponibilité pour les intervenants. Deux focus groupes organisés au siège de la faculté de Rennes ont dû être annulés faute d'un nombre suffisant de participants.

Les participants étaient informés de l'enregistrement sonore des entretiens et de l'anonymisation des données.

Lors des focus groupes, l'investigatrice principale, une investigatrice secondaire et une modératrice étaient présentes. Cette dernière avait pour mission d'exposer progressivement les différentes questions de l'étude, d'instaurer un climat de confiance, de relancer le débat en cas de besoin et de recadrer l'échange si le groupe s'éloignait trop du sujet.

Les deux investigatrices n'intervenaient pas pendant l'échange mais réalisaient durant son déroulement le recueil des données non verbales (climat, attitudes, dynamique du groupe) en prenant note des nouvelles interrogations suscitées par l'échange sur les problématiques.

## D. ANALYSE DES DONNEES

Chaque entretien a été retranscrit en intégralité à l'aide d'un logiciel Word. Les verbatim contiennent la totalité des informations verbales et non verbales.

Une analyse verticale a ensuite été effectuée, entretien par entretien, par deux codeurs en aveugle. Le verbatim a été découpé en unités de sens, qui correspondaient à un code réutilisé à chaque fois que l'unité de sens était retrouvée dans le discours. Une très forte

similitude des résultats a été mise en évidence par la comparaison des analyses par les deux codeurs permettant de limiter la subjectivité du codage. Puis l'analyse transversale des entretiens a permis de hiérarchiser les thèmes émergents et de construire le plan d'analyse.



### III. RESULTATS

#### A. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION.

14 médecins généralistes ont participé à notre étude lors des deux focus groupes que nous avons organisés. Le tableau 1 et 2 regroupe les caractéristiques de la population.

Aucun n'avait travaillé avec un assistant médical. Cependant trois d'entre eux avaient déjà expérimenté la délégation de certaines tâches médicales dans leur structure par le biais d'une coopération interprofessionnelle avec une infirmière Asalée.

<b><u>CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION</u></b>							
<b>Participants</b>	<b>Age</b>	<b>Sexe</b>	<b>Statut</b>	<b>Type d'exercice</b>	<b>Structure</b>	<b>Secrétariat</b>	<b>ZIP</b>
<i>Focus groupe n°1 : durée 1h28</i>							
<b>P1</b>	47	Homme	Installé	Urbain	Cabinet de groupe	Physique, Internet	non
<b>P2</b>	49	Homme	Installé	Semi rural	Cabinet de groupe	Physique	non
<b>P3</b>	37	Femme	Installée	Rural	CPTS	Physique	Non
<b>P4</b>	41	Homme	Installé	Urbain	Cabinet de groupe	Physique	Non
<b>P5</b>	48	Femme	Installée	Rural	MSP	Physique, Internet, A distance	Oui
<b>P6</b>	62	Homme	Installé +Activité salariée	Urbain	Cabinet de groupe	Physique	Non

*Tableau 1 : Caractéristiques de la population focus groupe n°1 (ZIP : zone intervention prioritaire)*

<b>CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION</b>							
<b>Participants</b>	<b>Age</b>	<b>Sexe</b>	<b>Statut</b>	<b>Type d'exercice</b>	<b>Structure</b>	<b>Secrétariat</b>	<b>ZIP</b>
<i>Focus groupe n°2 : durée 1h25</i>							
<b>P7</b>	31	Homme	Installé	Semi rural	Cabinet de groupe	Physique, Internet	Oui
<b>P8</b>	29	Femme	Remplaçante	/			
<b>P9</b>	30	Homme	Remplaçant	/			
<b>P10</b>	55	Femme	Installée	Urbain	Cabinet de groupe	Physique	Non
<b>P11</b>	28	Femme	Remplaçante	/			
<b>P12</b>	32	Femme	Collaboratrice	Rural	MSP	Physique, Internet, A distance	Oui
<b>P13</b>	29	Femme	Remplaçante	/			
<b>P14</b>	29	Femme	Remplaçante	/			

*Tableau 2 : Caractéristiques de la population focus groupe n°2 (ZIP : zone intervention prioritaire)*

## B. ANALYSE DES FOCUS GROUPES

### 1. Délégation de tâches : quelles missions pour l'assistant médical ?

#### 1.1. Un besoin pour des tâches administratives.

Les médecins généralistes imaginaient facilement l'assistant médical comme un(e) «super secrétaire» c'est-à-dire une personne prenant en charge les tâches administratives sans valeurs médicales ajoutées vécues comme chronophages.

« Là où ils pourraient vraiment faire gagner du temps c'est le coté administratif. » P8

Les tâches administratives comprenaient la constitution et la mise à jour du dossier administratif, l'organisation et la tenue du dossier médical, la gestion des courriers et des comptes rendus notamment leur numérisation et leur intégration dans le dossier médical informatisé, voir le Dossier Médical Partagé (DMP). Les praticiens attendaient une analyse et une harmonisation des données avec éventuellement la mise en place d'alarme dans le logiciel métier de planification de surveillance des pathologies chroniques, d'actions de prévention et de dépistages.

*« C'est plus sur la structuration des données dans le dossier médical (...) Je trouve que l'on perd du temps à faire ça ! » P3*

Les tâches administratives englobaient également la gestion des rendez-vous du patient notamment les appels téléphoniques auprès d'autres professionnels de santé et l'organisation des transports.

*« Je le verrai plus comme un organisateur. Quelqu'un à qui je pourrais donner des tâches comme : « Moi j'en ai fini avec Mr Intel, vous allez revoir avec lui différents éléments qui manquent sur ses antécédents. Il aurait besoin d'une IRM ou qu'on envisage une consultation spécialisée. » » P2*

De même, les médecins généralistes étaient demandeurs d'une aide pour la comptabilité, le contrôle des tiers payants et la relance des impayés. Ils étaient également favorables à la délégation de la facturation dans son ensemble, de la cotation au passage de la carte vitale jusqu'à l'encaissement.

*« Typiquement par exemple, le fait de passer la carte vitale et de recevoir le chèque. C'est peut être deux minutes dans la consult mais après c'est deux minutes qui peuvent permettre d'avoir une consult de plus. » P8*

*« Moi remplir une feuille de soins papiers avec un mec qui me dit : « Ah bah non j'ai pas mon attestation de CMU! ». Bon bah vous me la ramènerez et puis après il faut que je pense à la récupérer. Ca me bouffe l'esprit ! C'est de l'énergie qui est mis dans quelque chose qui n'est pas médical et qui est pénible quoi ! » P12*

Les activités administratives englobaient pour certains médecins la rédaction de certificats de type dossier MDPH ou dossier d'assurances.

*« En général, ils [les médecins] vont la ressentir [la nécessité d'avoir un assistant médical] quand ils ont un dossier à remplir. Qui sont pas toujours uniquement des tâches administratives d'ailleurs! Ce sont souvent des documents où il n'y a qu'un médecin qui peut remplir. » P6*

*« Moi je pense qu'un dossier MDPH il peut le remplir mais si les informations, elles, sont précises sur les dossiers. » P10*

En se dégageant de ces actes administratifs, les médecins espéraient pouvoir se reconcentrer sur les actes de soins.

*« Moi je suis sûr que mon exercice, il va effectivement de plus en plus se concentrer sur des tâches de plus en plus médicales et j'ai besoin d'une aide. » P4*

## 1.2. Une aide dans les actes de santé publique et d'éducation thérapeutique.

L'ensemble des médecins généralistes envisageaient volontiers de déléguer des actes de santé publique aux assistants médicaux comme la distribution des Hémocults ou le rappel des évènements de dépistage aux patient(e)s comme la mammographie. Ils auraient également la charge de la vérification du statut vaccinal des patients.

*« Moi je ressens par exemple cette nécessité (d'avoir un assistant médical) dans des tâches qui sont pas des tâches administratives. Qui sont des tâches de santé publique c'est-à-dire par exemple, la distribution et les explications qui vont avec la distribution du kit de dépistage du cancer colorectal et bien typiquement ça en fait partie. Bon, quelque part trouver les leviers de motivation pour qu'une patiente aille faire sa mammographie ça en fait aussi partie quoi !*

*Et c'est pas forcément quelque chose où tu te dis où tu as vraiment une plus value médicale. Tu te dis ben que sûrement d'autres professionnels feraient aussi bien. Peut être éventuellement mieux que toi cette partie par exemple motivationnelle des patients. » P6*

Certains actes d'éducation à une technique, comme l'automesure tensionnelle, étaient plébiscités.

*« Ca peut être : expliquer comment on fait une MAPA. Comment on fait un Hémocult. On est plus dans l'explication d'une technique que dans du médical. T'as pas besoin d'être médecin pour expliquer comment on fait une automesure ! » P10*

Si pour les médecins généralistes, l'éducation thérapeutique avait une importance toute particulière, ils reconnaissaient n'avoir ni le temps ni les moyens pour s'investir pleinement dans ce rôle.

Certains médecins avaient déjà franchi le cap de cette délégation de tâches par le biais des infirmières Asalée. Ils ont cependant regretté que leurs missions soient limitées. Pour eux, et pour ceux qui ne bénéficiaient pas d'infirmière Asalée dans leur structure, l'assistant pourrait s'impliquer également dans cette tâche, et permettre aux patients d'acquérir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique.

*« Là on retrouve la dimension bah que effectivement on n'a pas forcément le temps de mettre en œuvre et puis qu'on sait pas forcément le mettre en œuvre qui est la dimension de l'éducation thérapeutique » P6*

### 1.3. Délégation des actes médico-techniques, une assistance à la consultation.

*« Moi ce que j'en perçois ça serait une espèce de mélange entre secrétaire et infirmier. » P7*

Pour plusieurs médecins, l'assistant médical prenait un nouveau rôle dans le cabinet médical, celui d'un soutien médico-technique dans le déroulement de la consultation à l'image d'une « super infirmière ». De la prise des constantes au déshabillage du patient jusqu'à la délégation de gestes techniques simples, il s'agissait d'un support pour se recentrer sur des tâches à valeurs médicales ajoutées.

*« Pourquoi pas confier à un assistant médical le fait de préparer l'enfant, de le peser, de le mesurer, de vérifier le périmètre crânien, de remplir le carnet de santé et puis moi j'arrive et effectivement pour dérouler un fil plutôt médical sur le problème de croissance, sur les oreilles, la gorge. » P4*

*« Moi effectivement j'aime bien peser les bébés mais c'est du temps qui appartient à la consultation qui n'est pas forcément de mon domaine d'expertise. Je pense que ma plus value elle est ailleurs. » P4*

Les gestes techniques simples évoqués lors des entretiens étaient l'électrocardiogramme, la spirométrie, les vaccins, l'intradermoréaction à la Tuberculine, la réalisation des pansements et les lavages d'oreilles.

*« On a pas besoin de faire 10 ans d'études pour faire de la vaccination (...) Moi je le ferais bien faire par quelqu'un ! » P1*

*« Enfin laver des oreilles, je suis désolé, mais ça prend 20 minutes des fois parce que c'est chiant, mais ça quelqu'un avec une journée de formation il serait capable de le faire. » P7*

#### 1.4. Une aide pour les situations complexes.

Devant des situations complexes, la plupart des médecins présents aux focus groupes apprécieraient la présence d'un assistant médical pour les soulager dans la récupération d'informations mais également dans la gestion notamment des hospitalisations qui sont souvent des tâches très chronophages.

Ils ont également partagé leur difficulté croissante à faire face aux problématiques sociales, de plus en plus fréquemment intriquées dans les prises en charge médicales. Les médecins se sentent souvent démunis face à la gestion des problèmes sociaux des patients (liens avec les structures sociales, aides diverses aux patients isolés, conseils aux aidants...) et manquent de temps pour y répondre. Il semble que pour eux, l'assistant médical pourrait remplir un rôle de coordination entre les différents acteurs médico-sociaux et les décharger de ces situations.

*« J'imaginerais bien un assistant médical où tu élargis les missions de ton propre cabinet. C'est-à-dire que tu installes une coordination avec un environnement médico-social ou social. Et on voit bien que, assez régulièrement ça nous manque. » P6*

#### 1.5. Suivi des pathologies chroniques : notion de consultations interdoses.

Du fait de l'afflux de patients dans les cabinets, les pratiques ont évolué ces dernières années. Le renouvellement de traitement tous les trois mois n'est plus la règle systématique et pour libérer du temps médical pour les urgences, les renouvellements de traitement pour les patients âgés, en général entre 50 et 75 ans, sans comorbidités lourdes, sont souvent délivrés deux fois par an. Du fait de cet éloignement des consultations, les attentes des patients et celles du médecin sont souvent différentes. Il n'est pas rare que les patients arrivent avec une liste de problèmes, ce qui complexifie la consultation. Cet aspect a été évoqué au cours des focus groupes et les participants ont imaginé des « consultations d'inter doses » que pourraient réaliser les assistants médicaux.

Ces consultations auraient pour but de mieux suivre ces patients, de dépister plus précocement les décompensations si elles existent et de régler en amont un certain nombre de problématiques pour alléger ces consultations biannuelles.

*« Pour moi l'assistant, il peut être là pour faire ce type de consultation d'inter dose si on peut dire.(...) Peut être que ça peut être un rôle de l'assistant de réserver peut être une ou deux fois par an pour des éléments donnés que le médecin prenne une sorte de consultation de synthèse et puis qu'entre deux il y ai des consultations plus fréquentes avec l'assistante médicale dans lesquelles nous on interviendrait que quelques minutes. » P2*

Ils souhaitent ainsi que le délégué puisse avoir ses propres plages de consultation.

### 1.6. Une solution pour les actes non programmés.

Les actes non programmés étaient vécus de manière plutôt péjorative par l'ensemble des intervenants interrompant le quotidien pré-organisé et le rythme des consultations. Ils étaient conscients qu'il s'agissait d'un enjeu de la médecine générale de notre époque puisqu'une mauvaise organisation engendrait une redirection de ces patients vers les urgences. L'assistant médical pouvait représenter pour certains des médecins, une piste pour un meilleur accueil et une meilleure gestion de ces urgences surtout en période d'épidémie.

L'assistant médical pourrait avoir un rôle de filtre et trier les patients, selon qu'ils nécessitent une consultation urgente ou non.

*« Je verrais bien un assistant médical aussi pour les soins non programmés c'est-à-dire toutes ses parties: accueil et orientation de soins non programmés qui peuvent arriver dans un territoire donné qui pour l'instant sont très mal gérés. » P2*

*« Moi je l'imagine un peu comme une IAO. Elle trie en fonction du degré de sévérité globalement. En prenant la tension, en faisant l'ECG si il y a une douleur thoracique » P12*

Sa présence pourrait également faciliter une filière « ultra courte » dans le cabinet pour fluidifier les consultations dites « du jour » ou « aigües » ou des consultations à thème facilement programmables comme les licences sportives.

*« L'assistant il servirait à avoir des consults de cinq minutes. Il y a déjà eu la température, la tension, la fréquence cardiaque, la fréquence respi. Ca on peut tout lui apprendre et le médecin il a juste à poser un diagnostic, faire l'ordonnance et le paiement il va s'en occuper. Et le but de faire ces consults très très courtes c'est de voir beaucoup plus de patients en urgence. » P11*

### 1.7. La délégation de consultation dédiée, un sujet controversé.

Le sujet de la délégation de consultation dédiée à des assistants médicaux a été proposé par quelques médecins en minorité. Les consultations seraient réalisées pour des pathologies dites « simples », soit protocolisées, soit sous supervision discrète du médecin traitant en vue d'une prise en charge plus précoce des patients ou dans un souci de voir un plus grand nombre de patients en période d'affluence.

*« Quelqu'un qui pourrait faire des ECG, des diagnostics simples, pourquoi ne pas faire des rhinopharyngites ?! Des choses comme ça ! » P10*

*« Et si on apprend par exemple qu'une femme jeune qui est là pour signes fonctionnelles urinaires. Et bah on lui apprend à reconnaître fièvre ou pas fièvre. Est-ce qu'elle a mal dans le dos ? Est-ce qu'elle est enceinte? Est-ce qu'elle a l'habitude d'en avoir ? » « Et elle peut faire la bandelette. » P11*

## 2. Les représentations de l'assistant médical.

### 2.1. Sa place par rapport aux autres professionnels de santé.

Les participants avaient des difficultés à imaginer le rôle et la place des assistants, ses missions pouvant empiéter sur celles d'autres professionnels de santé travaillant déjà en collaboration avec le médecin généraliste. Et en premier lieu, les professions évoquées étaient les infirmières Asalée et les infirmières de pratique avancée, nouvelles pratiques dont les contours semblent peu connues des médecins généralistes.

*« Je vois pas trop la différence entre IPA et assistant médical. Pour moi c'est un peu la même chose ! » P5*

Nous avons déjà évoqué le fait qu'il était plus facile pour eux de l'envisager en faisant référence à des statuts qu'ils connaissaient déjà « *comme une super secrétaire* » ou « *comme une super infirmière* » ou encore une « *infirmière d'accueil et d'orientation* ». L'analogie a également été faite avec les étudiants en médecine, internes comme externes.

*« J'ai un peu l'impression de faire une pseudo comparaison avec à l'hôpital il y a l'externe en fait... rires... Bah c'est vrai ça serait un peu l'externe du cabinet ! L'externe du cabinet qui ferait les papiers, les ECG. » P8*



*« Je trouve que moi des fois les moments où je ressens ce truc d'assistantat médical c'est quand l'interne est en semi observation, que je le laisse faire, se débrouiller, faire ses trucs et qu'on arrive les 5 dernières minutes. « Bon tu as fait quoi ? ça ! Ça t'en pense quoi ? Ok bah voilà.. ». 5 minutes et effectivement là je me dis je ferais que ça et je passerais à un autre bureau. J'aurais vu deux patients et voilà. Ça ressemble un peu à ça ! » P5*

La vision de l'assistant médical paraissait plus évidente quand le parallèle se faisait avec d'autres corps de métiers comme l'assistant dentaire ou vétérinaire.

*« Je trouve dans l'esprit public, dans la tête du public, le terme assistant dentaire ça veut vraiment dire quelque chose. Tout le monde sait ce que ça veut dire et même l'assistant vétérinaire. Tout le monde voit ce que fait l'assistant vétérinaire. » P1*

*« Y'a le dentiste, y'a son assistant. Le médecin a son assistant. Bon on sait ce que c'est ! » P6*

Cette confusion des rôles a amené les participants à se questionner sur le devenir de leurs partenaires de soins, les secrétaires au premier plan.

*« A l'heure actuelle, tel qu'est formé le paysage français des soins, je crois que c'est plutôt les secrétaires qui ont à craindre pour leurs fesses dans les assistants médicaux ! » P2*

*« Je ne suis pas persuadée qu'on aurait encore besoin des secrétaires mais parce qu'y a différentes technologies qui permettent aussi que le travail de secrétaire ne soit pas fait forcément au sein du cabinet. » P10*

Plusieurs participants s'accordaient au contraire sur le fait que l'assistant pouvait créer du lien avec les différents professionnels de santé.

*« Est-ce qu'il peut être un moteur? Donc, on lui donne une autre fonction qui est au fond l'harmonisation et la coordination des professionnels. » P6*

L'assistant médical pourrait être au cœur des interactions dans les cabinets pluri professionnels (échanges avec aide-ménagère, secrétaire, IDE, kinésithérapeute...) mais également avec les professionnels d'autres structures hospitalières ou extrahospitalières.

*« Moi je le vois comme un complément. Je le vois pas comme une menace. » P7*

## 2.2. Sa place au sein du cabinet.

La quasi-totalité des participants n'envisageaient pas de partager leur assistant médical avec leurs confrères et la notion d'un assistant par médecin était capitale.

*« Je ne le vois pas passer d'un cabinet à un autre parce que pour moi un assistant c'est un assistant par médecin ou voire deux (...) Il est là quand même pour faire quelque chose qu'on a pas le temps de faire. Il va pas aller en voir quatre quand nous on a pas le temps. » P5*

Les participants reconnaissaient que la structure du cabinet était un élément primordial pour leur permettre d'exploiter au mieux les capacités et les fonctions de l'assistant. Le travail notamment sur deux fauteuils à l'image des assistants dentaires a été évoqué.

*« Pour aller jusqu'au bout mais effectivement ça va faire hurler un certain nombre de personne mais il va falloir travailler plus, avoir deux salles. » P4*

*« Il aurait un petit cabinet mitoyen au mien. » P7*

L'organisation des locaux des cabinets médicaux devait intégrer un espace dédié comme un cabinet annexe pour l'assistant. En cela, l'infrastructure du cabinet pouvait être un frein à leur intégration dans le cabinet.

*« Pratico-pratique en plus si on lui délègue des tâches simplement pour déshabiller et tout ça veut dire que l'on a deux cabinets de consultation. Donc en terme de structure ça va commencer à poser un petit problème ça parce que d'une manière ou d'une autre si on lui délègue des tâches il faut aussi pouvoir l'accueillir dans des locaux. » P10*

Par ailleurs la présence d'un assistant médical pouvait être un atout pour recruter des remplaçants, curieux de tester le dispositif.

*« En tant que remplaçant moi je signe. » P9*

Ce genre de projet était pour la plupart enrichissant et permettait de se questionner sur sa pratique, ses envies, et les évolutions du métier.

*« Moi je sais que j'ai du boulot pour encore 30 ans mais mon boulot dans 10 ans il n'aura plus rien à faire avec ce que je fais aujourd'hui parce que ce que je fais aujourd'hui ce n'est pas encore ce que je faisais il y a dix ans. Donc il faut en permanence s'adapter, inventer, imaginer et trouver des solutions. » P4*

*« Peut être que l'assistant sera l'occasion comme pour moi de se reposer la question dans quelques temps, si ce que tu fais maintenant c'est exactement ce qui est le plus intéressant pour toi et pour le patient et pour ton organisation avec tes autres collègues également. Je pense que c'est un aiguillon assez intéressant cette histoire d'assistant. Ça questionne ! » P2*

### 2.3. Sa place par rapport aux patients.

La présence d'un assistant médical modifiait la dynamique des relations médecin-patient.

Pour certains médecins généralistes, l'assistant médical fonctionnait avec le médecin et les patients comme un trio pouvant servir de rempart au médecin vis-à-vis des patients. Ils pouvaient assurer un rôle de filtre, mais aussi générer des barrières dans la relation médecin-patient.

Les médecins rapportaient également qu'à l'inverse des interactions patients-assistants médicaux pouvaient se créer. L'assistant médical pouvait être à son tour un interlocuteur privilégié.

*« Les patients vont être habitués aux assistants. Peut être qu'ils vont peut être plus s'ouvrir aux assistants aussi en fait » P12*

Les participants étaient conscients que les assistants médicaux pouvaient être une aide à la prise en charge d'un plus grand nombre de patients notamment dans les zones sous dotées. Leur soutien pouvait également faciliter la prise en charge des patients actuellement sans médecin traitant.

*« Y'a un moment y'a les français ! Les patients ils ont besoin de docteur ! Ils ont besoin d'être soignés ! Et après, je vois bien, il y a plein de gens qui trouvent pas de médecin traitant mais on ne sait pas où les voir ni quand les voir. Donc effectivement il y a un moment où si l'assistant médical il me permet de me recentrer sur des actes qui seront des expertises plus rapides et qu'effectivement je passe d'un bureau à un autre, les gens et bah oui ils seront contents ! Ils auront besoin de ça aussi ! » P4*

Pour eux une rigidité du corps médical face à cette demande sociétale et politique concernant les assistants médicaux n'était pas la solution à adopter car elle serait la porte ouverte à des mesures plus coercitives.

*« Pourquoi on avait intérêt d'essayer d'aboutir sur cette affaire d'assistant ? C'est que si on n'aboutit pas (...) ça retombait sur les infirmières et les pharmaciens quoi et je pense qu'on va être encore moins fan ! » P6*

### 3. Formation et recrutement.

*« Ils ne sont pas encore formés là ? aucun ? » P5*

Des interrogations ont émergé sur la formation des assistants médicaux. La reconversion professionnelle d'infirmière ou de secrétaire paraissait être le mode de recrutement préférentiel pour un poste d'assistant médical.

*« Tu peux aussi voir ça comme une opportunité de faire monter en compétence toutes ces secrétaires qui existent. » P4*

*« Si il est déjà dans le monde médical on gagne de l'expérience et de la compétence. » P11*

La compétence concernant la gestion de l'administratif était très recherchée notamment pour un rôle passerelle avec la sécurité sociale.

*« Il faut une formation de la sécu quoi ! (...) Ils sont au top sur le traitement des soins, sur le remboursement des gens et puis voilà et puis on leur apprend des choses de bons sens. » P4*

Il est certain que l'assistant médical devait être une personne déjà insérée dans le monde médical et qu'une formation supplémentaire était nécessaire pour l'intégrer pleinement dans le cabinet médical et combler les carences de son métier antérieur, médicales pour les secrétaires, administratives pour les infirmières.

*« Je vois l'assistant médical comme plutôt une super secrétaire avec quelques compléments d'informations de science de la santé. » P2*

Les médecins se sont aussi interrogés sur l'acceptabilité par les professionnels délégués pour certaines tâches ou du point de vue financier.

*« Et même pour les infirmières aussi d'un point de vue intérêt. Après c'est la chaîne des tensions. » P9*

*« Le salaire ne sera pas forcément le même entre une infirmière libérale actuelle et un assistant » P11*

La durée de la formation était également au cœur de la problématique. Une formation indépendante de deux ans a été évoquée mais paraissait insuffisante pour obtenir les compétences nécessaires pour un certain nombre de médecins généralistes.

*« Si c'est une formation de deux ans moi je ne comprends pas. Je ne vois pas comment on peut avoir suffisamment de notion pour remplir un certificat MDPH et trouver dans le dossier. Ne serait ce qu'apprendre les mots médicaux, les trucs comme ça c'est carrément long quoi ! » P9*

En outre, d'autres pistes ont été évoquées comme une formation continue avec validation des acquis ou une bifurcation dans les études d'infirmières vers l'assistance médicale.

*« Au cours des études d'infirmières se dire bah pourquoi pas assistante médicale ! Bah ok dans ce cas là je choisis la spécialité de fin de troisième année. » P12*

Ou encore une utilisation des étudiants en faculté de médecine lors de leur année d'externat supplémentaire.

*« On utilise la 4ème année des études médicales pour faire des assistants médicaux un an. Rires. Je suis pas sûre qu'ils soient d'accord. Rires » P3*

Dans tous les cas, le dispositif souhaité devait être souple et modulable à l'activité de chaque médecin. L'assistant médical devait être polyvalent, capable de s'investir dans plusieurs missions au sein du cabinet. Les qualités recherchées étaient le dynamisme, la perspicacité et l'adaptabilité.

*« C'est un bras droit moi que je vois, qui est polyvalent. » P5*

*« Ce qui me plairait c'est que chaque assistant médical puisse être un petit peu formaté à notre pratique. » P5*

La notion d'être acteur des changements de leur profession était importante pour les participants. Cette liberté de pouvoir moduler, imaginer, créer le poste d'assistant à leur image était perçue comme un avantage.

*« L'avantage c'est quand même, enfin dans cette configuration là, c'est quand même un système où on est un peu propriétaire quoi ! C'est pas quelque chose... Ce n'est pas un dispositif de coordination qui se fait en dehors de nous, à l'extérieur de nous. C'est bien quelque chose qui part de chez nous en quelque sorte et je pense quand même que c'est une dimension importante. » P6*

## 4. Les freins à la mise en place des assistants médicaux.

### 4.1. Le manque d'information.

Les médecins généralistes ont déploré le manque d'information et l'obscurité de cette mesure.

*« Je suis incapable de dire la fonction exacte. Aussi savoir quelle est leur formation ? Qu'est ce qu'on peut attendre d'eux ? Est ce qu'il y a des limites ? Qui va fixer les règles ? Enfin en gros je ne sais pas si il y a un cadre. Je trouve ça un peu dommage où on nous a balancé la fonction sans qu'on ait nous même l'information avant. » P5*

Les médecins généralistes révèlent des difficultés à définir les contours de ce nouveau métier et auraient attendu une meilleure visibilité de la mesure et de clarté dans leur formation avant l'annonce gouvernementale.

*« Mais le problème c'est qu'on arrête pas de créer des choses. On crée des choses. On ne sais pas ce qu'on met derrière et après on nous demande mais qu'est ce que vous en attendez? » P3*

Ils réclament notamment un référentiel précis des tâches déléguables.

Par ailleurs, on note également une méconnaissance d'un certain nombre de médecins généralistes des protocoles existants.

*« les PTA je connaissais pas » P4*

### 4.2. La mise en danger de la relation médecin malade.

Pour une partie des médecins, l'inquiétude était tournée vers la relation avec leurs patients. L'ensemble du temps dédié à la consultation était vécu comme sacré et non déléguable.

*«Moi je trouve que chaque seconde de la consultation vaut de l'or. Que moi c'est quinze minutes et que je travaille comme un dingue et j'ai pas tellement envie qu'on me retire des secondes même si c'est pour peser, mesurer ou prendre le périmètre crânien du bébé.» P1*

L'entièreté de la consultation leur permettait d'établir une interaction avec leur patient et faisait partie intégrante de leur cheminement vers le diagnostic. Les temps comme le

déshabillage ou l'écriture du chèque étaient vécus comme des moments parfois plus informatifs que l'examen clinique en lui-même en permettant d'évaluer les capacités fonctionnelles des patients. Certains actes qui seraient déléguables participent, lorsque le médecin généraliste les effectue lui-même, à la bonne prise en charge du patient, et à sa connaissance globale de celui-ci.

*« Même en voyant la mamie se déshabiller je trouve que j'apprends des trucs ! Et j'apprends souvent plus de trucs en la regardant se déshabiller plutôt qu'en lui prenant sa tension qui de toute façon sera à 150/8. Rires. » P1*

Ils existaient pour eux un risque d'« autonomisation » des consultations et de déshumanisation des rapports.

*« Les gens passent d'abord la secrétaire. Ensuite l'assistant médical : « déshabillez vous tatata tatati...Pourquoi vous venez? Quel type de consultation? Bah attendez dans cette pièce le médecin va venir! » Et puis effectivement t'arrives dans la pièce: « Alors c'est ça aujourd'hui! Ok bon deux dolipranes et trois machins c'est fini au revoir ! » » P2*

La perte d'informations et d'analyses avec la multiplication des acteurs (secrétaire, assistant, médecin) était également source de questionnement tout comme leur influence sur le diagnostic final.

*« Est ce que ça peut orienter aussi le diagnostic final? Moi je sais que quand on me présente quelqu'un en me disant je pense que c'est ça... » P12*

*« J'ai peur de perdre un peu de mon analyse. » P5*

Par ailleurs, ils ont également émis des doutes sur l'acceptabilité par les patients de ce système de partage entre professionnels. Pour certains participants, le patient se retrouverait même lésé dans ce schéma avec notamment la diminution des durées de consultation et de contact avec le médecin laissant peu de place au dialogue.

*« Si les patients sont en plus partagés entre deux est ce qu'il vont pas ressentir un sentiment de travail à la chaîne ? Et puis sans avoir de moment de discussion réelle? Parce que ça va se savoir que les assistants c'est fait pour gagner du temps, pour voir plus de monde aussi. Les patients sont pas bêtes ! » P12*

### 4.3. Une redéfinition du rôle du médecin généraliste.

Vers des consultations de plus en plus complexes ? C'est ce que pensent et redoutent certains médecins généralistes. Les pathologies aiguës, dites simples, comme les rhinopharyngites, angines, cystites ou autres sont vécues comme un moment de répit, agréable dans leur journée. La redirection de ces actes sur un autre professionnel de santé est anxiogène pour un certain nombre de médecin généraliste.

*« Faire que des consultations complexes on peut pas tenir le rythme ! » P10*

*« La consultation en un quart d'heure, passer du coq à l'âne et d'avoir les consultations les plus compliquées qui restent à vingt cinq euros. » (Non de la tête) P10*

Ce transfert de compétences amène à se réinterroger sur la place et la définition du médecin généraliste. Cette fragmentation du travail est même pour certains médecins, annonciatrice de la fin de leur métier.

*« Si c'est donner des consignes à des gens, disons que pour moi c'est la disparition du médecin généraliste. C'est un autre métier ! » P2*

*« A la fin il y aura plus besoin de médecin généraliste à ce moment là ! J'ai un peu le sentiment qu'en ce moment c'est un peu ça qui m'inquiète. C'est cette évolution là ! » P2*

Cette situation peut être vécue comme à contre-courant des politiques de santé menées où le médecin généraliste doit être au cœur des prises charges notamment de prévention et d'éducation.

*« C'est par rapport à l'orientation que l'on demande du médecin généraliste de justement la prise en charge globale centrée patient avec la conversation et tout. Mettre quelqu'un qui nous supprime un temps pour mettre en place ça par des petites phrases. » P9*

Le partage de suivi des patients représente un bouleversement dans la pratique de la médecine générale et pour certains médecins : *« la profession n'est pas prête à ça aujourd'hui. » P4.*

Ils révèlent leur difficulté à faire confiance à un autre professionnel de santé tant sur un plan médical que juridique.



*« Si on est responsable sans voir les gens il faut être sacrément sûr. » P10*

#### 4.4. Le financement et les contreparties

Véçu comme un effet d'aubaine, le financement d'un assistant médical est au cœur des préoccupations des médecins généralistes.

*« Qui finance ? Est ce que c'est le groupe de médecin ? Est-ce que ça fait monter les charges ? Est ce que ça apparait à travers la ROSP ? » P2*

Les participants aux focus groupes n'envisageaient pas de recruter un assistant médical sans aides de l'Etat. En effet, pour la plupart des participants, le montant actuel de la rémunération des médecins généralistes est insuffisant pour qu'ils les rémunèrent eux-mêmes. De plus, le mode de rémunération actuel crée une contradiction entre le besoin, par des médecins généralistes débordés, de voir moins de patients qui pourrait trouver une réponse avec la délégation/le transfert de tâches, et en même temps la nécessité d'un certain volume d'actes pour gagner suffisamment d'argent pour payer les délégués.

*« Si on finance et que ça reste une consult à 25 euros comment tu veux financer quelqu'un en plus d'une secrétaire par médecin? 25 euros la consultation c'est pas possible ! » P2*

La pérennité et la stabilité de l'aide était donc une prérogative à l'embauche. Dans ce sens, la revalorisation des montants de la consultation paraissait être plus acceptable qu'une aide forfaitaire au recrutement. Il souhaitait également une révision de la nomenclature permettant à l'assistant de coter des actes de façon indépendante.

*« J'aurais préféré à la limite qu'on nous dise et bah voilà ceux qui ont un assistant on leur majore leur prix de consultation pour qu'il y ait une idée où on est pas pieds et poings liés avec la caisse sur des aides peut être pas forcément pérennes » P10*

Les contreparties au financement réclamées par la sécurité sociale ne convenaient pas et ne répondaient pas à leur souhait d'exercice. La plupart d'entre eux ne souhaitait pas augmenter le nombre de patients vus par jour. Mettre en avant la quantité plutôt que la qualité des soins était contraire à leur vision du métier de médecin généraliste.

*« Moi je veux que l'assistant il m'aide mais je ne veux pas voir plus de vingt patients par jour. » P3*

*« Moi c'est hors de question que ce soit j'enquille les consultations pour payer mon assistant. » P10*

Une des peurs était notamment de ne pas réussir à remplir les objectifs et de se voir retirer l'aide dispensée les années précédentes. Les objectifs repérés par les participants étaient centrés sur l'augmentation de la file active et du nombre de consultations autour de 25%.

*« C'est bien mignon si on te le sucre parce que t'es plus en zone 1 ou parce que t'as pas réussi à augmenter de 25 % ta patientèle et ton activité. Enfin t'es passé à 35 et tu dois redescendre, tu dois expliquer aux patients ! » P9*

Les participants n'étaient pas certains qu'en déléguant une partie des tâches à l'assistant celui-ci leur permettrait de libérer 25% de temps médical.

*« Les 25 % du temps oui c'est énorme ! Après il y a quand même une partie administrative qui nous prend beaucoup de temps. Du coup est ce que si on délègue la partie administrative, lavage d'oreilles et les vaccins est ce qu'on gagne 25% ? Je ne sais pas. » P14*

L'augmentation du nombre de patients par jour était vécue comme péjorative mettant en péril la santé physique et psychique du praticien.

*« Augmenter mon nombre de consultations à l'heure actuelle avec mon âge ! Moi je me protège maintenant » P10*

*« Non vraiment quand je vois dans quel état je suis mais pareil après 30 ou 32 consultations. C'est rare ! hein c'est rare parce que je ménage moi aussi. Mais ça arrive en période d'épidémie mais je fais n'importe quoi. Je rentre chez moi je me dis j'en ai peut être tué un. » P12*

Le carcan administratif entourant le recrutement d'une personne en salariat dans le cabinet médical et d'autre part, les horaires d'une personne salariée, ont été pointés du doigt ; le temps de travail des médecins généralistes étant bien supérieur.

*« De 8 heures à 20 heures je le vois mal au cabinet. » P11*

*« Si à 17 heures il est parti qu'est qu'il se passe jusqu'à 19 heures 30 ou 20 heures ? Cela les gens ils n'ont pas le droit à un assistant ou quoi ! » P2*

#### 4.5. Remise en cause de l'intérêt de la mesure

Un certain nombre de participants ont remis en cause la pertinence de la création de ce nouveau corps de métier.

*« on parle de gagner du temps mais finalement si il faut superviser l'assistant médical » P13*

Ils préféreraient envisager une évolution et une meilleure utilisation des différents acteurs de la santé préexistants.

*« moi j'ai une secrétaire donc je ne vois pas trop l'intérêt » P1*

*« Je trouve qu'on complique les choses à créer un nouveau poste » P5*

*« Pourquoi ne pas plutôt accéder à la demande des infirmières de donner plus d'autonomie sur certains domaines plutôt que de créer un nouveau truc » P9*

Ils ont également remis en cause l'efficience d'une telle mesure en prenant pour exemple la vaccination.

*« Beaucoup d'études ont montré que le passage de la vaccination grippale entre les mains de nombreux professionnels n'a pas beaucoup amélioré le taux de vaccination dans la population générale par rapport à ce qu'on faisait dans les années 90-2000. Donc je ne suis pas certain que la délégation de la vaccination qui nous embête peut être, soit d'une efficience telle qu'elle doit être généralisée pour tout type de vaccination dans un objectif d'augmenter la couverture vaccinale comme quoi on ferait mieux si on diversifiait. » P2*

Les médecins doutaient des propositions faites au regard des échecs des politiques de santé antérieures.

*« Le gouvernement il a dit ça dans 6 mois dans 1 an ou dans 3 ans il refera un autre truc » P3*

Vécue comme une énième annonce politique pour certains, elle ne remplacera nullement le manque de médecins.

*« Je trouve que chacun doit faire son job et là je trouve que l'on est en train de tout mélanger. Et on invente pour faire le boulot des autres parce que l'on manque de médecins. (...) On est en train de mettre des patchs parce qu'on dit qu'il manque de médecins. » P3*

## IV. DISCUSSION

### A. POINTS FORTS ET LIMITES DE L'ETUDE

A notre connaissance, il n'existe pas de travaux en France sur les attentes des médecins généralistes concernant la délégation de tâches aux assistants médicaux. En cela notre travail est inédit.

La méthode qualitative était adaptée à notre question de recherche puisque notre objectif était de recueillir et de comprendre les représentations des médecins généralistes concernant les assistants médicaux (18). Nous avons ainsi pu étudier un large panel de représentations et d'avis des médecins sur le sujet sans but de généralisation ou représentativité. Les focus groupes ont permis d'obtenir des débats riches et diversifiés avec des interactions interpersonnelles et une dynamique de groupe. Ceci a pu faire émerger de nouveaux points de vue inattendus (19).

Nous avons essayé de lutter contre un possible biais d'analyse et d'interprétation par une retranscription mot à mot tenant compte des expressions non verbales, par une approche inductive et compréhensive et par la triangulation de l'investigation (20). L'approche inductive consistait à appréhender les phénomènes observés non pas à travers un cadre de référence défini à priori, mais dans une logique « d'émergence théorique » à partir du recueil et de l'interprétation des données de l'étude. Notre approche était compréhensive puisque nous avons essayé de « comprendre le fonctionnement d'un phénomène à travers une plongée dans ses mécanismes constitutifs, sans faire appel à des théories existantes ».

La triangulation de l'investigation a permis de s'assurer que les données recueillies représentaient bien la réalité (21). Ces éléments garantissaient la validité interne de notre étude.

La validité externe de notre étude reposait sur la concordance de notre analyse avec celles trouvées dans la littérature. Nous avons en effet retrouvé des similitudes entre les représentations des médecins généralistes vis-à-vis des assistants médicaux et les représentations des médecins généralistes vis-à-vis des infirmières de pratiques avancées à l'étranger (22). Par ailleurs, un travail de thèse réalisé sur « le partage de suivi en médecine générale : freins et conditions facilitatrices » réalisée par Anne Sophie Nagy en 2016 retrouve des résultats similaires avec notre étude (23).

Malgré ces gages de qualité, notre étude pouvait présenter un certain nombre de biais. Tout d'abord le nombre peu élevé de participants ne permettait pas de garantir la saturation des

données. Malgré le fait d'avoir contacté plusieurs organismes pour diffuser l'information, deux focus groupes ont du être annulés faute de participants. La réalisation des entretiens en focus groupes pouvait entraîner un biais d'intervention que ce soit par le fait que certains osent plus s'exprimer que d'autres, les « leaders d'opinion » ou par l'influence mutuelle des protagonistes qui peut entraîner une certaine conformité d'opinion. L'animateur des focus groupes a tenté de prévenir ces biais en équilibrant la répartition de la parole et encourageant les médecins à aller au bout de leurs idées (19).

Notre population de médecins était variée, tant en secteur d'activité qu'en âge et expérience. Néanmoins notre échantillon n'était pas représentatif de la population médicale du département. La moyenne d'âge des participants était notamment de 39 ans alors que la moyenne d'âge des actifs en activité régulière en Ile et Vilaine est de 47,5 ans (1). Nous pouvons également affirmer qu'aucun médecin interrogé n'avait une activité purement salariée, tous avaient pour exercice principal leur cabinet libéral. Cette population n'est donc pas représentée dans notre étude alors que 37% des médecins généralistes actifs sont salariés en France (1). Il est probable que cette activité de consultations uniquement libérale favorise un certain point de vue. De même, tous les participants exerçaient en groupe. Si la mesure intéresse principalement les médecins regroupés, la vision des médecins exerçant seul n'est pas exprimée.

## B. L'ASSISTANT MEDICAL : « UNE SUPER SECRETAIRE » ?

### 1. Des tâches administratives pesantes.

Nous retrouvons une lassitude des médecins que nous avons interrogés devant la charge administrative de leur travail. Ceci a été rapporté par le Dr Legmann, Président du Conseil National de l'Ordre, en 2010, qui constatait la « bureaucratisation » de la profession : « un contrôle par les organismes de protection sociale des pratiques, vécu comme de plus en plus tatillon et rapproché » ainsi qu'une « subordination d'un grand nombre d'activités ou d'avantages sociaux à des conditions médicales qui nécessitent d'être certifiées par un docteur en médecine » (24). Ceci décourage les jeunes médecins de s'installer en libéral comme le rapporte une étude de l'Ordre des médecins de 2010 : parmi les médecins remplaçants inscrits à l'Ordre, 32% ne souhaitaient pas s'installer dans le secteur libéral et 79% avançaient comme principal argument la charge administrative (25). Ceci peut aller jusqu'à mettre les médecins en souffrance psychique puisqu'une étude effectuée en 2007 auprès de médecins libéraux franciliens montrait que 53% des médecins répondant se

sentaient menacés par le burn-out invoquant comme cause principale « l'excès de paperasserie » (26).

La délégation de ces tâches administratives est donc plébiscitée par le plus grand nombre d'autant plus qu'avec le système de paiement à l'acte, le temps passé sur le travail administratif n'est ni valorisé ni reconnu.

## 2. L'assistant médical peut-il délester le médecin généraliste de cette charge administrative?

Il existait de grandes disparités entre les différents médecins interrogés. Leurs réponses dépendaient de leur mode d'exercice actuel, des modes d'organisation de leur secrétariat et du type de tâches que leur secrétaire prenait actuellement en charge.

Il est vrai que les médecins libéraux qui avaient l'opportunité de bénéficier d'un secrétariat performant ressentaient moins la nécessité de l'instauration de cette mesure.

La totalité des participants de notre enquête avaient un secrétariat physique en association parfois avec un télé secrétariat ou un agenda en ligne, pourtant certains d'entre eux attendaient la mise en place des assistants médicaux pour les décharger de certains actes administratifs.

La thèse de Jean Baptiste Prunière s'intéressant à l'évaluation des tâches non médicales des médecins généralistes montre que la présence d'une ou de plusieurs secrétaires physiques au cabinet médical, n'impacte pas la durée des tâches non médicales des praticiens (27). Cela peut s'expliquer par le fait que l'emploi d'une secrétaire est souvent partagé entre plusieurs praticiens; et que celle-ci est occupée principalement par l'accueil et éventuellement la facturation des patients ou par la gestion des appels entrants ou la prise de rendez-vous. Ces tâches occupent une part mineure des tâches non médicales.

De plus, une étude réalisée par Adrien Chanu sur « Les préférences des médecins généralistes libéraux en France métropolitaine quant à la délégation des tâches médico-administratives aux secrétaires assistant(e)s médico-social(e)s » révèle une différence entre le contenu de la formation des secrétaires et les besoins réels des médecins généralistes en libéral (28). En effet, dans leur formation, les secrétaires abordent dans une moindre mesure la comptabilité, le droit, la déontologie, ainsi que la maîtrise des technologies d'information et de communication. Ce manque de formation explique probablement pourquoi les médecins sont moins enclins à déléguer par exemple la comptabilité ou le triage médical au téléphone.

Par ailleurs, nous observons une véritable mutation du secrétariat médical. Même si le secrétariat présentiel est l'option de choix pour les médecins généralistes, le télé secrétariat et les agendas en ligne prennent une place de plus en plus importante du fait du moindre coût de fonctionnement (29). En l'absence de secrétariat présentiel, l'accueil et l'accompagnement des patients incombent actuellement aux médecins.

En ce sens, l'assistant médical pourrait avoir un rôle dans le cabinet médical à part entière concernant la prise en charge des tâches administratives et permettrait de libérer le médecin du rôle d'accueil lorsque le secrétariat est situé à distance.

De plus, la délégation de tâches médicales au secrétaire est actuellement peu effectuée dans les cabinets médicaux. Comme le rapporte Ludivine Garrigue-Becker dans sa thèse, moins de 5% des secrétaires interrogées participaient à des tâches médicales de type « aide à la vaccination » (30). Si actuellement les médecins ne sont pas enclins à déléguer des tâches médicales à leurs secrétaires, l'assistant médical pourrait-il remplir cette fonction ?

## C. L'ASSISTANT MEDICAL : LA « NURSE PRACTITIONER » FRANCAISE ?

### 1. Coopération interprofessionnelle : modèle étranger et français.

La délégation de tâches administratives mais également médicales et médico-sociales des médecins généralistes vers d'autres professionnels de santé fait partie intégrante de nombreux systèmes de santé étrangers et européens pour répondre aux problèmes de démographie médicale. Ainsi au Royaume Uni, cette coopération interprofessionnelle s'est traduite par la délégation de tâches des médecins aux infirmières de pratique avancée (ou nurse practitioner) alors qu'en Allemagne ou au Pays Bas, la faible densité d'infirmières a favorisé l'apparition d'un nouveau corps de métier, les assistants médicaux (31).

Il est difficile de transposer ces expériences étrangères directement au modèle français car elles s'intègrent dans des organisations de soins différentes, néanmoins elles ont fait la preuve de leur faisabilité, de leur efficacité et de leur efficience ce qui peut étayer une réflexion générale sur l'organisation des soins primaires en France.

En effet, si le rôle et la sphère de responsabilités des infirmières se sont élargis au Royaume-Uni pour soutenir le médecin généraliste et comprennent la vaccination, la promotion de la santé, la gestion des maladies chroniques et des maladies aiguës mineures

(34), plusieurs études ont démontré que leurs consultations donnent des résultats comparables à celles réalisées par les médecins généralistes avec un niveau de satisfaction supérieure pour les patients (32-36).

En France, il existe à l'heure actuelle peu d'expérience de délégation de tâches utilisant des acteurs paramédicaux à des tâches médicales dans des cabinets libéraux ce qui peut expliquer la difficulté qu'on pu avoir les participants de notre étude à se projeter dans ce modèle.

On peut citer la mise en place récente du système Asalée basée sur la collaboration entre médecin et infirmier (37). Son objectif est d'améliorer la qualité de soins aux patients et de développer des activités de santé comme par exemple l'éducation thérapeutique. Son expertise est centrée autour de quatre fonctions principales : le suivi du patient diabétique de type 2, le suivi du patient à risque cardiovasculaire, le suivi du patient tabagique à risque de BPCO et la consultation de repérage des troubles cognitifs avec la réalisation de tests mémoire chez les personnes âgées (38).

De même, dans d'autres domaines médicaux comme en dentaire, en radiologie, en dermatologie et ophtalmologie, ces professions de type « intermédiaire » ont déjà été adoptées (39-41). Pour exemple, les ophtalmologues, pour réduire le délai de consultation, ont entamé dès 2001 des groupes de réflexion pour organiser les examens de la vision entre eux et les orthoptistes. Le transfert de tâches est prédéfini, l'orthoptiste réalise une partie de l'interrogatoire, le bilan oculomoteur, la réfraction, la mesure de la tension oculaire, et la pose des lentilles avec éducation sur leur pose et l'entretien (42). L'ophtalmologue effectue l'interrogatoire, la tension oculaire avec contact, vérifie les mesures prises par l'orthoptiste, l'examen à la lampe à fente, puis réalise la synthèse, le diagnostic et enfin les prescriptions. Cette coopération n'a pas révélé de perte de chance pour le patient. On constate également un gain de productivité et un gain de temps médical réalloué pour gérer les cas complexes ou l'augmentation de flux des patients, ce qui a encouragé sa généralisation dans les cabinets d'ophtalmologie (43).

Même si l'approche française a longtemps reposé sur un modèle isolé de la médecine, avec un paiement du professionnel à l'acte qui ne facilite pas le partage, les jeunes générations de médecins semblent plutôt favorables à une redéfinition des tâches. Selon une étude réalisée sur des jeunes médecins franciliens, 74% étaient prêts à déléguer une partie de leurs tâches médicales (26).



## 2. Quelles tâches « médicales » sont prêts à déléguer les médecins généralistes ?

Dans notre étude, les tâches principales que les médecins souhaiteraient transférer à l'assistant médical étaient du champ de la promotion de la santé : consultations de dépistage et éducation thérapeutique. Des compétences d'entretien motivationnel, ou de conseil diététique étaient recherchées.

Certains intervenants envisageaient volontiers l'assistant comme une aide dans le déroulement de la consultation en effectuant le recueil de données médicales auprès du patient, ou un examen clinique partiel, comme la prise de constantes. Sur le plan des gestes techniques, les médecins sont prêts à recevoir de l'aide pour la réalisation de tests standardisés, tels que l'ECG ou la spirométrie, qui sont pour eux aisément réalisables sans « raisonnement médical », et pour lesquels l'interprétation pourrait être faite par le médecin dans un second temps.

Ces résultats sont comparables à la littérature. En effet une étude nationale multicentrique menée par la société française de médecine générale en 2014 a révélé que si les médecins généralistes estimaient que 18,1% des procédures réalisées en médecine générale étaient transférables, les plus transférables étaient en rapport avec un examen clinique partiel ou l'éducation thérapeutique (44).

Il est important de souligner que certains praticiens déléguaient déjà une partie de l'éducation thérapeutique aux infirmières Asalée exerçant dans leur structure. Nous avons pu percevoir leur enthousiasme et leur satisfaction concernant cette coopération. Leur intérêt pour les assistants médicaux pour remplir ce rôle était donc moindre. Cependant ils s'accordaient sur le fait que l'infirmière Asalée avait des missions très précises qui n'englobaient pas toute la sphère de l'éducation thérapeutique. Ils étaient donc plutôt favorables à une extension de leurs compétences.

Par ailleurs, l'assistant médical pourrait d'après eux permettre un meilleur accueil des soins non programmés. En effet, Il s'agit bien d'un enjeu majeur de la médecine générale puisque le dernier rapport de la Cour des comptes précise que 20% des passages aux urgences ne sont pas justifiés et que 50% des patients pourraient être vu en ville pour peu que les praticiens puissent accéder à un plateau technique minimum (radiographie, biologie) dans un délai raisonnable (45). Pour les médecins interrogés, l'accueil pourrait être facilité par un filtrage téléphonique ou physique (comme les Infirmiers d'Accueil et d'Orientation des services d'urgences), et permettre un meilleur triage des patients, selon qu'ils nécessitent une consultation urgente ou non.

De plus, les intervenants ont exprimé leurs difficultés à prendre en charge les patients en situation de vulnérabilité sociale ce qui est bien le cas pour  $\frac{3}{4}$  des praticiens d'après une étude du DREES (46). La prise en charge de ces patients peut s'avérer complexe car elle soulève différents types de problèmes : des difficultés cliniques (notamment la fréquence de la multi morbidité), des durées de consultation plus importantes et une coordination souvent délicate avec le secteur social et médico-social. Si d'après cette même étude un médecin sur deux ne se sent pas assez formé à la prise en charge des patients en situation de vulnérabilité sociale, les participants aux focus groupes ont imaginé un assistant médical investi dans ce rôle (46). Il pourrait notamment améliorer la coordination entre les différents acteurs du milieu médico-social, avoir une meilleure connaissance des dispositifs sociaux existants mais également faciliter les démarches administratives pour le patient.

Viennent ensuite les consultations dédiées au suivi des patients atteints de pathologie chronique. Même si les participants ont évoqué le fait qu'un suivi et une surveillance plus rapprochés par l'assistant médical serait bénéfique pour le patient, aucun n'a envisagé la délégation de l'acte de prescription pour le renouvellement d'ordonnance. Bien qu'ils semblent faire confiance aux infirmières dans la gestion des plaies et la prescription des pansements et les pensent parfois même plus compétentes qu'eux dans ce domaine, les médecins généralistes ne semblent pas vouloir étendre la délégation à d'autres actes de prescription.

La prise en charge de pathologie simple comme le diagnostic et traitement de la rhinopharyngite fait débat. Un besoin a pu se faire ressentir par certains médecins qui ont un sentiment d'épuisement face à la gestion de pathologies qui, selon eux, ne nécessitent pas d'avis médical. Mais ce sentiment reste marginal. Il existe vraisemblablement un problème de confiance vers le délégué. Le déroulement du fil médical est majeur pour écarter des pathologies plus sévères (comme une méningite ou une pneumopathie). Le délégué ayant un niveau de formation inférieur ne serait, ni compétent, ni légitime, pour prendre en charge ce type de situation. Remarquons que de la question de la légitimité découle aussi celle de la responsabilité légale.

Par ailleurs, avec des consultations dites simples qui leur seraient retirées, ils craignent une activité moins variée. La nécessité de consultations «rapides» pour accommoder celles qui sont plus complexes et nécessitant du temps supplémentaire a été considérée comme essentielle pour assurer le bon déroulement de leur consultation et minimiser le stress.

Tous les types de tâches évoqués correspondent donc assez bien aux délégations qui existent à l'étranger (Annexe B) cependant les médecins semblent plus réticents que leurs homologues anglo-saxons à déléguer des consultations dédiées.

### 3. Pourquoi ne pas élargir les compétences des infirmières actuelles pour intégrer ces nouvelles demandes ?

Certains médecins ont même remis en question l'intérêt de la création d'un nouveau métier. La mise en place de procédure dérogatoire dans le suivi et l'éducation thérapeutique par les infirmières leur paraissait suffisante.

Cependant, si les infirmières sont l'un des interlocuteurs préférentiels des médecins, la pénurie actuelle dans le secteur infirmier pose la question des capacités de la profession à absorber ces transferts de compétences (31).

D'autre part, une consultation lancée entre novembre et décembre 2012 par le syndicat national des professionnels infirmiers révèle que 87% des infirmiers sondés sont hostiles aux modalités des protocoles de coopération (47).

Par ailleurs, les médecins interrogés souhaitaient déléguer des tâches chronophages, demandant peu d'analyse, pour se libérer du temps et gagner en qualité de travail. Les attentes du corps infirmier pourrait donc être bien différentes puisqu'on peut craindre que cet objectif ne mène seulement à déléguer des tâches peu valorisantes.

L'assistant médical aurait donc bel et bien une place à prendre dans le paysage de la délégation des tâches médicales en France à l'image de l'Allemagne et des Pays Bas.

## D. UN MODELE A CREER

### 1. Les bénéfices espérés

Les bénéfices attendus déclarés par les médecins interrogés concernaient essentiellement l'amélioration de leur qualité de travail. En se libérant de la charge principalement administrative, ils espéraient se concentrer sur les tâches purement médicales. Déjà, dans son rapport en 2004 sur la réflexion d'un nouveau modèle de la médecine libérale, le Dr Legmann estimait qu'il était nécessaire de « libérer du temps médical », mission première des médecins, au bénéfice des patients (24).

On note cependant une très grande hétérogénéité des attentes des médecins généralistes par rapport aux assistants médicaux. Ils ont des souhaits variés en terme de délégation de tâches, certains cherchant un gain de temps quand d'autres préfèrent avoir le moins d'intermédiaires possibles dans la relation médecin-patient. L'existence de ce métier hybride

à mi-chemin entre la secrétaire et l'infirmière, pourrait s'adapter aux besoins spécifiques de chaque praticien, tantôt s'occupant des courriers ou différents appels téléphoniques, tantôt réalisant un ECG ou un bilan sanguin dans un contexte d'urgence. La formation devra répondre à cette exigence de polyvalence pour s'accorder au mieux à la réalité du terrain.

De plus, depuis 2004, la notion de médecin référent a contribué à augmenter le temps de coordination pour les médecins généralistes (28). L'assistant médical pourrait prendre ce rôle de coordinateur, de moteur entre les différents professionnels.

Les intervenants espéraient en outre une amélioration de la qualité des soins pour leurs patients par un suivi plus rapproché ou ciblé des pathologies chroniques et par des activités de dépistage ou de promotion de la santé plus systématiques, tâches qu'ils sont souvent obligés de délaisser par manque de temps. L'assistant médical pourrait en cela être un atout en standardisant le soin. En effet, au début de chaque consultation il pourrait vérifier les vaccinations, les dépistages, le suivi biologique ou encore réaliser les électrocardiogrammes chez les patients le nécessitant. En ayant une lecture protocolisée et systématique des dossiers, il pourrait éviter les oublis et les erreurs (49).

De plus, ce dispositif pourrait donner la possibilité pour les professionnels délégués d'acquérir de nouvelles compétences et de nouvelles perspectives de carrière. Il est important de noter le caractère non substitutif de l'embauche de l'assistant médical. Comme stipulé dans l'avenant 7 de la convention médicale, le médecin bénéficiaire de l'aide à l'embauche ne pourra pas substituer l'emploi de sa secrétaire médicale par celui d'un assistant.

Enfin, Il s'agissait d'une opportunité pour réorganiser la médecine ambulatoire et devenir les acteurs du changement. La coopération interprofessionnelle ambulatoire pourrait rendre à nouveau séduisante la médecine générale en rompant avec un exercice solitaire qui a souvent effrayé les jeunes générations de médecins.

## 2. Des freins à surmonter

Le manque d'informations sur la mesure était un obstacle majeur à sa mise en place pour les participants. Selon une étude IFOP réalisée en mai 2019, les contours du plan santé sont mal connus par les médecins généralistes. La notion de Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) est mal comprise par  $\frac{3}{4}$  des médecins et un médecin sur deux ne sait pas s'il est éligible à l'embauche d'un assistant médical (48).

En ce sens, les médecins semblent être demandeurs d'un cadre et de modalités précises quant à la mise en place des assistants médicaux car les médecins semblent divergents dans leurs attentes et dans leurs pratiques et ils expriment leurs difficultés à cerner le champ englobé par la délégation de tâches.

Le dispositif des assistants médicaux n'est pas le seul à pâtir d'un manque de connaissances.

Une partie des médecins interrogés ignorait l'existence des protocoles Asalée ou encore de la Plateforme Territoriale d'Appui. Ils sont donc intéressés par le sujet du partage de suivi et du transfert de compétences, mais n'ont pas toutes les clés en main pour le mettre en œuvre. Ce cloisonnement du monde médical, et ce, dès la formation initiale, avec une méconnaissance importante des différents acteurs entre eux, freine le développement de nouvelles équipes de coopération.

La communication des différentes instances et le passage dans les cabinets des délégués de l'assurance maladie vont probablement faciliter l'adhésion à cette mesure dans les prochains mois.

Le second frein majeur est lié au financement. Ces aides extérieures, ponctuelles, sont limitées en moyens et dans le temps d'après les intervenants. Dépendantes des budgets de l'Etat, ils doutent de leur pérennité, d'autant qu'ils ont conscience d'une certaine obligation de rentabilité dans notre système de santé.

Dans les pays étrangers où s'est développée la coopération, le professionnel délégué est le plus souvent salarié, et lorsqu'il est rémunéré par le médecin, au moins une partie de son salaire (35 à 70%) est prise en charge par l'Etat (49). Par exemple, au Royaume-Uni, dans les années 1980, c'est le financement par l'Etat, à hauteur de 70% du salaire des infirmières qui a poussé les cabinets de groupe de médecine générale à en embaucher. Puis la responsabilité financière a été progressivement réattribuée à des médecins généralistes «gestionnaires de budget ». Notons tout de même, que dans le cas du Royaume-Uni, la rémunération des médecins généralistes ne se fait pas à l'acte, mais par capitation (proportionnelle au nombre de patients suivis par un médecin), complétée par une rémunération contractuelle dépendante d'objectifs de qualité des soins (qui n'est pas sans rappeler la ROSP, Rémunération sur Objectifs de Santé Publique, entrée en vigueur en France le 1er janvier 2012).

Si pour eux un financement par l'Etat est indispensable à la mise en œuvre des assistants médicaux, la revalorisation des actes pour le médecin généraliste était une mesure plus adaptée d'aide à l'embauche des assistants médicaux. Par ailleurs, il est certain qu'il y aura

un surcoût nécessaire à l'aménagement des cabinets médicaux. La présence d'un cabinet adjacent au cabinet du praticien semble être pour les participants une prérogative pour optimiser les capacités de l'assistant.

Les médecins généralistes bénéficiant d'assistants médicaux que nous avons rencontrés dans nos entretiens préliminaires, décrivaient le contraire à partir de leur expérience personnelle : plus ils avaient délégué, plus ils avaient gagné de l'argent. L'aspect financier de la délégation pourrait-il donc un jour passer du statut de frein à celui de bénéfice attendu ?

D'autre part, les médecins généralistes interrogés lors des focus groupes se méfiaient des décisions prises par les instances supérieures et craignaient que celles-ci soient motivées par des objectifs d'économie de santé. Le bénéfice attendu en termes de démographie est, dans notre étude, finalement peu développé. Les médecins déclarent quand même un intérêt personnel (gain en temps et qualité de travail) et populationnel (qualité des soins) à déléguer. Leurs priorités semblent donc différentes de celles des instances gouvernementales nationales. Une mise en place concertée entre le gouvernement, les ARS et les acteurs de terrain, médecins et professionnels déléguables, est donc une condition impérative pour accorder les besoins des différentes parties. Cet avis est concordant avec un article de 2011 du Centre d'Analyse stratégique du gouvernement, qui le résume ainsi: « définir le juste équilibre entre la libre initiative locale des professionnels de santé et l'impulsion donnée par une stratégie nationale visant à redéfinir les pratiques » (50).

Concernant cette coopération, en dehors des considérations légales et politiques, l'adhésion des médecins n'est pas acquise.

Les médecins interrogés craignent une altération de la relation singulière médecin-patient, en faisant entrer une troisième personne dans la prise en charge. Cette intrusion dans l'intimité de la consultation engendrerait par la dilution des informations une moins bonne qualité des soins, avec la perte de la vision holistique de l'omnipraticien. De plus, certains motifs de consultation d'apparence anodine masquent parfois des plaintes bien plus graves. La présence de l'assistant médical pourrait entraver à leur sens l'expression de ces doléances implicites.

De ce fait, ils doutent de l'acceptabilité par les patients, car ils attribuent un attachement profond à leur médecin. Les participants des focus groupes ont peu développé les conditions d'intégration du patient dans la démarche, pour faciliter son acceptation. Cette crainte d'une certaine « automatisation » des consultations ne facilite pas le partage de la relation, que le délégué pourrait entretenir lui aussi.

Dans la littérature, on trouve peu d'article évaluant spécifiquement l'opinion des patients sur la délégation de tâches médicales en France.

Une thèse réalisée par Laure Vigouroux en 2017 sur « Les patients accepteraient-ils d'être reçus en pré-consultation par un(e) assistant(e) médical(e) avant une visite chez leur médecin généraliste ? » révèle que les patients étaient favorables à l'intervention d'un assistant médical, 82.5% pensaient que l'assistant améliorerait leur qualité de soins (qualité de prise en charge et d'écoute) (51).

En se projetant encore plus dans l'avenir, certains médecins imaginent qu'à terme la fonction du médecin généraliste ne soit plus indispensable. Les tâches qu'ils remplissent actuellement pourront être réalisées par d'autres professionnels, le nombre de médecins pourrait, en conséquence, être finalement restreint dans les années à venir, allant jusqu'à sonner le glas de la profession. Nous retrouvons cette même crainte dans une étude réalisée en focus groupes interrogeant des médecins généralistes quant à leur devenir avec les infirmières de pratiques avancées au Royaume-Uni (52).

## V. CONCLUSION

En France, la diminution du nombre de médecins et les tensions d'ores et déjà perceptibles dans leur répartition sur le territoire ont conduit à s'interroger sur le partage des tâches entre professionnels, ce que d'autres pays ont déjà été amenés à mettre en œuvre. L'évolution des modes d'organisation et de répartition de l'activité des différents professionnels peut en effet apporter des éléments de réponse aux problèmes de démographie médicale.

Les systèmes étrangers nous prouvent que ces professions « intermédiaires », assistants médicaux ou infirmières de pratiques avancées, peuvent s'investir efficacement dans la promotion de la santé, la surveillance de pathologies chroniques ou les consultations de première ligne. Ce travail permet de connaître l'avis des médecins généralistes français concernant le développement d'un tel système dans leur pratique courante et de mieux comprendre les déterminants de leur choix à déléguer ou non certaines tâches.

Cette étude met en avant une volonté de diminution des tâches annexes administratives pour les médecins au profit d'un temps « médical » plus important. Les médecins semblent également prêts à déléguer les actions d'éducation à la santé, la gestion des vaccinations, le dépistage de masse des cancers du sein et du côlon ou la coordination des soins. Néanmoins, ils semblent plus réticents que leurs homologues anglo-saxons, quant aux consultations qu'ils délègueraient en pratique pour des pathologies simples ou pour le suivi des patients atteints de pathologies chroniques.

Il est également important de noter une grande hétérogénéité des pratiques et des attentes en termes de délégation de tâches des médecins généralistes aux assistants médicaux. Ce constat explique qu'il soit compliqué d'établir un profil type et de trouver un modèle idéal. L'assistant médical devra donc être polyvalent et s'adapter à la pratique de chaque médecin généraliste.

De plus, les médecins interrogés dans notre étude pointent des freins principalement financiers, logistiques et légaux, mais aussi un manque de compétence des professionnels déléguables, et des réticences, peut-être plus profondes, idéologiques et identitaires, liées au bouleversement d'un modèle d'exercice. L'assistant médical pouvait être perçu comme un intrus pouvant mettre en danger la relation qu'ils avaient pris soin de construire avec leur patient.

Il semble donc important que les autorités favorisent le processus en minimisant les contraintes organisationnelles et financières, de façon pérenne. La formation de ces professionnels devra également être éclaircie et à la hauteur des attentes des médecins généralistes pour favoriser leur confiance dans le délégué.



En complément de notre travail, Il serait intéressant d'interroger des médecins généralistes ayant intégré des assistants médicaux dans leur structure pour bénéficier de leurs expériences personnelles. De même à plus long terme, des études médico-économiques devront être réalisées, pour évaluer la plus-value de l'assistant médical sur la qualité des soins dispensés aux patients.



SCOLARITE SANTE  
BUREAU 3EME CYCLE

Imprimé n° 5

## FACULTE DE MEDECINE

NOM et Prénom : CADIOU ADELINE

### TITRE DE LA THESE d'EXERCICE

(Ce document sera à insérer dans les thèses définitives)

Titre :


Assistants médicaux: quelles sont les attentes des médecins généralistes ? Analyse en focus groupe auprès des médecins généralistes d'Ille et Vilaine.

Rennes, le 29 mai 2020 Dr Chrystèle CERTAIN Médecine Générale 35 105 8540 Maison Médicale rue de Montsifrot 35520 La Mézière 02 99 26 71 28 Directeur de thèse	Rennes, le 9 mai 2020  Le Président de jury
--	---

Professeur P. JEGO  
Service de Médecine Interne  
CHU Rennes - Hôpital Sud

Tél. 02 99 26 71 28 - Fax 02 99 26 71 98  
N° RPPS : 10002647039

**Vu et permis d'imprimer**

Rennes, le 20 mai 2020  <p style="text-align: center;">Le Président de l'Université de Rennes 1</p> <p style="text-align: center;">p/te Président et par délégation le Vice-Président</p> <p style="text-align: right;">D'ALIS</p> 
---

## VI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Atlas de la Démographie Médicale en France, Conseil National Ordre des Médecins 2018. [https://www.conseilnational.medecin.fr/sites/default/files/cnom\\_atlas\\_2018\\_0.pdf](https://www.conseilnational.medecin.fr/sites/default/files/cnom_atlas_2018_0.pdf)
2. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 31 janv 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/la-demographie-medicale-a-l-horizon-2030-de-nouvelles-projections-nationales-et>
3. Ameli.fr - Données relatives à l'ensemble des bénéficiaires du dispositif des ALD une année donnée. [Internet]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/prevalence-des-ald-en-2017.php>
4. Prunieres J-B, Garcia M. Evaluation des tâches non médicales des médecins généralistes en Occitanie: étude transversale par auto-questionnaire. France; 2018.
5. Fur PL, Bourgueil Y. Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles. 2009;8.
6. Rapport de la DREES 2006 : La durée des séances des médecins généralistes. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er481.pdf>
7. Rapport de la DREES 2019 : Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50h heures par semaine Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1113.pdf>
8. La moitié des généralistes refusent d'être médecin traitant de nouveaux patients. 2018. Le Généraliste. Disponible sur: [https://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2018/03/03/la-moitie-des-generalistes-refusent-detre-medecin-traitant-de-nouveaux-patients-selon-notre-enquete\\_313999](https://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2018/03/03/la-moitie-des-generalistes-refusent-detre-medecin-traitant-de-nouveaux-patients-selon-notre-enquete_313999)
9. Ma santé 2022 : un engagement collectif. Ministère des Solidarités et de la Santé. Dossier de presse, 18 septembre 2018. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma\\_sante\\_2022\\_pages\\_vdef\\_.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf)
10. Medical Assistants : Occupational Outlook Handbook : U.S. Bureau of Labor Statistics. 2019. Disponible sur: <https://www.bls.gov/ooh/healthcare/medical-assistants.htm>
11. AAMA - What is a Medical Assistant, 2020. Disponible sur: <https://www.aama-ntl.org/medical-assisting/what-is-a-medical-assistant>.
12. Hutchinson L, Marks T, Pittilo M. The physician assistant: would the US model meet the needs of the NHS? *BMJ*. 24 nov 2001;323(7323):1244-7.
13. Mergenthal K, Beyer M, Gerlach FM, Guethlin C. Sharing Responsibilities within the General Practice Team – A Cross-Sectional Study of Task Delegation in Germany. *PLOS ONE*. 9 juin 2016;11(6):e0157248.

14. LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. 2019-774 juill 24, 2019.
15. 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.
17. Arrêté du 7 novembre 2019 relatif à l'exercice de l'activité d'assistant médical.
18. Wahnich S. Enquêtes quantitatives et qualitatives, observation ethnographique [Internet]. 2006 [cité 3 avr 2020]. Disponible sur: <http://bbf.enssib.fr/consulter/bbf-2006-06-0008-002>
19. Dedianne M-C, Letrilliart L. S'approprier la méthode du focus group. La Revue du Praticien. 2004.
20. Pelaccia T, Paillé P. Les approches qualitatives : une invitation à l'innovation et à la découverte dans le champ de la recherche en pédagogie des sciences de la santé. Pédagogie Médicale. nov 2009;10(4):293-304.
21. Aubin-Auger et al. - Introduction à la recherche qualitative. La Revue de Medecine Générale. 2008. Disponible sur: [http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3446\\_2008\\_introduction\\_\\_RQ\\_\\_Exercer.pdf](http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3446_2008_introduction__RQ__Exercer.pdf)
22. Wilson A, Pearson D, Hassey A. Barriers to developing the nurse practitioner role in primary care—the GP perspective. Fam Pract. 1 déc 2002;19(6):641-6.
23. Partage de suivi en médecine générale : freins et conditions facilitatrices. A-S. Nagy et C. Rivieccio. 2015. Université de Montpellier.
24. Rapport-Legmann, Avril 2010. Disponible sur: <https://www.snof.org/sites/default/files/Rapport-Legmann.pdf>
25. Atlas de la démographie médicale française 2010. RSE Magazine. Disponible sur: [https://www.rse-magazine.com/Atlas-de-la-demographie-medicale-francaise-2010\\_a85.htm](https://www.rse-magazine.com/Atlas-de-la-demographie-medicale-francaise-2010_a85.htm)
26. R. Mouries, L'épuisement professionnel des medecins liberaux franciliens : temoignages, analyses et perspectives. Commision Prévention et Santé Publique, Juin 2007.
27. Prunières JB, Evaluation des tâches non médicales des médecins généralistes en Occitanie : étude transversale par auto-questionnaire, Université de Montpellier, 2018.
28. Chanu A, Caron A, Ficheur G, Berkhout C, Duhamel A, Rochoy M. Préférences des médecins généralistes libéraux en France métropolitaine quant à la délégation des tâches médico-administratives aux secrétaires assistant(e)s médico-social(e)s : étude en analyse conjointe. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. 1 mai 2018;66(3):171-80.
29. Gravier M, Choix des médecins généralistes en matière de secrétariat médical, Université Claude Bernard Lyon 1, 2018.
30. Garrigue-Becker L, Gardon G, Université de Nice, Université de Nice-Sophia Antipolis, Faculté de Médecine. Délégation des tâches médico-administratives aux assistantes des cabinets de médecine générale du Vaucluse. [S.l.]: [s.n.]; 2011.

31. Midy F. Efficacité et efficacité de la délégation d'actes des médecins généralistes aux infirmières. 2003;4.
32. Karl Atkin NL. Practice nurses count: the new national census. Nursing Standard. Disponible sur: <http://journals.rcni.com/nursing-standard/practice-nurses-count-the-new-national-census-ns.8.5.21.s42>
33. Robinson G, Beaton S, White P. Attitudes towards practice nurses--survey of a sample of general practitioners in England and Wales. Br J Gen Pract. janv 1993;43(366):25-9.
34. Marsh GN, Dawes ML. Establishing a minor illness nurse in a busy general practice. BMJ. 25 mars 1995;310(6982):778-80.
35. Kinnersley P, Anderson E, Parry K, Clement J, Archard L, Turton P, et al. Randomised controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requesting "same day" consultations in primary care. BMJ. 15 avr 2000;320(7241):1043-8.
36. Munding MO, Kane RL, Lenz ER, Totten AM, Tsai WY, Cleary PD, et al. Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians: a randomized trial. JAMA. 5 janv 2000;283(1):59-68.
37. Fournier C. Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires, IRDES, Avril 2018.
38. Impulsion du dispositif Asalee : pour une coopération pluri-professionnelle entre médecins généralistes et infirmiers. ARS Grand Est, Septembre 2019. Disponible sur: <http://www.grand-est.ars.sante.fr/impulsion-du-dispositif-asalee-pour-une-cooperation-pluri-professionnelle-entre-medecins>
39. Décret n° 2016-1646 du 1er décembre 2016 relatif aux modalités d'exercice de la profession d'assistant dentaire.
40. Code de la santé publique.
41. Personnels des cabinets médicaux : Ce qui change, Le Médecin de France n°1206, mai 2013.
42. Notice informative sur la formation d'orthoptiste, site internet du Ministère des Solidarités et de la Santé. Mars 2012. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/article/orthoptiste>
43. Berland et Bourgueil, Rapport "Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé", ONDPS, juin 2006.
44. Mancinelli A, Supper I, Université Claude Bernard (Lyon). Transférabilité des procédures de soins des médecins généralistes à d'autres professionnels de santé: étude transversale nationale multicentrique. [S.l.]: [s.n.]; 2013.
45. Rapport de la Cour des Comptes sur les urgences hospitalières. Disponible sur: [https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/rapport\\_securite\\_sociale\\_2014\\_urgences\\_hospitalieres.pdf](https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/rapport_securite_sociale_2014_urgences_hospitalieres.pdf)

46. Rapport de la DREES 2018 : Prise en charge des patients en situation de vulnérabilité sociale\_: opinions et pratiques des médecins généralistes. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1089.pdf>
47. Notice du syndicat infirmier 2012. Disponible sur: <https://www.syndicat-infirmier.com/87-des-infirmieres-hostiles-aux-cooperations-de-l-article-51-de-la-loi-HPST.html>
48. Les médecins généralistes et le Plan Santé, Mutuelle des Medecins, Mai 2019. Disponible sur: <https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2019/06/Pre%CC%81sentation-enqu%C3%AAta-plan-sant%C3%A9.pdf>
49. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens en Ontario et au Québec. 2005;12.
50. Vincent Chriqui, Quelles opportunités pour l'offre de soins de demain ? Centre d'Analyse Stratégique, Avril 2011. Disponible sur: <http://archives.strategie.gouv.fr/cas/system/files/2011-12-05-offres-de-soins-edl-chriqui.pdf>
51. Vigouroux L, Riviaccio C. 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. France; 2017. 95 p.
52. Wilson A, Pearson D, Hassey A. Barriers to developing the nurse practitioner role in primary care—the GP perspective. *Fam Pract.* 1 déc 2002;19(6):641-6.

## VII. LISTE DES ABREVIATIONS

ARS : Agence Régionale de la Santé.

ASALEE : Action de SANTé Libérale En Equipe.

BPCO : BronchoPneumopathie Chronique Obstructive.

CMU : Couverture Maladie Universelle.

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé.

DMP : Dossier Médical Partagé.

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

ECG : ElectroCardioGramme.

IAO : Infirmièr(e) d'Accueil et d'Orientation.

IDE : Infirmièr(e) Diplômé(e) d'Etat.

IFOP : Institut Français d'Opinion Publique.

IPA : Infirmier(e) de Pratique Avancée.

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé.

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique.

MAPA : Mesure Ambulatoire de la Pression Artérielle.

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées.

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelles.

PTA : Plateforme Territoriale d'Appui.

ROSP : Rémunérations sur Objectifs de Santé Publique.

URPS MLB : Unions Régionales des professionnels de Santé - Médecins Libéraux Bretons.

ZIP : Zone d'Intervention Prioritaire.

## VIII. ANNEXES

### A. GUIDE D'ENTRETIEN

Merci beaucoup de vous êtes déplacés ce soir pour participer à ce travail de groupe et à l'élaboration de ma thèse. Comme vous le savez depuis les années 2000, une pénurie médicale s'est installée en France. Selon l'Atlas 2018, publié par le Conseil National de l'Ordre des Médecins, les difficultés concernant la démographie médicale persistent et s'enracinent. Pour y remédier, le gouvernement actuel a annoncé le 18 septembre 2018, lors de la présentation du Plan Santé « Ma santé 2022 », la création d'une nouvelle fonction d'assistant médical. Déjà mis en place dans d'autres pays, nous souhaitons connaître votre opinion sur leur mise en place dans notre pays. Nous sommes ensemble ce soir pour essayer de comprendre vos attentes, vos besoins et vos inquiétudes. Vous faites tous le même métier, dans des cadres différents, avec des façons de faire et des visions du métier différentes. Nous ne sommes pas là pour vous juger, soyez libres de dire tout ce qui vous vient à l'esprit. Pouvez-vous vous présenter un à un ?

1. Pensez-vous que cette mesure peut vous aider dans votre pratique ?
2. Quels sont les difficultés à la mise en place de ces assistants médicaux ?
3. Quelles tâches seriez-vous prêts à leur déléguer ?
4. Dans l'hypothèse où vous auriez un assistant médical, seriez-vous prêt à augmenter votre patientèle ?
5. Les postes d'assistants seront destinés dans le plan de santé 2022 exclusivement aux MSP et CPTS. Qu'en pensez-vous ?
6. Sur le plan financier, comment envisagez-vous les choses vis-à-vis des assistants médicaux à court et à long terme ?
7. Quelle doit-être leur formation d'après vous ?
8. Pensez-vous que leur rôle met en péril l'emploi d'autres professionnels ?



## B. EXEMPLES DE COOPERATION INTERPROFESSIONNELLE A L' ETRANGER

Source : Rapport relatif aux métiers en Santé de niveau intermédiaire – Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers, Pr Berland Y., 2011.

pays	catégorie	nombre	%	tâches principales	niveau de diplôme
Finlande	IDE de santé public (avec diplôme supplémentaire)	na	na	consultation et diagnostics (évaluation psychologique et physiologique) prescrire et réaliser des examens complémentaires (échographie) gestion d'un certain nombre de pathologies chroniques (suivi, monitoring et éducation et prévention pour des patients chroniques) adressage de patients aux spécialistes	3 <sup>ème</sup> cycle ou master
	IDE avec un degré avancé	na	na	consultation et diagnostics (évaluation physiologique et psychologique) prescrire et réaliser des examens complémentaires (échographie en milieu hospitalier) gestion de pathologies chroniques (suivi, monitoring, éducation et conseil) gestion d'une catégorie de problèmes de santé aigus (examen clinique du patient, réalisation de soins pour certaines infections et blessures mineures) activité de priorisation des patients	3 <sup>ème</sup> cycle ou master
GB	1) IDE spécialisées cliniques	na	na	consultation et diagnostics (évaluation psychologique et physiologique) en fonction de l'expérience et du niveau de compétences prescription et interprétation des examens complémentaires (y compris, radio, écho examens de labo) selon expérience et compétences prescription de médicaments sans supervision médicale (si l'IDE est certifiée en tant que prescripteur non médical) gestion d'une catégorie de pathologie chronique selon le rôle et l'expérience activité de priorisation des patients adressage de patients aux spécialistes selon expérience et compétences	master complété par expérience et formation continue
	2) IDE de pratiques avancées	na	na	même activité clinique que les CNS mais plus orientées vers des consultations médicales remplaçant le médecin leur activité inclue : consultation et accueil de patients avec problèmes non identifiés et faisant une évaluation de leur besoins détecte les facteurs de risques et les signes précoces de la maladie chez les patients diagnostic différentiel développe avec les patients des plans de santé prescrivent des investigations complémentaires et donnent soins et traitements donne avis et éducation en santé ont l'autorité pour admettre ou faire sortir des patients, et les adresser à d'autres professionnels	au minimum licence mais la plupart ont le niveau master
	3) IDE consultante	971 (2009)	0.2%	Ces IDE ont un très haut niveau d'expérience dans un champ particulier d'exercice Quatre fonctions principales : expertise encadrement et conseil enseignement entraînement et amélioration du service recherche et évaluation ces IDE passent 50 % de leur temps en temps clinique	master voire doctorat
pays	catégorie	nombre	%	tâches principales	niveau de diplôme
	4a) infirmière en chef moderne	5255 (2009)	1%	3 rôles principaux : Assure la qualité des soins en procurant encadrement des IDE et autres personnels assure les aspects administratifs et logistiques pour réaliser des soins de qualité (y compris propreté de l'hôpital et prévention des infections nosocomiales) assure une présence dans les services vers laquelle le patient et sa famille se tourne pour assistance	master ou expérience complémentaire
	4b) infirmière en chef générale	1654	0.3%	Ce sont des IDE expérimentées capables de prendre en charge des patients de longue durée, avec des besoins complexes, voire nécessité d'hospitalisation en urgence. Elles travaillent à domicile et sont capables de prendre en charge des situations aigues compliquées permettant d'éviter l'hospitalisation	
Etats-Unis	1) CNS IDE clinicienne spécialisée	52242	2.5%	intègre le soin tout au long du parcours du patient ou à tout niveau du système de soin promeut l'amélioration des soins aussi bien pour le patient que pour les professionnels développe des pratiques facilite la prise de décision éthique diagnostique et traite des pathologies manage la maladie et promeut la santé prévient pathologie et comportements à risque individuels, familiaux groupes et communautés	master complété par des certificats nationaux
	2) NP (IDE praticienne)	158348	6.5%	diagnostique et traite le patient en soins primaires ou en soins aigus prodigue des soins, examen physique et autres évaluations et dépistage prend en charge des patients avec des pathologies aigues ou chroniques, demandes d'exams de labo, prescrit médicaments, et adressage adéquat pour patient et famille. promeut la santé, la prévention éducation et assistance psycho-sociale.	master complété par des certificats nationaux

pays	catégorie	nombre	%	tâches principales	niveau de diplôme
Australie	clinical nurse consultant	na	na	tâches cliniques/tâches techniques : consultation diagnostic (évaluation avancée physiologique et psychologique) prescription de médicaments avec supervision médicale (bien qu'il puisse y avoir des variabilités d'autorisation de prescription à travers le pays) priorisation des patients éducation et enseignement encadrement professionnel sous forme de diffusion de l'expertise activités en lien avec l'amélioration de la qualité des soins recherche	3ème cycle ou master
	nurse practitioner	400 (2010)	0,20%	même activité clinique que précédent. S'ajoutent : prescription d'exams et interprétations (y compris radio et écho) gestion de d'un certain nb de pathologies chroniques suivi, monitoring, éducation et prévention pour des cas chroniques prescription de médicaments sans supervision médicale vaccination sans prescription médicale adressage de patients aux spécialistes	niveau master
Canada	Clinical nurse specialist	2222 (2008)	0,90%	évaluation de patient, réaliser ou contribuer au plan de soins, interventions dans des situations complexes dans les différentes spécialités consultation et autres soins pour améliorer la prise en charge du patient et gérer des situations complexes aider les autres IDE par de l'enseignement revue des résultats de recherche et donner une opinion d'expert afin de mettre en application dans la pratique conduit les recommandations professionnelles et facilite le changement	niveau master
	NP 2 catégories : soins primaires, soins aigus (adulte, pédiatrique et néonatal)			administre la totalité des soins aux patients de tout âge incluant promotion de la santé, prévention, soins curatifs, de réhabilitation et palliatifs dans des centres de soins primaires : les soins peuvent inclure diagnostic et traitement des pathologies ou des blessures aiguës et monitoring et suivi des pathologies chroniques stables unités de réa. Les soins peuvent inclure diagnostics et traitement des patients aigus ou chroniques prescription et interprétation d'exams prescriptions de médicaments sans supervision médicale adressage de patients aux spécialistes	niveau master pour toutes les NPS de soins aigus, niveau master pour les soins primaires sauf dans 3 provinces
pays	catégorie	nombre	%	tâches principales	niveau de diplôme
Chypre	IDE de diabète	123	3,4	pratiques avancées consultations et diagnostics de patients diabétiques surveillance et monitoring éducation et prévention pour des cas chroniques envoi de patients aux spécialistes	spécialisation grâce à un programme ou licence de 12 à 18 mois
	IDE en soins généraux en psychiatrie	80 (2008)	2,20%	pratique avancée consultation et diagnostic (évaluation avancée de l'état psychologique du patient) gestion des pathologies chroniques priorisation des patients (fonction de l'expérience) adressage des patients aux spécialistes	
	IDE en psychiatrie	72 (2008)	2,00%	pratique avancée consultation et diagnostic triage des patients en fonction de l'expérience	
	Ide en soins généraux (incluant les visiteurs de soins)	164	4,60%	pratique avancée en consultation (diagnostic et évaluation physio et psycho du patient) vaccination sans prescription médicale (seulement les visiteurs en santé) activité de priorisation envoi des patients aux spécialistes suivi et monitoring pour des situations non aiguës	
Irlande	CNC	2006 (2009) incluant les sages femmes	3,8 % incluant les sages femmes	mise en œuvre de connaissances et d'expertise pour développer la qualité des soins évaluation, programmation et administration et évaluation des soins participation à la publication des audits et travaux de recherche travail en étroite collaboration avec personnel médicaux et paramédicaux incluant les modifications de prescription dans le protocole de référence consultation en éducation et pratiques cliniques pour l'ensemble des paramédicaux prescription médicament et ionisation (avec de la formation supplémentaire)	licence + post graduate dans les spécialités concernées
	ANP	121 (2009) incluant les sages femmes	0,20%	le cœur métier de l'APN contient autonomie dans les pratiques cliniques expertise, management et recherche on décrit : autonomie dans la gestion un service d'urgence mineures suivi monitoring éducation en santé et prévention pour des patients chroniques prescription de médicaments et de rayons ionisants soit sous protocole soit de manière autonome ( sous réserve de formation, expérience et certification) prescription d'exams et d'échographie	master