

Faculté de Médecine

Année 2020

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 15 septembre 2020

Par Raphaël ABT

Né le 23 juillet 1991 à Périgueux

Assistant médical en France :

L'opinion des médecins généralistes et internes de médecine générale sur la délégation de tâches.

Les freins concernant son intégration au système de santé.

Thèse dirigée par le Dr Marie-Paule PAUTOUT-GUILLAUME

Examineurs :

Mme le Professeur DUMOITIER Nathalie
Mme le Professeur TEISSIER Marie-Pierre
Mr le Professeur BUCHON Daniel

Présidente
Juge
Juge



Faculté de Médecine

Année 2020

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 15 septembre 2020

Par Raphaël ABT

Né le 23 juillet 1991 à Périgueux

Assistant médical en France :

**L'opinion des médecins généralistes et internes de médecine
générale sur la délégation de tâches.**

Les freins concernant son intégration au système de santé.

Thèse dirigée par le Dr Marie-Paule PAUTOUT-GUILLAUME

Examineurs :

Mme le Professeur DUMOITIER Nathalie
Mme le Professeur TEISSIER Marie-Pierre
Mr le Professeur BUCHON Daniel

Présidente
Juge
Juge



Professeurs des Universités - praticiens hospitaliers

Le 01 octobre 2019

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise	MEDECINE INTERNE (Surnombre jusqu'au 31-08-2020)
AUBARD Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BEDANE Christophe	DERMATO-VENEREOLOGIE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BORDESSOULE Dominique	HEMATOLOGIE (Surnombre jusqu'au 31-08-2020)
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE d'ADULTES
COGNE Michel	IMMUNOLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DANTOINE Thierry	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE
DES GUETZ Gaëtan	CANCEROLOGIE
DESSPORT Jean-Claude	NUTRITION

DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE et SANTE au TRAVAIL
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
ESSIG Marie	NEPHROLOGIE
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FAUCHER Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
FAVREAU Frédéric	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
GAUTHIER Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	PEDIATRIE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
LY Kim	MEDECINE INTERNE
MABIT Christian	ANATOMIE
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARIN Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE

MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
OLLIAC Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
PARAF François	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
ROUCHAUD Aymeric	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
SAUTEREAU Denis	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
STURTZ Franck	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
TCHALLA Achille	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
TOURE Fatouma	NEPHROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François	PHYSIOLOGIE
YARDIN Catherine	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

BRIE Joël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
KARAM Henri-Hani	MEDECINE D'URGENCE

MOREAU Stéphane

EPIDEMIOLOGIE CLINIQUE

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel

PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE

BALLOUHEY Quentin

CHIRURGIE INFANTILE

BARRAUD Olivier

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

BEN AHMED Sabrina

CHIRURGIE VASCULAIRE

BOURTHOUMIEU Sylvie

CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

BOUTEILLE Bernard

PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE

COUVE-DEACON Elodie

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

DUCHESNE Mathilde

ANATOMIE PATHOLOGIE

DURAND Karine

BIOLOGIE CELLULAIRE

ESCLAIRE Françoise

BIOLOGIE CELLULAIRE

HANTZ Sébastien

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

JACQUES Jérémie

GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE

JESUS Pierre

NUTRITION

LE GUYADER Alexandre

CHIRURGIE THORACIQUE et
CARDIOVASCULAIRE

LERAT Justine

O.R.L.

LIA Anne-Sophie

BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE

RIZZO David

HEMATOLOGIE

TERRO Faraj

BIOLOGIE CELLULAIRE

WOILLARD Jean-Baptiste

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie

ANGLAIS

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DUMOITIER Nathalie

(Responsable du département de Médecine
Générale)

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

HOUDARD Gaëtan	(du 1 ^{er} septembre 2019 au 31 août 2022)
LAUCHET Nadège	(du 1 ^{er} septembre 2017 au 31 août 2020)
PAUTOUT-GUILLAUME Marie-Paule	(du 1 ^{er} septembre 2018 au 31 août 2021)

PROFESSEURS EMERITES

ALDIGIER Jean-Claude	du 01.09.2018 au 31.08.2020
BESSEDE Jean-Pierre	du 01-09-2018 au 31-08-2020
BUCHON Daniel	du 01-09-2019 au 31-08-2021
MERLE Louis	du 01.09.2017 au 31.08.2019
MOREAU Jean-Jacques	du 01-09-2019 au 31-08-2020
TREVES Richard	du 01-09-2019 au 31-08-2021
TUBIANA-MATHIEU Nicole	du 01-09-2018 au 31-08-2020
VALLAT Jean-Michel	du 01.09.2019 au 31.08.2020
VIROT Patrice	du 01.09.2019 au 31.08.2020

Assistants Hospitaliers Universitaires – Chefs de Clinique

Le 1^{er} novembre 2019

ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

AUDITEAU Emilie	EPIDEMIOLOGIE (CEBIMER)
DAURIAT Benjamin	HISTOLOGIE, EMBRIOLOGIE ET CYTOGENETIQUE
DERBAL Sophiane	CHIRURGIE ANATOMIE
DOUCHEZ Marie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
DUPONT Marine	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE
DUCHESNE Mathilde	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
DURIEUX Marie-Fleur	PARASITOLOGIE
GUYOT Anne	LABORATOIRE ANAPATHOLOGIE
HERMINEAUD Bertrand	LABORATOIRE ANAPATHOLOGIE
HUMMEL Marie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
LEFEBVRE Cyrielle	ANESTHESIE REANIMATION
PIHAN Franck	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
RIAHY Edouard	MEDECINE NUCLEAIRE
RIVAILLE Thibaud	CHIRURGIE-ANATOMIE
SANSON Amandine	ANESTHESIE REANIMATION
TCHU HOI NGNO Princia	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE

CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX

ALBOUYS Jérémie	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
ARMENDARIZ-BARRIGA Matéo	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
AUBLANC Mathilde	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
BAÏSSE Arthur	REANIMATION POLYVALENTE
BEEHARRY Adil	CARDIOLOGIE

BLOSSIER Jean-David	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
BOSETTI Anaïs	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
BRISSET Josselin	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
CHAUVET Romain	CHIRURGIE VASCULAIRE
CISSE Fatou	PSYCHIATRIE
COMPAGNAT Maxence	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DE POUILLY-LACHATRE Anaïs	RHUMATOLOGIE
DESCHAMPS Nathalie	NEUROLOGIE
DESVAUX Edouard	MEDECINE GERIATRIQUE
DUVAL Marion	NEPHROLOGIE
EL OUAFI Zhour	NEPHROLOGIE
FAURE Bertrand	PSYCHIATRIE d'ADULTES
FAYEMENDY Charlotte	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
FROGET Rachel	CENTRE D'INVESTIGATION CLINIQUE (pédiatrie)
GEYL Sophie	GASTROENTEROLOGIE
GHANEM Khaled	ORL
GILBERT Guillaume	REANIMATION POLYVALENTE
GUTTIEREZ Blandine	MALADIES INFECTIEUSES
HANGARD Pauline	PEDIATRIE
HARDY Jérémy	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
HESSAS-EBELY Miassa	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
KRETZSCHMAR Tristan	PSYCHIATRE d'ADULTES
LACOSTE Marie	MALADIES INFECTIEUSES
LAFON Thomas	MEDECINE d'URGENCE
LAHMADI Sanae	NEUROLOGIE

LALOZE Jérôme	CHIRURGIE PLASTIQUE
LEGROS Maxime	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
LEHMANN Lauriane	GASTROENTEROLOGIE
MAURIANGE TURPIN Gladys	RADIOTHERAPIE
MEUNIER Amélie	ORL
MICLE Liviu-Ionut	CHIRURGIE INFANTILE
MOWENDABEKA Audrey	PEDIATRIE
ORLIAC Hélène	RADIOTHERAPIE
PARREAU Simon	MEDECINE INTERNE ET POLYCLINIQUE
PELETTE Romain	CHIRURGIE UROLOGIE et ANDROLOGIE
PEYRAMAURE Clémentine	ONCOLOGIE MEDICALE
PLAS Camille	MEDECINE INTERNE B
QUILBE Sébastien	OPHTALMOLOGIE
SIMONNEAU Yannick	PNEUMOLOGIE
SURGE Jules	NEUROLOGIE
TRICARD Jérémy	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE
VAIDIE Julien	HEMATOLOGIE CLINIQUE
VERLEY Jean-Baptiste	PSYCHIATRIE ENFANT ADOLESCENT
VIDAL Thomas	OPHTALMOLOGIE

CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE

BERTRAND Adeline

SEVE Léa

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

MATHIEU Pierre-Alain CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et
TRAUMATOLOGIQUE

À ma famille et à ma future épouse.

« Guérir, parfois ... Soulager, souvent ... Accompagner toujours. »

Hippocrate

Remerciements

À mes parents, sans qui je n'aurais jamais pu réaliser ce rêve, celui de m'occuper des autres humains de cette terre. Vous m'avez offert un cadre formidable, vous avez acté, jour et nuit, pour que je me préoccupe de ce qui arrive à mon prochain, vous m'avez fait comprendre les différences entre les hommes, vous m'avez rendu humble, vous m'avez appris à comprendre que le monde est bien plus complexe qu'il n'y paraît. Mention spéciale à ma maman qui s'est battue pour me faire travailler, alors que j'étais l'une des plus grande feignasse de l'histoire, et merci à toi papa, à qui, sans que je sache pourquoi, je ressemble de plus en plus. Ton perfectionnisme, ton attention, ton empathie envers les patients me font essayer d'être meilleur tous les jours.

À toi Héloïse, mon chat, au moment où j'écris ces lignes tu es à côté de moi sur la table du salon, tu viens de lever les yeux et tu m'as souri, sans raison, juste parce que tu es la plus belle personne que je connaisse. C'est aussi compliqué de te remercier en un paragraphe, mais je vais faire de mon mieux : tu es l'une des plus belles choses qui existe sur terre, tu es attentionnée, belle et bienveillante en permanence, je sais que tu aurais aimée être médecin et ça me fait culpabiliser, parce que tu aurais probablement été un meilleur médecin que moi. Tu es la plus belle chose qui me soit arrivée, je te remercie et je vais faire de mon mieux pour qu'on s'amuse pour les 80 années qui suivent... (Oui on va rivaliser avec Jeanne Calment). J'espère ne jamais te décevoir, j'espère que tu m'aimeras toujours.

À ma sœur Lucie, qui me rappelle au quotidien que je dois être meilleur, plus fort, plus compétent, plus à l'écoute... Toute cette thèse je l'ai faite en espérant que tu seras fière de ton petit frère. Je pense et j'espère ne jamais te décevoir, tu m'impressionnes tous les jours, par ta force, ton dévouement dans tout ce que tu fais. Tu es et tu resteras toute ma vie l'un de mes modèles.

À Arthur, Théo, Elsa et Lucie, vous êtes de belles personnes, vous me faites me sentir important et spécial. Je vais faire de mon mieux pour nous amener au siècle prochain. Vous me faites relativiser mon quotidien, vous me faites comprendre le point de vue de « l'extérieur », quand on ne travaille pas dans la santé, et ça n'a pas de prix. Quand on a fait beaucoup d'années d'études, on oublie la base commune... Merci de me remettre les pieds sur terre, vous êtes géniaux.

Aux amis de Miche, présentés avec ce nom ça commence mal, on dirait un groupe de musique des années 80. Mes chers Micha, Aliénor, Julie, Elias et Thomas, mon externat n'aurait eu aucun goût sans vous. Vous m'avez poussé vers le haut, vous m'avez rendu meilleur, je vous serai toujours reconnaissant et j'espère vous garder à mes côtés toute ma vie.

À toi Marie-Paule, ma directrice, ma chef, j'aurais aussi beaucoup de chose à te dire, tu as été le compromis parfait entre une chef, sévère mais juste, et une deuxième maman à qui j'expliquais mes problèmes. Merci de m'avoir guidé, de m'avoir aidé, de m'avoir apprécié je l'espère... Je te souhaite tout le meilleur pour la suite de ta vie, personnelle et professionnelle, en tout cas tu le mérites (je garderai contact avec toi mais je vais arrêter de t'embêter surtout).

À tous mes anciens co-internes, on va commencer par mon PH bien évidemment, heureusement que tu as été là pendant presque 2 ans, tu es une belle personne dont la rigueur m'a inspiré dans la prise en charge des patients. Tu m'as fait rire et tu m'as soutenu. Pour tout ça je te remercie.

Mais ce serait oublier Marie-Sarah, Jennifer, Lucie, Jérémy, Albert, Kamilla, Maxime, Benoit, Guillaume, Vincent, merci à tous, vous m'avez permis, par votre compassion, votre sympathie, votre écoute, de tenir le coup dans les moments difficiles, d'être un meilleur médecin, et j'ai hâte de vous voir et revoir.

À mes anciens chefs, les urgentistes de Brive, pour m'avoir appris à gérer une équipe avec humanité et évaluer la gravité. Dominique DEVEZA, pour m'avoir appris à gérer mon stress, prioriser le quotidien, à Aymeric DALLOCHIO, parce que tu es parfait et que j'aimerais être comme toi quand je serais grand. À Émilie MATHONNAT et Sylvain JUMEAU, parce que vous m'avez aidé à comprendre le compromis entre médical et humain. À Claude FABRY, Michel DALCOL, Jean-Noël COUMES et Hélène TAMINAU, pour m'avoir appris et confirmé la beauté de la médecine générale. J'aimerais tous vous ressembler plus tard, vous êtes de belles personnes.

Au Professeurs DUMOITIER, BUCHON et TEISSIER, merci de juger mon travail et de me permettre de pratiquer ce métier magnifique, je n'en serais jamais assez reconnaissant, j'espère que cette thèse vous intéressera. Dans le cas inverse je le saurais dans vos commentaires et questions, quoi qu'il arrive votre avis m'enrichira.

Au Dr Nadège LAUCHET, Présidente du Collège Régional des Généralistes Enseignants, merci d'avoir accepté de diffuser mon questionnaire aux MSU du département.

Au Dr Karen RUDELLE, merci pour l'aide précieuse dans la réalisation des statistiques.

À Jean-Luc BUYS, tu as imprimé la thèse du père, maintenant celle du fils. Ton œuvre est enfin accomplie. Je t'en suis infiniment reconnaissant.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Table des matières

Liste des abréviations	23
Introduction	25
I. L'accès aux soins primaires en France.....	26
I.1. Point de vue des patients :	26
I.2. Point de vue des médecins :	26
I.3. L'origine des dysfonctionnements :	27
I.3.1. Le manque de médecins généralistes :	27
I.3.1.1. Situation actuelle :	27
I.3.1.2. Le numerus clausus :	30
I.3.2. Le quotidien des médecins :	31
I.3.2.1. Le temps de travail global :	31
I.3.2.2. Le temps au sein de la consultation :	32
I.3.2.3. La médecine défensive :	32
I.3.3. Le vieillissement de la population :	33
I.3.3.1. Transition démographique :	33
I.3.3.2. Le « papy-boom » :	34
I.4. Bilan de la situation	35
II. Le projet de loi « Ma santé 2022 »	36
II.1. Introduction :	36
II.2. Les mesures phares de la loi :	36
II.2.1. Suppression du numéris clausus :	36
II.2.2. Suppression des épreuves classantes nationales :	37
II.2.3. Suppression du concours de praticien hospitalier :	37
II.2.4. Réinvestissement dans les hôpitaux de proximité :	37
II.2.5. Développement du numérique :	38
II.2.5.1. Le « Health data hub » :	38
II.2.5.2. Espace numérique de santé :	39
II.2.6. Certification des compétences :	39
II.2.7. Création du projet territorial de santé (PTS) et de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) :	40
II.2.8. Création du poste d'assistant médical :	41
III. L'assistant médical.....	42
III.1. Introduction :	42
III.2. Les missions de l'assistant :	42
III.2.1. Favoriser un meilleur accès aux soins :	42
III.2.2. Rechercher d'avantage d'efficacité et de meilleures conditions d'exercice :	42
III.3. Les actes délégués à l'assistant :	42
III.4. Formation et durée d'étude :	43
III.5. Aide financière au recrutement de l'assistant :	43
III.5.1. Critères d'éligibilité :	43
III.5.2. Les contrats proposés :	44
III.6. Inspirations de l'assistant médical :	45
III.6.1. En France : l'assistant dentaire :	45
III.6.1. Aux États-Unis et au Canada :	46
III.6.1.1. Physician assistant (PA) :	46

III.6.1.2. Medical assistant (MA) :	47
III.6.2. En Suisse :	48
III.6.3. Dans le reste du monde :	48
IV. Matériel et méthode.....	50
IV.1. Type d'étude :	50
IV.2. Population de l'étude :	50
IV.3. Objectif de l'étude :	50
IV.4. Recueil des données :	50
IV.5. Analyse statistique des données :	52
V. Résultats.....	53
V.1. Population des répondants :	53
V.2. Les répondants et l'assistant :	56
V.2.1. Êtes-vous favorable au principe d'un assistant médical ?	56
V.2.2. Lieu d'accueil de l'assistant médical ?	57
V.2.3. Tâches cliniques générales :	58
V.2.3.1. Habillage/déshabillage du patient si besoin ?.....	58
V.2.3.2. La mesure du poids et de la taille ?	58
V.2.3.3. La mesure de la tension artérielle ?.....	59
V.2.3.4. La réalisation d'une BU / d'un ECG / d'un Streptotest ?.....	59
V.2.3.5. L'évaluation du patient par des grilles normalisées ?.....	60
V.2.3.6. La vérification du statut vaccinal et des dépistages organisés ?	60
V.2.3.7. La préparation du matériel pour certains gestes médicaux ?	61
V.2.4. Tâches cliniques chez l'enfant :	62
V.2.4.1. La mesure du poids, de la taille et du périmètre crânien ?	62
V.2.4.2. L'évaluation du développement psychomoteur par une grille normalisée ? ..	62
V.2.4.3. Le dépistage de troubles auditifs ou visuels ?	63
V.2.5. Tâches administratives :	64
V.2.5.1. Le standard téléphonique, la prise de rendez-vous et la gestion de votre planning ?.....	64
V.2.5.2. La prise de rendez-vous de consultation auprès des spécialistes et/ou d'examens complémentaires pour les patients ?	64
V.2.5.3. La préparation ou rédaction des certificats médicaux avant signature ?.....	65
V.2.5.4. L'encaissement des actes / gestion de la FSE / télétransmission / relance des impayés et contact avec les caisses ou les mutuelles ?	65
V.2.5.5. L'intégration au dossier médical informatique des différents courriers et des résultats biologiques ?	66
V.2.5.6. La gestion des stocks ?	66
V.3. Quels autres actes imagineriez-vous pouvoir déléguer à l'assistant médical ?.....	67
V.4. Recrutement, freins et consultations supplémentaires :	67
V.4.1. Nombre de consultations supplémentaires ?	67
V.4.2. Avez-vous pour projet de recruter un assistant dans les années à venir ?.....	68
V.4.2.1. Projet de recrutement :	68
V.4.2.2. Ne souhaitent pas recruter :	69
V.5. Avez-vous des remarques ou des propositions concernant les assistants médicaux ou leur financement ?.....	70
V.6. Les caractéristiques des répondants et leurs influences :	72
V.6.1. Résultats statistiques sur l'avis des répondants envers l'assistant :	73

V.6.2. Résultats significatifs :	74
VI. Discussion	78
VI.1. Forces et justification de l'étude :	78
VI.1.1. Objectif principal :	78
VI.1.2. Objectifs secondaires :	78
VI.2. Biais :	79
VI.2.1. Biais de sélection :	79
VI.2.2. Population de l'étude :	79
VI.2.3. Analyse en sous-groupe :	79
VI.3. Les attentes et freins des répondants :	80
VI.3.1. Avis général :	80
VI.3.2. Concernant les actes cliniques :	80
VI.3.3. Chez l'enfant :	81
VI.3.4. Concernant les tâches administratives :	81
VI.3.5. Actes proposés :	82
VI.3.6. Nombre de consultations supplémentaires :	83
VI.3.7. Projet de recrutement, avis sur le contrat et freins :	83
VI.3.7.1. Projet de recrutement :	83
VI.3.7.2. Freins à la mise en place de l'assistant et commentaires :	84
VI.3.7.2.1. Facteurs non modifiables :	84
VI.3.7.2.2. Facteurs modifiables :	84
VI.3.7.2.3. Profil de médecin et analyse en sous-groupes :	84
VI.4. Rémunération de l'assistant :	85
VI.5. Apports de l'assistant :	85
VI.5.1. Optimisation du temps de travail :	85
VI.5.2. Une meilleure qualité de vie :	85
VI.5.3. Un nouveau point de vue sur le patient :	86
VI.6. Le modèle d'assistant dans notre quotidien :	86
VI.6.1. La consultation « standard » avec l'assistant :	86
VI.6.2. Les connaissances et la formation de l'assistant :	87
VI.7. Comment favoriser l'intégration de l'assistant :	88
Conclusion	90
Références bibliographiques	91
Annexes	94
Serment d'Hippocrate	101

Table des illustrations

Figure 1 : Évolution des effectifs de médecins généralistes depuis 2010	27
Figure 2 : Projection des effectifs de médecins généralistes jusqu'en 2025	28
Figure 3 : Variation des effectifs de médecins spécialistes entre 2010 et 2018	28
Figure 4 : Projection des effectifs de médecins spécialistes jusqu'en 2025	29
Figure 5 : Pyramide des âges des médecins généralistes au 1er janvier 2018	29
Figure 6 : Age moyen des médecins généralistes en activité régulière entre 2010 et 2018 .	30
Figure 7 : Évolution du numerus clausus pour les professions médicales depuis son instauration	31
Figure 8 : Genre des répondants	53
Figure 9 : Âge des répondants.....	53
Figure 10 : Répartition genre / âge	54
Figure 11 : Mode d'exercice des répondants.....	54
Figure 12 : Mode d'exercice des médecins installés	55
Figure 13 : Durée d'installation des médecins	55
Figure 14 : Lieu d'exercice des médecins installés	56
Figure 15 : Avis des répondants concernant l'assistant.....	56
Figure 16 : Lieu d'accueil de l'assistant selon les répondants	57
Figure 17 : Aide à l'habillage / déshabillage du patient	58
Figure 18 : Mesure du poids et de la taille du patient adulte	58
Figure 19 : Mesure de la tension artérielle.....	59
Figure 20 : Réalisation d'actes cliniques simples	59
Figure 21 : Évaluation du patient par une grille normalisée.....	60
Figure 22 : Statut vaccinal et dépistages organisés	60
Figure 23 : Préparation du matériel pour les gestes	61
Figure 24 : Mesure du poids, de la taille et du périmètre crânien chez l'enfant.....	62
Figure 25 : Évaluation du développement psychomoteur de l'enfant	62
Figure 26 : Dépistage des troubles auditifs et visuels	63
Figure 27 : Gestion du planning / standard.....	64
Figure 28 : Prise de rendez-vous chez le spécialiste / pour les examens complémentaires.	64
Figure 29 : Préparation et rédaction des certificats par l'assistant	65
Figure 30 : Gestion de la feuille de soin, de la facturation et du contact avec les caisses	65
Figure 31 : Intégration des éléments au dossier du patient.....	66
Figure 32 : Gestion des stocks de matériel du cabinet.....	66

Figure 33 : Nombre de consultations supplémentaires journalières.....	67
Figure 34 : Projet de recrutement d'assistant	68
Figure 35 : Avis des répondants ayant un projet de recrutement sur le financement.....	68
Figure 36 : Obstacles au recrutement.....	69

Table des tableaux

Tableau 1 : Avis des répondants sur l'assistant.....	73
Tableau 2 : Résultats significatifs concernant les activités.....	74

Liste des abréviations

- AAMA** : American Association of Medical Assistant
- AIMGL** : Association des Internes de Médecine Générale du Limousin
- ALD** : Affection Longue Durée
- AME** : Aide Médicale de l'État
- APA** : Allocation Personnalisée d'Autonomie
- ARS** : Agence Régionale de Santé
- ASALEE** : Action de SAnté Libérale En Équipe
- AT** : Accident de Travail
- BU** : Bandelette Urinaire
- CESP** : Contrat d'Engagement de Service Public
- CMU** : Couverture Maladie Universelle
- CNAM** : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
- CNOM** : Conseil National de l'Ordre des Médecins
- CPAM** : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- CPTS** : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
- CRGE** : Collège Régional des Généralistes Enseignants du limousin
- CRP** : Protéine C Réactive
- CSS** : Complémentaire Santé Solidaire
- CQP** : Certificat de Qualification Professionnelle
- DMP** : Dossier Médical Partagé
- DREES** : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
- ECG** : ÉlectroCardioGramme
- ECN** : Épreuves Classantes Nationales
- EFR** : Explorations Fonctionnelles Respiratoires
- FSE** : Feuille de Soins Électronique
- FC** : Fréquence Cardiaque
- HAD** : Hospitalisation À Domicile
- IDE** : Infirmier Diplômé d'État
- INR** : International Normalized Ratio
- INSEE** : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
- MA** : Medical Assistant
- MAPA** : Mesure Ambulatoire de la Pression Artérielle

MDPH : Maison Départemental des Personnes Handicapées
MMSE : Mini Mental State Examination
MP : Maladie Professionnelle
MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire
MSU : Maître de Stage des Universités
NHS : National Health System
OPTAM : Option Pratique TARifaire Maitrisée
PA : Physician Assistant
PC : Périmètre Crânien
SMIC : Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance
SNDS : Système National des Données de Santé
SNJMG : Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes
SUDOC : Système Universitaire de DOCumentation
TA : Tension Artérielle
TSH : Thyroid Stimulating Hormone
QCM : Question à Choix Multiples

Introduction

La France est dans une situation complexe concernant son système de santé, avec divers défis comme le vieillissement de la population, le manque de médecin et des difficultés d'accès aux soins primaires dans une grande partie de son territoire.

Le plan « ma santé 2022 », annoncé en février 2019, cherche des réponses à ces défis par de nombreuses propositions, y compris la création du poste d'assistant médical.

Ce poste est inspiré de modèles étrangers et de postes comparables dans d'autres branches de la médecine française. Son objectif est d'aider le médecin généraliste dans son quotidien, lui libérer du temps « clinique » et le soulager d'actes ne nécessitant pas de compétences médicales.

Au cours de mes différents échanges avec les praticiens libéraux, j'ai constaté que les avis et attentes concernant ce nouveau poste variaient beaucoup d'un médecin à l'autre : certains souhaitent déléguer la partie « administrative » de leur quotidien, certains plutôt la partie « clinique », parfois ils veulent tout déléguer à l'assistant, ou à l'inverse ils y sont opposés et y voient une évolution négative des pratiques.

Plusieurs questions me sont alors venues à l'esprit : que pouvons-nous et que voulons-nous déléguer dans notre charge de travail quotidienne ? Les médecins libéraux français seraient-ils conservateurs ? Ou bien sont-ils demandeurs de changements dans leur pratique ?

Nous avons tous notre vision de la médecine, que nous pratiquons comme un art, nous avons globalement la même formation et un cursus commun, mais la philosophie, les attentes et les appréhensions sont différentes d'un médecin à l'autre.

Au cours de mes recherches à ce sujet, je n'ai pu que constater l'absence d'enquête sur le domaine de l'assistance médicale en France.

C'est ainsi que me vint l'idée de ce sujet de thèse, qui a pour objectif d'identifier les actes du quotidien que les médecins souhaitent déléguer à l'assistant, et de préciser les attentes et les freins concernant sa mise en place.

Ce travail pourrait aussi suggérer les connaissances nécessaires à la pratique de l'assistant et aider à définir sa formation, dont le contenu n'a pas encore été précisé pendant la rédaction de ce travail.

I. L'accès aux soins primaires en France

I.1. Point de vue des patients :

Les patients sont-ils en difficulté pour avoir un médecin traitant et consulter un médecin généraliste dans des délais raisonnables ? Sont-ils satisfaits de leur médecin généraliste ? Plusieurs enquêtes ont cherché des réponses à ces questions.

Une étude menée durant le mois de juillet 2019 pour l'observatoire du parcours de soins des français, comprenant un échantillon de 1008 personnes représentatif de la population française, offre des conclusions plutôt positives : 91% ont une « bonne image » de leur médecin et 90% estiment qu'il est indispensable d'avoir un médecin traitant. (1)

Pour 81% des sondés, le médecin traitant a été facile à trouver et les personnes déclarant ne pas avoir de médecin traitant le justifie par la rareté de leur consultation (43%) et les difficultés pour en trouver un (20%). (1)

Concernant les délais pour obtenir un rendez-vous, 74% des français déclarent attendre moins d'une semaine. (1)

Dans une autre étude menée par la DREES, dont les résultats ont été publiés en octobre 2017, 88% des répondants s'estiment satisfaits de la qualité des soins offerts par les médecins généralistes, 84% sont satisfaits du temps accordé par leur médecin et 58% vont d'ailleurs le voir en premier lieu en cas de problème de santé. (2)

En revanche 29% des répondants pensent qu'il n'y a pas assez de médecin généraliste près de chez eux, et 54 % pensent que l'état de santé global des français s'est dégradé ces dernières années. 49 % des français en très bonne santé et 61 % de ceux qui se déclarent en mauvaise santé ne sont pas satisfaits de l'accès aux médecins. (2)

Globalement les études tendent à penser que les patients sont satisfaits de la qualité des soins délivrés par les médecins généralistes, ils semblent en revanche moins enthousiastes sur l'accès aux soins primaires.

I.2. Point de vue des médecins :

Quel est le ressenti des médecins concernant l'accès aux soins ? Perçoivent-ils des craintes chez les patients ? Sont-ils eux-mêmes en difficulté ?

Le rapport d'une enquête réalisé en 2019 auprès de 2770 médecins généralistes met en évidence qu'en moyenne 44% d'entre eux refusent de nouveaux patients, avec des chiffres dans certains départements allant jusqu'à 86% en Seine-et-Marne, et 78% en Charente. (3)

Dans une autre enquête de 2019, 7 médecins généralistes sur 10 estiment que l'offre de médecine générale dans leur zone d'exercice est insuffisante, et près de 4 sur 5 s'attendent à une baisse de cette offre dans les années à venir. Ils sont par ailleurs 8 sur 10 à déclarer des difficultés pour répondre aux sollicitations des patients. (4)

Dans une dernière enquête, réalisée en 2018 auprès de 432 médecins généralistes, 76,8% des médecins se déclarent déçus de leur situation, liée à une surcharge de travail et un manque de temps pour 41,6% d'entre eux, et 38,4 % trouvent trop de lourdeurs administratives dans leur quotidien. (5)

Toujours dans cette dernière enquête, c'est le retentissement sur la vie extra-professionnelle qui est mis en évidence : 68,2% des médecins estiment que leur vie familiale souffre de leur activité professionnelle, 24,5% déclarent avoir déjà été en dépression, 41,6% avoir déjà présenté des sensations d'épuisement, 50,4% avoir déjà eu des conflits avec leur conjoint à cause de leur activité, et 39,8% ont déjà envisagé de changer de métier. (5)

Ce sont les notions d'épuisement professionnel et de surcharge de travail qui reviennent dans les conclusions de l'étude, même si 73,1% des médecins s'estiment satisfait par rapport à leurs espoirs et attentes en devenant généralistes. (5)

Les conclusions de ces différentes enquêtes sont en faveur d'une relation de confiance entre les médecins généralistes et leurs patients, mais suggèrent aussi des difficultés concernant l'accès aux soins et le vécu des praticiens.

I.3. L'origine des dysfonctionnements :

Plusieurs causes pourraient expliquer les problèmes contemporains : les 3 causes principales que nous avons retenues sont liées à la fois aux médecins et aux patients.

I.3.1. Le manque de médecins généralistes :

I.3.1.1. Situation actuelle :

Au 1er janvier 2018, selon le recensement du CNOM, la France comptait 296 755 médecins en France, dont 87 804 médecins généralistes en activité dite « régulière », c'est-à-dire à temps plein, non retraité et non remplaçant. (6)

Le nombre total de médecins en France, généralistes et spécialistes confondus est stable voire en augmentation depuis 2010 : le recensement comptait 261 378 médecins. (6)

En revanche les effectifs comptaient 94 261 médecins généralistes en 2010, ce qui correspond à une diminution de 7% de praticiens entre 2010 et 2018 pour la médecine générale. Et les projections pour les années à venir vont dans le sens d'une poursuite de cette diminution, avec 81 804 médecins généralistes en activité « régulière » en 2025. (6)

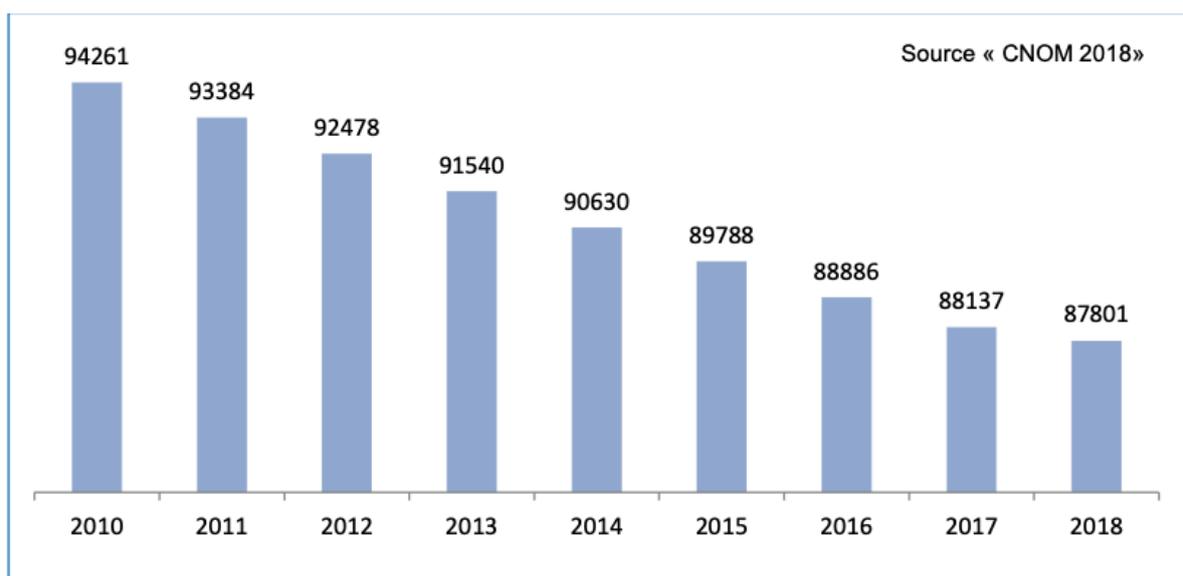


Figure 1 : Évolution des effectifs de médecins généralistes depuis 2010

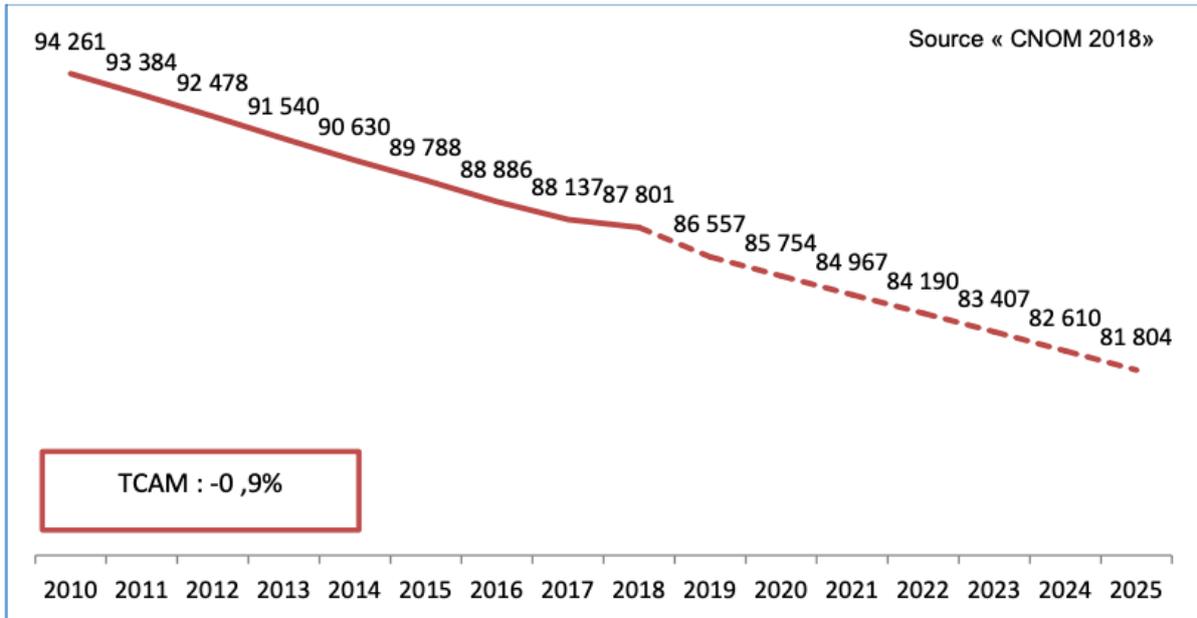


Figure 2 : Projection des effectifs de médecins généralistes jusqu'en 2025

La diminution du nombre de médecins généralistes en activité « régulière » se fait donc au profit des spécialités médicales et chirurgicales, dont les effectifs ont augmenté de 3,1% en 8 ans, passant de 82 987 en 2010, à 85 647 médecins spécialistes en 2018, toutes spécialités confondues. (6)

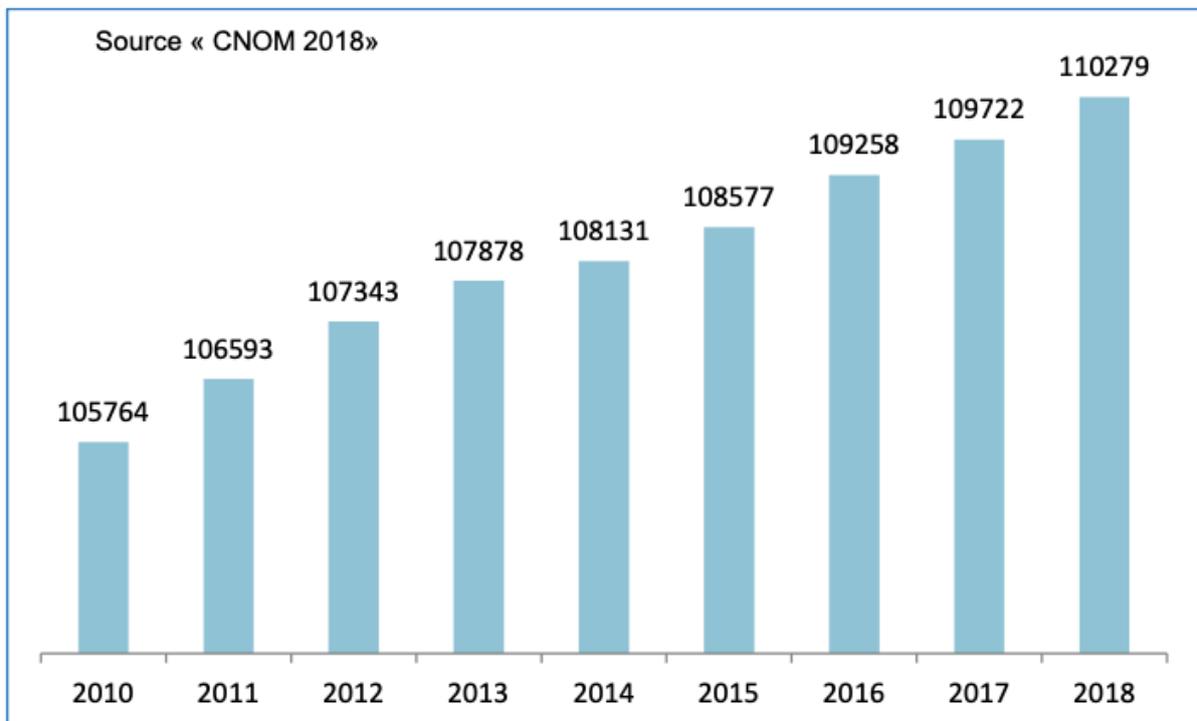


Figure 3 : Variation des effectifs de médecins spécialistes entre 2010 et 2018

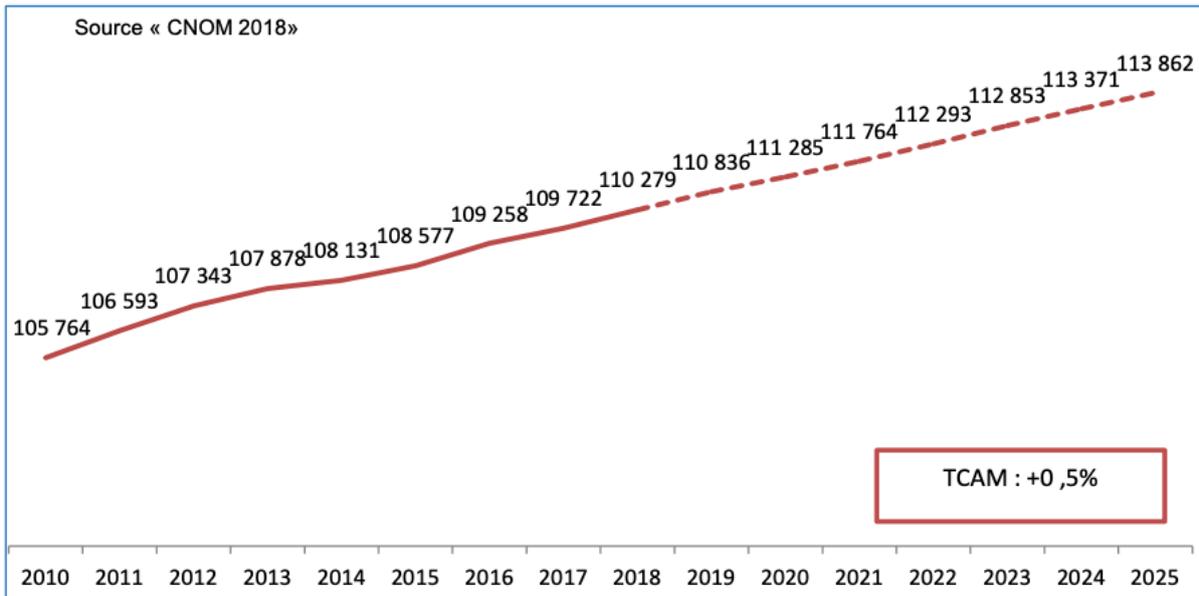


Figure 4 : Projection des effectifs de médecins spécialistes jusqu'en 2025

Sur le même recensement de l'ordre des médecins de 2018, on note que la pyramide des âges des médecins en activité est déséquilibrée, avec un pic entre 55 et 65 ans, pour un âge moyen de 50,6 ans. (6)

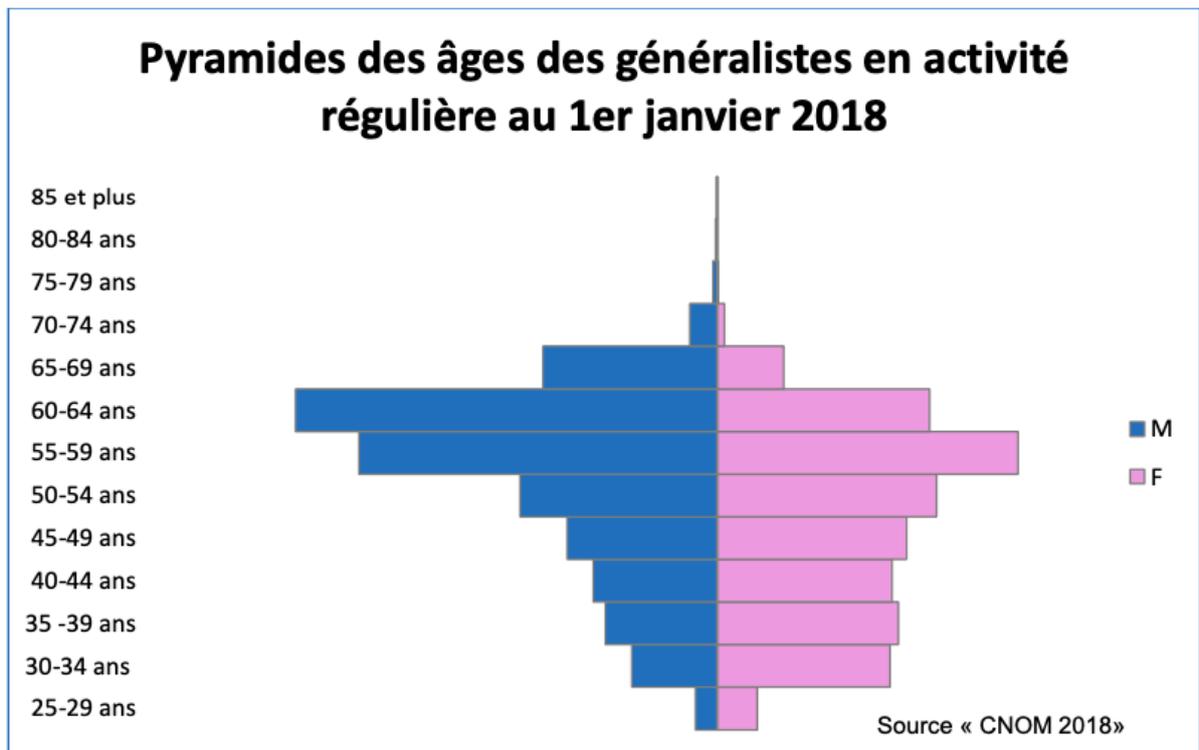


Figure 5 : Pyramide des âges des médecins généralistes au 1er janvier 2018

Cette pyramide confirme le vieillissement de la profession, cependant l'âge moyen des médecins généralistes est stable entre 2010 (50,3 ans) et 2018 (50,6 ans), à l'inverse des autres spécialités (médicales et chirurgicales) qui ont tendance à rajeunir. (6)

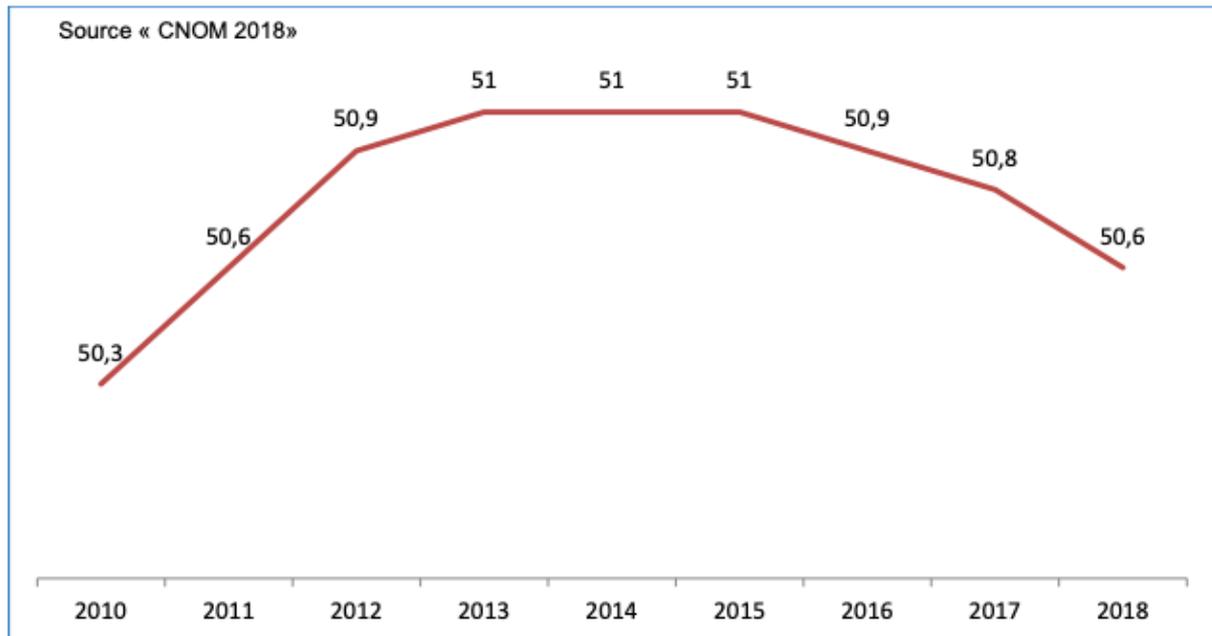


Figure 6 : Age moyen des médecins généralistes en activité régulière entre 2010 et 2018

La féminisation des médecins en activité régulière exerçant la médecine générale est prépondérante chez les jeunes médecins. (6)

Le pic visible sur la pyramide au niveau des 60-64ans suppose de nombreux départs à la retraite dans la décennie à venir, confirmé lorsqu'on observe l'indice de renouvellement, qui indique si les départs à la retraite sont remplacés. Cet indice est de 0,85 pour la médecine générale en 2018. (7)

Le nombre de médecins généralistes en exercice est donc en diminution, et il faut remonter dans le passé pour y trouver l'une des causes.

I.3.1.2. Le numerus clausus :

La médecine est comme toute activité du monde actuel, elle répond à la règle de l'offre et de la demande. S'il y a trop de médecins pour peu de patients, nous risquons de voir une profession longue et difficile à former devenir moins attractive. C'est la situation vécue en France en 1971, à cette époque, le nombre de médecins est suffisant pour répondre à la demande de soins. (8)

En mai 1968, les mouvements contestataires, les grèves et les manifestations ont abouti à une émancipation des étudiants et un accès plus facile à l'enseignement supérieur. On voit arriver dans les années suivantes des vagues massives d'inscriptions dans les facultés de médecine, qui triplent en 3 ans, passant de 3000 à 9000 entre 1968 et 1971. (8)

Des craintes, portées par les syndicats médicaux, sont rapportées aux autorités politiques, comme le risque d'une augmentation des dépenses de santé, mais aussi d'un appauvrissement économique de la profession. (8)

C'est dans ce contexte que le numerus clausus est instauré en 1971, le chiffre initial de 8000 étudiants par an étant suffisant à cette époque. Il a ensuite été diminué par les gouvernements successifs, jusqu'au plus bas historique de 3 500 en 1992, pour ensuite remonter à partir des années 2000. (9)

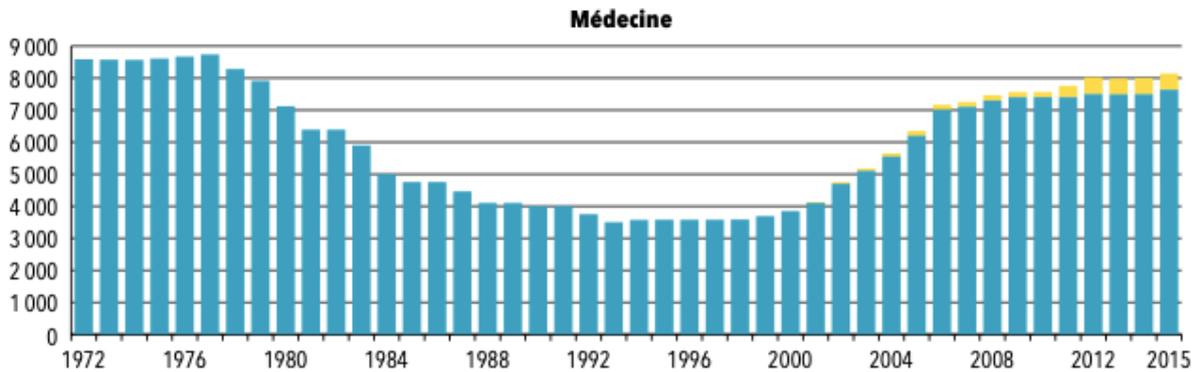


Figure 7 : Évolution du numerus clausus pour les professions médicales depuis son instauration

I.3.2. Le quotidien des médecins :

I.3.2.1. Le temps de travail global :

Lors d'une enquête réalisée par la DREES en mai 2019, évaluant le temps de travail des médecins, les 3300 généralistes répondants ont déclaré travailler en moyenne 54h par semaine : (10)

- 44 heures et 30 minutes auprès des patients,
- 5 heures et 30 minutes de tâches administratives (gestion, coordination),
- 2 heures dédiées à la mise à jour des connaissances,
- 2 heures à d'autres activités (vacation à l'hôpital).

Ces résultats sont stables depuis 2014 et comparables à une étude réalisée entre janvier et mars 2011, les répondants déclaraient travailler 57 heures par semaine en moyenne. (10) (11)

Si on observe en détail les résultats en fonction du sexe du praticien, on observe que le temps de travail hebdomadaire chez les femmes est de 53 heures, contre 59 heures pour les hommes. (11)

Concernant le temps « clinique », les femmes passent en moyenne 41 heures auprès de leurs patients, les hommes 46 heures et 30 minutes. (10)

L'âge du praticien influe aussi sur le temps de travail hebdomadaire : les praticiens de moins de 45 ans travaillent 55 heures par semaine, contre 58 heures pour les 45 ans et plus. (11)

En reprenant la pyramide des âges des médecins (figure 5), nous constatons que la profession se féminise, avec 64,1% de femmes chez les médecins de moins de 40 ans, faisant suspecter une diminution du temps de travail dans les années à venir. (6) (7)

Concernant la définition des 5 heures et 30 minutes de temps « administratif » hebdomadaire, les activités considérées comme « administratives » ne sont pas clairement définies et peuvent dépendre du point de vue médecin interrogé : vérifier sa comptabilité, remplir un dossier MDPH, APA, ou faire une demande d'ALD peut être considéré « administratif » ou bien « médical ». (10)

I.3.2.2. Le temps au sein de la consultation :

Dans l'enquête précédente de la DREES de 2019, la durée moyenne de consultation est de 18 minutes. Les femmes déclarent des consultations plus longues d'1 minute 30 en moyenne que les hommes. (10)

Plus le volume d'activité est important, plus les consultations sont courtes. Les 25 % des médecins ayant le volume d'activité le plus élevé consacrent en moyenne 5 minutes de moins par consultation que les 25 % ayant le plus faible volume d'activité. Les visites, déplacements inclus, durent en moyenne 37 minutes. Les médecins y consacrent en moyenne 7 heures par semaine. (10)

Cette durée moyenne de consultation est comparable à une enquête de 2017, basée sur 2480 généralistes adhérent à Doctolib, les praticiens attribuent en moyenne quotidiennement : (12)

- 6 heures au temps de consultation,
- 4 heures à d'autres tâches,
- 22 consultations par jour,
- 17 minutes par consultation.

Dans une autre enquête de la DREES, réalisée en 2002, les consultations durent en moyenne 16 minutes. La réalisation de certains actes peut rallonger la durée de la consultation, comme par exemple la réalisation d'un ECG qui demande en moyenne 21,1 minutes, ou encore l'hospitalisation d'un patient qui demande 24 minutes, ou enfin l'avis à un confrère spécialiste qui demande 18,3 minutes. (13)

En observant la durée moyenne d'une consultation dans les études précédentes, on constate que cette dernière a tendance à augmenter, sans compter les allongements potentiels liés à la réalisation d'actes.

I.3.2.3. La médecine défensive :

Il existe un temps « administratif » qui peut s'avérer chronophage dans le quotidien des médecins. Chaque consultation comporte une synthèse, complétée par le médecin sur son logiciel médical, ou bien sur le dossier papier.

Les comptes rendus des consultations, avis des spécialistes, hospitalisations, prescriptions, résultats biologiques et radiologiques, doivent être intégrés au dossier du patient.

Tout évènement dans le parcours de soins du patient doit être tracé, car depuis la loi Kouchner de 2002, la charge de la preuve incombe au médecin en cas de faute ou de sinistre. (14) (15) (16)

Ce temps dédié à la mise à jour et à la tenue du dossier patient fait partie du temps « administratif » du quotidien du médecin et correspond comme nous l'avons vu précédemment à un temps de travail non négligeable.

On peut ici se questionner sur la responsabilité de la « médecine défensive », c'est-à-dire une médecine dont la préoccupation est davantage de se protéger contre le risque judiciaire que de dispenser des soins appropriés aux patients. (14)

Elle s'illustre sous deux formes :

- Une forme active de surconsommation de soins, dite « médecine défensive positive », qui se caractérise principalement par des prescriptions d'examens complémentaires, d'avis spécialisés, d'hospitalisations. Ces prescriptions sont parfois inutiles, mais motivées par la volonté de minimiser le risque d'erreurs, et au besoin, de prouver aux juges qu'il n'y a pas eu négligence.
- Une forme passive d'évitement, dite « médecine défensive négative », qui se caractérise par la tendance à éviter certaines situations. Les médecins vont refuser de réaliser un acte médical jugé « à risque » (infiltration, toucher rectal, examen gynécologique).

Certaines de ces modifications de pratiques peuvent être constructives, comme la mise à jour des connaissances, la meilleure tenue du dossier médical.

C'est ici la médecine défensive positive qui nous intéresse, car les médecins passent un temps non-négligeable à tracer et justifier leur activité, pour se protéger dans la possibilité d'un sinistre ou d'un procès.

Ainsi on observe dans une enquête de 2014 que la crainte judiciaire rentre en compte dans la tenue des dossiers médicaux pour 79,5% des internes en médecine générale. (14)

Une autre étude de 2016 démontre que l'importance de la traçabilité est de plus en plus appréhendée, avec 79,2% des médecins qui notent plus d'éléments dans le dossier médical par peur de procès, contre 36,7% en 2005, 55,6% en 2006 et 61% en 2013. (16)

Ce temps dédié au traçage de l'information est certainement bénéfique pour la prise en charge des patients, mais il n'en reste pas moins que c'est un exercice chronophage.

I.3.3. Le vieillissement de la population :

I.3.3.1. Transition démographique :

Pour parler du vieillissement de la population en France, il convient d'évoquer le concept de transition démographique. Il s'agit du processus historique par lequel une population passe d'un régime démographique caractérisé par un taux de mortalité et un taux de natalité élevés, vers un nouveau régime caractérisé par un taux de mortalité et un taux de natalité faibles. (17)

La situation initiale ou « régime traditionnel », était observable par exemple dans la France du début du 20ème siècle, ou dans l'Afrique sub-saharienne actuelle. La natalité est élevée avec de nombreuses grossesses par femmes, contrebalancée par une forte mortalité infantile. Cette situation est liée à un défaut d'accès à l'éducation, à l'absence de contraception et à des systèmes de santé non développés. La mortalité et la natalité s'équilibrent et le nombre d'individu au sein d'une population reste stable. (18) (17)

Débute alors la 1ère phase de transition démographique avec le développement économique, l'accès aux vaccins, aux dépistages et programmes de prévention. La mortalité infantile et la mortalité générale diminuent sans que la fécondité ne change. C'est alors le début d'une période de forte croissance démographique pour le pays qui est dans sa transition, comme par exemple la France après la seconde guerre mondiale. (17)

Vient ensuite une diminution de la natalité qui est corrélée à l'accès à l'éducation, à l'évolution du statut des femmes dans les sociétés, à l'accès à la contraception et au développement économique du pays concerné. (17)

Le phénomène se poursuit pendant une durée plus ou moins longue selon le pays, sa culture, sa politique, pour de nouveau atteindre un équilibre où le taux de natalité et de mortalité sont faibles et se contrebalancent. (17)

C'est ainsi que les pays développés ayant fait leur transition démographique voient leur taux de population se stabiliser après un pic démographique.

En France, cette transition est survenue à la fin de la seconde guerre mondiale. De nombreuses générations sont nées entre 1946 et 1974, phénomène appelé « baby-boom » et qui a touché l'ensemble de l'Europe. (19)

I.3.3.2. Le « papy-boom » :

Au 1er janvier 2019, 20% de la population française était âgée de plus de 65 ans, contre 18% en 2013. La part des 65 ans et plus, augmente depuis 30 ans et le vieillissement de la population s'accélère. (19) (20) (21)

Selon les projections de l'INSEE, la proportion de français âgés de plus de 65 ans sera de 26% en 2040, puis se stabilisera. C'est la génération « baby-boom » précédemment évoquée qui vieillit. L'arrivée de ces personnes parmi les 65 ans ou plus a débutée en 2011 et se terminera en 2039, provoquant le « papy-boom ». (19)

Le vieillissement de la population française pourrait compliquer la pratique de la médecine générale car les personnes âgées nécessitent plus de soins, de surveillance et de présence médicale que le reste de la population, en particulier celle du médecin traitant.

Les médecins passent en effet plus de temps en consultation avec une personne âgée qu'avec un individu jeune : (13)

- 16,8 minutes avec les patients âgés de 70 à 94 ans,
- 15,8 minutes pour les patients de 40 à 69 ans,
- 13,9 minutes pour les 15-24 ans.

De plus, si le patient est atteint d'une ALD le temps de consultation passe à 16,8 minutes et 18,7 minutes en présence d'au moins deux ALD, ce qui est fréquemment le cas chez les personnes âgées. (13) (22)

Par ailleurs, les personnes âgées nécessitent plus souvent des visites à domicile, la durée moyenne d'une visite variant de 18 à 37 minutes en fonction des sources. (10) (13)

L'ensemble tend à faire penser que la durée des consultations, le temps dédié aux visites et donc la durée moyenne d'une consultation va augmenter dans les années à venir.

I.4. Bilan de la situation

Si on observe le contexte dans sa globalité, on peut supposer que l'offre actuelle concernant la médecine générale n'est pas adaptée, et que les difficultés risquent de se majorer dans les années à venir.

Les causes et conséquences des défaillances actuelles sont multiples :

- Les effectifs de médecins généralistes en activité régulière sont en diminution,
- Le numéris clausus débuté en 1971 a participé au manque de médecins,
- De nombreux départs à la retraite sont à prévoir dans les années à venir, qui ne seront pas tous remplacés,
- Le quotidien des médecins généralistes est occupé par un temps de travail administratif non négligeable,
- Les nouvelles générations de médecins généralistes travaillent moins que leurs aînés et se féminisent,
- L'arrivée du « papy-boom » et le vieillissement de la population jusqu'en 2039 risque d'augmenter la demande de soins et le temps passé auprès des patients.

Alors comment s'adapter à cette situation ? Une tentative de réponse vient du gouvernement, avec la création du poste d'assistant médical dans le projet de loi « Ma santé 2022 ».

II. Le projet de loi « Ma santé 2022 »

II.1. Introduction :

Les mesures de la stratégie de transformation du système de santé ont été annoncées par le président de la République le 18 septembre 2018.

L'objectif de cette loi est de « décloisonner le système de santé français avec un financement plus pertinent, une organisation des soins de proximité plus coopérative ainsi qu'une formation et un mode d'exercice professionnel plus adaptés et diversifiés ». (23)

Le 13 février 2019, la ministre des solidarités et de la santé a présenté le projet de loi. Rebaptisée « Ma santé 2022 », cette stratégie est née du constat que le système de santé est devenu inadapté, il ne répond plus aux attentes des patients et nourrit le mécontentement des professionnels de santé. (23)

Le texte est débattu à l'Assemblée Nationale à partir du 19 mars 2019. Députés et sénateurs de la commission mixte paritaire sont tombés d'accord sur une version commune du projet de loi santé le 20 juin 2019. Il sera adopté par l'Assemblée Nationale le 10 Juillet 2019, et par le Sénat le 23 Juillet 2019. (23) (24)

Le calendrier prévoit un échelonnage des mesures préconisées sur les prochaines années, pour une mise en œuvre concrète et complète de l'ensemble des actions d'ici 2022. (23)

Le texte de loi est dense, couvrant de nombreux changements. Nous avons choisi de présenter dans ce travail les éléments les plus pertinents et ceux affectant les médecins généralistes.

II.2. Les mesures phares de la loi :

II.2.1. Suppression du numérus clausus :

La mesure principale concernant les étudiants en médecine est la suppression du numerus clausus et la réforme du premier cycle des études médicales, elle prend effet à la rentrée 2020. (23)

La sélection en fin de première année demeure, elle ne se fera plus uniquement sur la base de QCM, mais notamment en testant les compétences humaines et sociales. Le projet de l'étudiant est pris en compte dans son orientation au sein d'une des formations médicales. (23) (25)

Les capacités d'accueil en 2ème et 3ème année sont déterminées conjointement par les universités et l'ARS en fonction des besoins de santé du territoire. L'objectif est d'augmenter le nombre de médecins formés chaque année. Les estimations actuelles suggèrent une augmentation de +20%. (23) (26)

L'un des volets de la réforme est aussi la facilitation des passerelles entre les cursus. L'objectif étant la diversification sociale des étudiants. Il est prévu que les étudiants puissent accéder aux études médicales à partir de n'importe quelle licence. (25)

Les effets de ce changement pourront être observés au minimum 9 ans après la suppression du numérus clausus, à l'horizon 2030.

II.2.2. Suppression des épreuves classantes nationales :

Toujours concernant les étudiants, les ECN sont supprimées, l'admission est subordonnée à l'obtention d'une note minimale dont les conditions sont fixées par décret en Conseil d'État.

L'orientation pour l'internat des étudiants en médecine sera adaptée à leurs compétences médicales et relationnelles, ainsi qu'à leur projet professionnel.

Les étudiants ayant validé le 2ème cycle des études de médecine en France et les étudiants de l'Union Européenne ou faisant partie de l'espace économique européen peuvent accéder au 3e cycle des études de médecine selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État. (23)

Concernant les étudiants en 3ème cycle des études de médecine générale et de certaines spécialités, ils effectueront au cours de leur dernière année un stage de 6 mois dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante. (23)

Les modalités d'organisation du 3ème cycle, de répartition des postes, d'affectation et de changement d'orientation sont fixées par décret en Conseil d'État. (23) (25)

II.2.3. Suppression du concours de praticien hospitalier :

Cette mesure autorise le gouvernement à prendre par ordonnance des mesures de création d'un statut unique de praticien hospitalier. (23)

Ce point vise à fluidifier les carrières entre la ville et l'hôpital pour d'avantage d'attractivités, faciliter l'entrée dans la carrière hospitalière, diversifier les parcours professionnels et développer l'activité partagée entre activité hospitalière publique, structures de santé ou médico-sociales et un exercice libéral. (23)

L'intervention des professionnels libéraux à l'hôpital et les conditions de recrutement dans les spécialités en difficulté sont simplifiées. (23)

II.2.4. Réinvestissement dans les hôpitaux de proximité :

La loi prévoit la transformation de certains hôpitaux, aujourd'hui en difficulté et souffrant d'un manque d'attractivité, en hôpitaux de proximité. (23)

Ces hôpitaux sont des établissements publics ou privés. Ils assurent le premier niveau de la gradation des soins hospitaliers. Leurs missions sont exercées avec la participation conjointe des structures et des professionnels de la médecine ambulatoire, avec lesquels ils partagent une responsabilité territoriale. (23)

L'exercice de leurs missions prend en compte les projets de santé des CPTS et se fait en coopération avec les acteurs de la médecine ambulatoire, les services médico-sociaux, l'HAD et les secteurs de psychiatrie.

Les hôpitaux de proximité : (23)

- Apportent un appui aux professionnels de santé de ville et autres acteurs de l'offre de soins,
- Favorisent la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité et leur maintien dans leur lieu de vie, en liaison avec le médecin traitant,
- Participent à la prévention et la mise en place d'actions de promotion de la santé sur le territoire,
- Contribuent à la permanence des soins et la continuité des prises en charge en complémentarité avec les structures et professionnels de la médecine ambulatoire,
- N'exercent pas d'activité de chirurgie ni d'obstétrique, sauf à titre dérogatoire sur décision du directeur général de l'ARS dans des conditions prévues par décret,
- Peuvent assurer, en fonction des besoins, des activités de médecine d'urgence, prénatales et postnatales, soins de suite et de réadaptation ainsi que les activités de soins palliatifs.

Les hôpitaux de proximité seront adaptés aux soins du quotidien d'un territoire (gériatrie, médecine générale, rééducation, urgences, soins palliatifs) et destinés à travailler en lien très étroit avec la médecine de ville pour que les médecins libéraux puissent continuer à y suivre leurs patients. L'objectif est de labelliser 500 à 600 hôpitaux d'ici 2022. (26)

II.2.5. Développement du numérique :

II.2.5.1. Le « Health data hub » :

La plateforme des données de santé « Health data hub » remplace l'institut national des données de santé tout en élargissant ses missions. (23)

Cette base de données très riche et sécurisée, pourra permettre aux chercheurs d'exploiter des données de santé élargies aux données cliniques, et plus seulement médico-administratives, avec la mention « d'intérêt public ». (23)

Le système national des données de santé (SNDS) n'est plus restreint aux données recueillies à titre obligatoire et est élargi à l'ensemble des données collectées lors des actes pris en charge par l'assurance maladie. (23)

La caisse nationale de l'assurance maladie n'est plus la seule gestionnaire du système national des données de santé. Les responsables ainsi que leurs rôles respectifs sont définis par décret en Conseil d'État après avis de la commission nationale de l'informatique et des libertés. (23)

II.2.5.2. Espace numérique de santé :

L'espace numérique de santé, programmé pour être actif avant le 1er janvier 2022, permettra aux usagers de gérer leurs données de santé et de participer à la construction de leur parcours de santé avec les professionnels et les établissements. (23)

Il est ouvert à l'initiative de l'utilisateur ou de son représentant légal, gratuitement et automatiquement pour les personnes nées à partir du 1er janvier 2022, sauf opposition de leur représentant légal. (23)

L'espace numérique permet à l'utilisateur d'accéder à de nombreuses informations : (23)

- Ses données administratives,
- Son DMP,
- Des données relatives au remboursement de ses dépenses de santé,
- Des outils permettant des échanges sécurisés avec les acteurs du système de santé,
- Des outils d'accès à des services de télésanté,
- Tout service numérique visant à informer les usagers sur l'offre de soins et sur les droits auxquels ils peuvent prétendre,
- Un répertoire des associations d'utilisateurs du système de santé.

L'utilisateur décide des informations que contient son espace numérique de santé. Il peut donner ou mettre fin à un accès temporaire ou permanent à des établissements ou à des professionnels de santé, extraire des données de son espace numérique de santé et le clôturer à tout moment. (23)

Les services et outils numériques ne peuvent accéder à ses données qu'avec son accord. Cet accès ne peut se faire qu'à des fins de prévention, diagnostic, soins ou suivi social et médico-social. (23)

Le décès de l'utilisateur entraîne la fermeture de son espace numérique de santé. Le contenu est archivé pendant 10 ans sauf demande expresse de l'utilisateur. Le titulaire de l'espace numérique de santé ne peut exiger ses données pour conclure un contrat relatif à une protection complémentaire en matière de couverture des frais de santé. (23) (25)

II.2.6. Certification des compétences :

Le gouvernement peut, par voie d'ordonnance, créer une procédure de certification réalisée par des organismes ou structures sans lien direct ou indirect avec les industries de santé. (23)

Cette mesure concerne les professions suivantes :

- Médecin,
- Chirurgien-dentiste,
- Sage-femme,
- Pharmacien,
- Infirmier,
- Masseur-kinésithérapeute,
- Pédiacre-podologue.

L'ordonnance est prise dans un délai de douze mois pour la profession de médecin et deux ans pour les autres professions. (23) (25)

II.2.7. Création du projet territorial de santé (PTS) et de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) :

Le projet est d'analyser les données sociologiques et épidémiologiques d'un bassin de santé (population âgée, phénomènes d'addiction, prévalence de pathologies) et de donner l'initiative aux professionnels de santé (médecins, pharmaciens, paramédicaux) pour formuler les solutions adaptées. (25) (27)

L'objectif est d'en déployer au moins 1 000 d'ici 2022. (27)

Une CPTS est composée de professionnels de ville, d'établissements sanitaires publics ou privés, d'établissements médico-sociaux publics ou privés, chacun représenté par un ou plusieurs professionnels qui y exercent des fonctions de proximité. (25)

Les CPTS ont cinq missions socles et restent libres des moyens organisationnels à mettre en œuvre pour les remplir en vue d'une contractualisation avec l'ARS : (25)

- Améliorer l'accès aux soins en assurant le meilleur maillage du territoire avec les professionnels disponibles (points de consultations avancées, télé-médecine, ...) et en contribuant à la mise en œuvre des projets d'installation des nouveaux professionnels,
- Participer à la continuité et à la permanence des soins en organisant la prise en charge des soins non programmés qui ne relèvent pas des urgences, c'est-à-dire ne nécessitant pas l'accès à une expertise ou un plateau technique présent en centre hospitalier,
- Formaliser les parcours et protocoles de prise en charge pour les principales maladies chroniques et la fin de vie, en adaptant au territoire les recommandations des conseils nationaux professionnels,
- Définir les délégations de tâches mises en œuvre sur le territoire et simplifier leur mise en œuvre administrative. Une « task force » nationale pourrait mettre à disposition des protocoles de prise en charge au profit des CPTS. Leur mise en œuvre par des professionnels adhérents à une CPTS serait alors de droit sans aucune autre formalité,
- Définir et poursuivre des objectifs de santé publique pour la population dont elle est responsable. L'appartenance des professionnels à une CPTS ne se fait pas sous le régime de l'adhésion mais fait partie intégrante de leur activité professionnelle. Les actions et projets des CPTS font l'objet d'une contractualisation avec l'ARS. Cette dernière a également une mission de soutien à l'ingénierie de projets, d'évaluation de l'atteinte d'objectifs de santé publique et de partage des bonnes pratiques.

Le PTS est donc initié par une CPTS et approuvé par au moins un établissement ou un service de santé, social ou médico-social. (25)

Les associations de patients, les collectivités territoriales, les intercommunalités et les URPS peuvent participer à l'élaboration et la mise en œuvre du PTS. Celui-ci est ensuite validé, sauf si le directeur général de l'ARS s'y oppose dans un délai de 2 mois en se basant sur l'absence de respect des objectifs du projet régional de santé ou sur la pertinence du territoire d'action de la CPTS. (23) (25)

II.2.8. Création du poste d'assistant médical :

Il s'agit du volet de la loi qui nous a intéressé dans ce travail et qui sera développé plus précisément ci-après.

III. L'assistant médical

III.1. Introduction :

L'objectif de l'assistant est de décharger les médecins d'actes qui peuvent être délégués afin que ces derniers puissent se libérer du temps et se consacrer sur la base de leur métier. (28)

Sa priorité est de redonner du temps aux praticiens, et de leur permettre de se concentrer sur le cœur de leurs missions, à savoir soigner les patients, coordonner leurs parcours et s'engager plus fortement dans des démarches de prévention. (28)

Les négociations visant à préciser le statut des futurs assistants médicaux ont été menées sous la direction de la CNAM, entre les syndicats professionnels concernés et l'assurance maladie. L'avenant n°7, signé le 20 juin 2019 et ayant suscité le plus de débat, porte sur les conditions de recrutement des futurs assistants. (23) (28)

III.2. Les missions de l'assistant :

III.2.1. Favoriser un meilleur accès aux soins :

La présence quotidienne de l'assistant devrait permettre au médecin de se dégager de certaines tâches, par exemple administratives, et de libérer du temps médical. Il pourra donc recevoir davantage de patients. Les assurés auront de leur côté moins de difficultés à trouver un médecin traitant et à obtenir un rendez-vous. (28)

III.2.2. Rechercher d'avantage d'efficacité et de meilleures conditions d'exercice :

Le médecin pourra consacrer plus de temps aux soins et au suivi médical, pour une meilleure prise en charge de ses patients. Engagé dans une démarche de coordination des soins, le médecin pourra plus facilement assurer la coordination et la continuité des soins avec l'ensemble des autres acteurs de la prise en charge. (28)

III.3. Les actes délégués à l'assistant :

Le médecin choisit en toute liberté les missions qu'il veut confier à l'assistant médical. Cela dépend de sa pratique, de son organisation et de ses propres besoins.

Ces missions peuvent être par exemple : (28)

- Administratives :
 - Accueil des patients,
 - Création/gestion du dossier informatique,
 - Recueil et enregistrement des informations administratives et médicales,
 - Accompagnement de la mise en place de la télémédecine dans le cabinet.

- Cliniques / en lien avec la consultation :
 - Aide au déshabillage du patient,
 - Prise des constantes,
 - Mise à jour du dossier patient (dépistages, vaccinations, mode de vie),
 - Délivrance de tests de dépistage,
 - Préparation et aide à la réalisation d'actes techniques.

- Organisation et coordination :
 - Avec les autres acteurs intervenant dans la prise en charge des patients.
 - Prise de rendez-vous chez le spécialiste ou pour les examens complémentaires.

III.4. Formation et durée d'étude :

Le diplôme nécessaire à la pratique de l'assistant est le certificat de qualification professionnelle (CQP) d'assistant médical. (29)

Le poste est accessible aussi bien à des profils soignants, comme les infirmières ou les aides-soignants, qu'à des profils non soignants, comme les secrétaires médicales. (29)

La qualification professionnelle est en cours d'élaboration, mais pour faciliter les premiers recrutements elle ne sera pas exigible dans les premières années de fonctionnement du dispositif. (28)

En revanche, l'assistant médical devra être formé ou s'engager à suivre une formation spécifique dans les 2 ans après son recrutement, et avoir obtenu cette qualification professionnelle dans les 3 ans. La formation sera adaptée au profil du futur assistant médical, plutôt soignant ou non soignant. (28) (29)

III.5. Aide financière au recrutement de l'assistant :

III.5.1. Critères d'éligibilité :

Le médecin est accompagné par sa caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) dans la définition de son besoin et la compréhension des différentes options de financement. (28)

L'aide financière concerne : (28) (30)

- Les médecins sur tout le territoire :
 - Médecins généralistes,
 - Pédiatres,
 - Gériatres,
 - Rhumatologues,
 - Dermatologues,
 - Endocrinologues,
 - Neurologues,
 - ORL médicaux,
 - Gynécologues médicaux,
 - Internistes,
 - Médecins physiques et de réadaptation,
 - Gastroentérologues,
 - Pneumologues,
 - Cardiologues,
 - Psychiatres,
 - Ophtalmologistes,
 - Médecine vasculaire,
 - Allergologues,
 - Médecine à expertise particulière.
- Certaines spécialités sur les 30 % du territoire dont l'offre de soins est insuffisante :
 - Chirurgiens,
 - Anesthésistes,
 - Obstétriciens,
 - Radiologues,
 - Radiothérapeutes,
 - Stomatologues,
 - ORL chirurgical,
 - Néphrologue,
 - Médecins Nucléaires,
 - Anatomie-cytologie-pathologie.

Le médecin doit également, pour être éligible : (24) (28) (30)

- Exercer en secteur 1 ou en secteur 2 et être adhérent à l'Optam¹.
- Exercer en mode regroupé, soit au minimum 2 médecins dans un même cabinet, avec une dérogation pour les médecins en zone sous-dense.
- S'inscrire dans une démarche d'exercice coordonné, quelle que soit sa forme : maison de santé pluriprofessionnelle, équipe de soins primaires ou spécialisés, CPTS, ou s'engager à le faire dans les 2 ans.
- Avoir au minimum 640 patients dans leur patientèle dont ils sont le médecin traitant. L'appui d'un assistant médical se justifie à partir d'un certain niveau d'activité, les 30 % de médecins ayant les plus faibles patientèles ne sont donc pas concernés par l'aide.
- Pour les spécialistes, avoir vu un certain nombre de patients différents dans l'année, ce que l'on appelle la « file active ».

III.5.2. Les contrats proposés :

Le praticien signe avec sa CPAM un contrat de 5 ans renouvelable, qui formalise les engagements du médecin et de la caisse primaire. Le financement est annuel, dégressif en 2ème année, puis pérenne au-delà. Le contrat ne demande pas au médecin de travailler plus longtemps. Libéré de certaines tâches, il sera en mesure de recevoir davantage de patients dans l'année, d'assurer un suivi plus approfondi et d'accepter de nouveaux patients en tant que médecin traitant. (28) (30)

3 options sont proposées, selon le niveau de financement et d'engagement que le médecin juge approprié à ses besoins et à son organisation (annexe 1) : (28) (30)

- Option 1 : Financement et recrutement d'un tiers-temps de l'assistant médical :
 - 12 000 euros la première année.
 - 9 000 euros la deuxième année.
 - 7 000 euros la troisième année.

Le médecin s'engage à augmenter sa file active et/ou sa patientèle adulte médecin traitant de + 20 %, ou au moins de la maintenir.

- Option 2 : Financement et recrutement d'un mi-temps de l'assistant médical :
 - 18 000 euros la première année.
 - 13 500 euros la deuxième année.
 - 10 500 euros la troisième année.

Le médecin s'engage à augmenter sa file active et/ou sa patientèle adulte médecin traitant de + 25 %, ou au moins de la maintenir.

- Option 3 : En zone sous-dense uniquement : Financement et recrutement d'un temps plein de l'assistant médical :
 - 36 000 euros la première année.
 - 27 000 euros la deuxième année.
 - 21 000 euros la troisième année.

Le médecin s'engage à augmenter sa file active et/ou sa patientèle adulte médecin traitant de + 35 %, ou au moins de l'augmenter de 5%.

¹ Option Pratique Tarifaire Maîtrisée : le médecin en secteur 2 s'engage à maîtriser ses dépassements d'honoraires, ses patients bénéficient d'un moindre reste à charge et d'un meilleur remboursement.

III.6. Inspirations de l'assistant médical :

Le poste proposé dans le projet de loi semble s'inspirer de plusieurs modèles, existants dans l'odontologie française, mais aussi dans de nombreux pays du monde.

III.6.1. En France : l'assistant dentaire :

Le poste d'assistant dentaire existe depuis longtemps en France. Le métier est encadré par la convention collective nationale des cabinets du 17 janvier 1992. (31)

C'est un modèle comparable à l'assistant médical dans son objectif de délégation de tâches. Ses fonctions comportent : (32)

- La gestion de l'accueil du patient :
 - Répondre au téléphone et prise de rendez-vous,
 - Accueil physique et installation du patient au fauteuil.

- Des tâches administratives :
 - Mise à jour du dossier médical,
 - Paiement et remplissage des feuilles de soins,
 - Gestion du courrier,
 - Gestion des stocks de matériel et produits du cabinet,
 - Classement des clichés radiographiques dans les dossiers.

- L'assistance au fauteuil :
 - Préparation des plateaux d'instruments, ciments et collages,
 - Aide opératoire durant les soins,

- L'entretien des locaux et du matériel :
 - Désinfection et stérilisation des instruments.

La formation d'assistant dentaire se déroule en alternance avec un emploi au sein d'un cabinet dentaire, elle est dispensée sur 12 à 18 mois dans des centres de formation agréés. (33)

Elle est aussi accessible par contrat de professionnalisation dans le cadre de la validation des acquis de l'expérience (VAE), à condition de justifier d'une expérience professionnelle de 3 ans en rapport avec cette activité. (33)

III.6.1. Aux États-Unis et au Canada :

Les deux pays d'Amérique du Nord sont des précurseurs en matière d'assistance aux médecins, il y existe deux modèles de profession depuis de nombreuses années :

III.6.1.1. Physician assistant (PA) :

Traduit usuellement en « adjoint au médecin », la profession apparaît durant les années 1960 aux États-Unis pour faire face aux difficultés d'accès aux soins primaires dans certaines parties du territoire. Le concept d'adjoint au médecin a alors pris forme pour renforcer l'offre de soins. (34)

Dérivé de l'apprentissage accéléré de compétences médicales dans les forces armées américaines au cours de la 2^{ème} guerre mondiale, une première promotion de « physician assistant » est diplômée en 1967, composée principalement d'anciens « Marines ». L'objectif est d'augmenter l'offre de soins en prenant en charge une partie du travail des médecins. (34)

Le Canada est également un pays précurseur, le concept de formation médicale accélérée et d'assistance aux médecins était aussi utilisé dans les forces armées canadiennes au cours des années 1960. C'est en 2003 qu'ils sont intégrés dans le secteur civil canadien, pour se développer sur le même modèle que les américains. (35)

Typiquement, les adjoints au médecin, au Canada comme aux États-Unis effectuent les tâches suivantes : (36) (37)

- Prise des antécédents, anamnèse,
- Examen physique du patient,
- Prescription et interprétation d'examens complémentaires tels que des radiographies ou bilans sanguins,
- Évocation de diagnostics,
- Prescription de médicaments,
- Vaccination,
- Traitements locaux tels que plâtres, pansements,
- Education et prévention auprès des patients et des familles,
- Assistance en chirurgie,
- Pratique de sutures, ou retrait de points et agrafes.

Ils exercent sous la responsabilité d'un docteur en médecine et peuvent se spécialiser en fonction de leur médecin employeur. Ils peuvent travailler en clinique, dans les hôpitaux, en cabinets de ville, en santé scolaire, en santé militaire, principalement dans les zones sous dotées en médecins. (36)

La formation d'adjoint nécessite généralement l'obtention d'un « bachelor degree » pour les étudiants, équivalent d'une licence en Europe, c'est-à-dire 3 à 4 années d'études après le lycée. Les étudiants sont incités à avoir ce « bachelor degree » dans un domaine scientifique, et à acquérir de l'expérience en faisant du volontariat ou en travaillant dans la santé. Puis ils postulent pour entrer dans une formation de 2 à 3 ans, afin d'obtenir un « master degree », équivalent du master en Europe, qui leur donne accès à une licence de pratique en tant que « physician assistant ». (38)

Le cursus est sensiblement le même dans les deux pays, à la différence qu'il existe 250 programmes de formation accrédités aux États-Unis, contre 4 au Canada (3 publics, 1 militaire). (39) (40) (41)

III.6.1.2. Medical assistant (MA) :

Traduit usuellement en « assistant médical », L'AAMA (American Association of Medical Assistant) est officiellement fondée en 1955 afin de créer une meilleure organisation nationale et la reconnaissance d'une fonction déjà existante. C'est en 1969 que le métier d'assistant médical devient officiel. (42) (43)

Contrairement aux adjoints aux médecins, qui ont un rôle soignant au premier plan avec la possibilité de diagnostiquer et traiter les patients, les assistants médicaux oscillent aux États-Unis comme au Canada entre une fonction administrative et soignante. (42) (43)

Leurs principales fonctions peuvent varier d'un cabinet à un autre, mais également selon la législation des différents états : (44)

- Accueil des patients, répondre au téléphone,
- Utilisation des applications informatiques, mise à jour et classement des dossiers médicaux, gestion des formulaires d'assurance maladie,
- Prise de rendez-vous et programmation des hospitalisations, prise en charge des services de laboratoire (récupération des résultats, envoi des analyses),
- Traitement de la correspondance médicale et extraction des informations utiles,
- Facturation et comptabilité,
- Prise des antécédents médicaux et mise à jour des traitements, explications complémentaires sur les traitements,
- Préparation des patients à l'examen clinique, assistance du médecin lors de l'examen,
- Collecte et préparation des analyses pour le laboratoire, stérilisation des instruments, pratique de tests laboratoires de base,
- Préparation et administration de certains traitements selon les directives du médecin,
- Réalisation de prises de sangs, d'électrocardiogrammes ou de radiographies,
- Retrait de points de sutures ou agrafes, changement de pansements,
- Promotion de la santé, prévention et conseils.

Il existe plusieurs possibilités pour accéder à ce poste, aux États-Unis comme au Canada le modèle de formation est semblable : le diplôme d'assistant médical n'est pas obligatoire pour pratiquer mais il permet d'accéder à un salaire plus élevé. (45)

Les étudiants s'inscrivent à une formation d'une durée de 1 an afin de devenir assistant médical. Cette formation est accessible juste après le lycée, à l'université et/ou en ligne. (45)

Ils peuvent aussi se former « On-the-Job », c'est-à-dire sur le terrain auprès d'un médecin, mais il est tout de même recommandé de suivre une formation théorique afin d'obtenir le diplôme d'assistant médical. (45) (46)

Aujourd'hui aux États-Unis et au Canada le métier d'assistant médical est, comme celui d'adjoint au médecin, en pleine expansion et fait partie des métiers médicaux les plus demandés. (39)

III.6.2. En Suisse :

En Suisse, contrairement aux modèles Nord-Américain, l'adjoint au médecin n'existe pas. Les assistants médicaux suisses exercent habituellement en cabinets privés ou en cabinets de médecins regroupés, certains exercent en hôpitaux ou cliniques. Les fonctions de l'assistant médical en Suisse oscillent entre secrétaire et infirmier. (47) (48)

Ces fonctions comportent par exemple : (47) (48)

- Accueil des patients, prise de rendez-vous,
- Réception des appels téléphoniques, analyse des demandes,
- Réalisation des électrocardiogrammes, radiographies,
- Mesures des constantes (tension, poids, etc...),
- Réalisation de prises de sang et d'injections,
- Préparation des instruments nécessaires à l'examen médical,
- Assistance lors de certains soins ou petites interventions chirurgicales,
- Réalisation de plâtres, pansements,
- Retrait de points de suture,
- Administration de médicaments,
- Mise à jour du dossier des patients dans le respect de la protection des données,
- Correspondance (rapports et lettres dictés par les médecins),
- Facturation et comptabilité,
- Préparation des ordonnances avant signature du médecin,
- Commande des consommables nécessaires au cabinet.

La formation des assistants médicaux dure actuellement 3 ans. Elle s'acquiert par un apprentissage à la fois pratique avec des stages au sein d'un cabinet médical et théorique à l'école professionnelle. (47) (48)

Le nombre d'heures de cours est dégressif au profit de la pratique en avançant dans les années de formation. Après cette formation, l'étudiant obtient le certificat fédéral de capacité d'assistant médical. (47) (48)

III.6.3. Dans le reste du monde :

Le modèle d'assistance médicale (« Medical Assistant » et « Physician Assistant ») a donc commencé en Amérique du Nord au milieu des années 1960.

Le phénomène s'est répandu à l'échelle mondiale dans une variété de systèmes de santé, de nombreux pays sont à divers stades de l'expansion des assistants médicaux. (49)

La principale différence entre ces deux postes est dans sa fonction « clinique », l'assistant médical suisse et le « Medical Assistant » Nord-Américain ont des fonctions surtout administratives, avec une activité clinique faible. Tandis que le « Physician Assistant » prend une part active dans l'examen du patient, il a une formation médicale, il émet des hypothèses diagnostiques et a parfois le droit de prescrire.

Il existe d'autres pays acteurs dans le domaine de l'assistance aux médecins, dont le modèle est calqué sur la formule américaine et canadienne :

- Allemagne :

Le premier programme de formation d'assistants médicaux a ouvert ses portes en 2005 et repose sur 3 années universitaires. Les assistants ont un champ d'exercice relativement limité, nécessitant la supervision directe du médecin et n'ont pas le droit de prescrire. L'expansion des assistants médicaux est pour le moment faible en Allemagne. (49) (50)

- Australie :

Les assistants diplômés après une formation de 3 ans, travaillent dans des régions mal desservies, en particulier l'Australie rurale. Ils ne sont pas autorisés à prescrire. (49)

- Ghana :

La profession d'assistant médical a commencé en 1969. Le programme a été conçu comme une formation avancée de 18 mois pour les infirmières. Les assistants sont considérés comme le fondement des soins primaires car ils répondent aux besoins de 70% de la population et voient en moyenne 90 à 150 patients par jour. Ils ont le droit de prescrire mais selon certaines règles. (49)

- Libéria :

La formation des assistants médecins a commencé dans les années 1960, sa durée est actuellement de 3 ans. Ils ont le droit de prescrire et d'effectuer toutes les activités médicales, à l'exception de la chirurgie. (49)

- Pays-Bas :

Le médecin généraliste constitue la porte d'entrée vers le système de soins en Hollande. Il n'est en effet pas possible de consulter un spécialiste sans avoir été adressé par son médecin traitant. Les assistants médicaux sont introduits pour la première fois en 2001 pour soulager la médecine générale, en utilisant l'expérience des États-Unis. Depuis 2018, la législation Hollandaise leur a accordé une indépendance totale dans le diagnostic, l'initiation des traitements et l'exécution des procédures médicales non complexes. (49) (51) (52)

- Royaume-Uni :

Le poste d'assistant a été instauré par une réforme du NHS (National Health System) de 2016. Les étudiants suivent une formation de 2 ans en sciences médicales et en raisonnement clinique pour devenir "médecin associé". Ils n'ont pas le droit de prescrire et travaillent sous la direction d'un médecin. (49) (53)

Le modèle d'assistant existe aussi dans d'autres pays, mais leur diplôme n'est pas toujours reconnu par le système de santé, comme en Inde et en Arabie Saoudite. Et parfois le poste ne s'est pas encore intégré dans la santé civile et il est donc peu pratiqué, comme en Afghanistan, Bulgarie, Irlande, Israël et Nouvelle-Zélande. (49)

IV. Matériel et méthode

IV.1. Type d'étude :

Nous avons réalisé une étude quantitative épidémiologique descriptive transversale.

IV.2. Population de l'étude :

Pour la réalisation de cette étude, nous avons sollicité les médecins généralistes libéraux, les médecins remplaçants et les internes de médecine générale ayant à minima réalisé leur stage praticien ambulatoire, sans limitation géographique.

IV.3. Objectif de l'étude :

L'objectif principal était de préciser les actes que les médecins généralistes et les internes de médecine générale souhaiteraient déléguer à l'assistant médical du texte de loi « ma santé 2022 ».

Les objectifs secondaires étaient :

- Identifier les freins à la mise en place de l'assistant et l'avis des répondants sur la proposition de financement,
- Rechercher si le sexe, l'âge, le mode d'exercice et/ou la durée d'installation ont une influence sur les actes délégués et sur les freins à la mise en place du poste d'assistant,
- Suggérer les connaissances minimales nécessaires à la formation de l'assistant.

IV.4. Recueil des données :

Le questionnaire (annexe 2) a été réalisé en ligne, grâce à l'application Google Forms.

La première partie était d'ordre démographique : âge, sexe, mode d'exercice et durée d'installation des répondants.

La deuxième partie était constituée de questions à choix binaire (oui/non) sur la délégation à l'assistant de tâches administratives et cliniques chez l'adulte et l'enfant. Cette partie se terminait par une proposition facultative d'actes imaginés par les répondants, puis une estimation du nombre de consultation(s) supplémentaire(s) réalisable(s) par jour en présence d'un assistant.

La troisième partie se divisait en deux branches. L'orientation dépendait de la réponse concernant un projet de recrutement d'assistant :

- Les praticiens ayant un projet de recrutement devaient dire si les options de financement leurs convenaient (oui/non),
- Les médecins n'ayant pas de projet de recrutement devaient le justifier par une question à choix multiple.

Le questionnaire se terminait enfin par un espace de commentaires libres.

Le questionnaire a été testé et chronométré sur quatre praticiens : un médecin que je remplaçais, un ancien maître de stage et deux amis internes. Ils l'ont complété en 3 à 5 minutes, et n'ont pas fait part d'ambiguïté dans les questions.

Nous l'avons diffusé sur une durée de 6 mois, de septembre 2019 à mars 2020. Le recueil des données a été interrompu devant l'absence de nouvelles réponses, l'absence de nouveau contact pouvant partager le questionnaire, et le contexte de crise sanitaire. Il a été diffusé :

- Par mail (annexe 3) :
 - Aux médecins et internes de mon entourage, en septembre 2019,
 - Aux médecins que je remplaçais en Haute-Vienne, Dordogne et Corrèze, et à leurs confrères du cabinet / de la maison de santé, pendant ou après mon remplacement,
 - Aux maîtres de stage universitaire de la faculté de médecine de Limoges en février 2020, par l'intermédiaire du Dr Lauchet, présidente du CRGE et qui a en sa possession les adresses mails des MSU,
 - À l'association des internes de médecines générales de Limoges (AIMGL) en février 2020, qui a transmis le mail à ses adhérents,
 - Au conseil départemental de l'ordre des médecins de l'Indre en mars 2020, via la connaissance personnelle d'un de ses membres.

Une demande explicite était présente dans chaque mail, incitant le médecin ou l'interne à partager le lien, et de s'abstenir de répondre s'il l'avait déjà fait.

- Par SMS :

Aux médecins et amis pour lesquels je ne disposais pas d'adresse mail.

Chaque SMS contenait un lien dirigeant vers le questionnaire et une demande de partage. Les médecins et internes de mon entourage ont reçu un premier SMS en septembre 2019, puis un second en février 2020 qui demandait aux praticiens de ne pas répondre s'il l'avait déjà fait.

- Sur les pages dédiées à la diffusion des questionnaires de thèse des sites internet des syndicats et ordre des médecins :
 - MG France en octobre 2019,
 - SNJMG (Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes) en octobre 2019,
 - Ordre des médecins de la Haute-Vienne en janvier 2020.

Par cette méthode « boule de neige », nous avons obtenu 147 réponses au questionnaire.

Le critère principal d'inclusion était la pratique d'une activité de consultation en médecine générale libérale. Quatre questionnaires ont donc été supprimés de la base de données :

- Deux répondants étaient des praticiens hospitaliers, ne pratiquant pas ou peu d'activité de consultation en médecine générale,
- Deux répondants ont fourni des données non exploitables, répondant « non » à toutes les questions, et critiquant avec véhémence le concept d'assistant.

Nous avons donc exploité 143 réponses.

IV.5. Analyse statistique des données :

Les résultats des variables qualitatives sont exprimés en effectifs et pourcentages.

Les comparaisons de variables qualitatives ont été réalisées par des tests du Chi2 ou des tests exacts de Fisher en fonction des effectifs théoriques et du nombre de classes et/ou d'items dans les différentes variables considérées.

Tous les critères ont été évalués par le test du Chi2 ou le test exact de Fisher lorsqu'un effectif étaient ≤ 5 .

Le seuil de significativité choisi pour l'ensemble des analyses statistiques est de 0,05.

Le logiciel utilisé est biostatgv <https://biostatgv.sentiweb.fr/> avec le soutien du département universitaire de médecine générale de la faculté de Limoges.

V. Résultats

V.1. Population des répondants :

Notre population se compose de 80 femmes et 63 hommes.

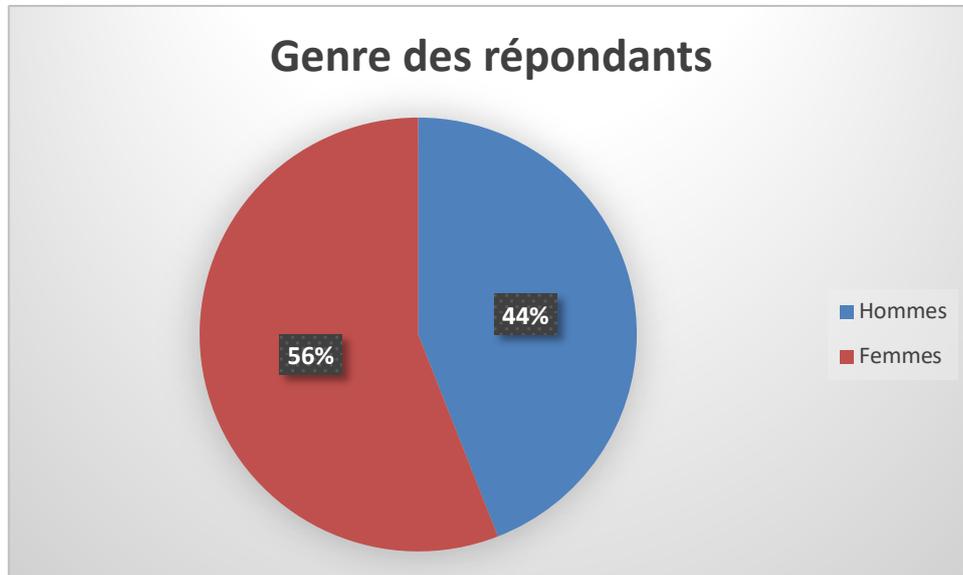


Figure 8 : Genre des répondants

Les répondants, âgés de 20 à 70 ans, ont été regroupés par tranches de 10 ans, pour un âge moyen des répondants de 40,4 ans et ratio homme/femme homogène dans chaque tranche.

- 20 – 30 ans : 41
- 30 – 40 ans : 41
- 40 – 50 ans : 20
- 50 – 60 ans : 23
- 60 – 70 ans : 18

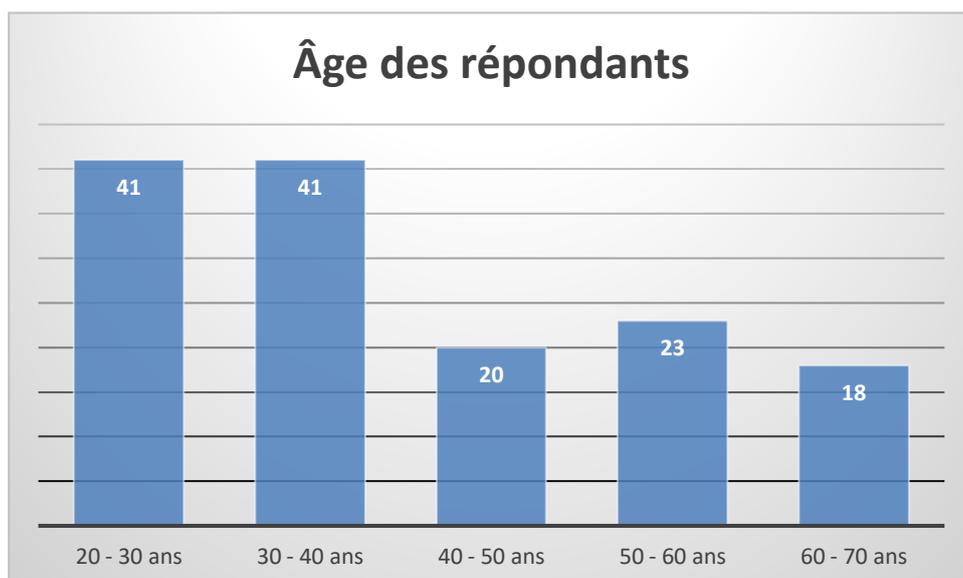


Figure 9 : Âge des répondants

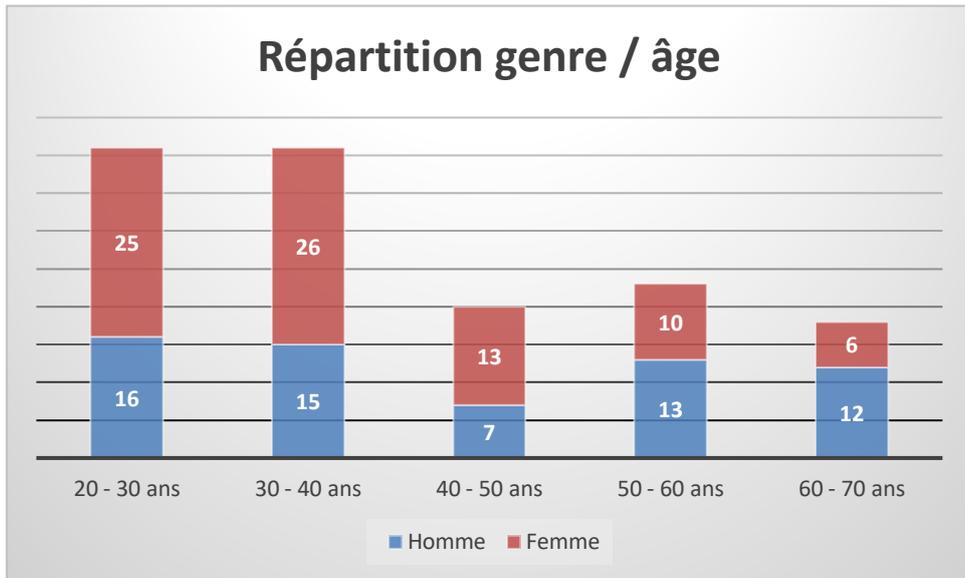


Figure 10 : Répartition genre / âge

Nous avons groupé les répondants en fonction de leur activité :

- Non installés : 50
 - Internes : 43
 - Remplaçants : 7
- Installés : 93
 - Cabinet de groupe : 41
 - Maison de santé pluridisciplinaire : 30
 - Seuls : 22

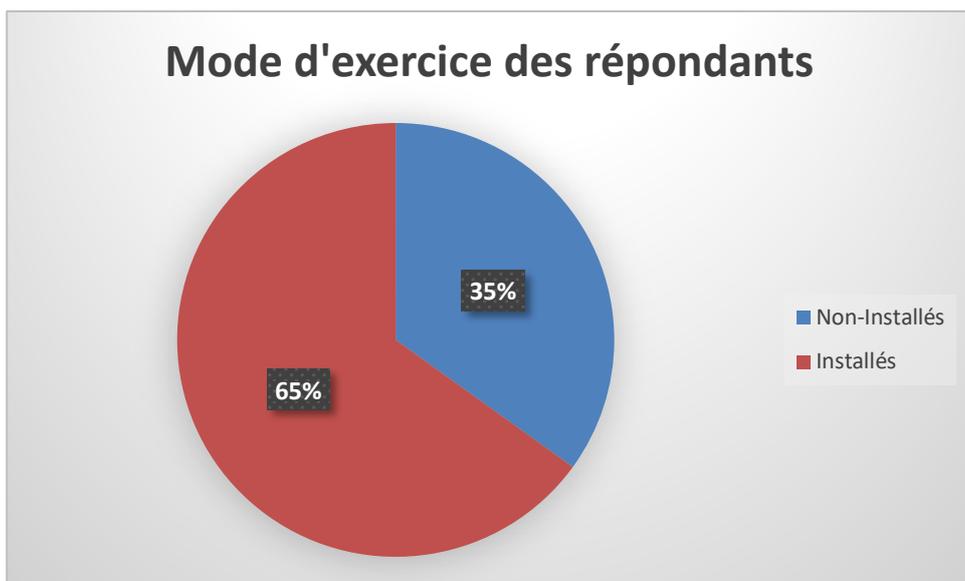


Figure 11 : Mode d'exercice des répondants

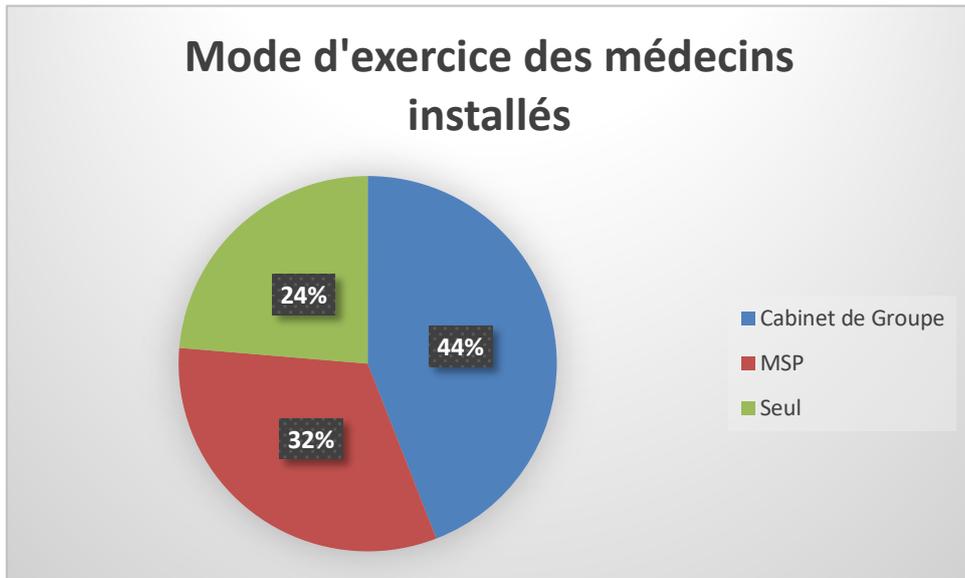


Figure 12 : Mode d'exercice des médecins installés

Concernant la durée d'installation, nous avons regroupé les répondants en 3 groupes d'effectifs comparables :

- < 5 ans : 28
- 5 - 20 ans : 32
- > 20 ans : 33

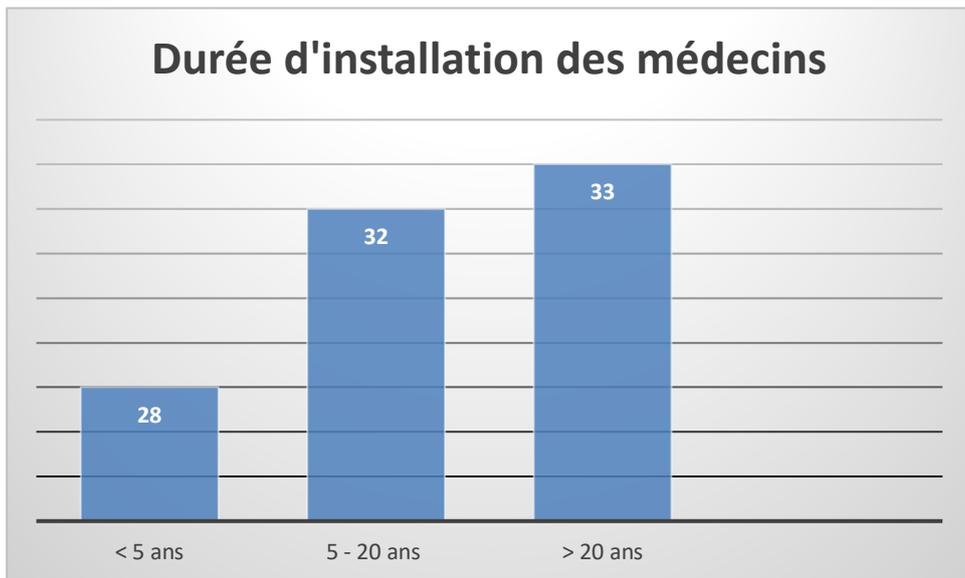


Figure 13 : Durée d'installation des médecins

51 médecins installés pratiquent en « désert médical », contre 42 qui ont déclarés exercer hors désert médical.

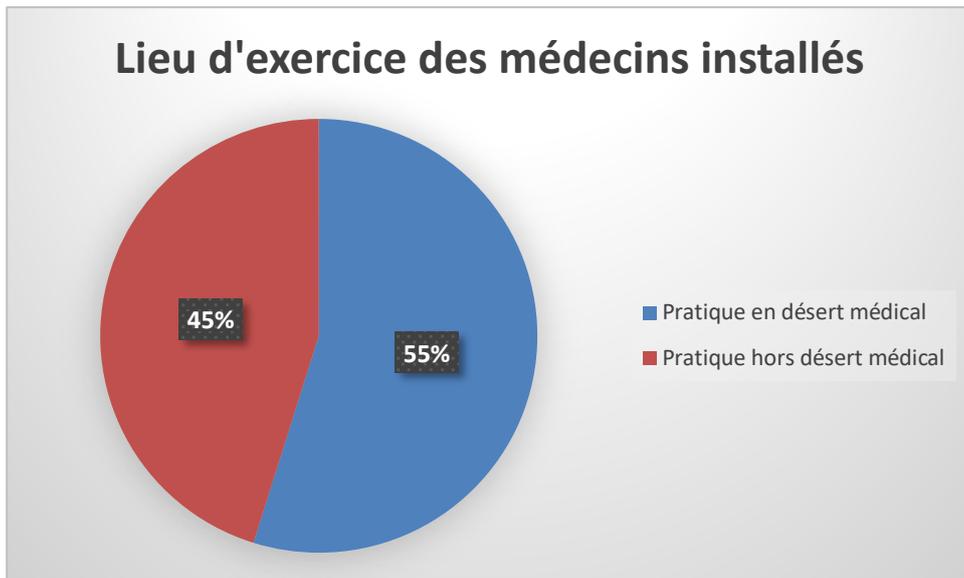


Figure 14 : Lieu d'exercice des médecins installés

V.2. Les répondants et l'assistant :

V.2.1. Êtes-vous favorable au principe d'un assistant médical ?

Concernant l'avis général des répondants sur le concept d'assistant médical, 110 y sont favorables, et 33 opposés.

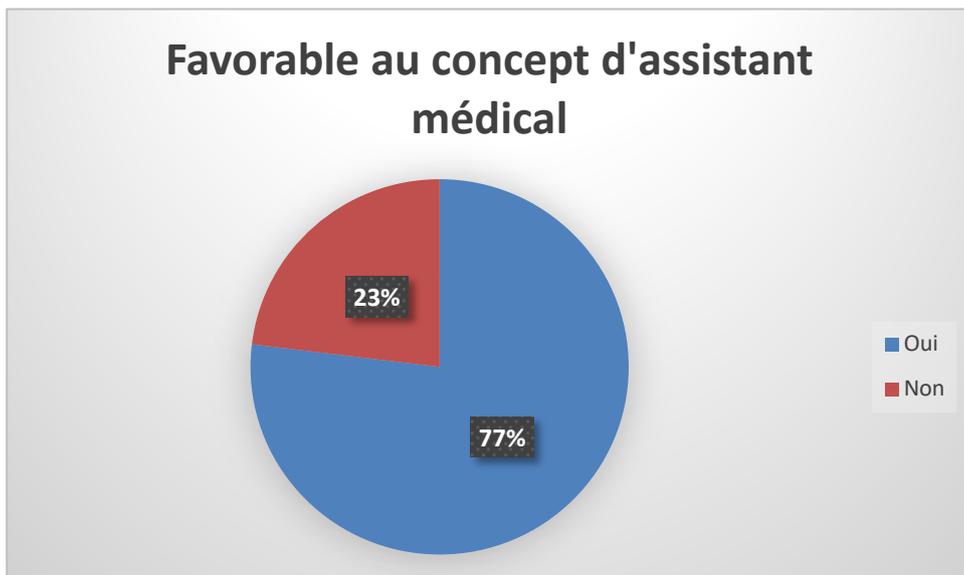


Figure 15 : Avis des répondants concernant l'assistant

V.2.2. Lieu d'accueil de l'assistant médical ?

Lieu de pratique de l'assistant, imaginé par les répondants :

- Au secrétariat / à l'accueil : 33
- Avec le médecin dans la salle d'examen : 7
- Dans une salle / un espace dédié : 100
- Sans avis : 3

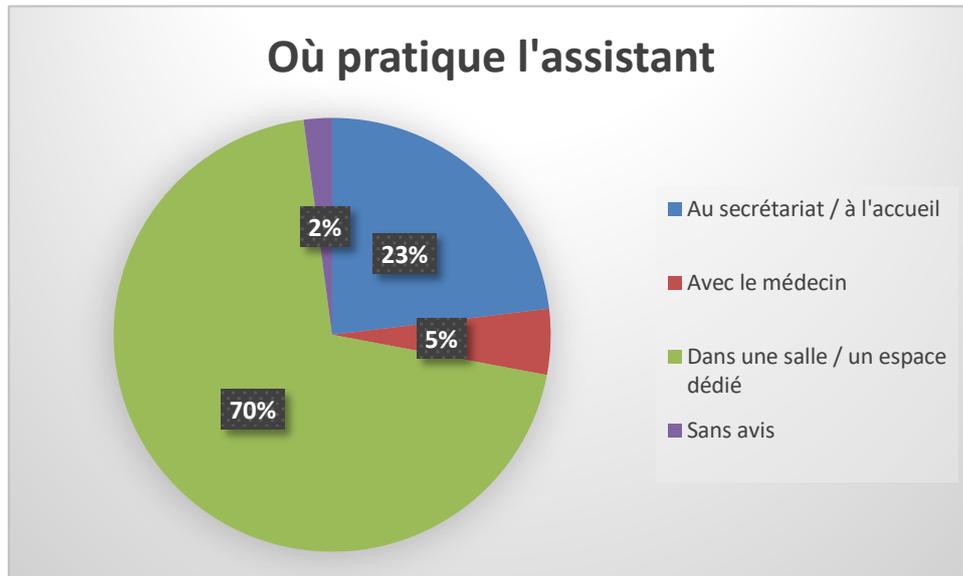


Figure 16 : Lieu d'accueil de l'assistant selon les répondants

V.2.3. Tâches cliniques générales :

V.2.3.1. Habillage/déshabillage du patient si besoin ?

Les 3/4 des répondants, soit 107 praticiens, préfèrent ne pas avoir à aider le patient s'habiller / se déshabiller lors des consultations, contre 36 qui ne souhaitent pas déléguer cette tâche.

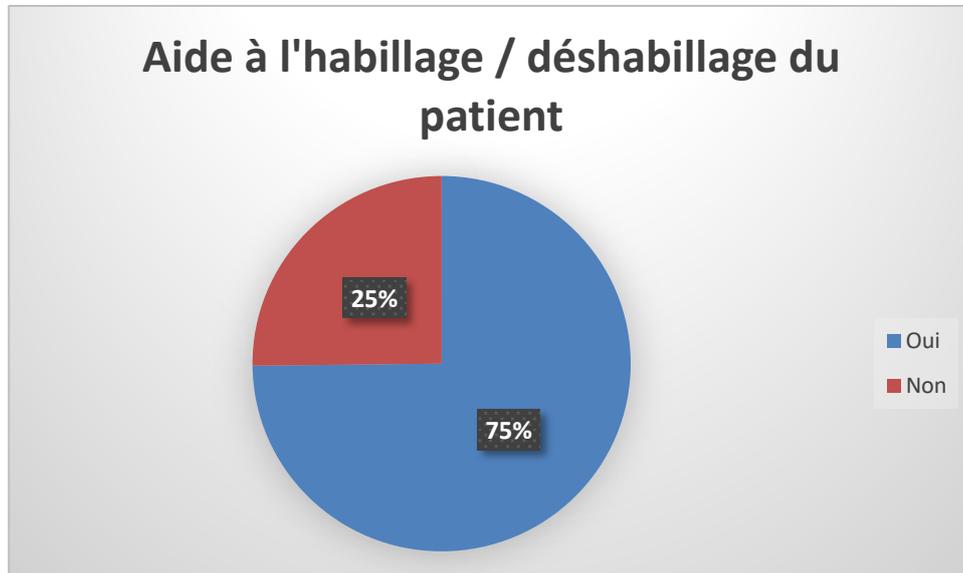


Figure 17 : Aide à l'habillage / déshabillage du patient

V.2.3.2. La mesure du poids et de la taille ?

124 praticiens souhaitent déléguer la mesure du poids et de la taille du patient à l'assistant. 19 répondants souhaitent continuer de peser personnellement les patients.

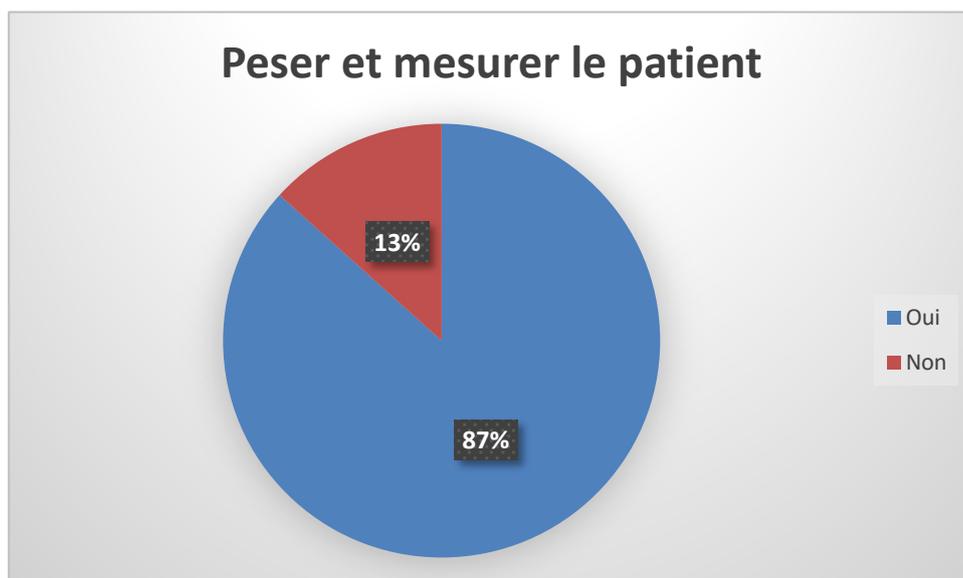


Figure 18 : Mesure du poids et de la taille du patient adulte

V.2.3.3. La mesure de la tension artérielle ?

Concernant la mesure de la tension artérielle, 62 répondants préfèrent prendre la tension eux-mêmes, et 81 délèguent cette partie de l'examen à l'assistant.

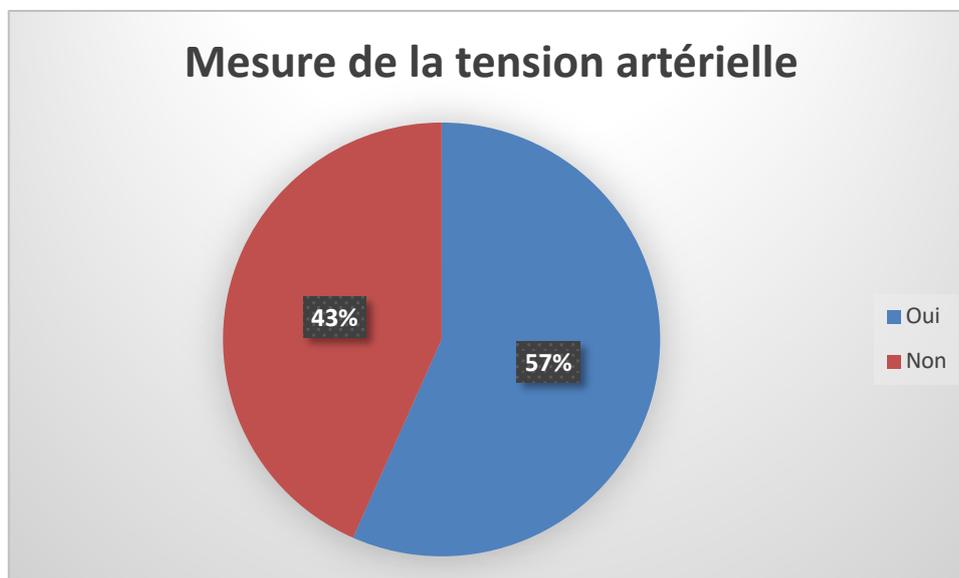


Figure 19 : Mesure de la tension artérielle

V.2.3.4. La réalisation d'une BU / d'un ECG / d'un Streptotest ?

Exemples de gestes fournis dans la question : BU / ECG / Streptotest.

97 répondants souhaitent délèguer la réalisation de ces actes cliniques, et 46 préfèrent le faire eux-mêmes.

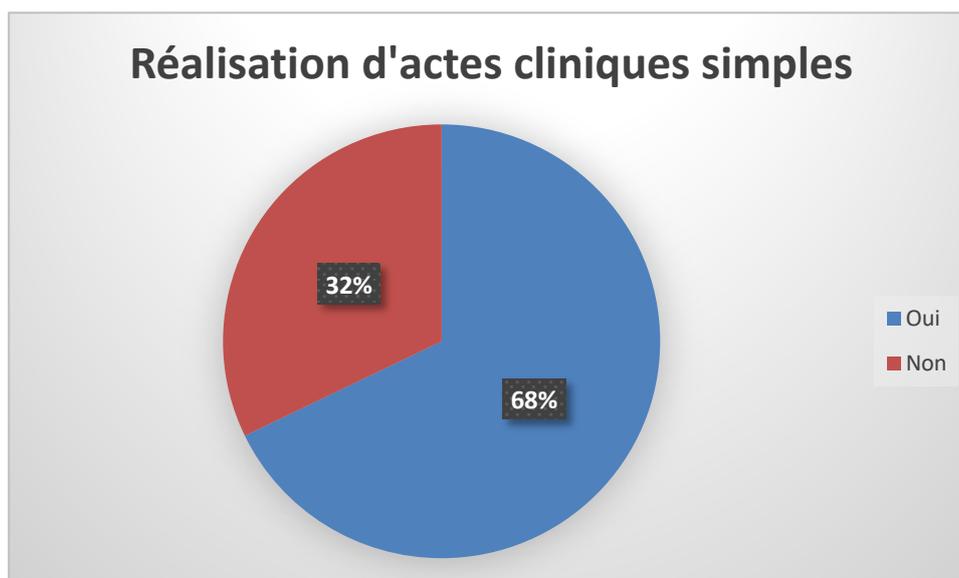


Figure 20 : Réalisation d'actes cliniques simples

V.2.3.5. L'évaluation du patient par des grilles normalisées ?

Exemples de tests fournis dans la question : Fagerström – Tabac / MMSE – Troubles cognitifs.
99 répondants souhaitent déléguer l'évaluation du patient par un test normalisé, 44 y sont opposés.

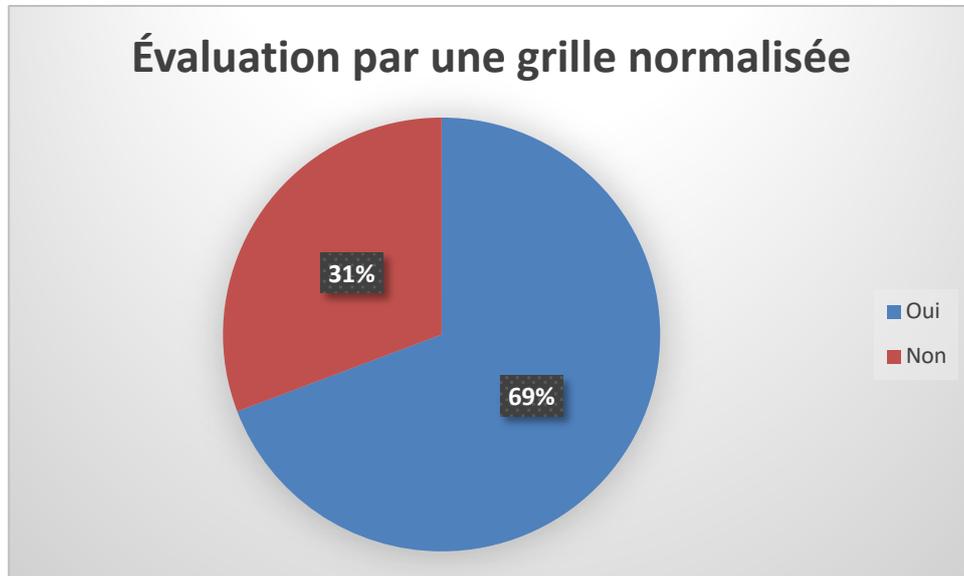


Figure 21 : Évaluation du patient par une grille normalisée

V.2.3.6. La vérification du statut vaccinal et des dépistages organisés ?

Exemples de dépistages fournis dans la question : Mammographie / Frottis / Hemocult.

Les 2/3 des répondants soit 95 praticiens, souhaitent que l'assistant soit en charge de vérifier le statut vaccinal du patient et la réalisation des dépistages organisés. 48 répondants préfèrent s'en occuper eux-mêmes.

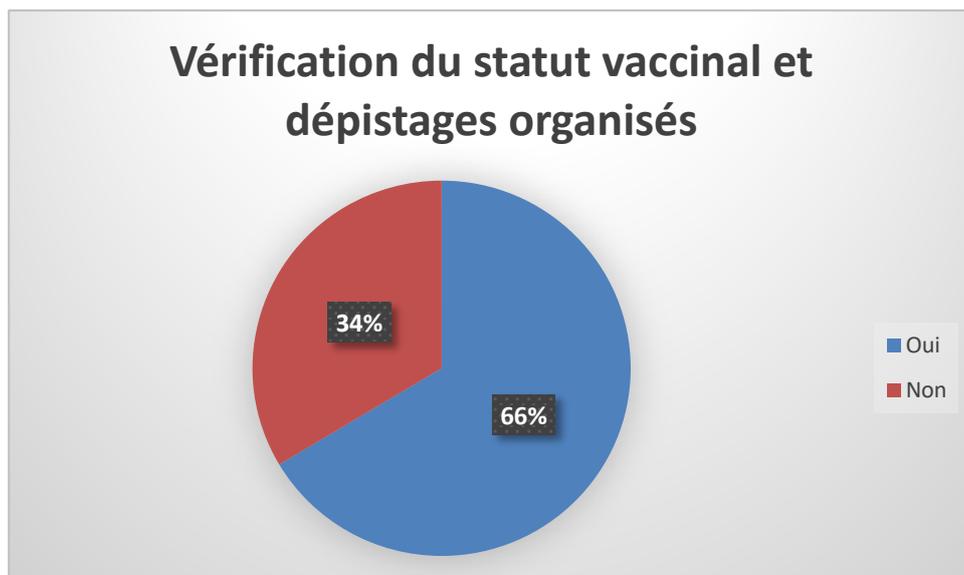


Figure 22 : Statut vaccinal et dépistages organisés

V.2.3.7. La préparation du matériel pour certains gestes médicaux ?

Exemples de gestes fournis dans la question : Sutures / Pansements / Frottis.

80% des répondants, soit 114 praticiens, souhaitent déléguer la préparation du matériel pour les gestes. 29 préfèrent préparer leur matériel personnellement.

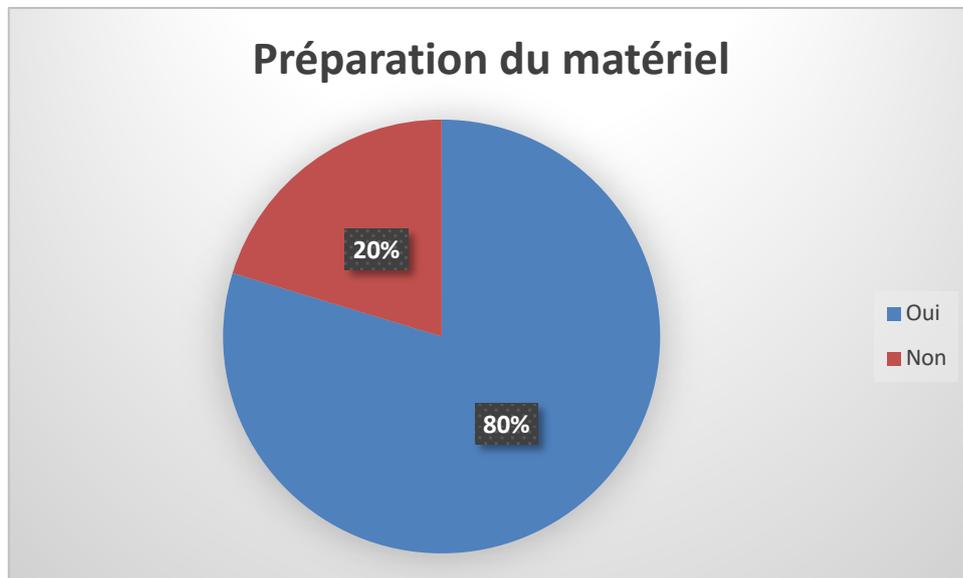


Figure 23 : Préparation du matériel pour les gestes

V.2.4. Tâches cliniques chez l'enfant :

V.2.4.1. La mesure du poids, de la taille et du périmètre crânien ?

88 répondants souhaitent déléguer la mesure des paramètres chez l'enfant (poids, taille et périmètre crânien), 55 souhaitent le faire eux-mêmes.

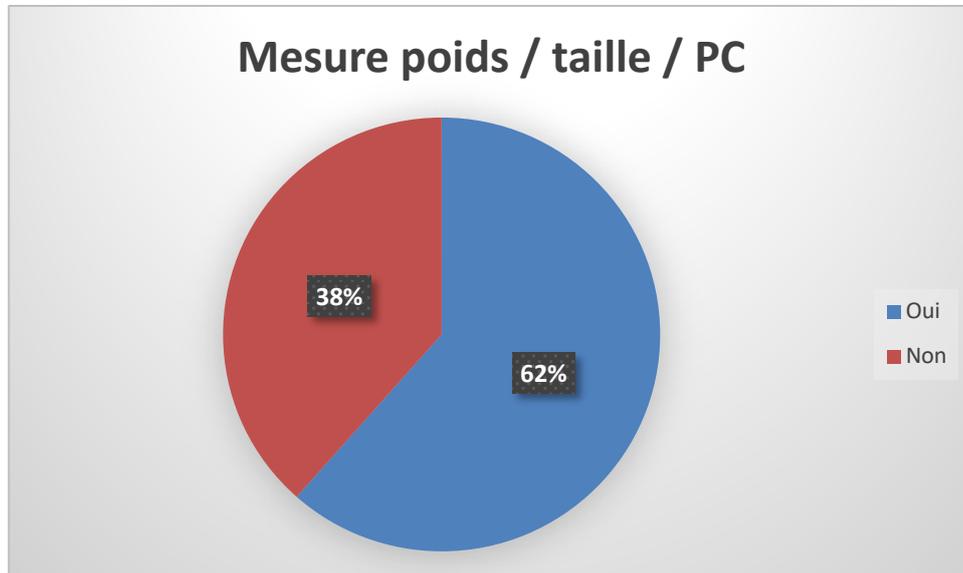


Figure 24 : Mesure du poids, de la taille et du périmètre crânien chez l'enfant

V.2.4.2. L'évaluation du développement psychomoteur par une grille normalisée ?

Concernant l'évaluation de l'enfant, les 2/3 des répondants, soit 96 praticiens préfèrent la faire personnellement, et 47 sont prêts à la déléguer à l'assistant.

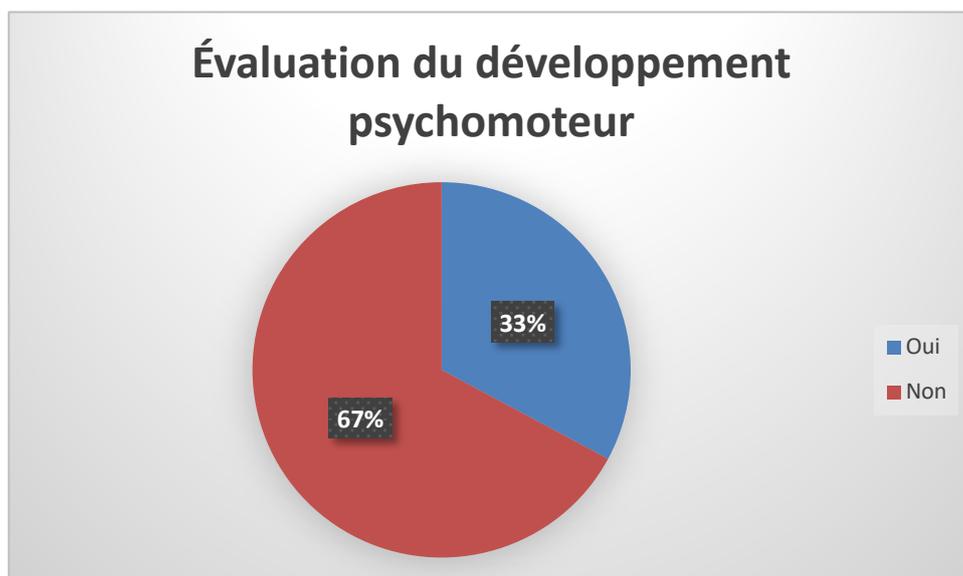


Figure 25 : Évaluation du développement psychomoteur de l'enfant

V.2.4.3. Le dépistage de troubles auditifs ou visuels ?

87 répondants souhaitent déléguer le dépistage des troubles auditifs et visuels chez l'enfant. 56 y sont opposés.

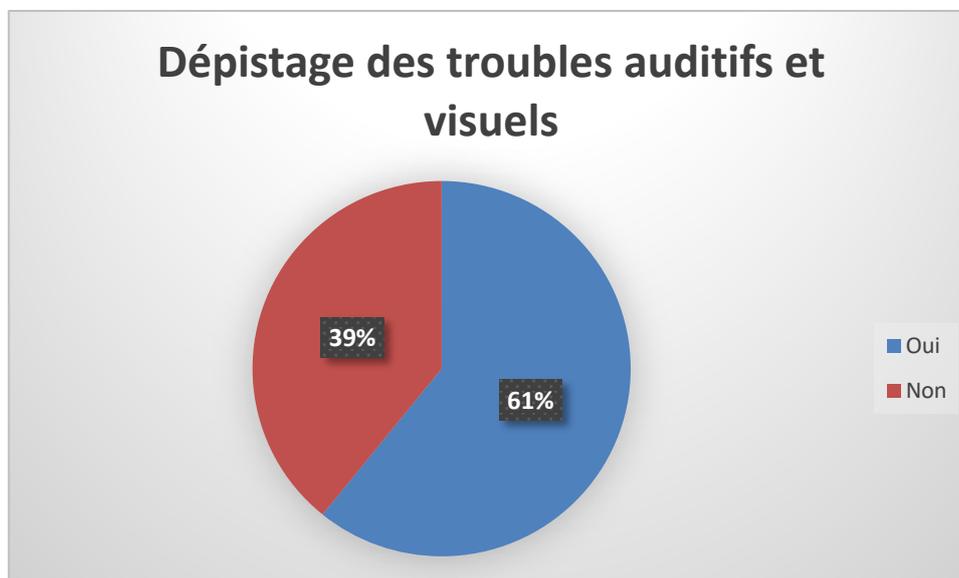


Figure 26 : Dépistage des troubles auditifs et visuels

V.2.5. Tâches administratives :

V.2.5.1. Le standard téléphonique, la prise de rendez-vous et la gestion de votre planning ?

105 praticiens souhaitent que l'assistant gère leur planning et le standard téléphonique. 38 souhaitent le faire personnellement ou le déléguer à un standard à distance.

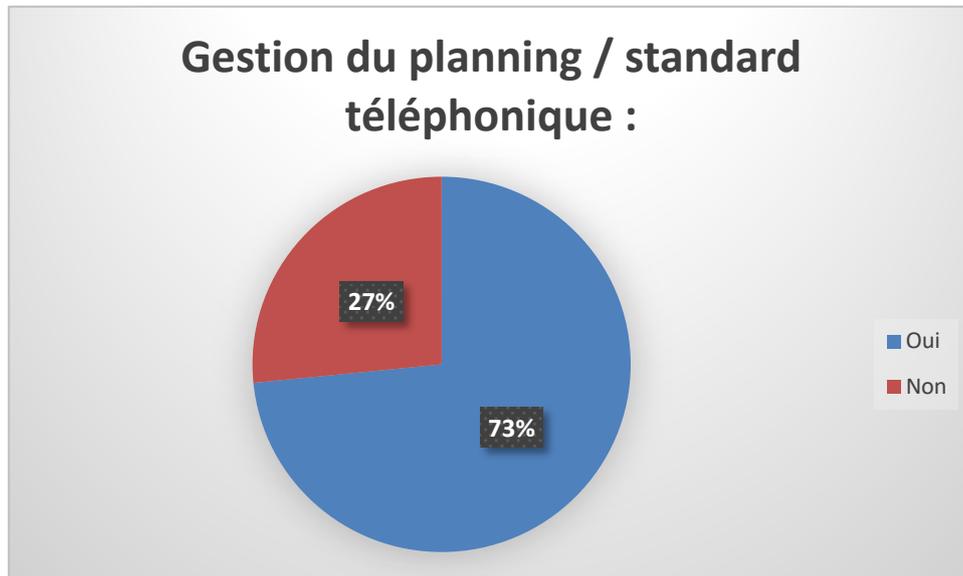


Figure 27 : Gestion du planning / standard

V.2.5.2. La prise de rendez-vous de consultation auprès des spécialistes et/ou d'examens complémentaires pour les patients ?

124 praticiens souhaitent que l'assistant soit en charge de la prise de rendez-vous pour les patients (aux examens complémentaires et aux rendez-vous chez les spécialistes), 19 souhaitent le faire eux-mêmes.

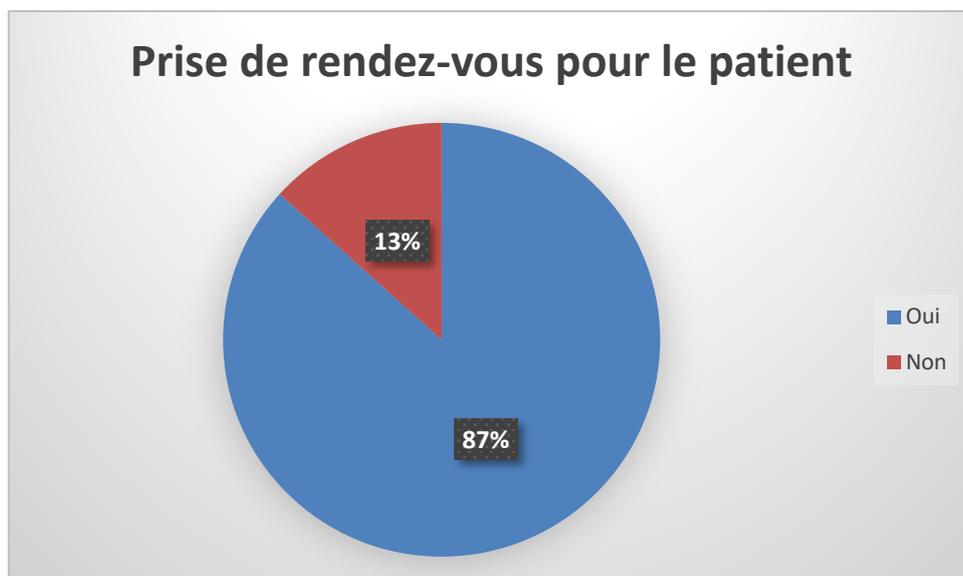


Figure 28 : Prise de rendez-vous chez le spécialiste / pour les examens complémentaires

V.2.5.3. La préparation ou rédaction des certificats médicaux avant signature ?

Exemples de certificats fournis dans la question : non contre-indication ou aptitude / arrêt de travail / AT/MP / bons de transport / dossiers MDPH.

87 répondants souhaitent que l'assistant prépare les certificats avant leur signature, 56 préfèrent le faire eux-mêmes.

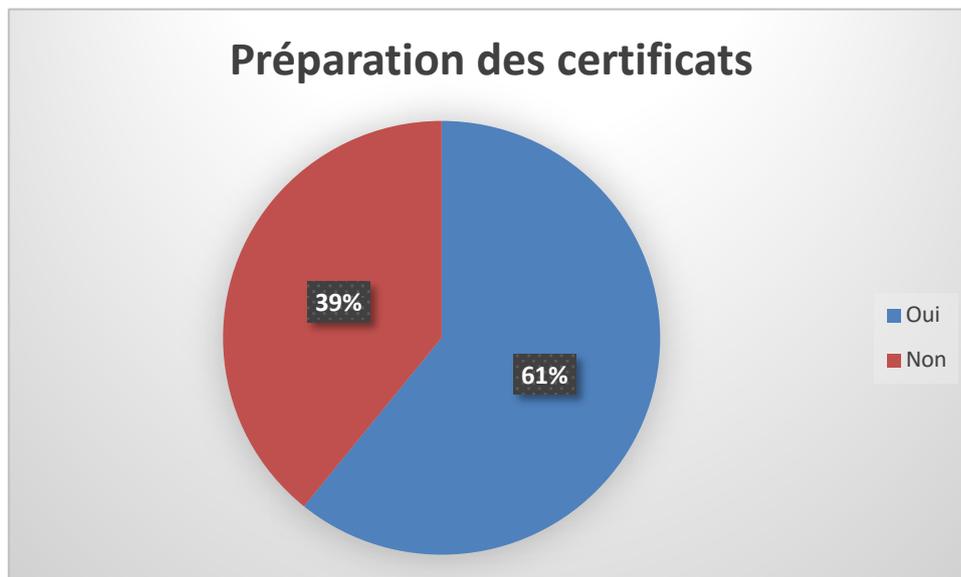


Figure 29 : Préparation et rédaction des certificats par l'assistant

V.2.5.4. L'encaissement des actes / gestion de la FSE / télétransmission / relance des impayés et contact avec les caisses ou les mutuelles ?

111 praticiens souhaitent déléguer la partie "facturation" de la consultation. À l'inverse, 32 praticiens préfèrent s'en occuper.

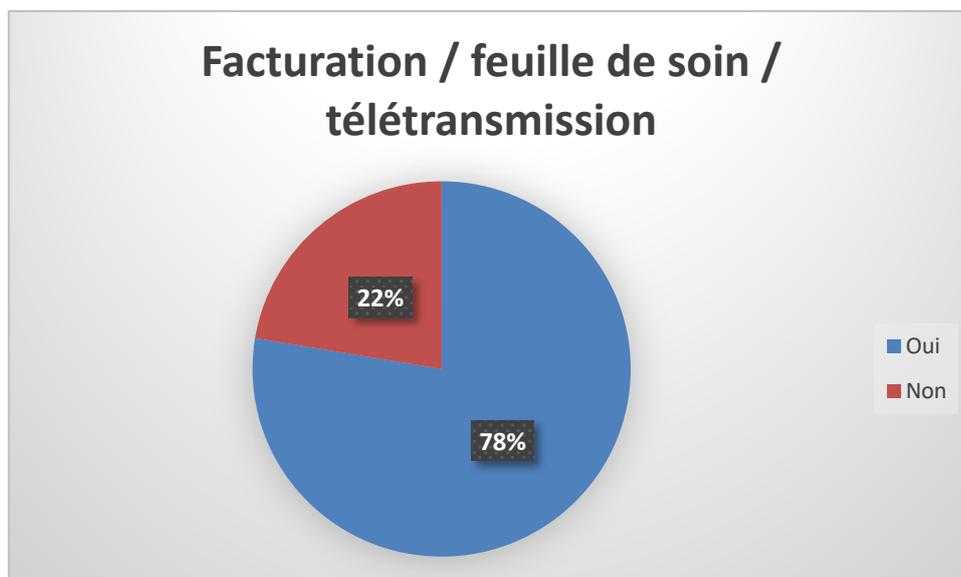


Figure 30 : Gestion de la feuille de soin, de la facturation et du contact avec les caisses

V.2.5.5. L'intégration au dossier médical informatique des différents courriers et des résultats biologiques ?

124 praticiens souhaitent déléguer la gestion du dossier du patient, c'est-à-dire l'intégration des résultats biologiques, courriers et compte-rendus au dossier (informatique ou papier) du patient. 19 répondants souhaitent gérer eux-mêmes les dossiers des patients.

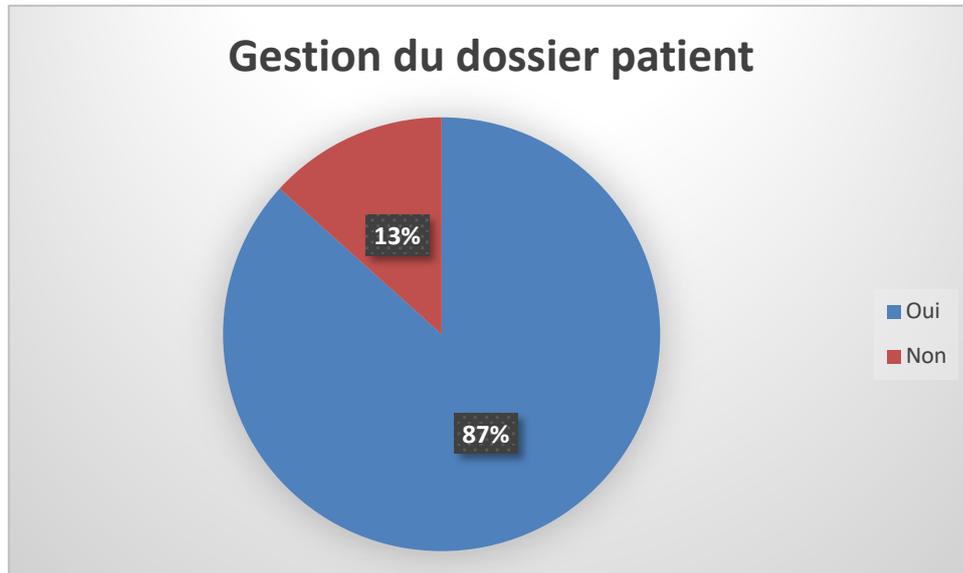


Figure 31 : Intégration des éléments au dossier du patient

V.2.5.6. La gestion des stocks ?

124 répondants souhaitent déléguer la gestion des stocks du cabinet (matériel, papiers divers), 19 veulent s'en occuper personnellement.

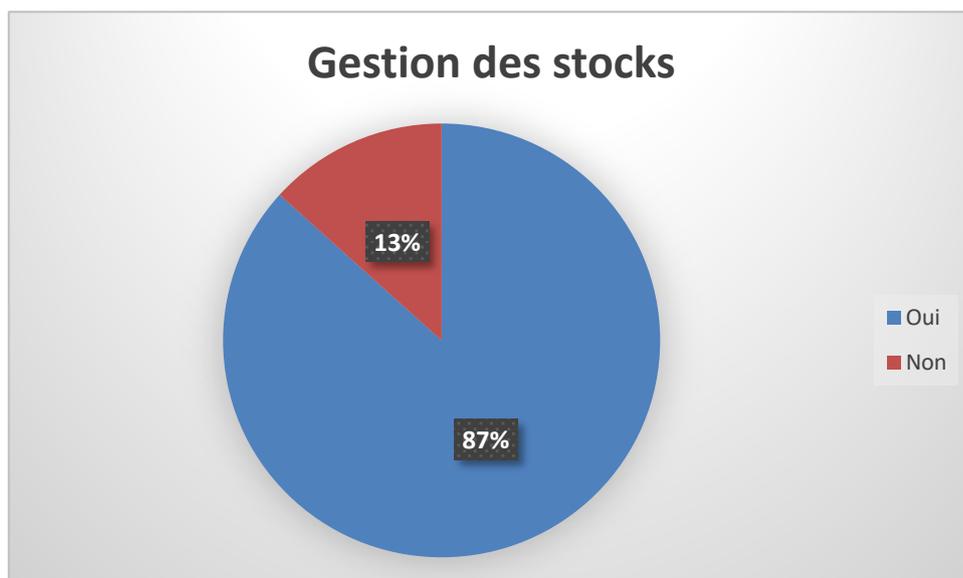


Figure 32 : Gestion des stocks de matériel du cabinet

V.3. Quels autres actes imagineriez-vous pouvoir déléguer à l'assistant médical ?

Autres actes imaginés par les répondants en réponse libre :

- Accompagnement du patient dans le cadre d'une ALD : aide pour l'administratif, renouvellement de l'ordonnance, prescription et suivi de biologie : 5
- Entretien des locaux : 2
- Exploration fonctionnelle respiratoire : 1
- Évaluation rapide du patient dans un contexte d'urgence : 1
- Dépistage de l'apnée du sommeil : 1
- Mesure de la tension artérielle dans le cadre d'une MAPA : 1
- Entretien avec le patient pour les protocoles de recherche : 1
- Rappel du patient si anomalie sur son bilan biologique : 1
- Accompagner le patient dans ses directives anticipées et la désignation de sa personne de confiance : 1

V.4. Recrutement, freins et consultations supplémentaires :

V.4.1. Nombre de consultations supplémentaires ?

La question était facultative, les répondants étaient invités à estimer le nombre de consultations supplémentaires qu'ils pourraient réaliser en déléguant des tâches à l'assistant.

5 réponses n'ont pas été intégrés à l'analyse, car les répondant déclaraient pouvoir faire 30 à 50 actes par jour en plus. Ces chiffres nous ont semblés trop élevés pour une augmentation d'activité journalière, nous avons considéré que les répondants n'avaient pas compris la question et ne les avons pas intégrés à l'analyse.

Sur les 143 répondants :

- 33 n'ont pas répondu
- 5 n'ont pas été intégrés à l'analyse
- 105 répondants ont donné des chiffres de 1 à 10 (inclus), aucun n'a répondu « 0 »

La moyenne des résultats est de 4,457 consultations/jour, pour une médiane à 4.

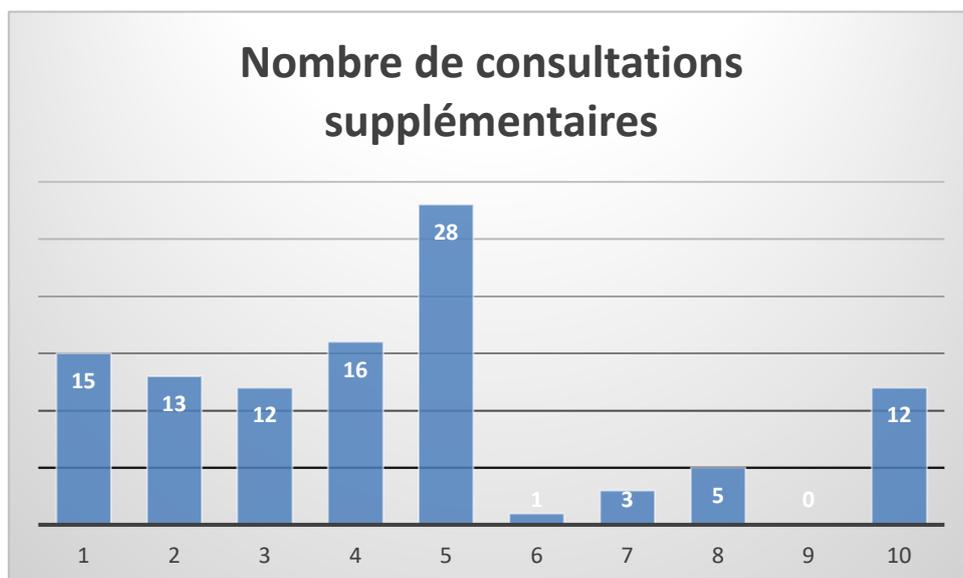


Figure 33 : Nombre de consultations supplémentaires journalières

V.4.2. Avez-vous pour projet de recruter un assistant dans les années à venir ?

103 praticiens n'ont pas de projet de recrutement. À l'inverse 40 répondants souhaitent travailler avec un assistant dans les années à venir.



Figure 34 : Projet de recrutement d'assistant

Le Questionnaire se divise alors en deux branches en fonction de la réponse à la question précédente.

V.4.2.1. Projet de recrutement :

Pour les 40 répondants souhaitant recruter un assistant, les 2/3 des praticiens, soit 25 répondants, estiment la proposition de financement convenable, 15 n'en sont pas satisfaits.

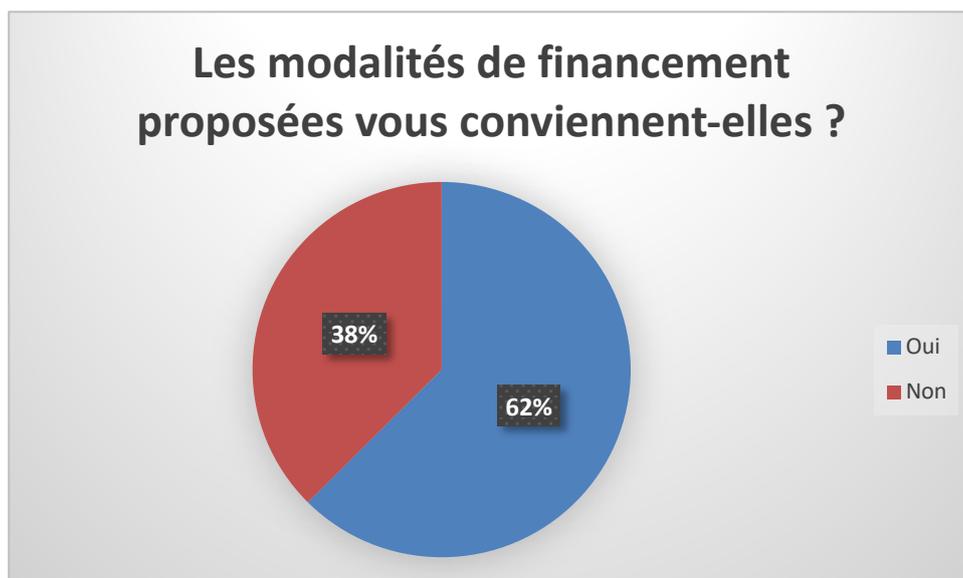


Figure 35 : Avis des répondants ayant un projet de recrutement sur le financement

V.4.2.2. Ne souhaitent pas recruter :

Les 103 répondants n'ayant pas de projet de recrutement étaient invités à donner un ou plusieurs motifs d'opposition.

La question était à réponses multiples, les répondants pouvaient cocher un ou plusieurs des 4 freins proposés, et pouvaient en ajouter par une réponse libre.

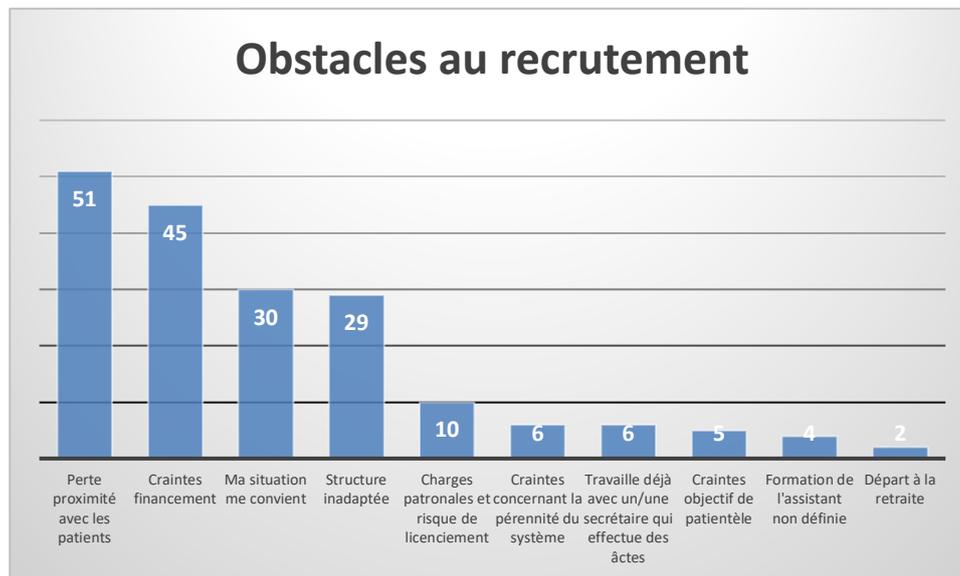


Figure 36 : Obstacles au recrutement

Motifs proposés dans le questionnaire :

- Je souhaite garder une proximité avec mes patients : 51
- Je crains de ne pas pouvoir financer ce poste : 45
- Ma situation actuelle me convient : 30
- Ma structure n'est pas adaptée au travail avec un assistant : 29

D'autres motifs ont été donnés par les répondants en réponse libre, nous les avons groupés par thèmes communs :

- Je ne veux pas m'engager sur de nouvelles charges patronales et des difficultés de licenciement : 10
- J'ai des craintes concernant la pérennité du système et son financement dans le temps : 6
- Je travaille déjà avec un/une secrétaire qui effectue des actes : 6
- Je crains de ne pas réussir à atteindre l'objectif d'augmentation de patientèle : 5
- J'attends que la formation de l'assistant soit définie : 4
- Je pars bientôt à la retraite : 2

V.5. Avez-vous des remarques ou des propositions concernant les assistants médicaux ou leur financement ?

Le questionnaire se terminait pour l'ensemble des répondants par un espace de commentaire libre avant envoi du formulaire.

6 praticiens ont répondu « aucun » ou « non » pour signifier qu'ils n'avaient aucun commentaire, nous avons choisi de ne pas exposer ces réponses. Les citations suivantes ont été harmonisées par thématiques communes :

- Commentaires concernant le financement :
 - « Un financement plus élevé serait souhaitable dans les zones désertifiées comme la mienne, or cela ne concerne que 5% des patientèles les plus élevées (on aurait pu élargir à 20% des patientèles les plus élevées). »
 - « Financement partiel et sur une certaine période. »
 - « Financement au delà de 3 ans sinon pas intéressant. »
 - « Je souhaiterais une majoration du prix des actes pour financer l'assistant. »
 - « Maintenir le financement par la CPAM au même niveau sur les 5 ans. »
 - « Je ne connais pas le financement. »
 - « Que fait on au bout de 3 - 4 ans quand L'ARS ne finance plus ? »
 - « J'ai déjà une secrétaire sur place. Pas la possibilité de financer deux employés. »
 - « Les financements vont pleuvoir les premières années puis cela sera au médecins de financer seul, donc si dans une maison de santé, dur dur ! »
 - « Peur de ne pas réussir les objectifs imposés pour l'aide, j'ai déjà une secrétaire très efficace proche d'une assistante, embaucher une deuxième personne ? Non merci ! »
 - « Aucun intérêt pour les médecins installés avec une secrétaire dans un cabinet repris... Les efforts financiers pour changer de local seraient trop importants sans garanti de revenus augmentés. Trop risqué. »
 - « Il faut un assistant plein temps par medecin. Le financement n'est pas suffisant quand on a deja une secrétaire. »
- Commentaires concernant diverses craintes :
 - « Ce n'est pas une solution souhaitable. Je n'ai pas envie d'augmenter le nombre d'actes au quotidien et au contraire j'espère pouvoir les réduire un jour pour faire plus de qualité. La médecine n'est pas de l'abattage. »
 - « L'organisation me semble compliquée. »
 - « Que fera t-on d'eux quand il y aura assez de médecins dans une dizaine d'année ? Le travail qu'il pourrait faire empiète sur celui des secrétaires et pour ce qui est paramédical, je préfère le faire moi-même car cela permet à la consultation d'aller mieux. »
 - « J'attends que l'assistant soit plus autonome. »
 - « Travail avec plusieurs médecins et me semble plus délicat si un seul médecin. »
 - « Nous avons déjà une personne au cabinet qui fait le travail d'un assistant médical et donc la proposition de loi ne changera rien pour nous car nous ne pourrons pas augmenter plus notre activité. »

- « Après les pharmaciens qui font des vaccins, les sages femmes qui font des écho, les IDE de soins avancés qui font des renouvellements d'ordonnances, les assistants qui prennent les constantes, la télémédecine... Il faudra prévoir des transats et un coin barbecue pour les médecins dans les MSP. »
 - « J'ai des craintes concernant la coopération et l'accord des autres médecins du cabinet. »
- Commentaires en faveur de l'assistant :
 - « Je pense qu'un gain de temps administratif et technique dans les actes que j'ai coché (comme le déshabillage des patients...) pourront se voir rapidement avec l'aide d'un assistant médical. »
 - « C'est un mouton à 5 pattes mais aussi peut-être une solution d'avenir. »
 - « Étant déjà à un niveau d'activité très élevé, j'attends de la présence d'un assistant plus de rigueur de travail, la réalisation de test que je n'ai plus le temps de réaliser et plus de temps pour me consacrer à l'humain. »
 - « J'emploie déjà une infirmière sans aide de la caisse depuis 1 an et cela me permet d'améliorer ma prise en charge. »
 - « Il faut impérativement déléguer des tâches qui ne nécessitent absolument pas de savoir médical important, mais une connaissance généraliste, comme peuvent les avoir des IDE avec un petit plus. »
 - « Ne me dégagerait pas de temps médical mais peut-être du temps pour pouvoir manger tranquillement à midi et/ou rentrer moins tard le soir. »
 - « L'idée me semble très bonne. »
 - « Je préférerais avoir un assistant médical pour le côté administratif (pourquoi pas former les secrétaires) car par exemple voir comment un patient marche jusqu'à mon cabinet ou comment il se déshabille peut aider au diagnostic. »
 - « J'envisage de recruter une infirmière. »
- Propositions et questions diverses des répondants :
 - « Deux salles de consultation entièrement équipées, et passer de l'une à l'autre en switchant avec l'assistant médical. »
 - « Que les ARS gèrent tout le dossier administratif de recrutement. »
 - « Qui va payer la formation obligatoire ? »
 - « Ces postes devraient être financés en priorité pour ceux qui travaillent seuls, qui n'ont pas de secrétariat et assument tout l'administratif et le médical. »
 - « Quelle sera leur formation ? Compétences requises ? »
 - « Je souhaiterais plutôt une simplification de l'administratif, une responsabilisation des patients et une meilleure organisation de la CPAM. »
 - « À mon sens l'assistant médical serait une secrétaire améliorée qui pourrait nous faire gagner un peu de temps, mais la proposition de financement par la CPAM avec une mise sous objectif est difficilement acceptable. Des sanctions financières sont-elles prévues en cas de non-respect des objectifs ? Dans quelles mesures ? En attente de réponses à ces questions épineuses... »
 - « Leur rôle ne doit pas nous enlever le relationnel et la dispensation de l'information médicale mais nous décharger des tâches administratives qui sont chronophage en consultation. »

V.6. Les caractéristiques des répondants et leurs influences :

L'un des objectifs secondaires était d'identifier si le sexe, l'âge, le mode d'exercice et la durée d'installation ont une influence sur l'avis des répondants, les actes délégués et les freins à la mise en place de l'assistant.

Nous avons choisi de présenter dans le tableau 1 les caractères de la première question concernant l'avis (favorable ou non) des répondants, et les résultats significatifs pour l'ensemble du questionnaire dans le tableau 2.

V.6.1. Résultats statistiques sur l'avis des répondants envers l'assistant :

Tableau 1 : Avis des répondants sur l'assistant

	Favorable	Non-Favorable	p (Chi2)	p (Fischer)
Genre				
Homme	51	12		
Femme	59	21	0,31017	
Âge				
20 - 30	31	10		
30 - 40	31	10		
40 - 50	14	6		
50 - 60	22	1		
60 - 70	12	6	0,18253	0,12265
Mode d'exercice				
Non installé	36	14		
Installé	74	19	0,30558	
MSP				
Cabinet	31	10		
Seul	16	6	0,21906	0,22904
Désert Médical				
Hors Désert	43	8		
	31	11	0,21118	
Durée d'installation				
< 5 ans	24	4		
5 - 20 ans	24	8		
> 20 ans	26	7	0,58456	0,55610

V.6.2. Résultats significatifs :

Pour les autres questions, nous avons décidé de présenter uniquement les résultats significatifs ($p < 0,05$) dans le tableau 2.

Tableau 2 : Résultats significatifs concernant les activités

	Favorable	Non-Favorable	p (Chi2)	p (Fischer)
Mesure tension artérielle				
Désert	38	13		
Hors désert	20	22	0,00772	
Gestes simples (BU / ECG / Streptotest)				
MSP	27	3		
Cabinet	26	15		
Seul	14	8	0,02886	0,02034
Désert	42	9		
Hors désert	25	17	0,01463	
Évaluation par un test normalisé				
Homme	52	11		
Femme	47	33	0,00221	
Non installé	29	21		
Installé	70	23	0,03287	
Vérification vaccins et dépistages				
20 - 30	18	23		
30 - 40	26	15		
40 - 50	14	6		
50 - 60	20	3		
60 - 70	17	1	0,00043	0,00029
Non installé	21	29		
Installé	74	19	0,000005	

Préparation du matériel pour geste				
Homme	55	8		
Femme	59	21	0,04540	
MSP	24	6		
Cabinet	26	15		
Seul	20	2	0,04186	0,04583
Mesure poids / taille / PC chez l'enfant				
20 - 30	30	11		
30 - 40	19	22		
40 - 50	9	11		
50 - 60	18	5		
60 - 70	12	6	0,02082	0,02134
Évaluation du développement psychomoteur				
Homme	29	34		
Femme	18	62	0,00294	
Gestion du planning et standard téléphonique				
20 - 30	37	4		
30 - 40	31	10		
40 - 50	13	7		
50 - 60	13	10		
60 - 70	11	7	0,02113	0,01373
Non installé	45	5		
Installé	60	33	0,00100	0,00126
MSP	14	16		
Cabinet	28	13		
Seul	18	4	0,02589	0,02877

Gestion des stocks de matériel				
20 - 30	40	1		
30 - 40	37	4		
40 - 50	17	3		
50 - 60	18	5		
60 - 70	12	6	0,01469	0,00965
Non installé	48	2		
Installé	76	17	0,01644	0,01893
Désert	46	5		
Hors désert	30	12	0,01978	0,02985
Facturation et gestion FSE				
Homme	43	20		
Femme	68	12	0,01706	
Non installé	44	6		
Installé	67	26	0,02901	
Projet de recrutement				
Désert	20	31		
Hors désert	8	34	0,03486	

L'analyse de nos résultats met en évidence plusieurs corrélations statistiquement significatives entre :

- Le sexe du médecin et
 - La préparation du matériel pour les gestes.
 - L'évaluation du développement psychomoteur de l'enfant.
- L'âge du médecin et
 - La vérification du statut vaccinal et des dépistages organisés.
 - La mesure du poids, de la taille et du PC chez l'enfant.
 - La gestion du standard et du planning.
 - La gestion des stocks de matériel.

- Le fait d'être installé (ou non) et
 - L'évaluation du patient par une grille normalisée.
 - La vérification du statut vaccinal et des dépistages organisés.
 - La gestion du standard et du planning.
 - La gestion des stocks de matériel.
 - La gestion de la FSE et la facturation.

- Le mode d'installation (seul, MSP, cabinet) et
 - La préparation du matériel pour les gestes.
 - La gestion du planning et du téléphone.

- La pratique en désert médical et
 - La mesure de la tension artérielle.
 - La réalisation de gestes simples.
 - La gestion des stocks de matériel.
 - Le projet d'un recrutement.

VI. Discussion

VI.1. Forces et justification de l'étude :

VI.1.1. Objectif principal :

Notre étude est originale car malgré nos recherches sur les différents sites (PUBMED, SUDOC...), nous n'avons pas trouvé d'étude sur les attentes et le point de vue des médecins généralistes envers la délégation de tâches.

C'était l'objectif principal de notre enquête : avoir le point de vue des praticiens envers l'assistance médicale.

Sur ce sujet, la France paraît en retard en comparaison de certains voisins Européens et l'Amérique du Nord. Les assistants médicaux y sont des acteurs à part entière du système de santé, intégrés dans la pratique quotidienne.

Par notre étude, nous avons réussi à montrer que le modèle d'assistant médical proposé dans le texte de loi « Ma santé 2022 » répond bien aux attentes des praticiens, et qu'il devrait en théorie s'intégrer sans difficulté.

VI.1.2. Objectifs secondaires :

Nous souhaitons aussi chercher les obstacles à la mise en place de l'assistant dans le système de santé. Les freins pouvant être d'ordre économique, éthique... Il nous semble nécessaire de bien les identifier pour chercher des solutions et y remédier.

Par ailleurs, nous cherchions un « profil » de praticien intéressé par le travail avec l'assistant. Le médecin qui travaille avec un assistant est-il jeune ? Est-ce un homme, une femme ? Travaille-t-il en groupe ou seul ? En désert médical ?

Définir ce profil de médecin pourrait ainsi faciliter l'introduction de l'assistant dans notre système de santé. Pour le moment ce sont des agents de la CPAM qui démarchent les médecins pour expliquer les intérêts de l'assistant et présenter les différents contrats concernant le financement. Un profil de médecin plus précis permettrait à ces agents de cibler les praticiens à rencontrer.

Enfin, la formation de l'assistant n'est pas encore définie durant la rédaction de ce travail, par conséquent notre enquête pourrait aider à préciser les actes attribués à l'assistant, et si un acte est largement délégué par nos répondants, il pourrait justifier d'une formation dans le cursus de l'assistant.

Nous avons pris contact avec un centre de formation professionnel sur la ville de Limoges. La responsable du centre a fait part de nombreuses demandes pour devenir assistant, venant souvent de la part de secrétaires médicales souhaitant enrichir leur quotidien par une activité « clinique », plus proche du patient, et d'aides-soignantes souhaitant une reconversion professionnelle, parfois lassées de la pratique à l'hôpital ou en EHPAD.

Mais la responsable a aussi expliqué que pour le moment elle ne peut pas accompagner les demandes car le contenu et la durée de formation pour obtenir le certificat de qualification professionnelle (CQP) d'assistant médical n'est pas encore défini. (29)

VI.2. Biais :

VI.2.1. Biais de sélection :

Ce type d'enquête par effet « boule de neige », utilisant un formulaire en ligne diffusé par SMS et mail et contenant de nombreuses questions fermées (oui/non), a permis d'obtenir 143 réponses analysables.

Notre principal biais est un biais de sélection en raison de plusieurs facteurs :

- Des praticiens ont pu répondre deux fois au questionnaire, et ce malgré la demande explicite de s'abstenir s'ils l'avaient déjà fait.
Ce biais est lié aux relances adressées aux praticiens, avec une demande de diffusion à chaque formulaire envoyé.
Nous avons cherché à éviter ce biais en vérifiant si des réponses étaient identiques pour des répondants du même âge et du même sexe, nous n'avons pas trouvé de formulaires identiques.
- Certains répondants ne sont peut-être pas des médecins libéraux. Nous avons retiré deux formulaires provenant de médecins qui indiquaient dans leurs commentaires libres qu'ils étaient praticiens hospitaliers.
Cependant nous avons pu obtenir des réponses provenant de praticiens hospitaliers qui ne l'auraient pas déclaré dans leurs commentaires.
- Les médecins étant favorables au concept de l'assistant ont peut-être été plus enclin à répondre à notre enquête, contrairement aux médecins opposés au dispositif qui n'auraient pas souhaité y participer.
Cela peut augmenter le taux de réponses favorables à l'assistant et fausser nos résultats.
- Des internes de médecine générale n'ayant pas réalisé leur stage praticien ont pu répondre au questionnaire. N'ayant pas l'expérience d'une activité libérale, leur avis sur la délégation de tâches n'est pas vraiment représentatif et peut biaiser les résultats.

VI.2.2. Population de l'étude :

La population d'étude n'est pas représentative de la médecine générale libérale en France.

En effet, la démographie médicale de 2018 des médecins en activité régulière a une moyenne d'âge de 51 ans avec 47% de femmes et 53% d'hommes. (6)

Notre population est plus jeune et plus féminine, avec une moyenne d'âge de 40 ans, 56% de femmes et 44% d'hommes.

Cette différence peut s'expliquer par le fait que notre population est composée de nombreux internes et jeunes médecins généralistes. une génération qui, comme le montre les recensements les plus récents, se féminise. (54)

VI.2.3. Analyse en sous-groupe :

Notre étude perd en puissance car nous avons choisi de réaliser des analyses en sous-groupes pour évaluer si l'âge, le sexe, la durée et le mode d'installation ont une influence sur les actes délégués et les freins concernant le travail avec un assistant.

VI.3. Les attentes et freins des répondants :

VI.3.1. Avis général :

Nous constatons à l'interprétation des réponses que les répondants ont un avis globalement positif à l'égard de cette proposition. En effet 77% sont favorables au principe de l'assistant, indiquant qu'ils souhaiteraient déléguer des actes de leurs quotidiens.

Les praticiens imaginent en grande majorité que l'assistant va travailler en autonomie, c'est à dire dans un espace qui lui est dédié (70%) ou bien au secrétariat (23%). Un faible nombre s' imagine travailler avec lui dans la salle d'examen (5%).

Vient alors une première interrogation : pourquoi ne veulent-ils pas travailler en présence de l'assistant ? Certains de nos répondants sont pourtant des maîtres de stage, et ont donc à priori l'habitude de travailler en binôme avec des internes et des étudiants.

Ont-ils peur d'être jugés ? Du regard de l'assistant ? Ont-ils peur d'une relation triangulaire ?

Nos résultats suggèrent donc que les praticiens imaginent un assistant autonome, qui n'est pas en permanence avec le médecin, et la majorité (3/4 des médecins et futurs médecins généralistes) sont enthousiastes à l'idée de travailler avec un assistant médical.

Nous supposons par déduction que nos répondants estiment leur quotidien encombré par de nombreuses activités chronophages et que leur pratique serait simplifiée par la présence d'un assistant.

VI.3.2. Concernant les actes cliniques :

Sur le plan clinique, la grande majorité des répondants souhaitent déléguer la mesure de poids et de la taille (87%), la préparation du matériel pour les gestes (80%) et l'aide à l'habillage/déshabillage du patient (75%).

Toujours en majorité mais dans des proportions moindres, les praticiens préféreraient déléguer l'évaluation de certaines pathologies par une grille normalisée (69%), la réalisation d'actes cliniques simples (BU, ECG, Streptotest : 68%) et la vérification des dépistages (66%).

Concernant la mesure de la tension artérielle, les répondants sont plus partagés, 57% préféreraient que l'assistant s'en occupe, 43% veulent continuer de le faire.

Résultats significatifs de l'analyse en sous-groupe :

- Les hommes seraient plus enclin que les femmes à laisser l'assistant évaluer le patient par des tests normalisés et préparer le matériel pour les gestes,
- Les médecins de moins de 40 ans préféreraient vérifier eux-même que le patient est à jour dans ses vaccins et ses dépistages,
- Les médecins installés dans une structure, en comparaison des internes et remplaçants, délègueraient plus l'évaluation du patient par un test normalisé et la vérification des vaccins et dépistages,
- Les médecins pratiquant en maison de santé seraient davantage intéressés pour déléguer la réalisation d'actes cliniques simples (ECG) et la préparation du matériel pour les gestes,

- Les médecins pratiquant seuls semblent vouloir déléguer la préparation du matériel pour les gestes, plus que leurs confrères en cabinet et MSP,
- Les médecins pratiquant en désert médical auraient tendance à plus déléguer la mesure de la tension artérielle et la réalisation de gestes simples (ECG, BU, Streptotest).

Ces actes « cliniques », proposés pour être délégués à l'assistant, font partie du quotidien du médecin généraliste, et il est difficile d'imaginer un praticien faire une journée de travail sans réaliser ces actes plusieurs fois. Pourtant, mise à part la mesure de la tension artérielle, les médecins semblent prêts à laisser beaucoup d'actes à la charge de l'assistant.

VI.3.3. Chez l'enfant :

La délégation de tâches en pédiatrie fait moins l'unanimité chez les répondants : ils sont tout de même une majorité à laisser l'assistant peser, mesurer la taille et le périmètre crânien (62%) et dépister les troubles auditifs et visuels (61%) de l'enfant.

Les praticiens semblent en revanche opposés à l'évaluation du développement psychomoteur par l'assistant (67% d'avis défavorable).

Résultats significatifs de l'analyse en sous-groupe :

- Les femmes semblent encore plus opposées que les hommes à l'évaluation par l'assistant du développement psychomoteur de l'enfant,
- Les répondants âgés de 30 à 40 ans semblent moins enclin à laisser l'assistant peser et mesurer les enfants.

Nous remarquons peu d'enthousiasme pour déléguer l'évaluation du développement psychomoteur de l'enfant à l'assistant, c'est le seul acte proposé qui a eu moins de 50% d'avis favorables par nos répondants.

Nous pensons que ce refus est lié au caractère « subjectif » que l'évaluation du développement peut avoir. Nous supposons donc que l'assistant doit rester dans une évaluation « objective » du patient (mesure du poids, de la taille, réponse à un questionnaire normalisé, etc...).

L'évaluation « standardisée » de l'enfant par l'assistant nous paraît possible, mais ne sera probablement pas l'activité principale de l'assistant. En effet les médecins semblent craindre des erreurs qui pourraient avoir des conséquences pour l'enfant.

VI.3.4. Concernant les tâches administratives :

Sur le plan administratif, une vaste majorité des médecins souhaite déléguer la prise de rendez-vous pour les patients (examens et consultations spécialisées : 87%), la gestion du dossier du patient (87%) et des stocks de matériel (87%).

Dans une moindre mesure mais toujours en majorité, les praticiens souhaitent déléguer le temps « financier » du quotidien (encaissement des frais, gestion de la feuille de soins, etc : 78%), et la gestion de leurs planning/standard téléphonique (73%).

En revanche les avis sont plus partagés sur la préparation des certificats avant signature (61% d'avis favorables).

Résultats significatifs de l'analyse en sous-groupe :

- Les femmes seraient plus favorable que les hommes à l'idée de laisser l'assistant gérer la partie « finance » de leur pratique (feuilles de soins, facturation, etc),
- Les médecins de moins de 40 ans délègueraient plus facilement la gestion du planning (standard téléphonique) et des stocks de matériel par rapport à leurs aînés,
- Les médecins non installés (internes et remplaçants) seraient plus enclin à déléguer la partie "finance" (feuilles de soins, facturation, etc), la gestion du standard téléphonique et des stocks de matériel que les médecins installés,
- Les médecins pratiquants seuls souhaiteraient que l'assistant gère le standard téléphonique, plus que leurs confrères travaillant en cabinet ou MSP,
- Les médecins pratiquant en désert médical seraient plus enclin à déléguer la gestion des stocks de matériel.

Sur la part administrative du quotidien, nous remarquons que la gestion du dossier patient, l'intégration des documents, et la prise de rendez-vous pour les patients bénéficient d'un engouement de nos répondants, ce qui paraît logique car c'est souvent un temps peu productif dans la journée, ne nécessitant pas de compétences médicales particulières (attente au téléphone, perte de temps en cas de lenteur ou problème informatique).

Pour ce qui est de la gestion du planning et de la comptabilité, l'opinion est médecins-dépendants, et va beaucoup dépendre de la personnalité du praticien, certains aiment gérer seul leur planning pour l'optimiser eux-mêmes, d'autres estimeront peut-être perdre trop de temps en répondant au téléphone.

Pour la gestion de la comptabilité, de la FSE et l'encaissement des frais de consultation, des praticiens pourraient penser qu'il est indécent de montrer les recettes à l'assistant, ou craindre des erreurs.

Enfin en ce qui concerne la rédaction des certificats, c'est peut-être l'engagement « légal » qui rend les répondants moins enthousiastes, par crainte de litiges et de procédures judiciaires en cas d'erreur.

VI.3.5. Actes proposés :

Les répondants étaient invités à proposer d'autres actes réalisables par l'assistant.

5 praticiens souhaitent que l'assistant ait un rôle important dans l'accompagnement et le suivi des ALD, avec par exemple la possibilité de renouveler les ordonnances de traitement habituel, donner des conseils diététiques, interpréter les biologies (INR, HbA1c par exemple), etc...

Cependant ces fonctions, comme la réalisation d'EFR, de dépistage d'apnée du sommeil et la surveillance de la tension dans le cadre d'une MAPA font plutôt parties du panel d'activité d'un infirmier de pratique avancée et ASALEE, et ne feront à priori pas parti de la formation et des missions de l'assistant. (55)

Nous supposons en revanche que les assistants pourraient réaliser ces activités suite à une formation par leur médecin référent, dans les territoires et maisons de santé qui n'ont pas ou peu d'infirmier ASALEE.

2 répondants souhaitent que l'assistant s'occupe de l'entretien des locaux. Cette tâche serait plutôt à la charge d'agent d'entretien et ne fait à priori pas partie des futures fonctions de l'assistant.

Enfin, des médecins ont proposé individuellement que l'assistant puisse réaliser l'évaluation du patient dans un contexte d'urgence, le rappel du patient en cas d'anomalie biologique, les entretiens pour les protocoles de recherches et l'accompagnement dans la rédaction des directives anticipées. Ces activités peuvent nécessiter des compétences médicales et la délégation de ces tâches nous semble plus discutable.

VI.3.6. Nombre de consultations supplémentaires :

Les 105 médecins ayant répondu à cette question estiment pouvoir réaliser 4,457 consultations supplémentaires par jour en moyenne, pour une médiane de 4 consultations/jour.

En reprenant les données concernant le nombre de consultation quotidienne, soit 22 actes par jour pour les médecins généralistes, on peut considérer qu'ils pourraient réaliser 26 consultations/jour en présence de l'assistant. (12)

C'est une augmentation de presque + 20% (18,18%) d'activité qui n'est pas négligeable.

VI.3.7. Projet de recrutement, avis sur le contrat et freins :

VI.3.7.1. Projet de recrutement :

Concernant l'avis général des répondants, nous avons pu observer une tendance globalement favorable à l'assistant et à la délégation de tâches. Ces résultats supposeraient de nombreux projets de recrutement.

Or on observe que seuls 28% des praticiens ont pour projet de travailler avec un assistant dans les années à venir.

Ces 28% ayant un projet de recrutement sont en majorité (62%) satisfaits de la proposition de financement de la CPAM, mais ce chiffre ne représente finalement que 25 praticiens (17% du total des répondants).

Résultats significatifs de l'analyse en sous-groupe :

- Les médecins qui pratiquent en désert médical seraient plus intéressés par un projet de recrutement d'assistant.

Ce taux faible de projet de recrutement est surprenant et nous a laissé perplexe en comparaison des résultats aux questions précédentes.

Nous pouvons suggérer les causes de ce rejet en examinant les freins donnés par les répondants et leurs commentaires.

VI.3.7.2. Freins à la mise en place de l'assistant et commentaires :

Les obstacles à la pratique avec un assistant médical peuvent être divisés en 2 groupes : ceux qui ne peuvent pas être modifiés car ils sont liés au médecin, à son opinion personnelle, à sa situation. Et ceux qui sont liés à une incompréhension ou une méfiance vis-à-vis du dispositif.

VI.3.7.2.1. Facteurs non modifiables :

La perte de proximité avec les patients est la crainte principale mise en évidence par notre enquête, elle concerne 51 répondants. Par ailleurs 30 répondants sont satisfaits de leur situation et ne semblent pas souhaiter de changement, 29 déclarent que leur structure n'est pas adaptée, 4 répondants attendent de savoir quelle sera la formation de l'assistant, et enfin 2 répondants ne recruteront pas en raison d'un départ prochain à la retraite.

Ces réponses sont tout à fait concevables et il est difficile d'influer sur ces paramètres car il paraît inimaginable de « forcer » un médecin à embaucher un assistant.

Il semblerait plus judicieux d'expliquer aux praticiens que l'assistant bénéficiera uniquement de la place que le médecin voudra lui donner. L'assistant n'est pas censé envahir sa pratique ni le remplacer.

En ce qui concerne la formation de l'assistant, nous espérons qu'elle sera définie rapidement, et que ce travail y contribuera.

6 répondants déclarent d'ailleurs qu'ils travaillent déjà avec une secrétaire qui effectue des actes, ils appliquent donc déjà le modèle proposé par le projet de loi. Un commentaire fait part de la satisfaction de cette situation.

VI.3.7.2.2. Facteurs modifiables :

Mis à part les éléments précédents, nous remarquons qu'il existe une forme de « doute » financier assez important : 45 de nos répondants déclarent avoir des craintes financières, 10 ne souhaitent pas s'engager dans un contrat de travail et un risque d'un licenciement, 6 ont des doutes sur la pérennité du système et 5 craignent de ne pas réussir à augmenter leur patientèle comme demandé dans le contrat de la CPAM. (30)

Cette appréhension économique est aussi observable dans de nombreux commentaires.

Cependant cet obstacle semble le plus souvent lié à une incompréhension du dispositif : il n'est pas demandé aux médecins de remplacer leur personnel. Leur secrétaire déjà présente pourrait être formé à la réalisation d'actes cliniques.

VI.3.7.2.3. Profil de médecin et analyse en sous-groupes :

Concernant l'analyse en sous-groupes, elle ne montre pas de résultats significatifs concernant les obstacles au travail avec l'assistant. Au sujet de la délégation d'actes, nous avons constaté que certaines caractéristiques des répondants ont une influence statistiquement significative, mais nous n'avons pas identifié d'harmonie dans les réponses.

Il ne ressort pas de profil particulier de médecins qui serait spécifiquement favorable ou opposé au travail avec un assistant médical.

Nous pouvons suggérer que l'âge, le sexe, le mode et la durée d'installation n'influera pas sur la mise en place de l'assistant, les attentes et freins seraient donc plutôt individuels que générationnels ou sexuels.

VI.4. Rémunération de l'assistant :

Constatant les craintes financières soulevées par nos répondants, nous nous sommes intéressés au budget théorique d'une pratique avec un assistant médical :

Les estimations salariales actuelles pour l'assistant varient selon les sources entre 1642 € et 1953 € brut/mois, donc un peu plus que le SMIC brut de 2020 : 1539,42 €/mois. (29)(56)(57)

Le montant de l'aide financière de la CPAM varie en fonction du contrat choisi par le médecin : de 12 000 € et 36 000 €/an, soit 1000 à 3000 €/mois pour financer le salaire de l'assistant.

Mise à part l'aide financière, le travail avec un assistant peut aussi augmenter le revenu du médecin :

Nos répondants déclarent qu'ils pourraient réaliser 4,457 consultations supplémentaires par jour en moyenne. Nous avons choisi de considérer pour nos calculs la médiane de nos répondants, c'est-à-dire 4 consultations supplémentaires par jour, pour ne pas surestimer les gains attendus.

En considérant que l'acte « standard » sera le « G » coté 25 €, on obtient une augmentation théorique de revenu brut de 100 €/jour (25 € x 4 consultations), soit 2000 €/mois (100 € x 5 jours x 4 semaines) pour un médecin qui travaillerait 5 jours par semaine avec un assistant.

Exemple de situation :

Le médecin choisit l'option 1 du contrat de la CPAM à 1000 €/mois pour former son secrétariat ou recruter un assistant. Il travaille 4 jours/semaine et peut donc théoriquement augmenter ses revenus de 1600 €/mois (25 € x 4 consultations/jour x 4 jours/semaines x 4 semaines). Le bénéfice brut total est donc de 2600 €/mois.

VI.5. Apports de l'assistant :

VI.5.1. Optimisation du temps de travail :

Cela semble être le bienfait principal, à la fois prévu dans le texte de loi et attendu par nos répondants : le travail avec un assistant permet au médecin de déléguer des actes « non médicaux » qu'il ne souhaite plus réaliser, et de se recentrer sur son activité.

L'assistant sera plus proche d'un secrétariat ou d'un aide-soignant en fonction des souhaits du médecin. Mis à part l'objectif d'augmentation de la patientèle du contrat de la CPAM, il est libre de déléguer ce qu'il souhaite, dans la limitation des missions et de la formation de l'assistant.

VI.5.2. Une meilleure qualité de vie :

Comme démontré par un commentaire, l'assistant pourrait au-delà d'augmenter l'offre de soins, améliorer la qualité de vie du médecin.

En effet le travail avec un assistant permettrait à la fois de rendre le quotidien plus facile et plus agréable, mais aussi d'offrir plus de temps libre au médecin, lui permettant s'il le souhaite de se consacrer à sa vie extra-professionnelle.

Dans le contexte actuel où les praticiens se décrivent parfois en difficulté, l'amélioration de leurs conditions de travail ne doit pas être minimisée.

VI.5.3. Un nouveau point de vue sur le patient :

On sous-estime probablement cet apport qui n'est pas encore quantifiable : les bienfaits du rapport qu'entretiendra l'assistant avec le patient.

Grâce à une sensibilité différente, le patient pourrait partager certains problèmes qu'il aurait du mal à évoquer avec le médecin.

S'il devient un acteur du système de santé, l'assistant, tenu au secret professionnel au même titre que tout soignant, pourrait apporter un point de vue extérieur sur l'évaluation du patient, devenir lui aussi un confident et suggérer ou soumettre des problèmes au médecin, concernant la surveillance, la prise en charge, la tolérance des traitements, etc...

VI.6. Le modèle d'assistant dans notre quotidien :

VI.6.1. La consultation « standard » avec l'assistant :

Un modèle théorique d'assistant médical est extrapolable grâce aux réponses de notre enquête. Ce poste devrait idéalement pouvoir répondre aux attentes des praticiens dès la fin de sa formation.

Nous avons choisi de présenter une consultation « type » de travail avec l'assistant :

Il travaille en autonomie, en priorité auprès des médecins pratiquant en désert médical, dans un espace dédié ou au secrétariat. Nous pouvons l'imaginer dans une salle annexe, proche de la salle d'examen du médecin, ou encore avec un fonctionnement à deux salles d'examen, le médecin et l'assistant alternant entre les deux et travaillant séparément.

L'assistant accueille le patient, l'aide à se déshabiller, le pèse, le mesure si besoin. Il mesure aussi le périmètre crânien chez l'enfant, complète le carnet de santé et intègre les données dans le logiciel médical.

Il vérifie au passage que le patient adulte réalise les dépistages organisés, il délivre par exemple l'Hémocult si besoin.

Il s'assure que le statut vaccinal des adultes et des enfants est à jour.

Il peut aussi regarder si les patients chroniques réalisent leurs surveillance biologique (HbA1c et INR par exemple).

Il peut aussi prendre la tension et les constantes, en fonction des souhaits du médecin.

Le patient est ensuite pris en charge par le médecin pour la consultation.

L'assistant peut être sollicité à la demande du médecin durant la consultation pour :

- Réaliser un électrocardiogramme, un streptotest, une bandelette urinaire ou un pansement par exemple,
- Préparer le matériel et aider le médecin au cours d'un geste (suture, infiltration, frottis),
- Dépister les troubles auditifs et visuels chez l'enfant,
- Évaluer le patient à l'aide d'une grille normalisée (par exemple un bilan de démence avec un MMSE, ou une dépression avec l'échelle d'Hamilton).

En parallèle, l'assistant peut être en charge du standard et de la gestion du planning. Il évalue la nécessité d'une consultation urgente et peut aussi aider les patients à prendre rendez-vous chez les spécialistes, organiser les examens complémentaires, hospitalisations, etc...

Il réceptionne et trie le courrier, les comptes rendus et les biologies, interpelle le médecin en cas d'anomalie notable (par exemple une INR déséquilibrée ou une CRP élevée) puis scanne et intègre les documents dans le dossier informatique du patient.

En fonction des souhaits du médecin, il gère la comptabilité et la facturation. À la fin de la consultation, l'assistant peut coter un acte sur la feuille de soin, réaliser le tiers-payant et encaisser les frais de la consultation. Il connaît les différentes caisses et régime de sécurité sociale, il sait vérifier la comptabilité et peut relancer les impayés.

L'assistant a des connaissances sur la prise en charge des soins en France, il peut accompagner et guider le patient dans ses démarches : demandes ou renouvellement d'ALD, dossiers MDPH, accident de travail et maladie professionnelle, expliquer ce qui est remboursé ou non.

Il peut par ailleurs réaliser un inventaire et gérer les stocks de matériel du cabinet (ordonnances, certificats, matériel pour les gestes, etc...).

Cette consultation « type » paraît lourde en charge de travail pour l'assistant, mais sera en réalité modulée en fonction des souhaits du médecin. Il nous paraît peu probable que l'assistant soit en charge de toutes ces fonctions en même temps.

VI.6.2. Les connaissances et la formation de l'assistant :

Le modèle d'assistant extrapolé de nos réponses suggère aussi qu'un minimum de connaissances, à la fois médicale et administratives est nécessaire. Nous supposons donc que l'assistant doit être formé dans ces domaines :

- Connaissances « administratives » :
 - Gestion et comptabilité,
 - Utilisation des différents logiciels médicaux,
 - Cotation des actes les plus fréquents en médecine générale,
 - Les différentes prise en charge en France (ALD, AT/MP, CSS, maternité...),
 - Modalités de rédaction des certificats les plus fréquents (AT/MP, non contre-indication, etc...),
 - Le régime général et les spécifiques,
 - Les mutuelles.

- Connaissances « médicales » :
 - Calendrier vaccinal de l'enfant et de l'adulte,
 - Dépistages organisés : âge, fréquence, réalisation,
 - Savoir peser et mesurer la taille et le PC d'un nourrisson,
 - Savoir mesurer les constantes : TA, FC, saturation en oxygène, glycémie capillaire. C'est à dire savoir utiliser un tensiomètre, un saturomètre, un dextro, et savoir quand le notifier au médecin en cas d'anomalie importante,
 - Modalités de réalisation et matériel nécessaire pour les actes les plus fréquents en médecine générale : ECG, Streptotest, BU, frottis, sutures, infiltrations,
 - Signification des résultats des bilans sanguins, savoir interpeller le médecin devant une anomalie biologique : INR, TSH, HbA1c ou de marqueurs tumoraux par exemple,
 - Connaître les motifs « urgents » de consultation : douleur thoracique, dyspnée ou déficit neurologique par exemple.

VI.7. Comment favoriser l'intégration de l'assistant :

Le modèle proposé précédemment n'est qu'un archétype qui pourrait convenir à nos répondants, et potentiellement aux médecins généralistes français.

En comparant l'assistant médical français avec les autres pays, on observe que notre assistant n'est pas calqué sur le « Physician Assistant » observé en Amérique du Nord, mais plutôt au « Medical Assistant » ou à l'assistant médical Suisse.

Le projet d'assistant médical français reste tout de même humble en comparaison de nos voisins suisses, chez qui l'assistant est en charge de plus de missions.

Les résultats de notre enquête nous laissent face à une ambiguïté :

L'avis global semble largement favorable au concept lorsqu'on interprète l'ensemble des questions et les nombreux commentaires en faveur de l'assistant. En revanche nous constatons avec surprise que les projets de recrutement sont rares.

Les réponses liées aux obstacles concernant le travail avec un assistant mettent en évidence des craintes financières et des infrastructures inadaptées, mais elles soulèvent aussi une question éthique : les médecins généralistes français sont-ils prêts à « partager » leurs patients et à laisser un autre soignant prendre de la place dans leurs cabinets ?

La principale crainte de nos répondants est une perte de proximité avec leurs patients, et cela se ressent dans certains commentaires.

L'introduction de l'assistant dans notre système nous oriente-t-il vers une médecine « d'abattage » ? Où les actes s'enchaînent et la fréquence des consultations augmentent, au détriment de la confiance que nous offre les patients. La situation actuelle et future de l'offre de soins en France rend-elle légitime la question d'une médecine « d'abattage » ?

Cette question n'a probablement pas de réponse simple, car elle dépend de l'opinion du médecin, certains trouveront dans l'assistant une évolution positive des pratiques, tandis que d'autres penseront que c'est une trahison au serment d'Hippocrate.

Mise à part la question éthique, nous proposons des pistes pouvant rassurer les médecins sur le plan financier.

Afin de mieux intégrer l'assistant au système de santé français, le gouvernement, les syndicats et/ou l'assurance maladie pourrait par exemple :

- Expliquer le dispositif et le financement, qui ne semble pas compris par l'ensemble de nos répondants.
- Modifier les critères du contrat :
 - Augmenter le financement proposé.
 - Diminuer ou adapter l'objectif d'augmentation de patientèle.
- Éclaircir des points d'ombres, comme la formation de l'assistant médical et l'organisme / la personne ou l'entité qui financera cette formation.
- Rassurer les praticiens concernant la place de l'assistant : c'est le médecin qui décide du rôle de l'assistant dans la consultation.

La modification du contrat avec la CPAM nous semble peu probable car les négociations visant à préciser les conditions de recrutement des futurs assistants (l'avenant n°7) avait déjà suscité beaucoup de débat entre la CNAM et les syndicats. (23)

Tous ces éléments pourraient faciliter et accélérer l'intégration de l'assistant à notre système de santé. L'engouement global de nos répondants suggère qu'il fera à terme partie intégrante de la médecine générale.

Conclusion

En France, le médecin généraliste est la pierre angulaire du système de santé, en particulier le médecin traitant.

La médecine générale française de 2020 paraît en difficulté. Elle fait face à de nombreux défis contemporains et futurs, comme le manque de praticien et une demande de soins croissante liée au vieillissement de sa population.

Fort heureusement la médecine évolue, en cherchant des solutions aux problèmes que rencontrent les patients et les médecins dans leur quotidien.

Annoncé dans le texte de loi « Ma santé 2022 », le poste d'assistant médical a pour objectif de décharger les médecins d'actes qui peuvent être délégués afin que ces derniers puissent se libérer du temps et se consacrer sur la base de leur métier.

L'assistant est déjà un acteur à part entière, intégré dans de nombreux systèmes de santé étrangers, et il n'y a à priori pas d'obstacle culturel ou sociétal pouvant freiner son entrée dans le système de santé français.

Notre enquête a démontré que la création du poste d'assistant est acceptée avec enthousiasme par les praticiens : les médecins et internes de médecine générale ayant répondu à notre enquête semblent en majorité favorables au concept et souhaitent déléguer de nombreuses tâches de leur quotidien, pour pouvoir aider plus de patients et se recentrer sur la base de leur métier.

En revanche, notre étude nous confronte à une curieuse ambivalence : malgré un enthousiasme apparent vis-à-vis de la délégation de tâches, les projets de recrutement dans notre population sont rares.

Notre enquête soulève plusieurs pistes quant aux causes de ce refus : tout d'abord éthique, les praticiens craignant de prendre trop de distance face aux patients, mais il semble aussi que le modèle de financement ne convienne pas ou ne soit pas compris par nos répondants.

Par ailleurs, notre analyse statistique tend à laisser penser qu'il n'existe pas de profil « type » de médecin qui travaillera avec l'assistant, et que les praticiens de tous âges, quel que soit leur genre, sont intéressés ou bien opposés au concept.

Nous avons aussi suggéré les axes principaux de la formation de l'assistant afin qu'il puisse répondre aux attentes des médecins.

Cependant, notre enquête souffre de plusieurs biais, d'une puissance faible et d'une population non représentative. Une étude de plus grande ampleur pourrait confirmer nos suppositions.

Enfin, l'avis du patient sur ce sujet est primordial, est-il prêt à passer moins de temps avec son médecin traitant ? La présence de l'assistant dénature-t-elle la médecine générale ?

Une enquête sur le point de vue des patients à ce sujet nous semble souhaitable, l'assistant médical doit aussi être accepté par les patients pour pouvoir vraiment s'intégrer dans les pratiques.

Références bibliographiques

1. Rapport-Harris-Etude-les-Français-et-la-médecine-de-ville-Santeclair.pdf [Internet]. Disponible sur: <https://harris-interactive.fr/wp-content/uploads/sites/6/2019/10/Rapport-Harris-Etude-les-Français-et-la-médecine-de-ville-Santeclair.pdf>
2. er_1035.pdf [Internet]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1035.pdf
3. Enquête auprès des médecins généralistes – Près d’un médecin traitant... [Internet]. Disponible sur: <https://www.quechoisir.org/action-ufc-que-choisir-enquete-aupres-des-medecins-generalistes-pres-d-un-medecin-traitant-sur-deux-refuse-de-nouveaux-patients-n73175/>
4. Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l’offre de soins locale - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/difficultes-et-adaptation-des-medecins-generalistes-face-a-l-offre-de-soins>
5. ffe93a_11842ff17a9645b0a24221e79a290a3e.pdf [Internet]. Disponible sur: https://docs.wixstatic.com/ugd/ffe93a_11842ff17a9645b0a24221e79a290a3e.pdf
6. cnom_atlas_2018_0.pdf [Internet]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf
7. cnom_atlas_2018_synthese_activite_reguliere_0.pdf [Internet]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/pie6yf/cnom_atlas_2018_synthese_activite_reguliere_0.pdf
8. Dupagne D. L’origine de la pénurie des médecins en France [Internet]. Disponible sur: <https://www.atoute.org/n/article311.html>
9. fiche11-3.pdf [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche11-3.pdf>
10. er1113.pdf [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1113.pdf>
11. Jakoubovitch S. Les emplois du temps des médecins généralistes. :8.
12. 170429_Synthèse-Etude_MG.pdf [Internet]. Disponible sur: https://toute-la.veille-acteurs-sante.fr/files/2017/05/170429_Synth%C3%A8se-Etude_MG.pdf
13. er481.pdf [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er481.pdf>
14. Lorphelin-Martel H. Le risque juridique et les internes de médecine générale en Haute-Normandie: vers la pratique d’une médecine défensive dès la formation médicale? :99.
15. Eychenne_Pierre_these_juridication.pdf.
16. Marie Carrez Impact Psycho de la judiciarisation.pdf.
17. Transition démographique. In: Wikipédia [Internet]. 2020. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Transition_d%C3%A9mographique&oldid=168278417
18. 81ca4d64-7028-4613-a1ab-e7871b0dce41.pdf [Internet]. Disponible sur: <https://www.tresor.economie.gouv.fr/Articles/2e322859-9862-459d-a9a7-b60248de66a0/files/81ca4d64-7028-4613-a1ab-e7871b0dce41>
19. Projections de population à l’horizon 2070 - Insee Première - 1619 [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228#titre-bloc-10>
20. Population par âge – Tableaux de l’économie française | Insee [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3676587?sommaire=3696937>
21. Bilan démographique 2019 - Insee Première - 1789 [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4281618#titre-bloc-21>

22. er1077.pdf [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1077.pdf>
23. La loi relative à l'organisation et la transformation du système de santé. 2022;55.
24. Dossiers législatifs - LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé | Legifrance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichLoiPreparation.do?idDocument=JORFDOLE000038124322&type=general&typeLoi=proj&legislature=15>
25. 2018-09-18_masante2022_rapport_adaptation_des_formationen.pdf [Internet]. Disponible sur: https://www.ars.sante.fr/system/files/2018-09/2018-09-18_masante2022_rapport_adaptation_des_formationen.pdf
26. Stratégie de transformation du système de santé | Gouvernement.fr [Internet]. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/action/strategie-de-transformation-du-systeme-de-sante>
27. doc-fr-871.pdf [Internet]. Disponible sur: <https://www.gepso.fr/static/uploads/2018/09/doc-fr-871.pdf>
28. Des assistants médicaux pour retrouver du temps médical [Internet]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/des-assistants-medicaux-pour-retrouver-du-temps-medical>
29. Assistant médical | Fiche métier [Internet]. Disponible sur: <https://www.je-change-de-metier.com/fiche-metier-assistant-medical>
30. Comprendre le nouveau dispositif d'aide au financement des assistants médicaux [Internet]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/comprendre-le-nouveau-dispositif-daide-au-financement-des-assistants-medicaux>
31. Convention collective nationale des cabinets dentaires du 17 janvier 1992 - Étendue par arrêté du 2 avril 1992 JORF 9 avril 1992.
32. Assistante dentaire / Assistant dentaire [Internet]. CIDJ. Disponible sur: <https://www.cidj.com/metiers/assistante-dentaire-assistant-dentaire>
33. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. Assistant dentaire [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/article/assistant-dentaire>
34. History of the PA Profession and the American Academy of PAs [Internet]. AAPA. Disponible sur: <https://www.aapa.org/about/history/>
35. Jung HW. La naissance des adjoints au médecin au Canada. Can Fam Physician. mars 2011;57(3):e81-2.
36. What Is a PA? [Internet]. Disponible sur: <https://www.southalabama.edu/colleges/alliedhealth/pa/whatispa.html>
37. Dang A. What is a Physician Assistant? [Internet]. Canadian PA. Disponible sur: <https://canadianpa.ca/whatisapa/>
38. Equivalence diplôme France Angleterre - Jeunes à l'étranger [Internet]. Jeunes à l'étranger, le site des étudiants qui veulent partir à l'étranger ! 2016. Disponible sur: <http://www.jeunes-a-l-etranger.com/etudier-angleterre-diplomes/>
39. What_Is_A_PA_Infographic_LetterSize_Jan2020.pdf [Internet]. Disponible sur: https://www.aapa.org/wp-content/uploads/2019/08/What_Is_A_PA_Infographic_LetterSize_Jan2020.pdf
40. How to Become a Physician Assistant in Canada - The Canadian PA Blog [Internet]. Disponible sur: <https://canadianpa.ca/become-ccpa/>
41. How to Become a Physician Assistant | GetEducated [Internet]. GetEducated | Review, Rate, Rank & Compare Online Colleges & Degrees | GetEducated. Disponible sur: <https://www.geteducated.com/careers/how-to-become-a-physician-assistant/>
42. The History of Medical Assisting | Medical Assistant Atlas [Internet]. Disponible sur:

- <http://www.medicalassistantatlas.com/the-history-of-medical-assisting/>
43. History of Medical Assisting [Internet]. Ameritech College of Healthcare. 2017. Disponible sur: <https://www.ameritech.edu/blog/medical-assisting-history/>
 44. AAMA - What is a Medical Assistant [Internet]. Disponible sur: <https://www.aama-natl.org/medical-assisting/what-is-a-medical-assistant>
 45. says T. How To Become a Medical Assistant (Updated 2020) [Internet]. Medical Assistant Schools, Programs and Careers. 2017. Disponible sur: <https://theemmedicalassistants.com/how-to-become-a-medical-assistant/>
 46. Here's Where to Start Becoming a Medical Assistant in Canada [Internet]. trade-schools.net. Disponible sur: <https://www.trade-schools.net/ca/health-care/medical-assistant>
 47. Assistant médical CFC / Assistante médicale CFC - orientation.ch [Internet]. Disponible sur: <https://www.orientation.ch/dyn/show/1900?id=22>
 48. Assistante médicale - Métier assistante médicale [Internet]. Disponible sur: <https://www.medpro.ch/fr/assistante-medecale.htm>
 49. Where PAs and Physician Associates Can Work Internationally | The Physician Assistant Life [Internet]. Disponible sur: <https://www.thepalife.com/physician-assistants-pas-and-associates-around-the-world/#Netherlands>
 50. Kuilman L, Matthews C, Dierks M. Physician assistant education in Germany. The journal of physician assistant education : the official journal of the Physician Assistant Education Association. 23 juill 2013;24:38-41.
 51. English information [Internet]. NAPA. Disponible sur: <https://www.napa.nl/english/>
 52. A guide to healthcare system in the Netherlands | Expatica [Internet]. Expat Guide to The Netherlands | Expatica. Disponible sur: <https://www.expatica.com/nl/healthcare/healthcare-basics/healthcare-in-the-netherlands-100057/>
 53. Stevens S. General Practice Forward View. :60.
 54. dossier_presse_demographie.pdf [Internet]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_presse_demographie.pdf
 55. Profession : infirmier de pratique avancée (IPA) | APMSL [Internet]. Disponible sur: <https://www.apmsl.fr/page/profession-infirmier-pratique-avancee-ipa/>
 56. AFP LF avec. Médecins libéraux et syndicats précisent le salaire des futurs assistants médicaux [Internet]. Le Figaro.fr. 2019. Disponible sur: <https://www.lefigaro.fr/flash-eco/medecins-liberaux-et-syndicats-precisent-le-salaire-des-futurs-assistants-medicaux-20190627>
 57. Smic (Salaire minimum de croissance) | service-public.fr [Internet]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2300>

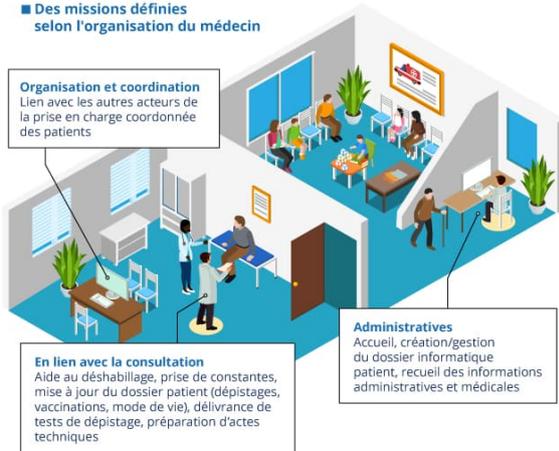
Annexes

Annexe 1. Fiche explicative de la CPAM sur l'aide au financement des assistants :	95
Annexe 2. Le questionnaire : Quelles sont les attentes du médecin généraliste au regard du poste d'assistant médical ?	96
Annexe 2.1. Texte d'introduction :	96
Annexe 2.2. Le Questionnaire :	96
Annexe 2.2.1. Caractéristiques des répondants :	96
Annexe 2.2.2. Concernant l'assistant :	97
Annexe 2.2.3. Parmi ces actes cliniques, quels sont ceux que vous pourriez déléguer à l'assistant ?	97
Annexe 2.2.4. Chez L'enfant :	98
Annexe 2.2.5. Sur le plan administratif, délègueriez-vous :	98
Annexe 2.2.6. Actes et consultations supplémentaires, projet de recrutement et freins :	99
Annexe 3. Mail d'invitation envoyé aux médecins :	100

Annexe 1. Fiche explicative de la CPAM sur l'aide au financement des assistants :

ASSISTANT MÉDICAL, UNE NOUVELLE FONCTION DE SOUTIEN AUX MÉDECINS

Des missions définies selon l'organisation du médecin



Une qualification professionnelle ad hoc « assistant médical »



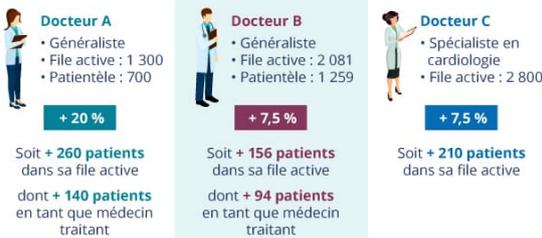
QUELLES OPTIONS POUR QUELS FINANCEMENTS ET QUELLES CONTREPARTIES ?

OPTION 1

Le médecin choisit d'être aidé pour 1/3 ETP d'assistant médical



En contrepartie, il devra augmenter sa file active* et/ou sa patientèle



* Nombre de patients différents vus dans l'année.

OPTION 2

Le médecin choisit d'être aidé pour 1/2 ETP d'assistant médical



En contrepartie, il devra augmenter sa file active* et/ou sa patientèle



* Nombre de patients différents vus dans l'année.

OPTION 3

Le médecin est installé en zone sous-dense, il choisit d'être aidé pour 1 ETP d'assistant médical



En contrepartie, il devra augmenter sa file active* et / ou sa patientèle



* Nombre de patients différents vus dans l'année.

Annexe 2. Le questionnaire :

Quelles sont les attentes du médecin généraliste au regard du poste d'assistant médical ?

Annexe 2.1. Texte d'introduction :

Le projet de loi « Ma Santé 2022 » propose la création du poste d'assistant médical dont l'objectif est de nous faire gagner du temps « médical » dans nos journées en déléguant certaines tâches à l'assistant.

Mon travail de thèse est de définir les attentes et freins concernant ce nouveau poste dont l'objectif est de simplifier notre quotidien.

Dans le projet actuel, l'assistant sera financé par la CPAM dans certaines conditions : si le médecin augmente le nombre de nouveau patient (médecin traitant) et le nombre de malades différents vus au moins une fois dans l'année (l'effort sera modulé à la taille de la patientèle).

Ci-Joint un lien récapitulant le financement par la CPAM :

<https://www.ameli.fr/haute-vienne/medecin/actualites/comprendre-le-nouveau-dispositif-daide-au-financement-des-assistants-medicaux>

Répondre à ce questionnaire et le partager à vos confrères sera d'une grande aide dans mon travail.

Raphaël ABT, Interne de médecine générale

Directrice de thèse : Dr PAUTOUT-GUILLAUME Marie-Paule

Annexe 2.2. Le Questionnaire :

Annexe 2.2.1. Caractéristiques des répondants :

Vous êtes :

- Un Homme
- Une Femme

Votre âge :

- Choix déroulant de 20 à 70 ans

Vous êtes :

- Médecin généraliste installé seul
- Médecin généraliste en cabinet de groupe
- Médecin généraliste en maison de santé pluridisciplinaire
- Médecin remplaçant
- Interne

Questions pour les médecins installés :

Depuis combien de temps êtes-vous installé dans votre structure ?

- < 1 an
- 1 - 5 ans
- 5 - 10 ans
- 10 - 20 ans
- > 20 ans

Êtes-vous installés en « désert médical » ou « zone de revitalisation rurale » ?

- Oui
- Non

Annexe 2.2.2. Concernant l'assistant :

Êtes-vous favorable au principe d'un assistant médical ?

- Oui
- Non

Où imagineriez-vous l'assistant médical ?

- Avec moi dans la salle d'examen
- Au secrétariat/à l'accueil
- Dans un espace dédié, proche de ma salle d'examen
- Autre : réponse libre

Annexe 2.2.3. Parmi ces actes cliniques, quels sont ceux que vous pourriez déléguer à l'assistant ?

Habillage/déshabillage du patient si besoin :

- Oui
- Non

La mesure du poids et de la taille :

- Oui
- Non

La mesure de la tension artérielle :

- Oui
- Non

La réalisation d'une BU / d'un ECG / d'un Streptotest :

- Oui
- Non

L'évaluation du patient par des grilles normalisées (ex : Fagerstrom – tabac, MMSE – troubles cognitifs) :

- Oui
- Non

La vérification du statut vaccinal et des dépistages organisés (mammographie, frottis, hemocult) :

- Oui
- Non

La préparation du matériel pour sutures, pansements, frottis :

- Oui
- Non

Annexe 2.2.4. Chez L'enfant :

La mesure du poids, de la taille et du périmètre crânien :

- Oui
- Non

L'évaluation du développement psychomoteur par une grille normalisée :

- Oui
- Non

Le dépistage de troubles auditifs ou visuels :

- Oui
- Non

Annexe 2.2.5. Sur le plan administratif, délègueriez-vous :

Le standard téléphonique, la prise de rendez-vous et la gestion de votre planning :

- Oui
- Non

La prise de rendez-vous de consultation auprès des spécialistes et/ou d'examens complémentaires pour les patients :

- Oui
- Non

La préparation ou rédaction des certificats médicaux (ex : non contre-indication ou aptitude / arrêt de travail / AT/MP / bons de transport / dossiers MDPH) avant votre signature :

- Oui
- Non

L'encaissement des actes / gestion de la FSE / télétransmission / relance des impayés et contact avec les caisses ou les mutuelles :

- Oui
- Non

L'intégration au dossier médical des différents courriers et des résultats biologiques :

- Oui
- Non

La gestion des stocks (matériel, papiers divers) :

- Oui
- Non

Annexe 2.2.6. Actes et consultations supplémentaires, projet de recrutement et freins :

Quels autres actes imagineriez-vous pouvoir déléguer à l'assistant médical :

- Réponse libre

Combien de consultations supplémentaires par jour pensez-vous faire si vous pouviez déléguer certaines tâches :

- Réponse libre

Avez-vous pour projet de recruter un assistant médical dans les années à venir :

- Oui
- Non

Le questionnaire se divise alors en deux branches en fonction de la réponse à la question précédente :

Si vous souhaitez recruter :

Les modalités de financement proposées vous conviennent-elles ?

- Oui
- Non

Avez-vous des remarques ou des propositions concernant les assistants médicaux ou leur financement ?

- Réponse libre

Si vous ne souhaitez pas recruter :

Quels sont vos obstacles au recrutement d'un assistant médical :

- Ma situation actuelle me convient
- Je souhaite garder une proximité avec mes patients
- Ma structure n'est pas adaptée au travail avec un assistant
- Je crains de ne pas pouvoir financer ce poste
- Autre : réponse libre

Questions pour l'ensemble des répondants : avez-vous des remarques ou des propositions concernant les assistants médicaux ou leur financement ?

- Réponse libre

Annexe 3. Mail d'invitation envoyé aux médecins :

Bonjour Docteur / chers co-internes.

Je m'appelle Raphaël ABT, je suis interne de médecine générale à Limoges.

Vous avez probablement entendu parler du poste d'assistant médical prévu dans le projet de loi "Ma Santé 2022" annoncé en mars 2019.

Mon travail de thèse, réalisé sous la direction du Dr Marie-Paule PAUTOOUT, vise à préciser les actes que les médecins délègueraient à cet assistant.

En tant que praticien, que pouvons-nous et voulons nous déléguer à une tierce personne : la partie administrative de notre quotidien (agenda, comptabilité) ? La partie clinique (prise de tension, mesure poids/taille) ?

Pour le mail adressé aux internes : Merci de répondre au questionnaire uniquement si vous avez déjà réalisé votre stage praticien

Je cherche à définir les tâches que les médecins délègueraient à ce nouveau poste, à l'aide d'un questionnaire dont vous trouverez le lien ci-dessous :

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfcSfmhuQSc_qIRngv7TiuCluHvtbjl74LWK04zyFyXofl3zw/viewform?usp=sf_link

Ce questionnaire prend **moins de 5 minutes** et m'aidera grandement dans mon travail de thèse.

Si vous avez déjà répondu à ce questionnaire merci de vous abstenir.

Si vous pouviez le transférer aux confrères de votre cabinet où des cabinets environnants je vous en serais extrêmement reconnaissant.

Confraternellement

Raphaël ABT



Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.



Assistant médical en France : L'opinion des médecins généralistes et internes de médecine générale sur la délégation de tâches. Les freins concernant son intégration au système de santé.

Contexte : La médecine générale française fait face à de nombreux défis avec la diminution du nombre de praticiens et le vieillissement de sa population. Pour parer à ces difficultés, le gouvernement français a créé le poste d'assistant médical dans le texte de loi « Ma santé 2022 » afin de recentrer le médecin généraliste sur la base de son activité.

Objectifs : L'objectif principal de notre étude était d'identifier les attentes et souhaits des médecins généralistes et internes de médecine générale concernant la délégation de tâches. Les objectifs secondaires étaient d'identifier les freins et les obstacles à l'intégration de l'assistant au système de santé, de définir un profil de médecin favorable au travail avec l'assistant. Enfin nous souhaitons suggérer les principaux axes de la formation de l'assistant.

Méthode : Nous avons réalisé une étude quantitative épidémiologique, descriptive, transversale, via un questionnaire en ligne diffusé aux médecins généralistes et internes de médecine générale, sans limite géographique.

Résultats : 147 médecins et internes ont répondu à notre enquête, 143 ont été intégrés à l'analyse. Nos répondants sont en majorité favorables à la délégation de tâches dans leur quotidien.

Conclusion : Les médecins généralistes français sont favorables au concept de l'assistance médicale, mais peu de praticiens ont un projet de recrutement futur, pour des raisons éthique et économique en majorité. Il n'existe pas de profil particulier de médecin qui souhaite travailler avec l'assistant. Nous avons proposé les bases de la formation de l'assistant.

Mots-clés : assistant médical, médecin généraliste, délégation de tâche, formation, loi santé.

Medical assistant in France : Opinion of general practitioners and GP residents on tasks delegation. Barriers about its integration in the French health system.

Context : French general practitioners (GPs) face upon numerous challenges : a decrease number of GPs and its population getting older. In order to face those difficulties, the french government created the medical assistant position which allows GPs to focus on the basics of their practice. This was implemented in the law « Ma santé 2022 ».

Objectives : The main goal of our study was to identify the expectations of GPs and GP residents on task delegation. The second ones were to identify the barriers of its integration in the french health system, and to define a doctor's profile that wishes to work with an assistant. Finally we wanted to suggest the basics of the medical assistant formation.

Methods : We realised a quantitative, epidemiologic and descriptive study with an online question sheet, sent to GPs and GP residents, without geographic boundaries.

Results : 147 GPs and GP residents answered our sheet, 143 were included in the study. Our respondents are mainly in favor of task delegation in their daily work.

Conclusion : GPs in France seem positive on the subject of medical assistance. However, for ethical or economical reason mainly, few have a recruiting project in the futur. There is no particular doctor profile that wishes to work with an assistant. We framed the basics of the assistant formation.

Keywords : medical assistant, general practitioner, task delegation, formation, health law.

