

Faculté de Médecine

Année 2021

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 28 janvier 2021

Par **Vincent PAUBERT**

Né le 17 septembre 1990 à Lavelanet (09)

**Les assistants médicaux en France : Enquête d'opinion auprès des
médecins généralistes installés en Limousin**

Thèse dirigée par le Docteur Léa SEVE

Examineurs :

Mme le Professeur Nathalie DUMOITIER, PU-MGPrésidente du jury

M. le Professeur Michel DRUET-CABANAC, PU-PHJuge

M. le Professeur Sébastien HANTZ, PU-PHJuge

Mme le Docteur Marie-Paule PAUTOUT-GUILLAUME, MCA-MGJuge

Mme le Docteur Léa SEVE, CC-MGDirectrice de Thèse



Faculté de Médecine

Année 2020

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 28 janvier 2021

Par **Vincent PAUBERT**

Né le 17 septembre 1990 à Lavelanet (09)

Les assistants médicaux en France : Enquête d'opinion auprès des médecins généralistes installés en Limousin

Thèse dirigée par le Docteur Léa SEVE

Examineurs :

Mme le Professeur Nathalie DUMOITIER, PU-MGPrésidente du jury
M. le Professeur Michel DRUET-CABANAC, PU-PHJuge
M. le Professeur Sébastien HANTZ, PU-PHJuge
Mme le Docteur Marie-Paule PAUTOUT-GUILLAUME, MCA-MGJuge
Mme le Docteur Léa SEVE, CC-MGDirectrice de Thèse



Professeurs des Universités - praticiens hospitaliers

Le 7 septembre 2020

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
AJZENBERG Daniel	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
AUBARD Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE d'ADULTES
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
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)
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
HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
HOUETO Jean-Luc	NEUROLOGIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
JESUS Pierre	NUTRITION
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
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
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

BALLOUHEY Quentin	CHIRURGIE INFANTILE
BARRAUD Olivier	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
BOURTHOUMIEU Sylvie	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

COUVE-DEACON Elodie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
DURAND Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE
ESCLAIRE Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
JACQUES Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
LE GUYADER Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
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
-----------------------	---------

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES ASSOCIES A MI-TEMPS

SALLE Laurence	ENDOCRINOLOGIE (du 01-09-2020 au 31-08-2021)
-----------------------	---

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 01-09-2019 au 31-08-2022)
LAUCHET Nadège	(du 01-09-2020 au 31-08-2023)
PAUTOUT-GUILLAUME Marie-Paule	(du 01-09-2018 au 31-12-2020)
SEVE Léa	(du 01-09-2020 au 31-08-2023)

PROFESSEURS EMERITES

ADENIS Jean-Paul	du 01-09-2017 au 31-08-2021
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 31.08.2020
MOREAU Jean-Jacques	du 01-09-2019 au 31-08-2021
TREVES Richard	du 01-09-2020 au 31-08-2021
TUBIANA-MATHIEU Nicole	du 01-09-2018 au 31-08-2021
VALLAT Jean-Michel	du 01.09.2019 au 31.08.2022
VIROT Patrice	du 01.09.2018 au 31.08.2021

Assistants Hospitaliers Universitaires – Chefs de Clinique

Le 12 juin 2020

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
DURIEUX Marie-Fleur	PARASITOLOGIE
GUYOT Anne	LABORATOIRE ANAPATHOLOGIE
HERMINEAUD Bertrand	LABORATOIRE ANAPATHOLOGIE
HUMMEL Marie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
LABRIFFE Marc	PHARMACOLOGIE
LEFEBVRE Cyrielle	ANESTHESIE REANIMATION
LOPEZ Stéphanie	MEDECINE NUCLEAIRE
PASCAL Virginie	IMMUNOLOGIE CLINIQUE
PIHAN Franck	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
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
BRISSET Josselin	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
CHASSANG-BRUZEAU Anne-Hélène	RADIOLOGIE
CHAUVET Romain	CHIRURGIE VASCULAIRE
CISSE Fatou	PSYCHIATRIE
COMPAGNAT Maxence	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DE POUILLY-LACHATRE Anaïs	RHUMATOLOGIE
DESCHAMPS Nathalie	NEUROLOGIE
DEVAUX 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
LALOZE Jérôme	CHIRURGIE PLASTIQUE
LEGROS Maxime	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
MAURIANGE TURPIN Gladys	RADIOTHERAPIE

MEUNIER Amélie	ORL
MICLE Liviu-Ionut	CHIRURGIE INFANTILE
MOWENDABEKA Audrey	PEDIATRIE
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

Néant

Remerciements

À Madame le Professeur Nathalie DUMOITIER, vous me faites l'honneur de présider ce jury. Merci d'avoir accepté de superviser ce travail aux côtés du docteur SEVE. Je vous présente ma plus profonde reconnaissance pour votre disponibilité.

À Monsieur le Professeur DRUET-CABANAC, vous avez honoré de votre attention ce travail en acceptant de participer à ce jury, je souhaite vous exprimer mon plus profond respect et toute ma gratitude.

À Monsieur le Professeur Sébastien HANTZ, vous m'avez fait l'honneur de juger ce travail. Je vous suis extrêmement reconnaissant du temps que vous me consacrez.

À Madame le Docteur Marie-Paule PAUTOUT-GUILLAUME, je vous remercie sincèrement de l'attention que vous avez portée à mon travail et de m'avoir accordé votre disponibilité pour le juger.

À Madame le Docteur Léa SEVE,

Léa, merci infiniment d'avoir accepté de m'accompagner dans cette aventure en dirigeant cette thèse. Tu as su me guider et me rassurer tout au long de ce travail et je t'en suis reconnaissant.

À mes maîtres de stages,

Au Docteur CHAZELAS et au Docteur BONNETTE,

Joelle, merci pour tout ce que tu as su m'enseigner durant le stage passé à tes côtés, mais aussi durant notre séjour au Sénégal et lors de tous nos échanges. Merci pour ta bienveillance et ton empathie.

Frédéric, merci de m'avoir fait découvrir et aimer la médecine de campagne. Merci pour tout ce que j'ai appris à tes côtés, en stage comme après. Merci pour ta bonne humeur et la positivité qui te caractérisent.

Merci infiniment à tous les deux pour votre bienveillance, votre empathie et votre positivité. J'espère garder longtemps les traces de votre enseignement dans ma pratique, et j'espère devenir un aussi bon médecin que vous l'êtes.

Au Centre Hospitalier de Tulle,

Je ne pourrai pas citer tout le monde, la liste serait interminable. Merci au personnel, aux médecins, aux équipes soignantes de tout l'hôpital. J'ai grandi tout au long de l'internat à vos côtés et vous avez tous participé à façonner le médecin que je deviens. Je vous transmets mes amitiés sincères.

À ma famille,

À mes parents, je ne sais pas comment vous remercier de m'avoir accompagné tout au long de ce parcours. Merci pour votre soutien sans faille, des débuts à Toulouse à ma future installation en Corrèze.

Maman, merci pour ton amour et ta bienveillance. Sans ton aide je n'aurai jamais pu passer le cap de la première année.

Papa, merci de m'avoir transmis cette vocation. J'espère un jour avoir le même respect de mes patients que j'ai pu le constater chez les tiens lors de mon court remplacement.

Même si on ne se le dit jamais : je vous aime.

À Thomas, Aurélie, Hugo, j'espère vous voir le plus souvent possible, j'espère voir encore grandir ce petit bonhomme et lui montrer plein de bêtises. Je vous aime.

À ma Mamie, merci pour ton amour et ton soutien. Je crois bien que j'ai hérité de toi cette envie irrésistible de gagner dans tout ce que j'entreprends (jeux de société compris) et c'est en partie grâce à ça que j'en suis là aujourd'hui.

À mes oncles, tantes, cousins, cousines, j'ai la chance d'avoir une (très) grande famille alors je ne pourrai pas tous vous citer, mais j'ai hâte que l'on puisse de nouveau tous se rassembler pour rattraper une année 2020 sans vous voir.

À Marion, merci de me supporter au quotidien et de partager ma vie. Même si t'as pas d'humour, je t'aime.

À mes ami(e)s,

Ariégeois,

À Tristan, merci pour ton amitié indéfectible depuis si longtemps. Que l'on soit à Lavelanet, à Toulouse, à Chambéry, à Paris, à Lyon ou en Corrèze on ne s'est jamais éloignés et j'espère que l'on continuera longtemps. Un grand merci à toute ta petite famille de m'avoir adopté comme le 3^{ème} fils et à **Fanny** de t'accompagner si parfaitement.

À mes amis musicos, du cours de trompette à la Junior, des Girolitos à la BIBA en passant par les Pastagas, merci à tous de m'avoir accompagné tout au long de ce parcours. Une pensée particulière à **Jeremy, Galdric, Pol et Tim** merci pour votre amitié née dans la musique et poursuivie bien au-delà.

Toulousains,

À Julien, Loic, Polo, Victor, je vais la faire courte sinon on va encore m'appeler Père Castor, mais j'espère vous garder dans ma vie encore longtemps. À tous les quatre, je vous aime les copains, (et Hugues).

De l'internat,

À Arthur, même si on ne s'est pas rencontré à l'internat, tu fais partie de ces belles personnes qui m'ont aidé à grandir durant cette étape. Félicitations à Marine et toi, vous allez être des parents formidables.

À Flo, merci de m'avoir transmis un petit bout de ta passion pour la vinasse. J'espère vous voir avec Lauriane le plus souvent possible. Et si vous en avez marre de l'air alpin on vous accueillera avec grand plaisir en Corrèze !

À Olivier, comme Arthur on ne s'était pas assez rapprochés à Toulouse mais on a bien rattrapé le coup depuis. Je te souhaite le meilleur sur Lyon et j'espère pouvoir rigoler avec toi et profiter de ta simplicité encore longtemps.

À Eline, impossible de ne pas te citer ici, merci de m'avoir aussi bien accompagné dans la première étape de notre internat. Merci pour ta bonne humeur permanente et pour ton rire inimitable. J'espère vous voir souvent et longtemps avec **Nico**.

À Nanard, une autre belle rencontre de l'internat, j'espère continuer longtemps à te mettre des branlées à FIFA, et à te chambrer sur les résultats du CAB.

Tullistes,

À Armand, Marie, Flo, Marie-Lys, Pierre, Solène, Sylvain, Florence, Romain, Caro, Florent, que de bons moments passés ensemble. J'espère qu'on ne se perdra pas de vue et qu'on se retrouvera souvent pour faire progresser Armand à son jeu favori. Merci à tous.

À toute l'équipe du HBCTC, sans qui je ne serai peut-être pas resté aussi attaché à Tulle.

À Thibault, tu nous manques...

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

Introduction	21
I. Contexte.....	22
I.1. Contexte démographique.....	22
I.1.1. Démographie Française	22
I.1.2. Démographie médicale Française	22
I.1.3. Démographie médicale à l'échelle territoriale du Limousin	24
I.2. Les conditions de travail en médecine générale.....	26
I.3. Délégation de tâches et loi HPST	26
I.3.1. Définition de la délégation de tâches	26
I.3.2. Exemple de délégation de tâches : le dispositif ASALEE.....	27
I.4. Le projet de loi santé 2022.....	28
I.4.1. Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS).....	28
I.4.2. Les Assistants Médicaux	29
I.5. Le modèle d'assistants médicaux envisagé en France.....	30
I.5.1. Les tâches confiées à l'assistant	30
I.5.2. Les enjeux du déploiement des assistants médicaux	30
I.5.3. Le financement des assistants médicaux	31
I.5.4. Conditions d'éligibilité aux aides financières.....	31
I.5.5. Montant et durée des aides financières	31
I.5.6. Engagements des médecins	32
II. Matériels & Méthodes.....	33
II.1. Question de recherche.....	33
II.2. Objectifs de l'étude	33
II.3. Type d'étude	33
II.4. Population ciblée.....	34
II.5. Rédaction du questionnaire	34
II.5.1. Première partie : Caractéristiques épidémiologiques du répondant	34
II.5.2. Deuxième partie : Les assistants médicaux.....	35
II.5.3. Test du questionnaire	35
II.6. Recueil des données	36
II.7. Analyse des résultats.....	36
III. Résultats	37
III.1. Population de l'étude.....	37
III.1.1. Nombre de réponses	37
III.1.2. Caractéristiques de la population.....	37
III.1.2.1. Genre.....	37
III.1.2.2. Âge	37
III.1.2.3. Durée d'installation et volume de patients « médecin-traitant ».....	38
III.1.2.4. Lieu et mode d'exercice	39
III.1.2.5. Facteurs les plus stressants relevés.....	41
III.2. Les assistants médicaux	42
III.2.1. Connaissance et adhésion au projet d'assistants médicaux (critère de jugement principal)	42
III.2.2. Avis des médecins concernant les enjeux des assistants médicaux.....	44

III.2.3. Avis des médecins concernant les freins au déploiement des assistants médicaux	45
III.2.4. Avis des médecins concernant les aides financières proposées par la sécurité sociale.....	46
IV. Analyse.....	47
IV.1. Analyse descriptive.....	47
IV.1.1. Population de l'étude.....	47
IV.1.2. Connaissance et adhésion au projet d'assistants médicaux.....	47
IV.1.3. Avis des médecins sur enjeux des assistants médicaux.....	48
IV.1.3.1. Concernant l'accès aux soins et leur qualité	48
IV.1.3.2. Concernant les conditions d'exercice.....	48
IV.1.4. Avis des médecins concernant les freins au déploiement des assistants médicaux.....	48
IV.1.5. Avis des médecins concernant les aides financières proposées par la sécurité sociale.....	49
IV.2. Analyse univariée	50
IV.2.1. Influence du genre, de l'âge et de la durée d'installation sur l'adhésion au projet	50
IV.2.2. Influence du mode d'exercice et du type de secrétariat sur l'adhésion au projet	51
IV.2.3. Influence du volume de patients sur l'adhésion au projet	52
V. Discussion	53
V.1. Forces et limites de l'étude	53
V.1.1. Forces de l'étude.....	53
V.1.2. Limites de l'étude	54
V.2. Discussions autour de la population de l'étude	55
V.3. Discussion du résultat principal	56
V.4. Discussion des objectifs secondaires	57
V.4.1. Identification des attentes et des freins autour de ce projet.....	57
V.4.2. Caractéristiques épidémiologiques : discussion des résultats et hypothèses	61
V.4.3. Pistes de réflexions autour du projet de déploiement des assistants médicaux...62	
V.4.3.1. Un mode de rémunération qui pose question.....	63
V.4.3.2. Comment limiter les freins et quelles pourraient être les pistes d'amélioration pour ce projet ?.....	65
Conclusion	66
Références bibliographiques	67
Annexes	70
Serment d'Hippocrate.....	91

Table des illustrations

Figure 1 : Pyramide des âges 2000 - 2019 - 2040	22
Figure 2 : Projection des effectifs de médecins généralistes en activité régulière jusqu'en 2025	23
Figure 3 : Pyramide des âges des généralistes en activité régulière en 2018	23
Figure 4 : Les médecins généralistes libéraux et mixtes - de l'observé à l'attendu // Région.	24
Figure 5 : Les médecins généralistes libéraux et mixtes - de l'observé à l'attendu // Départements.....	25
Figure 6 : Pyramide des âges des médecins généralistes libéraux et mixtes – Région Limousin.....	25
Figure 7 : Répartition par tranches d'âge des participants	37
Figure 8 : Répartition par durée d'installation.....	38
Figure 9 : Répartition géographique des participants.....	39
Figure 10 : Mode d'exercice des participants.....	39
Figure 11 : Travail avec une IDE ASALEE.....	40
Figure 12 : Type de secrétariat utilisé (86 réponses)	40
Figure 13 : Taux de connaissance des assistants médicaux dans d'autres pays.....	42
Figure 14 : Taux de connaissance du projet de déploiement d'assistants médicaux en France	42
Figure 15 : Niveau d'adhésion au projet de déploiement d'assistants médicaux en France ..	43
Figure 16 : Avis des médecins concernant les enjeux des assistants médicaux en termes d'accès aux soins et de leur qualité	44
Figure 17 : Avis des médecins concernant les enjeux des assistants médicaux en termes de conditions d'exercice	44
Figure 18 : Avis des médecins concernant les freins au déploiement des assistants médicaux	45
Figure 19 : Avis des médecins sur l'adaptabilité des assistants aux consultations de médecine générale.....	45
Figure 20 : Avis des médecins concernant les aides financières proposées par la sécurité sociale.....	46
Figure 21 : Pyramide des âges de notre échantillon (2020).....	55
Figure 22 : Pyramide des âges des médecins généralistes en Limousin (2015).....	55

Table des tableaux

Tableau 1 : Les options de financement (<i>Source « www.ameli.fr »</i>).....	31
Tableau 2 : Répartition des médecins répondants selon les percentiles de patients "médecin-traitant" et nombre de patients correspondant	38
Tableau 3 : Répartition des réponses concernant le facteur stress.....	41
Tableau 4 : Influence du genre sur l'adhésion au projet.....	50
Tableau 5 : Influence de l'âge et de la durée d'installation sur l'adhésion au projet.....	50
Tableau 6 : Influence du mode d'exercice et du type de secrétariat sur l'adhésion au projet	51
Tableau 7 : Influence du volume de patients sur l'adhésion au projet	52

Liste des abréviations

ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel

ALD : Affection Longue Durée

ARS : Agence Régional de Santé

ASALEE : Action de Santé Libérale En Equipe

BPCO : Brocho-Pneumopathie Chronique Obstructive

BU : Bandelette Urinaire

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

ECG : Electro Cardio Gramme

HAS : Haute Autorité de Santé

Loi HPST : loi de réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires

HbA1c : Hémoglobine glyquée

IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat

IDSP : Infirmier(e) Délégué(e) à la Santé Publique

IPA : Infirmier(e) de Pratique Avancée

MEP : Mode d'Exercice Particulier

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

Optam : Option de Pratique Tarifaire Maitrisée

Optam-Co : Option de Pratique Tarifaire Maitrisée – Chirurgie et Obstétrique

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

Introduction

En France en 2020, l'accès aux soins primaires devient une réelle préoccupation : avec une densité médicale en baisse depuis plusieurs années et prévue au plus bas sur la période actuelle (1), il devient difficile pour la population vieillissante (2) d'accéder à un médecin traitant. Ainsi selon l'assurance maladie près de 2,5 millions de personnes sont en recherche active d'un médecin traitant, en vain (3).

La répartition inégale des praticiens sur le territoire tend à accentuer ce que l'on appelle aujourd'hui les déserts médicaux. Le territoire du Limousin fait partie de ces déserts (4).

A ces difficultés démographiques s'ajoute un sentiment de pénibilité accrue du métier avec une part importante de l'activité actuelle des médecins généralistes dédiée aux tâches administratives (5)(6).

Devant ces problématiques, il devient urgent d'agir en faveur de l'accès aux soins primaires. Il semble également important d'aider les médecins à exercer dans les meilleures conditions possibles et en particulier les médecins généralistes, en première ligne de notre système de santé.

C'est dans cette optique que le concept de délégation des tâches avait été inscrit dans le code de santé publique en 2009, dans le cadre de la loi de réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (loi HPST) (7).

Dans la continuité, le projet de loi « ma santé 2022 » du quinquennat actuel propose, entre autres, la création d'un nouveau métier pour épauler les professionnels de santé en difficulté : les assistants médicaux (8).

Si ce métier apparaît comme nouveau en France, il existe depuis de nombreuses années (9) et sous différents modèles à l'étranger (10).

Le déploiement de ces assistants en France soulève plusieurs questionnements et on retrouve peu de bibliographie sur le sujet.

C'est ainsi que nous avons décidé d'entreprendre ce travail de thèse d'exercice, avec pour objectif principal d'identifier le niveau d'adhésion des médecins généralistes installés en Limousin au projet d'assistants médicaux tels qu'ils sont proposés dans le projet de loi santé 2022.

I. Contexte

I.1. Contexte démographique

I.1.1. Démographie Française

En observant la démographie Française, on peut noter une augmentation linéaire du nombre d'habitants d'environ 0,4% par an sur la période 2010-2018, avec un léger ralentissement entre 2017 et 2018 (+0,3%).

Ainsi au premier janvier 2018 on compte 66,891 millions d'habitants en France (contre 64,613 millions en 2010).

Parallèlement on note surtout un vieillissement important de la population générale, principalement imputable au vieillissement de la « *génération babyboom* » (11)(12).

Alors que la proportion de personnes âgées de plus de 65 ans était de 16% dans les années 2000, elle est aujourd'hui de 20%, et cette proportion devrait s'accroître selon de nombreux scénarios tendanciels pour atteindre 25,6% en 2040 (2).

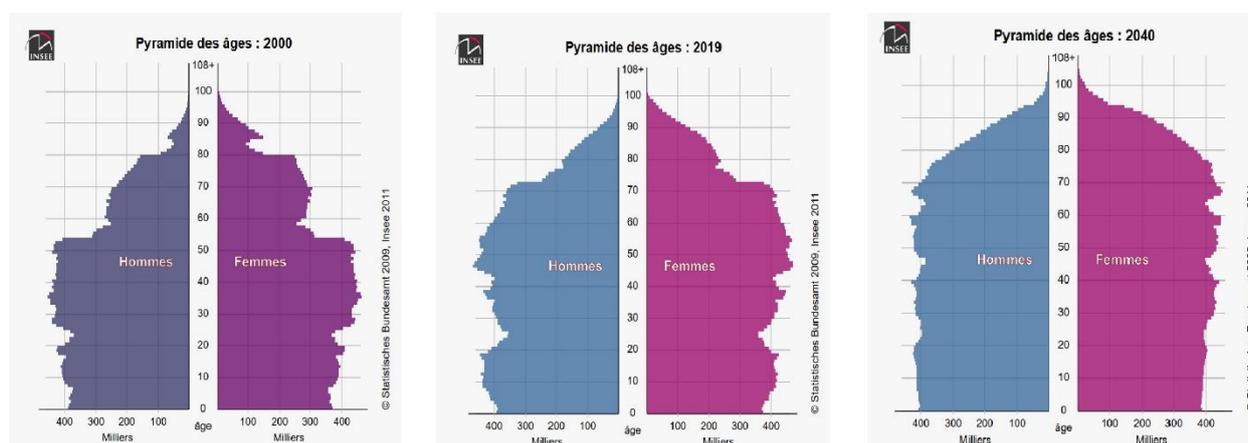


Figure 1 : Pyramide des âges 2000 - 2019 - 2040

I.1.2. Démographie médicale Française

Le Numerus Clausus a été instauré en 1971 dans le but de réguler le nombre de médecins formés et donc les installations dans un contexte de surpopulation médicale et d'une tentative de maîtrise des coûts en santé.

Ce nombre était de 8591 pour l'année universitaire 1972-1973 et il a subi une décroissance progressive soutenue par l'ensemble des gouvernements jusqu'à atteindre, en 1992, le nombre de 3500. Ce n'est qu'à partir des années 2000 que les conséquences graves d'une telle restriction de formation médicale ont été prises en compte, et on est revenu maintenant au niveau des années 1970 (13).

Malgré cette augmentation progressive au cours des années 2000, le Numerus Clausus des années 1980-1990 prend une part prépondérante dans la désertification médicale globale que l'on retrouve aujourd'hui.

En 2018, l'âge moyen des médecins en activité inscrits à l'Ordre National des Médecins en France est de 51 ans. On compte 198 081 médecins inscrits en activité régulière, avec 47% de femmes pour 53% d'hommes.

On dénombre 87 801 Médecins Généralistes en activité régulière pour 110 279 Spécialistes hors médecine générale en 2018.

Entre 2010 et 2018, le nombre de médecins généralistes en activité est passé de 94 261 à 87 801, soit une baisse de 7%. Cette baisse pourrait avoir tendance à se poursuivre dans les 8 prochaines années avec un effectif projeté de 81 804 en 2025 (-0,9% par an) (1).

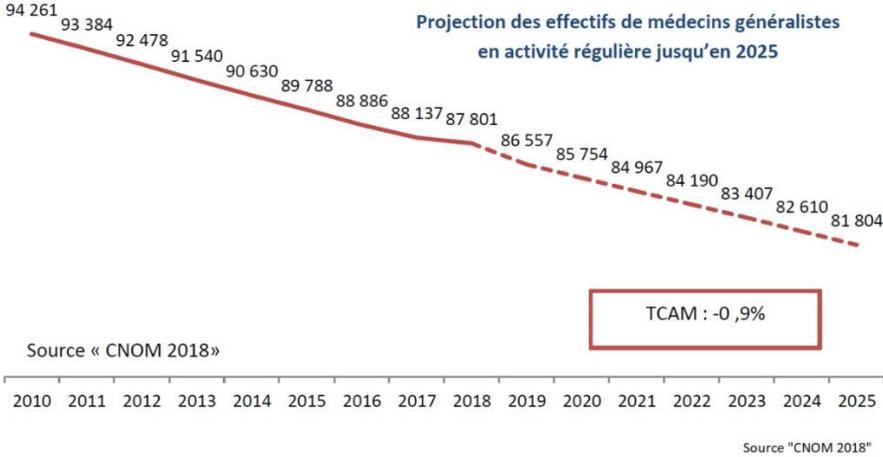


Figure 2 : Projection des effectifs de médecins généralistes en activité régulière jusqu'en 2025

Les médecins généralistes en activité en 2018 sont également vieillissants, avec une proportion de médecins de plus de 60 ans représentant presque un tiers des généralistes en activité.

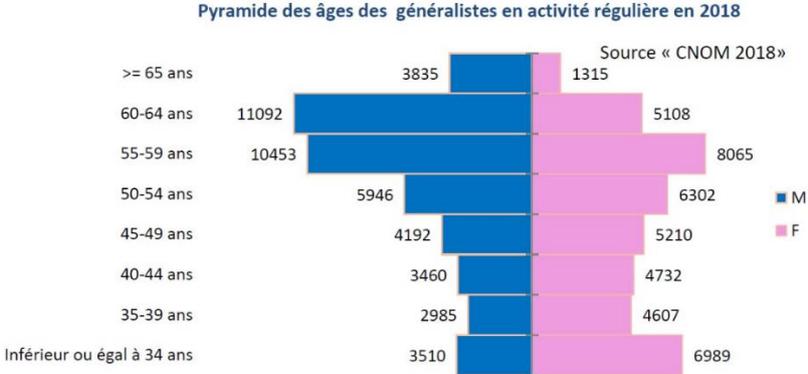


Figure 3 : Pyramide des âges des généralistes en activité régulière en 2018

I.1.3. Démographie médicale à l'échelle territoriale du Limousin

Il est important de noter une inégale répartition des médecins dans les différents territoires français, responsable de disparités d'accès aux soins, et notamment aux soins de premier recours.

Le territoire correspondant à l'ancienne région Limousin est l'un des plus touchés par ce phénomène de désertification médicale.

Ainsi, en analysant les chiffres de l'Atlas démographique du conseil de l'Ordre en 2015, on retrouve une projection des effectifs avec une inflexion plus importante en région Limousin qu'au niveau national (baisse des effectifs de 11,9% entre 2010 et 2018, contre 7% au national) (4).

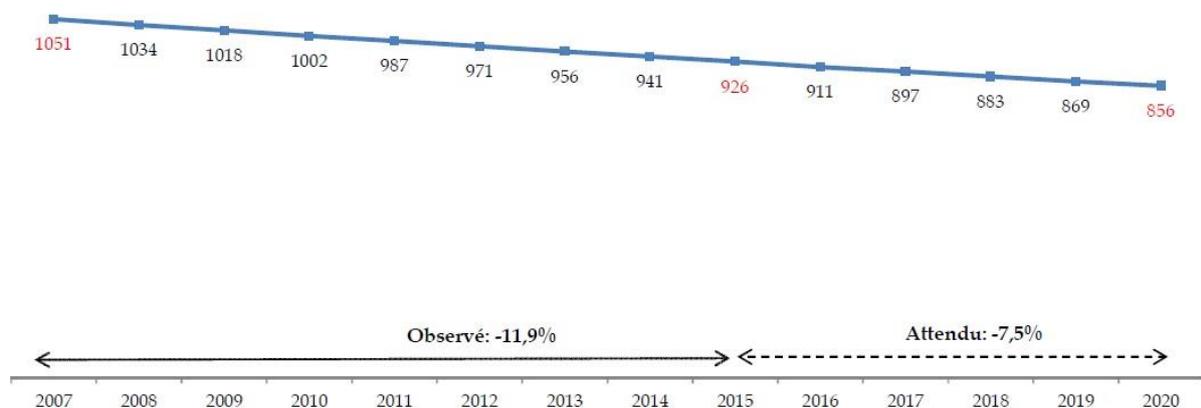


Figure 4 : Les médecins généralistes libéraux et mixtes - de l'observé à l'attendu // Région
(Source « Atlas régional CNOM 2015 »)

NB : Les courbes de l'atlas régional (figures 4 et 5) (4) et celle de l'atlas national (figure 2) (1) n'utilisent pas la même échelle et n'ont donc pas la même pente, elles ne sont pas comparables au visuel.

L'observation à l'étage départemental retrouve toujours cette baisse des effectifs, à fortiori en Creuse et en Corrèze avec des effectifs projetés de -22% en Creuse et -15% en Corrèze entre 2010 et 2020.

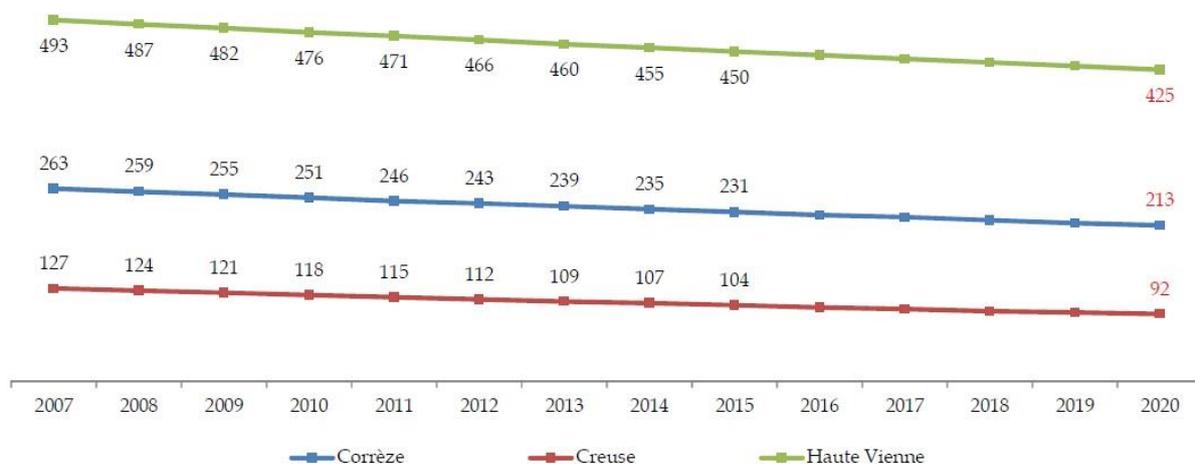


Figure 5 : Les médecins généralistes libéraux et mixtes - de l'observé à l'attendu // Départements (Source « Atlas régional CNOM 2015 »)

Le vieillissement global des effectifs de médecins généralistes est également observé à l'échelle régionale Limousin.

Les médecins de plus de 60 ans représentent plus du tiers (34%) des médecins généralistes en activité régulière ; 11% sont âgés de moins de 40 ans (4).

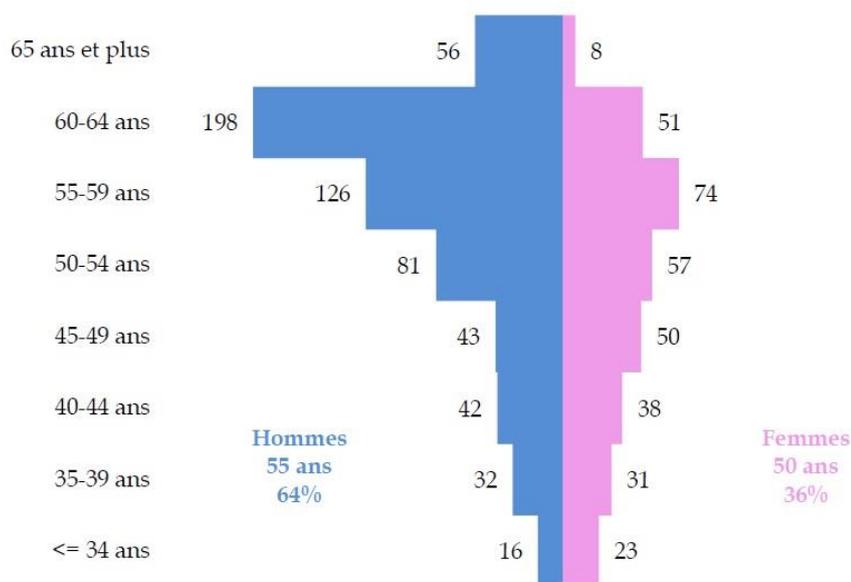


Figure 6 : Pyramide des âges des médecins généralistes libéraux et mixtes – Région Limousin (Source « Atlas régional CNOM 2015 »)

I.2. Les conditions de travail en médecine générale

Actuellement, les médecins généralistes travaillent en moyenne 54h par semaine, pour une durée de consultation de 18 minutes. Ces chiffres sont stables depuis 2014.

Leur temps de travail est divisé en 44h30min auprès des patients, pour 7h30min de tâches administratives, et 2h de formation continue (14).

Le temps de travail auprès des patients varie selon l'âge et le sexe du médecin.

La nouvelle génération de médecins généralistes aspire à une meilleure qualité de vie (15). La durée moyenne passée auprès des patients est ainsi de 41h30 chez les moins de 50 ans contre 46h chez les plus de 50 ans.

La féminisation de la profession participe également à ce changement avec un temps de consultation de 41h chez les femmes, contre 46h30 chez les hommes.

La part de travail administratif (7h30) est constante quel que soit le niveau d'activité total.

Ces contraintes non médicales participent à une dégradation de la satisfaction professionnelle des médecins généralistes, ainsi que leur moral (5)(6).

I.3. Délégation de tâches et loi HPST

Devant les problématiques soulevées précédemment, il semblait important d'agir en faveur de l'accès aux soins primaires, et d'aider les médecins à exercer dans les meilleures conditions possibles.

C'est dans cette optique qu'a émergé le concept de délégation de tâches avec la loi de réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (loi HPST) en 2009 (7).

I.3.1. Définition de la délégation de tâches

La délégation de tâches peut être définie par l'action de charger un autre professionnel de santé d'une mission avec tout pouvoir pour la remplir : c'est l'action de transmettre, confier.

Cette délégation comprend généralement l'idée de contrôle avec la responsabilité engagée de celui qui délègue (le médecin). La responsabilité du délégué (le professionnel non médical) est engagée dans la réalisation de l'acte. Ce schéma implique une coopération optimale entre les différents acteurs de santé (16).

Il faut bien différencier cette notion du transfert de compétence, qui est défini comme l'action de déplacer l'acte de soin d'un corps professionnel à un autre : les activités sont confiées dans leur totalité, y compris en termes de responsabilité, à une autre profession. Les professionnels non médicaux sont donc autonomes dans la décision et la réalisation (17).

La coopération entre médecins et autres professionnels de santé est encadrée par l'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009 (7).

Ainsi selon l'article L.4011-1, il est permis à titre dérogatoire aux professionnels de santé « *d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient* » selon l'article L.4011-1 du code de santé publique.

Ces délégations se font par des protocoles validés par la Haute Autorité de Santé (HAS) et leur mise en œuvre doit être autorisée par les Agences Régionales de Santé (ARS).

I.3.2. Exemple de délégation de tâches : le dispositif ASALEE

ASALEE signifie Action de Santé Libérale En Equipe. Ce dispositif a été créé en 2004 à l'initiative de médecins généralistes afin d'améliorer la prise en charge des maladies chroniques en médecine de ville (18).

Même si ce dispositif s'adressait initialement aux médecins libéraux, on voit aujourd'hui se développer le dispositif au sein de centres médicaux (médecins salariés) (19).

Au sein du dispositif ASALEE, certains actes de soins, qui sont habituellement pratiqués par les médecins, sont délégués aux infirmières selon des protocoles préétablis.

Les Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE) intégrant ce dispositif sont appelés Infirmiers Délégués à la Santé Publique (IDSP). Ces soignants sont notamment formés à l'éducation thérapeutique, un élément majeur du dispositif.

ASALEE compte actuellement cinq protocoles, validés par la HAS, portant sur (20) :

- le **diabète de type II** (dépistage et prise en charge) ;
- le **risque cardio-vasculaire** (suivi, mise en place d'automesures tensionnelles) ;
- la **BPCO** (dépistage et sevrage tabagique) ;
- les **troubles cognitifs** (dépistage) ;
- le **surpoids et l'obésité de l'enfant** (prévention et accompagnement).

Pour un patient suivi selon le protocole diabète type II, l'IDSP ASALEE peut par exemple effectuer les examens des pieds avec monofilament, ou prescrire un électrocardiogramme et le réaliser à condition qu'un médecin puisse l'interpréter dans le même temps.

L'IDSP peut également prescrire des bilans de suivi (podologique, ophtalmologique avec fond d'œil, biologique avec HBA1c ou microalbuminurie) (20)(21).

Dans le cadre du protocole de BPCO et sevrage tabagique, l'IDSP peut être amené à faire pratiquer au patient une spirométrie, ou encore prescrire des substituts nicotiques (21).

I.4. Le projet de loi santé 2022

Une partie du projet de loi santé du quinquennat actuel « Ma santé 2022 » prévoit d'agir sur l'accès aux soins primaires selon plusieurs leviers.

Outre la suppression du numérus clausus et donc l'augmentation du nombre de médecins formés (+20% attendus), cette loi prévoit, entre autres, le développement et la généralisation des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) et le déploiement d'assistants médicaux auprès des médecins dans les zones de faible densité médicale (22).

Selon le projet de loi, les assistants médicaux viendraient en appui des médecins « exerçant dans le cadre d'un exercice coordonné », principalement au sein de Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) ou de CPTS. La création de 4000 postes d'assistants médicaux est ainsi prévue pour l'horizon 2022 (8).

Le projet de loi prévoit également d'appuyer le déploiement de la profession d'infirmière de pratique avancée (IPA) ainsi que l'extension de la pratique avancée à d'autres domaines d'intervention.

I.4.1. Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)

Les CPTS regroupent les professionnels d'un même territoire qui souhaitent s'organiser, à leur initiative, autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes (23).

Les communautés ont pour objectif de concourir à l'amélioration de la prise en charge des patients dans un souci de continuité, de cohérence, de qualité et de sécurité des services de santé, par une meilleure coordination des acteurs qui la composent.

Trois principaux axes de travail sont prévus au sein des CPTS (24) :

- faciliter l'accès aux soins, notamment faciliter l'accès à un médecin traitant et aux soins non programmés ;
- l'organisation des parcours de soins des patients afin d'assurer une meilleure coordination des acteurs ;
- la prévention, notamment en axant sur le risque iatrogène, la désinsertion professionnelle, l'obésité, la perte d'autonomie...

Deux autres missions viennent en complément :

- démarches au service de la qualité et de la pertinence des prises en charge ;
- mesures au service de l'attractivité du territoire pour les soignants.

I.4.2. Les Assistants Médicaux

C'est un nouveau métier en France. Selon l'assurance maladie, les assistants médicaux assureront des missions d'aide aux médecins et d'accompagnement des patients dans le parcours de soins.

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

- Administratives : accueil, création/gestion du dossier informatique patient, recueil et enregistrement des informations administratives et médicales, accompagnement de la mise en place de la télémédecine dans le cabinet...
- En lien avec la consultation : aide au déshabillage, prise de 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...
- D'organisation et de coordination : les assistants médicaux pourront remplir une mission de coordination, notamment avec les autres acteurs intervenant dans la prise en charge des patients (25).

Si ce métier apparaît pour la première fois en France, il ne s'agit pas d'une idée novatrice : le concept d'assistant médical existe dans plusieurs pays étrangers et depuis de nombreuses années.

Nés en Amérique du Nord (Etats-Unis et Canada) au cours des années 1960 dans un contexte de difficultés d'accès aux soins primaires, les assistants médicaux étaient initialement dérivés des officiers de santé dans les forces armées (9)(26).

Ils existent aujourd'hui sous deux concepts différents dans plusieurs pays du monde (10)(27) :

- **Les « Physician Assistant » ou adjoints au médecin**

Ce sont des prestataires de santé qui peuvent pratiquer l'anamnèse et l'examen clinique. Ils peuvent ainsi participer à la démarche diagnostique (28).

Selon les pays où ce métier existe, ces adjoints peuvent ou non prescrire et interpréter des examens complémentaires d'imagerie médicale ou de laboratoire, ainsi que des traitements, toujours sous la responsabilité d'un docteur en médecine et dans son champ de compétences.

- **Les « Medical Assistant » ou assistants médicaux**

Ils sont à l'étranger de véritables assistants de consultation. Leur champ de compétences est plus réduit que celui des adjoints et se concentre plus sur des tâches administratives, de coordination et d'aide à la consultation (déshabillage, préparation de pansements, stérilisation de matériel...) (29).

Ces deux métiers bien différents d'assistants cohabitent dans divers pays comme par exemple aux Etats-Unis, au Canada, aux Pays-Bas, en Allemagne ou au Royaume-Uni.

En Suisse seul le modèle de l'assistant existe, et c'est vers ce système que semble s'orienter le modèle d'assistantat médical Français (30).

I.5. Le modèle d'assistants médicaux envisagé en France

I.5.1. Les tâches confiées à l'assistant

Comme vu plus haut, en France, c'est le médecin qui choisit en toute liberté les missions qu'il veut confier à l'assistant médical.

A titre d'exemple, dans les pays où les assistants médicaux sont déjà implantés, les tâches suivantes leur sont confiées sous la responsabilité du médecin (31) :

- Sur le plan de l'accueil et de la consultation :
 - gestion des appels téléphoniques, analyse des demandes, prise de rendez-vous ;
 - accueil des patients, leur installation ;
 - réalisation sur demande du médecin des électrocardiogrammes, des mesures de tension, des pesées, etc. ;
 - préparation des instruments nécessaires à l'examen médical ;
 - assistance aux médecins lors de certains soins ou petites interventions chirurgicales (pose de plâtres, pansements, sutures, administration de médicaments, etc) ;
- Sur le plan administratif et logistique :
 - 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 que doit signer le médecin ;
 - commande des consommables nécessaires au cabinet ;
 - entretien et stérilisation des instruments utilisés et vérification du bon fonctionnement des appareils.

I.5.2. Les enjeux du déploiement des assistants médicaux

Selon l'assurance maladie, le déploiement des assistants médicaux répond à un triple enjeu (32) :

- ***Favoriser un meilleur accès aux soins pour les patients***

En libérant du temps médical au médecin, l'objectif est de lui permettre d'accueillir davantage de patients ainsi que de répondre plus facilement aux soins non programmés ou urgents.

Du côté des patients, l'objectif est d'améliorer l'accès à un médecin traitant ainsi que les délais de rendez-vous médicaux dans certaines spécialités sous tension.

- ***Assurer de meilleures conditions d'exercice aux médecins***

Le but du travail avec un assistant médical est de permettre au médecin de se décharger des tâches pour lesquelles il n'a pas de plus-value, et ainsi recentrer son activité sur le soin.

L'objectif est également d'améliorer l'attractivité du métier, notamment en zones sous-dense.

- ***Améliorer la qualité et la coordination des soins***

Le temps médical libéré devrait permettre de consacrer plus de temps aux patients qui le nécessitent, et ainsi améliorer la qualité des soins et du suivi.

Les assistants médicaux devraient enfin permettre de renforcer la continuité des soins et la coordination entre les différents acteurs prenant en charge les patients.

I.5.3. Le financement des assistants médicaux

En cas de recrutement, l'assistant médical est salarié par le ou les médecins avec qui il va collaborer.

Afin d'aider au déploiement des assistants médicaux en France, une aide financière a été mise en place par l'Assurance Maladie.

Ces aides concernent les médecins sur tout le territoire, et pour certaines spécialités uniquement sur les 30% du territoire où l'offre de soins est insuffisante (32).

I.5.4. Conditions d'éligibilité aux aides financières

Pour bénéficier des aides proposées par l'Assurance Maladie, les médecins généralistes doivent avoir un nombre de patients dont ils sont le médecin traitant suffisant – plus de 640 patients – et, pour les autres spécialistes, avoir une file active suffisante.

Le médecin recrutant l'assistant doit également (32) :

- exercer en secteur 1 ou en secteur 2 et être adhérent à l'Optam ou à l'Optam-Co ;
- exercer en mode regroupé (au moins 2 médecins dans un même cabinet), avec une dérogation pour les médecins en zone sous-dense ;
- s'inscrire dans une démarche d'exercice coordonné, quelle que soit sa forme (MSP, équipe de soins primaire ou spécialisée, CPTS...) ou s'engager à le faire dans les 2 ans.

I.5.5. Montant et durée des aides financières

Lorsqu'un médecin s'engage et recrute un assistant médical avec le dispositif d'aide financière, il signe avec sa CPAM un contrat de 5 ans renouvelable, qui formalise les engagements du médecin et de la caisse primaire.

Trois options sont proposées, selon le niveau de financement et d'engagement que le médecin juge approprié à ses besoins et à son organisation.

Le financement est annuel, dégressif sur 2 années, puis pérenne au-delà (voir tableau 1).

Tableau 1 : Les options de financement (Source « www.ameli.fr »)

Les options de financement : 2 principales et 1 spécifique			
Participation * de l'Assurance Maladie	Option 1 : 1/3 d'assistant médical	Option 2 : 1/2 assistant médical	Option 3 (en zone sous-dense uniquement) : 1 assistant médical
Année 1	12 000 €	18 000 €	36 000 €
Année 2	9 000 €	13 500 €	27 000 €
Année 3	7 000 €	10 500 €	21 000 €

* Des financements majorés sont prévus pour les médecins dont la file active et/ou la patientèle adulte MT est très élevée.

I.5.6. Engagements des médecins

En contrepartie de l'aide conventionnelle, le médecin s'engage :

- s'il est généraliste ou spécialiste en médecine générale, à augmenter sa patientèle adulte médecin traitant et sa file active ;
- s'il est d'une autre spécialité, à augmenter sa file active.

La progression attendue dépend de la taille de la patientèle adulte médecin traitant (MT) et/ou de la file active du médecin au moment du recrutement de l'assistant médical.

Plus les patientèles MT et file active initiales sont importantes, moins le médecin aura à accueillir de nouveaux patients.

Le dispositif prévoit que le médecin s'engage à augmenter sa patientèle proportionnellement au niveau de financement qu'il reçoit de l'Assurance Maladie :

- Option 1 (recrutement d'au moins un tiers temps d'assistant médical) : le médecin s'engage à augmenter sa file active et/ou sa patientèle adulte médecin traitant de + 20 % à 0 % (maintien) ;
- Option 2 (recrutement d'au moins un mi-temps d'assistant médical) : le médecin s'engage à augmenter sa file active et/ou sa patientèle adulte médecin traitant de + 25 % à 0 % (maintien) ;
- Option 3 (en zone sous-dense, recrutement d'un assistant médical à temps complet) : le médecin s'engage à augmenter sa file active et/ou sa patientèle adulte médecin traitant de + 35 % à + 5 %.

Le contrat ne demande pas au médecin de travailler plus longtemps (32).

Des exemples concrets de financements selon les différentes options sont disponibles en annexe de cette thèse, ainsi que la grille d'augmentation de patientèle (Annexe 1).

II. Matériels & Méthodes

II.1. Question de recherche

Ce projet d'assistants médicaux auprès des médecins généralistes étant nouveau en France, il paraît important d'en vérifier l'acceptabilité auprès des médecins généralistes installés.

C'est dans cette optique que nous avons choisi la question de recherche suivante :

« Dans quelles conditions les médecins généralistes libéraux installés en Limousin accepteraient de travailler avec des assistants médicaux tels qu'ils sont envisagés selon le projet de loi santé 2022 ? »

II.2. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de l'étude était d'identifier le niveau d'adhésion des médecins généralistes installés en Limousin au projet d'assistants médicaux tels qu'ils sont proposés dans le projet de loi santé 2022.

Les objectifs secondaires étaient les suivants :

- Identifier les attentes et les freins principaux concernant ce projet
- Décrire le niveau d'adhésion des médecins en fonction de leurs caractéristiques épidémiologiques
- Proposer des pistes d'amélioration du projet de déploiement des assistants médicaux

II.3. Type d'étude

L'étude visait à recueillir l'avis des médecins généralistes installés sur la collaboration avec un assistant médical tel qu'envisagé dans le projet de loi santé 2022.

Pour cela nous avons choisi de réaliser une étude quantitative descriptive par enquête d'opinion prospective.

La méthode quantitative a été privilégiée à la méthode qualitative dans un but de recueillir l'avis d'un plus grand nombre de médecins et ainsi essayer de généraliser les résultats à la population ciblée.

L'enquête a été réalisée à l'aide d'un questionnaire composé de questions fermées, de questions à choix multiples, d'échelles de Likert et d'une question ouverte. Les détails du questionnaire seront développés plus loin.

II.4. Population ciblée

Dans le cadre de cette étude nous nous sommes intéressés aux médecins généralistes installés en région Limousin (Corrèze, Creuse et Haute-Vienne).

Ettaient inclus tous les médecins installés et exerçant la médecine générale, qu'ils exercent seuls, en MSP, en cabinets de groupes privés, en réseau de soins ou au sein de CPTS.

Ettaient exclus les médecins généralistes à mode d'exercice particulier (MEP) exclusif, ainsi que les médecins exerçant en centres de santé (salariés) car le travail repose beaucoup sur des ressentis du travail libéral, des contraintes qui y sont liées et du mode de financement de l'assistant.

II.5. Rédaction du questionnaire

Le questionnaire était rédigé en 2 parties bien distinctes :

- la première partie comprenait les questions sur les caractéristiques épidémiologiques du médecin répondant au questionnaire ;
- la seconde partie était consacrée aux assistants médicaux.

La version initiale était travaillée par un logiciel de traitement de texte type Word®, avant d'être mis en forme pour la diffusion en document Google Forms®.

La version texte du questionnaire complet est disponible en annexe (Annexe 2).

II.5.1. Première partie : Caractéristiques épidémiologiques du répondant

Cette première partie comportait 9 questions fermées ou à choix multiples simples afin de définir au mieux le profil du médecin répondant.

Ainsi les 3 premières questions portaient sur l'âge, le sexe et le nombre d'années d'installation.

Venaient ensuite 5 questions permettant de définir le mode d'exercice et le niveau d'activité :

- mode d'exercice (seul, regroupé, MSP etc.) ;
- milieu d'exercice (urbain, rural) ;
- type de secrétariat utilisé ;
- nombre de patients "Médecin-Traitant" selon les données de la CPAM ;
- connaissance et utilisation du dispositif ASALEE.

Cette partie comprenait enfin la seule question ouverte du questionnaire, qui interrogeait le médecin sur le facteur qu'il jugeait comme le plus stressant de son activité.

II.5.2. Deuxième partie : Les assistants médicaux

Pour la deuxième partie du questionnaire, une échelle de Likert en 4 niveaux était utilisée pour recueillir l'opinion des médecins (pas du tout d'accord, pas d'accord, d'accord, tout à fait d'accord). Nous avons pris le parti de supprimer l'item « ni d'accord ni pas d'accord » ou « neutre » habituellement utilisé dans ce type d'échelle afin de pousser les médecins interrogés à se positionner sur chaque question.

Cette 2^{ème} section de questions était construite en 4 parties successives qui recherchaient :

1. La connaissance et l'adhésion globale au projet d'assistants médicaux (3 questions)
2. L'avis des médecins concernant les enjeux des assistants médicaux tels qu'ils étaient décrits par la sécurité sociale, à savoir :
 - a. L'utilisation d'assistants pour améliorer l'accès aux soins et leur qualité (6 questions)
 - b. L'utilisation d'assistants pour améliorer les conditions d'exercice (6 questions)
3. L'avis des médecins concernant les freins au déploiement des assistants médicaux (6 questions)
4. L'avis des médecins sur les aides financières proposées par la sécurité sociale (4 questions). Cette partie comportait un texte expliquant brièvement les modalités de ces aides

Concernant le contenu des questions, la partie sur les enjeux des assistants reprenait directement les différents items évoqués par l'Assurance Maladie et cités précédemment.

Pour la recherche des freins et l'avis sur les aides financières, les items proposés étaient issus de lectures bibliographiques, de discussions informelles avec des praticiens installés ainsi que de discussions avec les délégués de la CPAM de Corrèze sur les retours des médecins locaux lors des présentations du projet.

II.5.3. Test du questionnaire

Le questionnaire a été testé par une diffusion de la version papier (3 pages format A4) à 8 médecins avec chronométrage durant un groupe de pairs en Ariège (09). Il a permis de confirmer la réalisation du questionnaire en moins de 8 minutes, ce qui nous a paru tout à fait acceptable.

Aucune remarque sur le fond n'a nécessité de modification du contenu du questionnaire après ce test. Seule une remise en forme lors de la transformation en Google Forms® a été réalisée.

II.6. Recueil des données

Le recueil des données était effectué sur internet par un questionnaire Google Forms®.

La diffusion du lien vers le questionnaire s'est faite par mail directement aux médecins installés. Cette diffusion a été effectuée par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM) des différents départements concernés.

L'échange de mails de diffusion avec les différents CDOM est disponible en annexe (Annexe 3).

II.7. Analyse des résultats

L'analyse statistique des différents résultats a été effectuée via le logiciel « BiostatTGV® » et le module « XLstat 2020® » du logiciel Windows Excel®.

Les tests statistiques utilisés étaient le Chi2, le test exact de Fisher et le t student, choisis en fonction des effectifs et de l'objectif de cette analyse.

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

Les données qualitatives ont été retranscrites dans le logiciel Windows Excel® et ont fait l'objet d'une analyse en théorisation ancrée avec 2 niveaux d'analyse : un codage descriptif et un codage thématique avec triangulation des données.

III. Résultats

III.1. Population de l'étude

III.1.1. Nombre de réponses

Les données ont été recueillies entre le 14/02/2020 et le 01/09/2020, soit 6,5 mois.

Le nombre de médecins contactés par les différents CDOM était de 648, répartis de la façon suivante :

- pour la Corrèze 137 médecins ;
- pour la Creuse 82 médecins ;
- pour la Haute-Vienne 429 médecins.

Nous avons recueilli 107 réponses.

Le taux de réponse à notre questionnaire est de 16,5%.

III.1.2. Caractéristiques de la population

III.1.2.1. Genre

Notre échantillon de 107 médecins comportait 53 femmes et 54 hommes.

III.1.2.2. Âge

La moyenne d'âge des participants était de 47,4 ans, avec un âge minimum de 29 ans et un maximum de 68 ans : écart type de 11,2 ans.

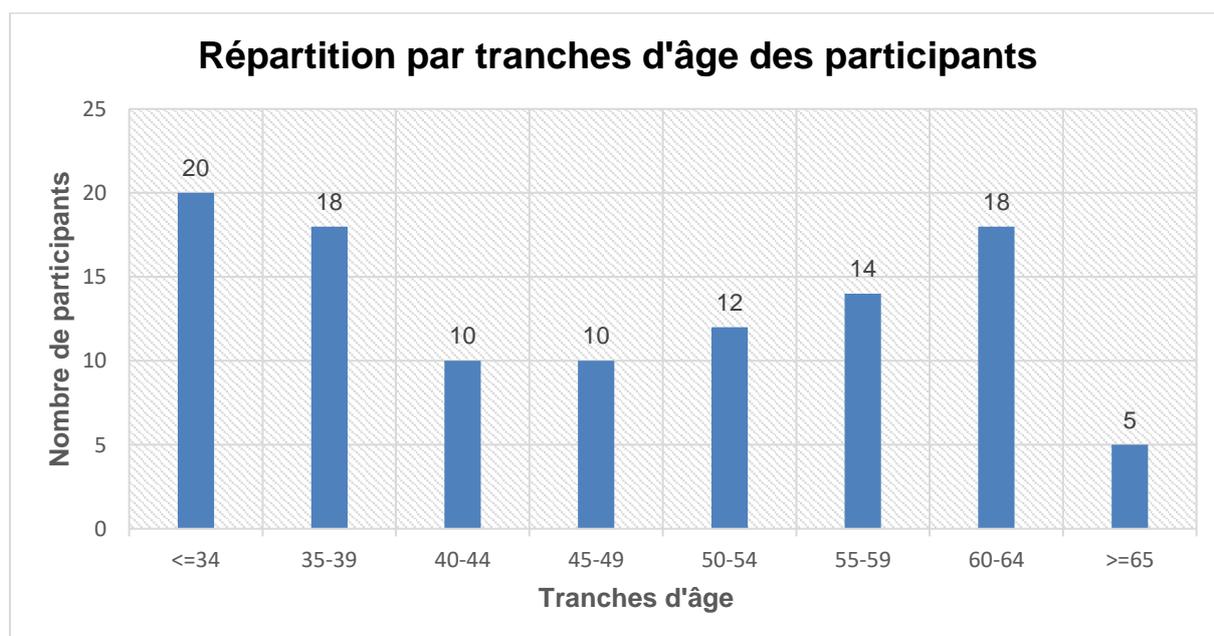


Figure 7 : Répartition par tranches d'âge des participants

III.1.2.3. Durée d'installation et volume de patients « médecin-traitant »

Les médecins ayant participé étaient en moyenne installés depuis 16,2 ans, variant entre 1 et 41 ans (écart type = 12,5).

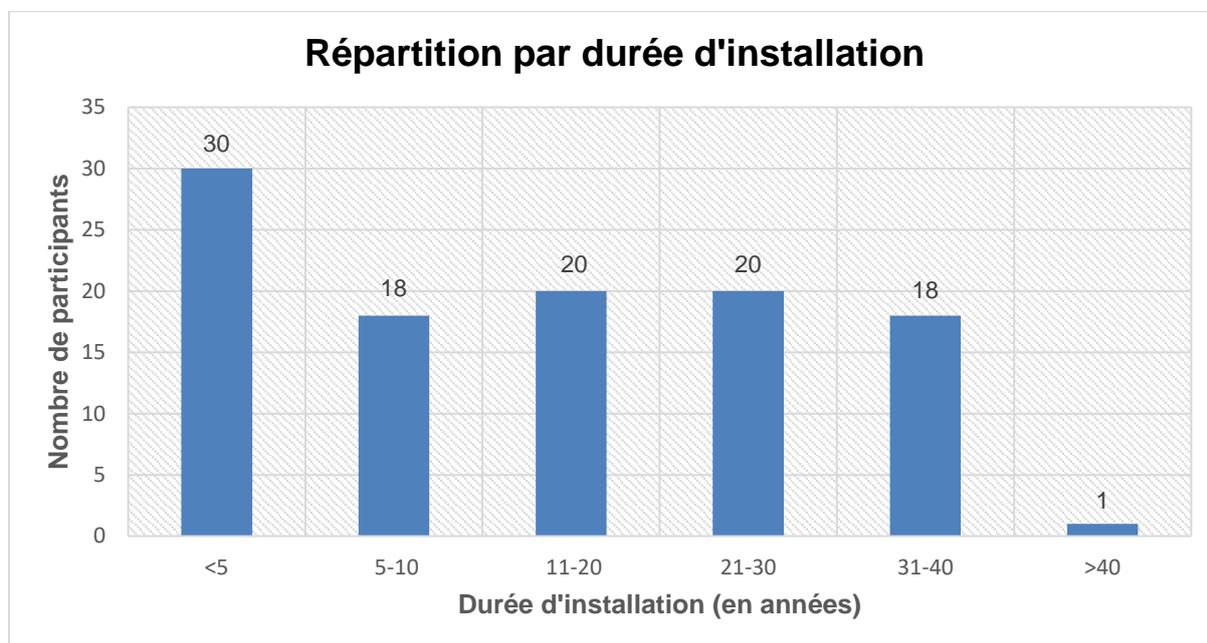


Figure 8 : Répartition par durée d'installation

La taille des patientèles des participants était très hétérogène, allant de 50 à 2500 patients, avec une moyenne de 963 patients (écart type = 410).

Toujours pour le volume de patients, les répondants ont été classés selon la répartition en percentiles des données nationales. Ce sont les mêmes données qui sont utilisées pour déterminer l'augmentation nécessaire au financement selon l'option choisie (Annexe 1.4).

La répartition des médecins répondants est donnée dans le tableau suivant :

Tableau 2 : Répartition des médecins répondants selon les percentiles de patients "médecin-traitant" et nombre de patients correspondant

Nombre de patients	<640	640-872	873-1107	1108-1502	1503-1721	>1721	Total
Percentile correspondant	<P30	P30-P50	P51-P70	P71-P90	P91-P95	> P95	
Nombre de répondants	20	25	28	26	3	5	107

III.1.2.4. Lieu et mode d'exercice

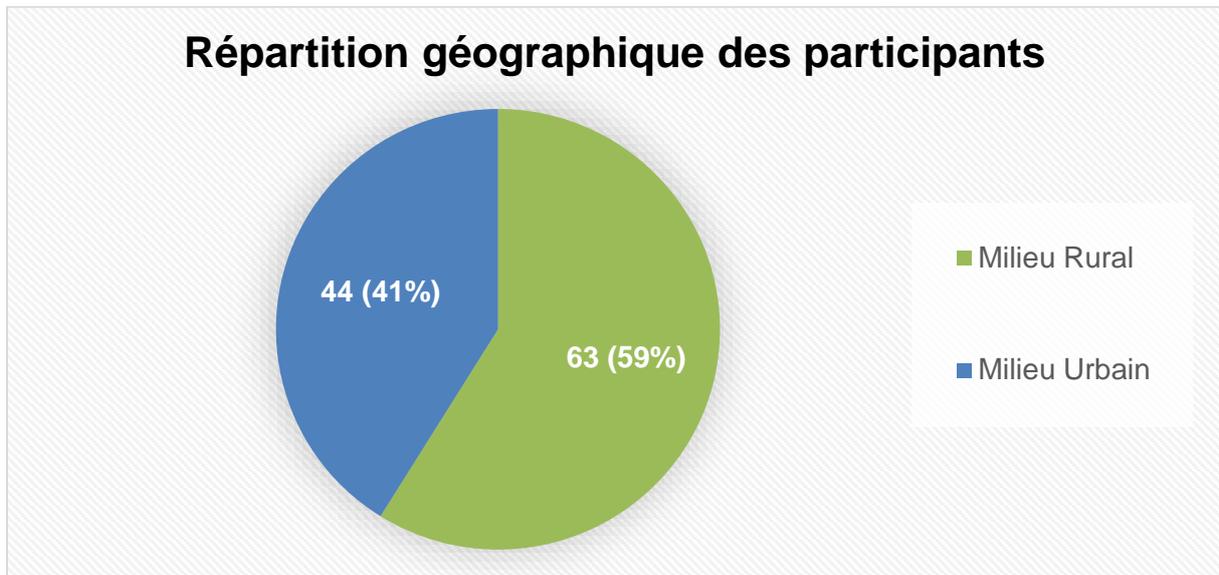


Figure 9 : Répartition géographique des participants

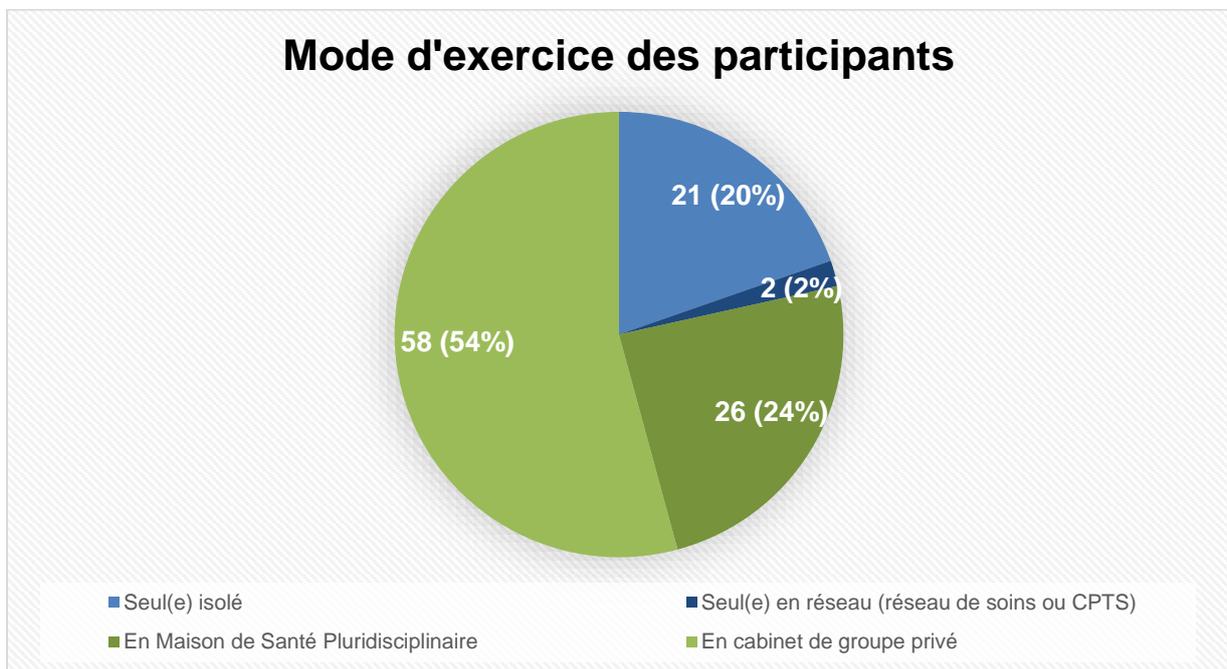


Figure 10 : Mode d'exercice des participants

A noter que certains médecins étaient à la fois en MSP et en CPTS (3) et certains étaient à la fois en groupe privé et en CPTS (3).

Travail avec une IDE ASALEE

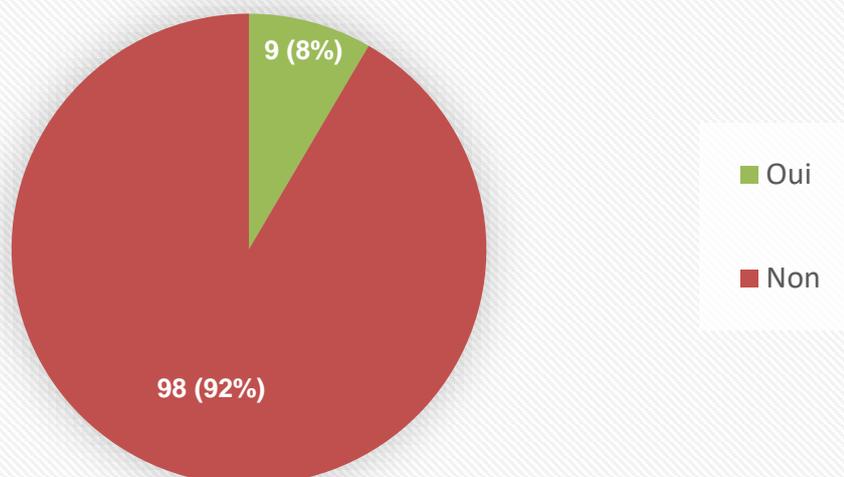


Figure 11 : Travail avec une IDE ASALEE

En parallèle, 38 médecins (35,5%) déclaraient ne pas connaître le dispositif ASALEE®.

Enfin, concernant le type de secrétariat, 86 réponses ont pu être recueillies suite à une erreur lors de l'envoi du questionnaire.

Type de secrétariat utilisé (86 réponses)

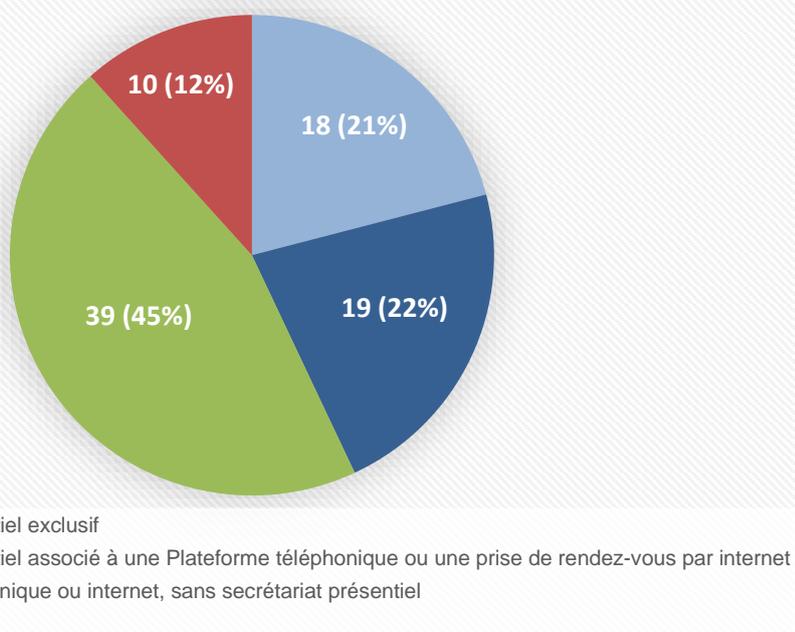


Figure 12 : Type de secrétariat utilisé (86 réponses)

III.1.2.5. Facteurs les plus stressants relevés

Avec notre analyse qualitative concernant les facteurs de stress, nous avons pu mettre en évidence 10 nœuds présentés dans le tableau suivant :

Tableau 3 : Répartition des réponses concernant le facteur stress

Facteur stress	Nombre de citations
Administratif	28
Aucun/NSP	5
Charge de travail	21
Démographie médicale	3
Gestion des soins non programmés	12
Inclassable	1
Manque/Gestion du temps	19
Pression des patients	9
Relations avec les confrères	1
Responsabilité	8

Toutes les réponses libres à cette question sont disponibles en annexe (Annexe 4).

III.2. Les assistants médicaux

III.2.1. Connaissance et adhésion au projet d'assistants médicaux (critère de jugement principal)

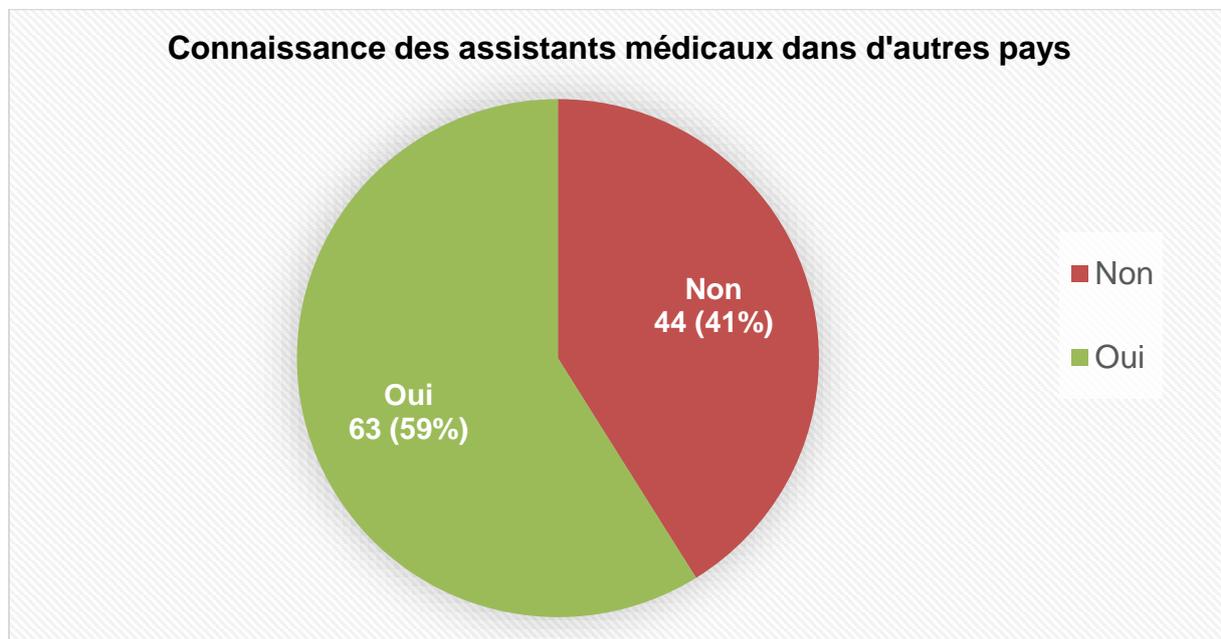


Figure 13 : Taux de connaissance des assistants médicaux dans d'autres pays

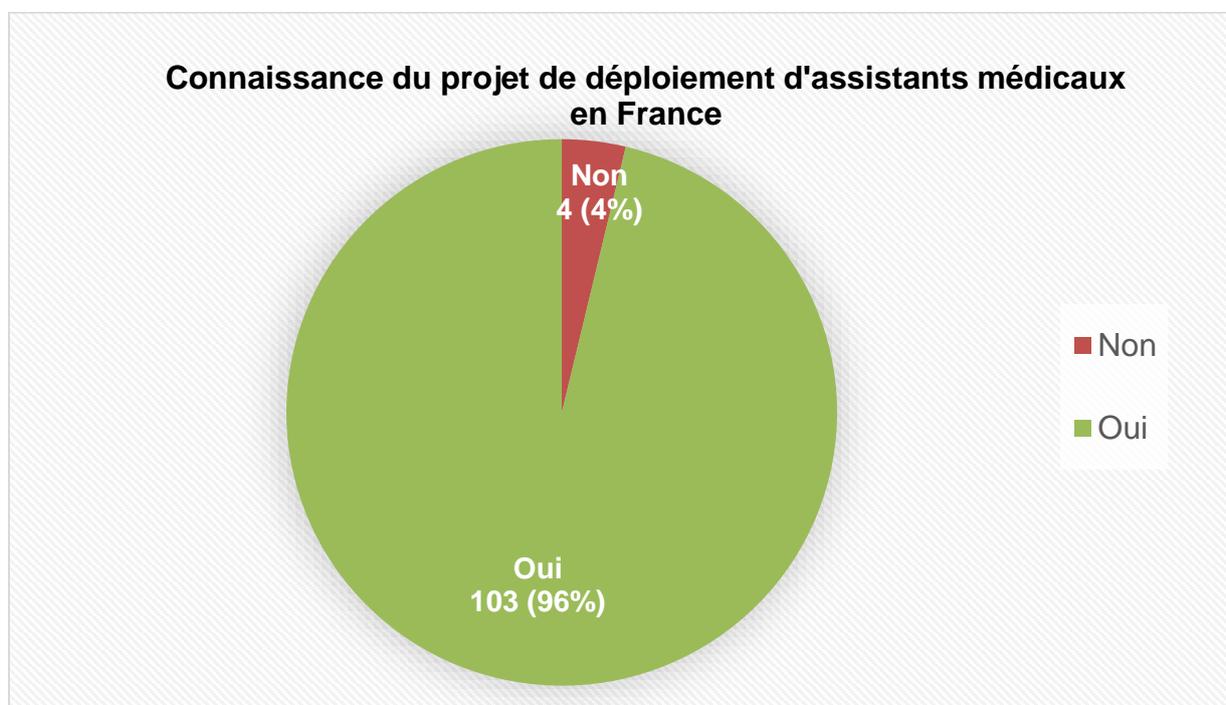


Figure 14 : Taux de connaissance du projet de déploiement d'assistants médicaux en France

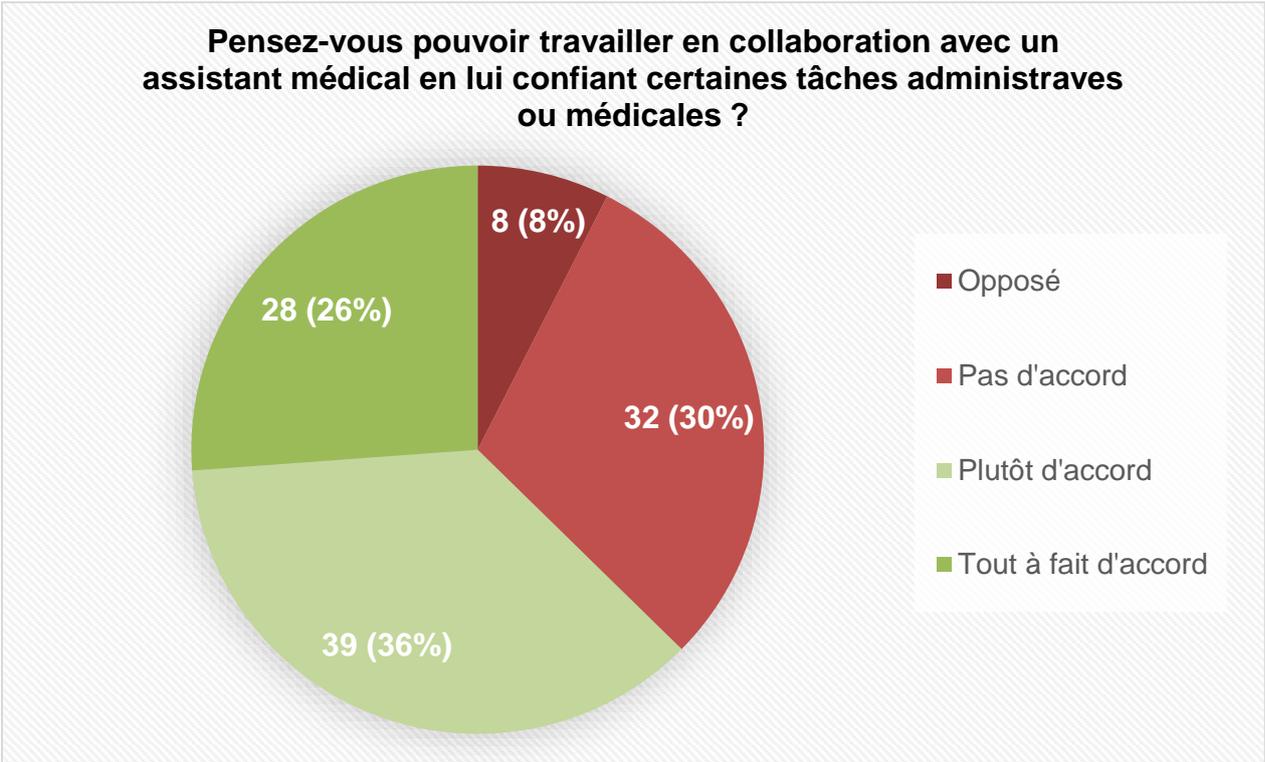


Figure 15 : Niveau d'adhésion au projet de déploiement d'assistants médicaux en France

III.2.2. Avis des médecins concernant les enjeux des assistants médicaux

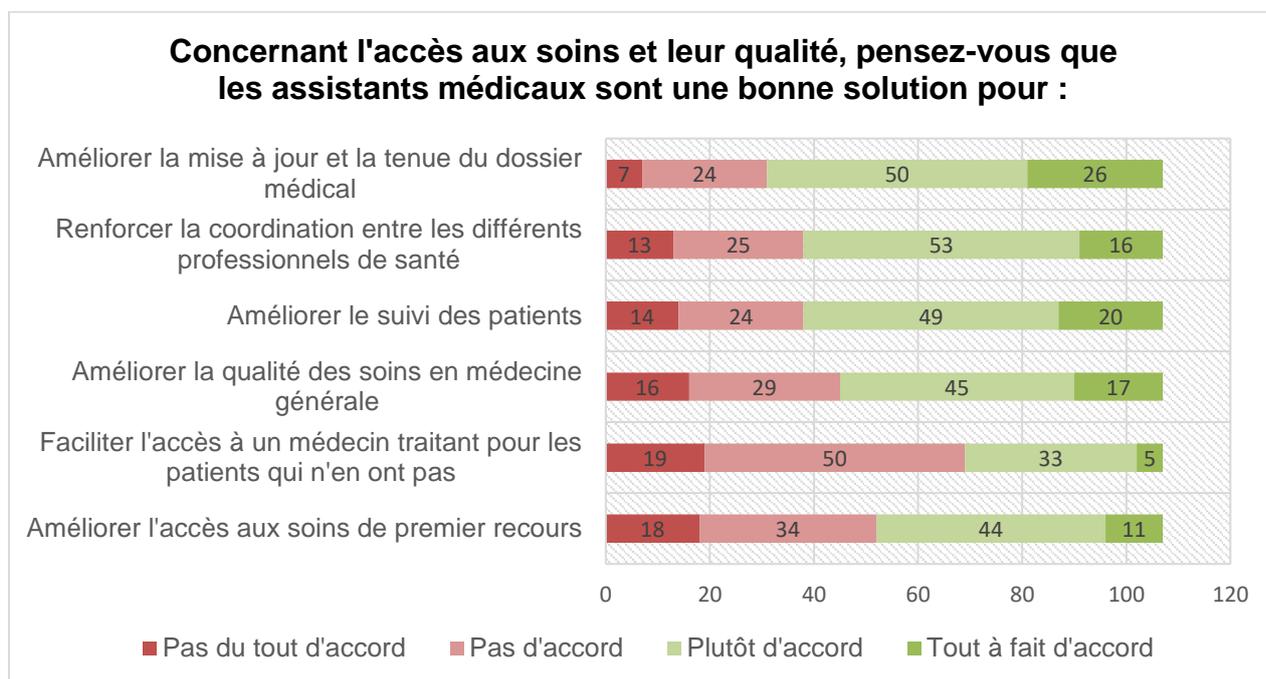


Figure 16 : Avis des médecins concernant les enjeux des assistants médicaux en termes d'accès aux soins et de leur qualité

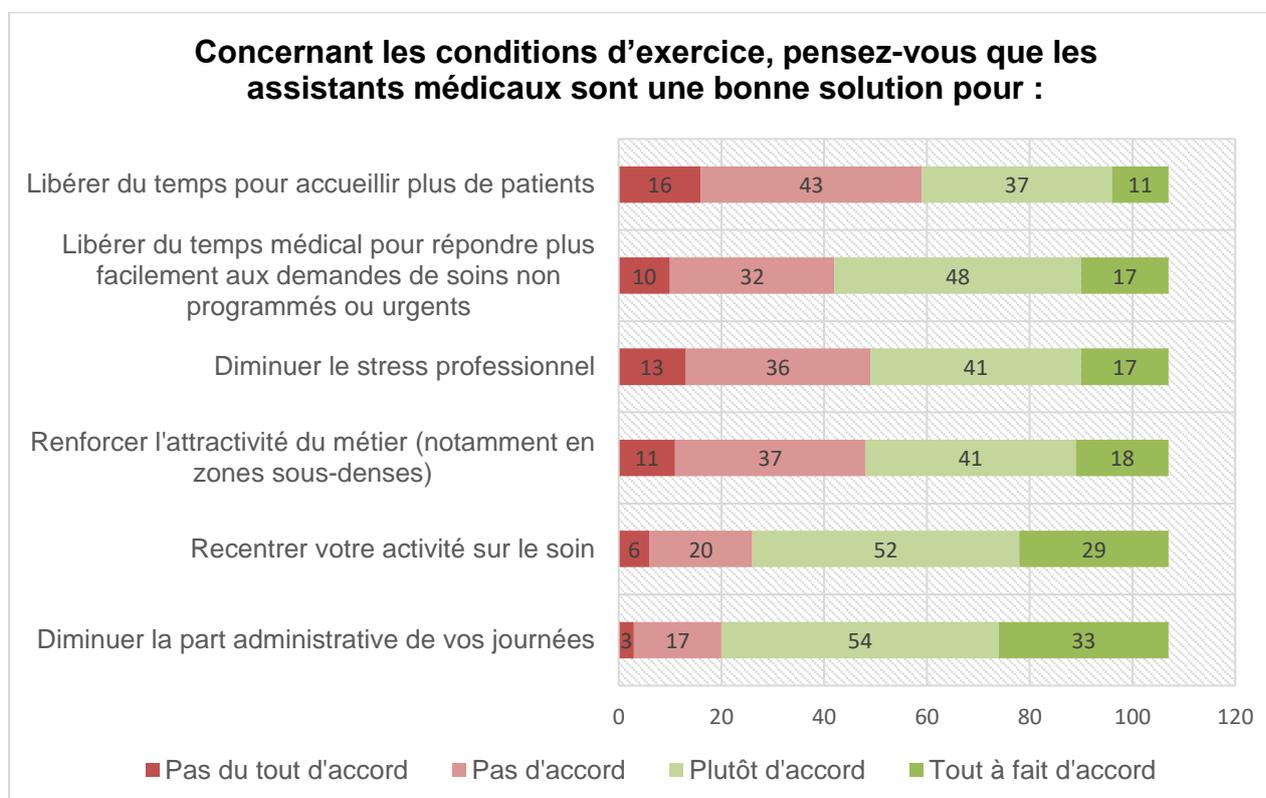


Figure 17 : Avis des médecins concernant les enjeux des assistants médicaux en termes de conditions d'exercice

III.2.3. Avis des médecins concernant les freins au déploiement des assistants médicaux

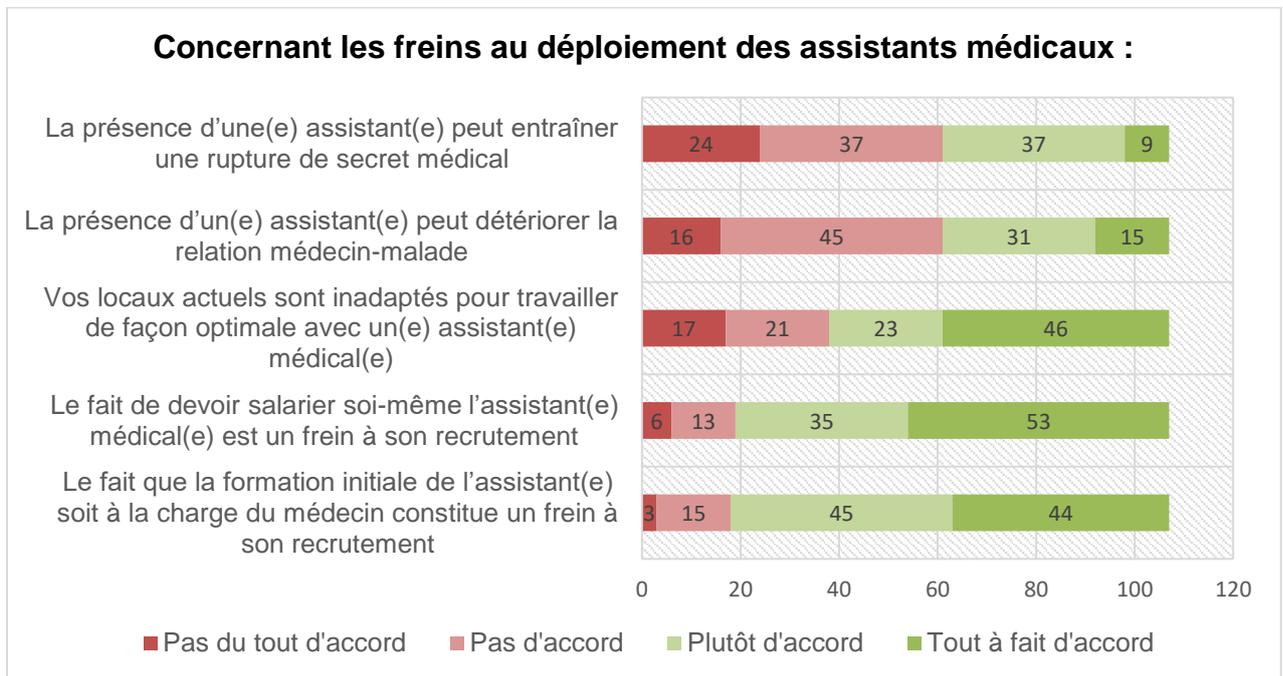


Figure 18 : Avis des médecins concernant les freins au déploiement des assistants médicaux

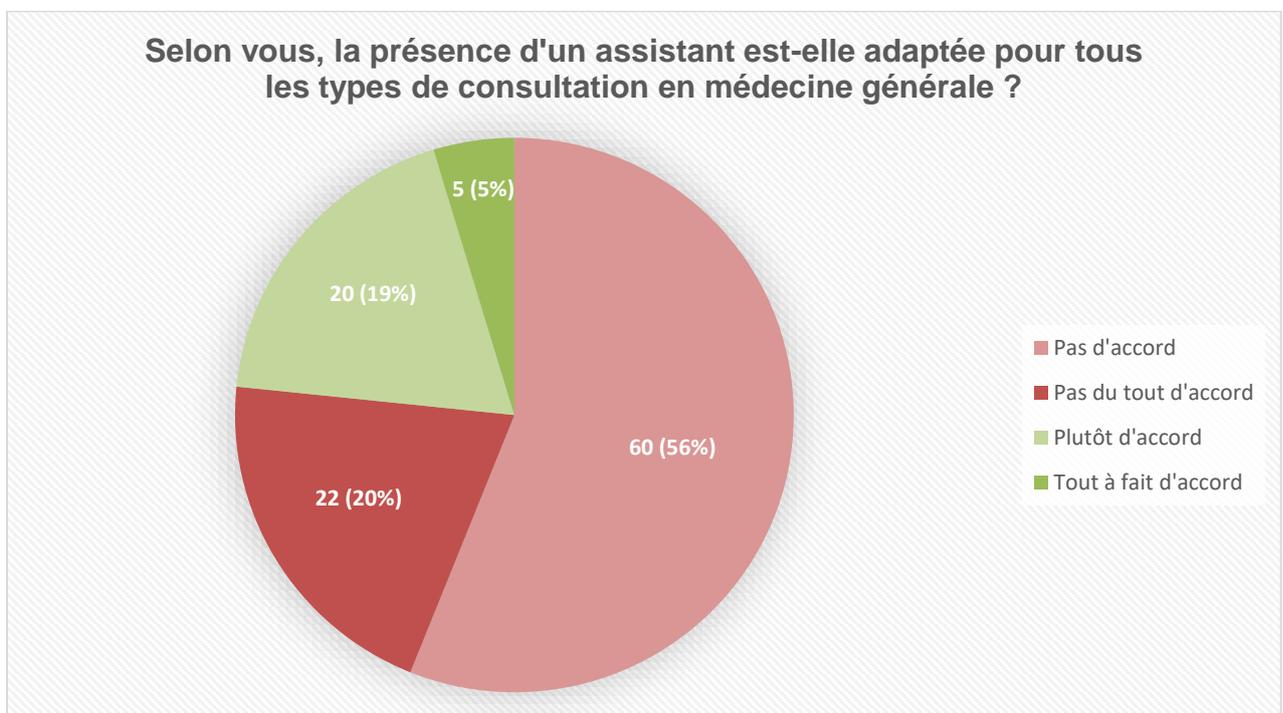


Figure 19 : Avis des médecins sur l'adaptabilité des assistants aux consultations de médecine générale

III.2.4. Avis des médecins concernant les aides financières proposées par la sécurité sociale

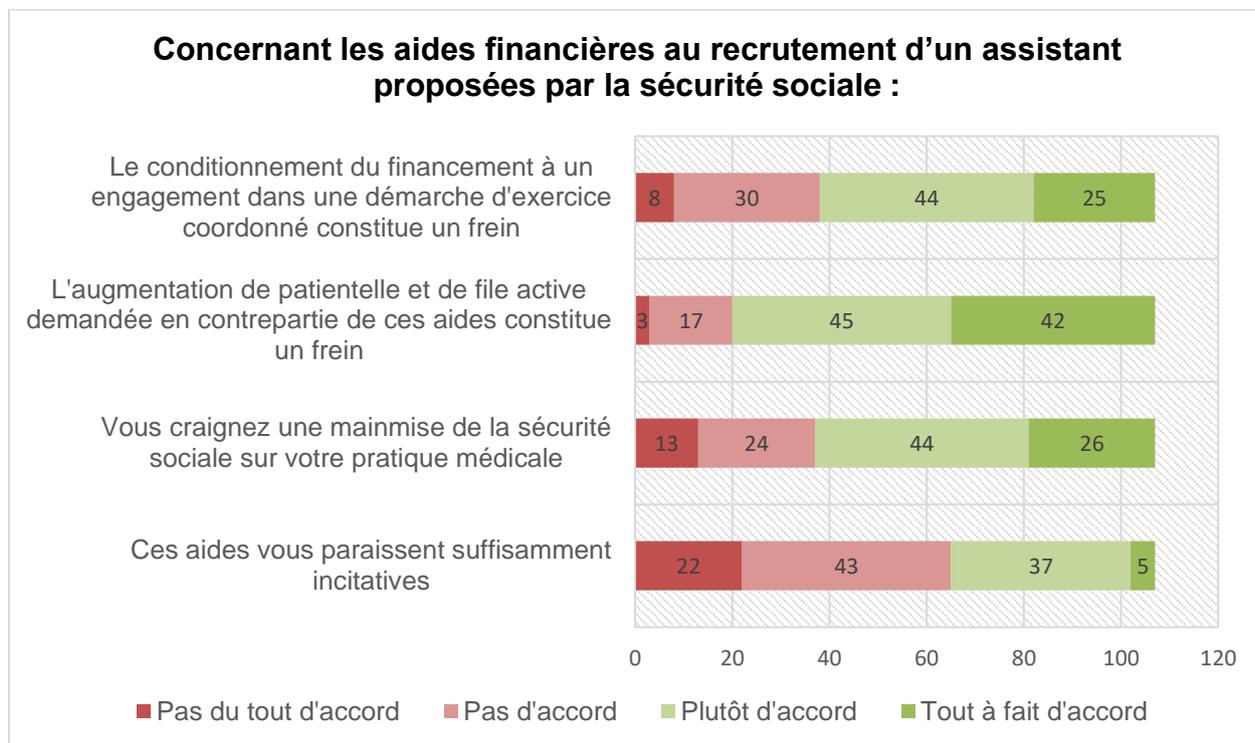


Figure 20 : Avis des médecins concernant les aides financières proposées par la sécurité sociale

IV. Analyse

IV.1. Analyse descriptive

IV.1.1. Population de l'étude

Parmi les médecins ayant répondu, les femmes et les hommes sont également représentés : 53 femmes et 54 hommes.

Les médecins de moins de 40 ans (38 médecins, 35,5% de l'effectif) et de plus de 60 ans (23 médecins, 21,5% de l'effectif) sont majoritairement représentés dans notre échantillon.

En parallèle, les médecins installés depuis moins de 5 ans (30 médecins – 28%) sont surreprésentés en comparaison aux autres tranches de durée d'installation.

La majorité des répondants travaille en milieu rural (63 répondants – 59%).

Dans notre échantillon, 58 médecins travaillent en groupe privé (54%) et 26 en MSP (24%). Ainsi les participants travaillent très majoritairement en groupe (MSP ou groupe privé), ce mode de travail représentant 78% de notre population d'étude.

Parmi les répondants, seulement 9 médecins (8%) travaillent en collaboration avec une IDE ASALEE. Par ailleurs 38 médecins (35,5%) ne connaissent pas le dispositif ASALEE.

Enfin, concernant le mode de secrétariat, 37 médecins (43%) travaillent avec une secrétaire médicale en présentiel (pour 19 d'entre eux, celle-ci est épaulée par un autre mode de secrétariat).

IV.1.2. Connaissance et adhésion au projet d'assistants médicaux

Concernant la connaissance du projet de déploiement des assistants médicaux, les résultats montrent que si l'existence d'assistants médicaux à l'étranger n'est pas connue de tous les médecins (59% des répondants), le projet de déploiement des assistants médicaux auprès des médecins Français est connue par la quasi-totalité des répondants (96% des répondants).

Concernant le niveau d'adhésion des médecins interrogés au projet de déploiement d'assistants médicaux en France, qui constitue le critère de jugement principal de notre étude, la majorité des médecins ayant répondu, 62,6%, sont favorables (« plutôt d'accord » ou « tout à fait d'accord ») au travail en collaboration avec un assistant médical.

IV.1.3. Avis des médecins sur enjeux des assistants médicaux

IV.1.3.1. Concernant l'accès aux soins et leur qualité

Les réponses à notre enquête montrent que la majorité des médecins interrogés pensent que les assistants peuvent être une bonne solution pour améliorer la tenue du dossier médical (76 répondants - 71%), pour renforcer la coordination entre les professionnels de santé (69 répondants - 65%), pour améliorer le suivi (69 répondants - 65%) et la qualité des soins en médecine générale (62 répondants - 58%).

En revanche les résultats sont plus partagés concernant l'amélioration de l'accès aux soins de premier recours : seulement 51% des médecins interrogés pensent que les assistants seraient une bonne solution pour cet item.

Enfin, la majorité des médecins interrogés pense que les assistants ne sont pas une bonne solution pour faciliter l'accès à un médecin traitant pour les patients qui n'en ont pas (69 répondants - 65%).

IV.1.3.2. Concernant les conditions d'exercice

Nos résultats montrent que la majorité des médecins interrogés pense que les assistants sont une bonne solution pour libérer du temps médical afin de répondre plus facilement aux demandes de soins non programmés ou urgents (65 répondants - 60%), pour recentrer leur activité sur le soin (81 répondants - 75%), ainsi que pour diminuer la part administrative de leurs journées (87 répondants - 81%).

Pour les items du stress et de l'attractivité, les avis sont plus partagés mais une majorité de médecins pense que les assistants sont une bonne solution concernant la diminution du stress professionnel (58 répondants - 54%) ou l'amélioration de l'attractivité du métier en zones sous-denses (59 répondants - 55%).

En revanche une majorité de médecins semble penser que les assistants ne sont pas une bonne solution pour libérer du temps afin d'accueillir plus de patients (59 répondants - 55%).

IV.1.4. Avis des médecins concernant les freins au déploiement des assistants médicaux

Le fait de devoir salarier soi-même l'assistant (88 répondants - 82%) et que la formation initiale soit à la charge du médecin (89 répondants - 83%) apparaissent comme les principaux freins parmi les propositions données.

Les locaux inadaptés (69 répondants - 65%) apparaissent également comme un frein.

En revanche la majorité des médecins interrogés ne semble pas penser que la présence d'un assistant puisse détériorer la relation médecin-malade (61 répondants - 57%) ni entraîner une rupture de secret professionnel (61 répondants - 57%).

Par ailleurs, la majorité des médecins interrogés (82 médecins – 76,5%) semblent penser que la présence d'un assistant de consultation n'est pas adaptée à tous les types de consultation en médecine générale.

IV.1.5. Avis des médecins concernant les aides financières proposées par la sécurité sociale

L'augmentation de patientèle et de file active en contrepartie des aides proposées apparaît comme le frein principal (87 répondants - 81%) parmi les propositions données.

La majorité des médecins interrogés pense que le conditionnement de ces aides à un engagement dans une démarche d'exercice coordonné constitue un frein (69 répondants – 64,5%).

Une majorité craint également une mainmise de la sécurité sociale sur leur pratique médicale (70 répondants – 65,5%).

Au total 65 médecins, soit près de 61% de l'effectif, pensent que ces aides ne sont pas suffisamment incitatives.

IV.2. Analyse univariée

Pour l'analyse de l'influence de différents facteurs sur l'adhésion au travail en collaboration avec un assistant médical tel qu'il est proposé actuellement, nous avons réparti les médecins en deux groupes : les médecins défavorables (« opposé » ou « pas d'accord ») et les médecins favorables (« d'accord » ou « tout à fait d'accord »).

IV.2.1. Influence du genre, de l'âge et de la durée d'installation sur l'adhésion au projet

Tableau 4 : Influence du genre sur l'adhésion au projet

Variable	N total	Modalités	N	Défavorable		Favorable		Test	p
				n	%	n	%		
Sexe	107	H	54	16	40	38	56,72	Chi2	0,094
		F	53	24	60	29	43,28		

Il n'y a **pas de différence statistiquement significative** entre les médecins « favorables » et « défavorables » sur le critère du genre.

Tableau 5 : Influence de l'âge et de la durée d'installation sur l'adhésion au projet

Variable	Avis	N	Moyenne	ET	Min	Q25	Médiane	Q75	Max	Test utilisé	p
Age	Défavorable	40	50,65	10,78	33	11,6	20	30,0	68	t student	0,0203
	Favorable	67	45,46	11,15	29	3	9	23,3	68		
Durée installation	Défavorable	40	19,78	12,1	1	8,5	20	30,0	40	t student	0,0227
	Favorable	67	14,10	12,3	1	3	9	25,5	41		

Il existe des différences statistiquement significatives sur les critères d'âge et de durée d'installation :

- Les médecins du groupe « défavorable » semblent plus âgés que ceux du groupe « favorable ». La moyenne d'âge est de 50,65 ans dans le groupe « défavorable » versus 45,46 ans dans le groupe « favorable » avec un $p < 0,05$.
- Les médecins du groupe « défavorable » semblent installés depuis plus longtemps que ceux du groupe « favorable ». La durée moyenne d'installation est de 19,78 ans dans le groupe « défavorable » versus 14,10 ans dans le groupe « favorable » avec un $p < 0,05$.

IV.2.2. Influence du mode d'exercice et du type de secrétariat sur l'adhésion au projet

Tableau 6 : Influence du mode d'exercice et du type de secrétariat sur l'adhésion au projet

Variable	N total	Modalités	N	Défavorable		Favorable		Test	p
				n	%	n	%		
Milieu d'exercice	107	Rural	63	14	35	49	73,13	Chi2	0,0001
		Urbain	44	26	65	18	26,87		
Mode d'exercice	107	Seul isolé	21	12	30,0	9	13,4	Fisher	0,038
		Seul en réseau (réseau de soins ou CPTS)	2	0	0,0	2	3,0		
		En MSP	26	3	7,5	23	34,3		
		En cabinet de groupe privé	58	25	62,5	33	49,3		
Travail avec ASALEE	107	Je ne connais pas ASALEE®	38	20	50,0	18	26,9	Fisher	0,027
		Non	60	19	47,5	41	61,2		
		Oui	9	1	2,5	8	11,9		
Secrétariat	86	Aucun	10	5	14,7	5	9,6	Fisher	0,038
		Autres sans présentiel	39	20	58,8	19	36,5		
		Présentiel	37	9	26,5	28	53,8		

Il existe plusieurs différences statistiquement significatives :

- *Sur le critère « milieu d'exercice »* : les médecins du groupe « favorable » semblent très majoritairement issus du milieu rural. Ainsi les médecins travaillant en milieu rural composent 73,13% du groupe « favorable » et 35% du groupe « défavorable » avec un $p < 0,05$.
- *Sur le critère « mode d'exercice »* : les médecins exerçant seuls et isolés semblent plus représentés dans le groupe « défavorable » et les médecins exerçant en MSP semblent plus représentés dans le groupe « favorable ». Les médecins seuls isolés représentent 30% du groupe « défavorable, contre 7,5% de médecins en MSP. Les médecins travaillant en MSP constituent 34,3% du groupe « favorable » contre 13,4% de médecins seuls isolés, avec un $p < 0,05$.
- *Sur le critère « travaille avec une IDE ASALEE »* : les médecins ne connaissant pas le dispositif ASALEE ne semblent pas favorables au travail avec un assistant médical. Les médecins ne connaissant pas ce dispositif représentent 50% du groupe « défavorable », contre 26,9% pour le groupe « favorable » avec $p < 0,05$.
- *Sur le critère « type de secrétariat »* : les médecins disposant d'un secrétariat présentiel semblent plus favorables au travail avec un assistant médical. Les médecins disposant d'un secrétariat présentiel constituent ainsi 53,8% du groupe « favorable », alors qu'ils ne représentent que 26,5% du groupe « défavorable » avec un $p < 0,05$.

IV.2.3. Influence du volume de patients sur l'adhésion au projet

Tableau 7 : Influence du volume de patients sur l'adhésion au projet

Variable	N total	Modalités	N	Défavorable		Favorable		Test	p
				n	%	n	%		
Patientèle	107	<P30	20	4	10	16	23,88	Fisher	0,012
		P30-P50	25	14	35	11	16,42		
		P50-P70	28	12	30	16	23,88		
		P70-P90	26	6	15	20	29,85		
		P90-P95	3	3	7,5	0	0,00		
		>P95	5	1	2,5	4	5,97		

Il existe une différence significative pour le critère du volume de patients médecin-traitant sur l'adhésion au projet : les médecins ayant des patientèles P30-P50 et P90-95 sont plus représentés dans le groupe « défavorable » :

- Les médecins ayant une patientèle P30-P50 représentent 35% du groupe « défavorable » contre 16,42% du groupe « favorable » avec un $p < 0,05$;
- les médecins ayant une patientèle P90-P95 composent 7,5% du groupe « défavorable » contre 0% du groupe « favorable » avec un $p < 0,05$.

V. Discussion

V.1. Forces et limites de l'étude

V.1.1. Forces de l'étude

Tout d'abord la force de cette étude réside dans son originalité : en effet il s'agit d'un sujet d'actualité traitant d'un métier nouveau en France, et donc pour lequel il existe encore très peu de bibliographie.

Pour ce travail descriptif, le mode de recueil de données choisi, par questionnaire, permet une uniformité des réponses.

Le fait de reprendre directement les items du projet de la CPAM pour construire notre questionnaire nous a permis un recueil de l'avis des médecins installés sans interprétation de notre part du projet mis en place.

La diffusion du questionnaire a été effectuée par mail via les 3 conseils départementaux de l'Ordre des médecins. De cette manière, l'intégralité de la population ciblée par notre étude a pu être contactée.

De plus, le recueil s'est effectué sous couvert d'anonymat, ce qui permet d'améliorer l'adhésion des médecins répondants.

Pour les questions utilisant une échelle de Likert, le choix d'exclure le point milieu (« ni d'accord ni pas d'accord ») a incité les répondants à donner leur avis afin de limiter un biais d'acquiescement en position neutre.

Le pré-test du questionnaire qui a été effectué en amont de sa diffusion a permis de repérer des difficultés de compréhension et de les corriger. Il a également permis de valider la durée de remplissage et de proposer ainsi un questionnaire simple et concis, dans le but de favoriser l'adhésion.

Enfin le recueil multicentrique peut permettre une meilleure généralisation des résultats à la population.

V.1.2. Limites de l'étude

La principale limite de notre étude est son caractère quantitatif. En effet son caractère descriptif ne permet pas de proposer une explication à la réponse donnée. Une étude qualitative concernant les freins et attentes des médecins aurait permis une analyse plus exhaustive de leur opinion.

Dans le même temps, l'utilisation d'un auto-questionnaire comme moyen de recueil ne permet pas de clarification des questions mal comprises.

On peut également retrouver un biais d'acquiescement, qui est une tendance du répondant à répondre systématiquement par l'affirmative aux différentes questions qui lui sont posées. Dans notre étude, ce biais était potentiellement présent.

Il a pu exister un biais de désirabilité : les médecins favorables au concept d'assistant ont pu être plus enclin à répondre à cette enquête, ce qui a pu augmenter le nombre de réponses favorables et fausser les résultats.

L'absence de « point milieu » (« neutre » ou « ni d'accord ni pas d'accord ») pour les questions utilisant une échelle de Likert a également pu biaiser certains résultats : les médecins ayant un avis réellement neutre sur une question n'ont pas pu se positionner comme ils l'auraient souhaité et ont été réduits à choisir entre les deux points encadrants le point milieu omis.

Pour l'analyse statistique et devant la faible puissance, nous avons réparti les médecins en deux groupes : les médecins défavorables (« opposé » ou « pas d'accord ») et les médecins favorables (« d'accord » ou « tout à fait d'accord »). Ce regroupement était nécessaire pour uniformiser les réponses : les effectifs trop faibles et trop disparates dans les 4 propositions de l'échelle de Likert ne pouvaient pas être statistiquement analysés avec nos logiciels.

Enfin, il existe un biais de sélection :

- le questionnaire ayant été distribué uniquement via internet, cela a pu exclure les médecins peu familiarisés avec l'outil informatique dans leur pratique courante ;
- le principe de relance a pu accentuer ce biais :
 - nous n'avons pas pu cibler les non répondeurs avant de relancer et certains praticiens ont pu répondre deux fois ;
 - une relance a été effectuée pour les départements de la Corrèze et de la Creuse mais n'a pas pu être effectuée pour le département de la Haute-Vienne, ce qui a pu majorer le taux de réponses issues de ces deux départements.

Concernant ce biais de sélection, les questions sur l'âge, la patientèle et le milieu d'exercice ont permis de vérifier l'absence de doublons dans ce travail. Nous n'en avons ainsi constaté aucun.

V.2. Discussions autour de la population de l'étude

Concernant le nombre de répondants, il semble important de préciser que ce travail a été diffusé durant la période de pandémie COVID 19, entre février et septembre 2020. Cela a pu influencer le niveau de participation.

Pour les 107 médecins ayant répondu à notre étude (16,5% des participants), nous avons dressé une pyramide des âges.

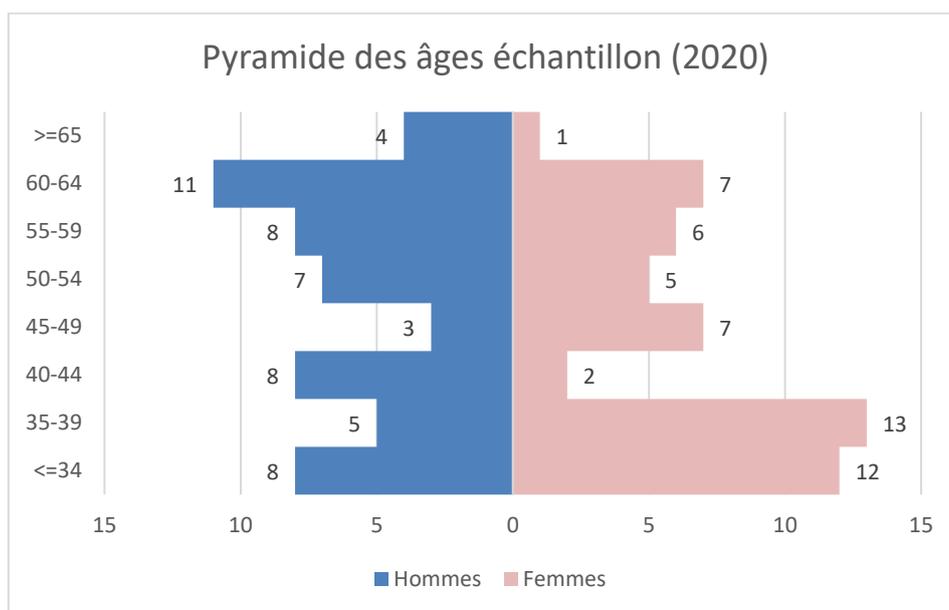


Figure 21 : Pyramide des âges de notre échantillon (2020)

Nous avons ensuite comparé cette pyramide des âges à celle des médecins généralistes installés en Limousin en 2015 selon l'Atlas du conseil de l'ordre des médecins.(4)

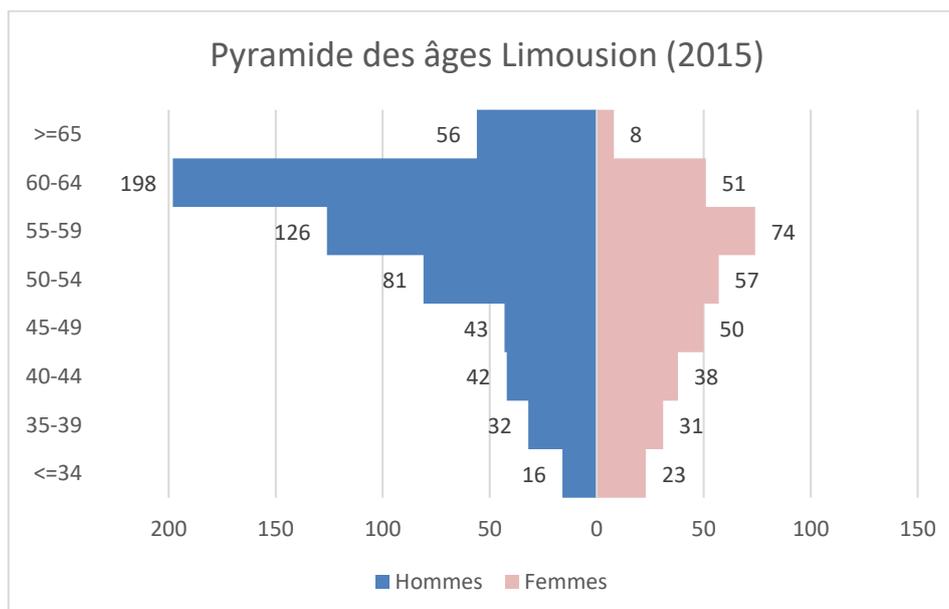


Figure 22 : Pyramide des âges des médecins généralistes en Limousin (2015)

Ainsi nous pouvons observer que la population de notre étude n'est pas comparable à celle des médecins généralistes installés en Limousin en 2015.

La généralisation de nos résultats peut donc être difficile du fait de cette différence de population.

Si cette différence peut, peut-être, s'expliquer par une plus forte participation des jeunes médecins aux travaux de thèse de leurs pairs, il faut noter que les données comparées sont de 2020 pour notre étude contre 2015 pour l'atlas régional, alors qu'on note une franche féminisation et un rajeunissement de la population médicale ces dernières années au plan national (33).

V.3. Discussion du résultat principal

Le critère de jugement principal de notre étude était de connaître le niveau d'adhésion des médecins interrogés au projet de déploiement d'assistants médicaux en France.

La réponse au questionnaire permet de voir que la majorité (62,6%) des médecins ayant répondu sont favorables au travail en collaboration avec un assistant médical.

Malgré tout, si l'information concernant le déploiement des assistants semble être bien passée avec 96% des médecins connaissant le projet, la réponse concernant l'adhésion à ce projet est loin d'être unanime. Ainsi l'engouement autour de ce nouveau poste n'est pas aussi franc qu'attendu par ses promoteurs dans le cadre de la lutte contre les déserts médicaux en France.

Ce résultat peut s'expliquer par différents facteurs :

- S'agissant d'un métier nouveau en France, il peut exister une difficulté de projection. En effet, seulement 59% des médecins interrogés connaissent l'existence d'assistants médicaux à l'étranger, qui peuvent servir de base de projection. On voit aussi que 76,6% des médecins interrogés pensent que la présence d'un assistant n'est pas adaptée à tous les types de consultation en médecine générale, ce qui montre bien qu'ils ont du mal à se projeter dans un travail à plein temps avec un assistant de consultation.
- Cette question sur l'adhésion au projet correspond individuellement à une synthèse des attentes et des freins correspondants. Ainsi, le financement qui apparaît complexe au premier abord, les contreparties demandées ou encore les locaux parfois inadaptés entrent dans la réflexion et expliquent des réticences concernant ce projet.

Finalement à travers ce résultat, nous pouvons penser que si les assistants médicaux apparaissent comme une solution intéressante (majorité de médecins favorables), ils ne peuvent pas être vus comme une solution miracle ou isolée au problème de démographie médicale et d'accès aux soins.

V.4. Discussion des objectifs secondaires

Pour rappel, les objectifs secondaires de notre étude étaient les suivants :

- Identifier les attentes et les freins principaux concernant ce projet
- Décrire le niveau d'adhésion des médecins en fonction de leurs caractéristiques épidémiologiques
- Proposer des pistes d'amélioration au projet de déploiement des assistants médicaux

V.4.1. Identification des attentes et des freins autour de ce projet

En analysant les résultats de notre étude, il semble que l'on peut dégager un enjeu principal de ce projet de déploiement d'assistants médicaux : une aide quant à la charge de travail administrative en médecine générale. Cette aide apparaît comme une véritable attente pour la plupart des médecins interrogés.

Ainsi les médecins interrogés pensent que les assistants peuvent être une bonne solution pour :

- Diminuer la part administrative des journées (81%)
- Recentrer l'activité sur le soin (75%)
- Améliorer la tenue des dossier médicaux (71%)
- Renforcer la coordination entre les professionnels de santé (65%)
- Améliorer le suivi des patients (65%)

Dans le même sens, les tâches administratives sont un facteur de stress cité 28 fois et la charge de travail 21 fois, représentant chacun près d'un quart des réponses. La problématique du temps est citée 19 fois sur 107 réponses.

Ces résultats paraissent symptomatiques d'une charge administrative prépondérante et devenant problématique pour les médecins généralistes. (5) (6)

Cette attente concernant les tâches administratives soulève la question de la redondance des compétences avec une secrétaire médicale.

En effet même si les compétences médicales élargies prévues pour la formation d'un assistant devraient permettre une véritable valeur ajoutée en termes de coordination ou de gestion du dossier médical, certaines tâches administratives pourraient entrer dans le champ de compétences actuel d'une secrétaire. Or, pour la sécurité sociale, le but du projet n'est pas de financer une secrétaire médicale pour les médecins qui n'en ont pas.

En ce sens les réponses obtenues sont rassurantes : les médecins ayant déjà une secrétaire en présentiel sont significativement plus attirés par ce projet que ceux qui n'en ont pas. On peut imaginer que les médecins interrogés ne voient pas l'assistant médical comme un poste redondant avec le secrétariat médical.

Cette réflexion amène également à réfléchir sur les tâches qui pourraient être confiées à un assistant médical.

Nous avons pris le parti de ne pas interroger les médecins sur ce point dans ce travail car il avait fait l'objet d'une thèse d'exercice soutenue en septembre 2020 par le Dr Raphael ABT et dont l'objectif principal était de « préciser les actes que les médecins généralistes et les internes en médecine générale souhaiteraient déléguer à l'assistant médical » (34), et dont les principaux résultats sur ce point étaient les suivants :

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).

Sur le plan clinique, la grande majorité des répondants souhaite 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.

Concernant les autres enjeux du projet, seulement 51% de médecins pensent que les assistants médicaux peuvent être une bonne solution pour favoriser l'accès aux soins de premier recours ; les médecins interrogés sont donc très partagés sur cette question.

De plus, seulement 45% d'entre eux pensent que le travail avec un assistant médical pourrait leur permettre de libérer du temps pour accueillir plus de patients, et 35% que cela pourrait faciliter l'accès à un médecin traitant pour les patients qui n'en ont pas.

L'amélioration de l'accès aux soins est un réel objectif du point de vue de la sécurité sociale dans ce projet d'assistants médicaux. Or, cet avis très partagé des répondants peut symboliser une position plus attentiste des médecins concernant cet enjeu : ils ne sont pas persuadés que les assistants puissent apporter une solution efficace sur cette problématique. Ces réponses semblent symptomatiques du fait que les médecins ne se sentent pas en capacité d'accueillir plus de monde au cabinet, ou n'en ont pas l'envie : un assistant médical ne peut pas se substituer à l'installation d'un nouveau praticien.

En revanche, les résultats semblent montrer une réelle attente autour de l'assistant pour permettre une meilleure organisation au sein du cabinet. Ainsi la majorité des médecins interrogés pense qu'avec l'aide d'un assistant, ils pourraient libérer du temps médical pour répondre plus facilement aux demandes de soins non programmés ou urgents (61%).

Concernant les freins au déploiement des assistants médicaux en France, les médecins interrogés lors de notre étude ne considèrent pas que le travail avec un assistant puisse engendrer des problèmes relationnels avec leurs patients. En effet, seulement 43% des médecins interrogés pensent que le fait d'avoir un assistant peut détériorer la relation médecin-patient ou entraîner une rupture de secret médical. Cette modification potentielle de la relation médecin-patient ne constitue donc pas un frein important au recrutement d'un assistant médical.

En revanche, les problématiques de salariat de l'assistant et de la prise en charge de sa formation constituent des freins importants à l'heure actuelle :

- 83% des répondants pensent que le fait que la formation initiale de l'assistant soit à la charge du médecin constitue un frein.
- 82% des répondants pensent que devoir salarier soi-même l'assistant constitue un frein à son recrutement.

Devant ces freins, remontés par ailleurs lors de différentes commissions paritaires locales et nationales, l'une des solutions proposées actuellement a été la création de l'association « le groupement » à l'initiative de médecins généralistes.

Selon la plaquette informative disponible en annexe 5 :

Le Groupement d'employeurs est une association de médecins généralistes. Il salarie des assistants médicaux et les met à disposition des membres de l'association. Le groupement évite au médecin employeur d'avoir à gérer tous les aspects administratifs liés à l'embauche et à la vie du contrat de travail, ceux-ci sont pris en charge par l'opérateur qui embauche l'assistant médical et contractualise avec vous sa mise à disposition.

Ainsi, après vérification de l'éligibilité et signature avec la CPAM du contrat d'aide conventionnelle à l'embauche d'un assistant médical, le médecin peut recourir au groupement pour salarier l'assistant, gérer les bulletins de salaire, pour le versement des salaires, la formation, et la gestion des vacances et arrêts de travail.

L'autre frein qui est mis en évidence dans notre étude est celui de l'inadéquation entre les locaux dont disposent les médecins et ceux nécessaires pour un travail optimal avec un assistant médical. En effet, 65% des répondants considèrent leurs locaux comme inadaptés, y compris pour des médecins travaillant dans des MSP récentes.

Cette problématique des locaux constitue donc un frein actuellement mais aura certainement tendance à disparaître dans le temps : la plupart des cabinets, même les MSP plus récentes, ont été conçus sans anticiper la création de ce métier et peuvent donc manquer d'espace ou de bureaux dédiés. La tendance des jeunes médecins à vouloir travailler en groupes médicaux ou en équipes pluridisciplinaires (35) devrait dans un avenir proche limiter ce frein avec le déploiement plus important de MSP ou de centres de santé sur le territoire, peut-être avec d'emblée une place dédiée à un assistant.

Enfin les autres freins mis en avant par notre étude sont directement liés au financement des assistants et aux aides proposées par l'Assurance Maladie.

Ainsi l'augmentation de patientèle et de file active en contrepartie des aides proposées apparaît comme l'un des freins principaux (81%) au recrutement d'un assistant. Ceci constitue en effet un frein très important pour le déploiement de ce projet : s'il ne semble pas trop difficile pour un médecin s'installant ou pour un médecin ayant « petite » patientèle d'atteindre les objectifs fixés, il semble beaucoup plus compliqué d'envisager une augmentation pour ceux qui sont déjà en difficulté (déserts médicaux) et pas en capacité d'en prendre plus. Ce sont d'ailleurs probablement ces médecins qui bénéficieraient le plus de l'aide d'un assistant et qui ne se lanceront peut-être pas actuellement avec cette contrepartie.

D'autres aspects semblent bloquer au niveau des contreparties de ces aides. Ainsi la majorité des médecins interrogés pense que le conditionnement de ces aides à un engagement dans une démarche d'exercice coordonné constitue un frein (65%) et une majorité craint également une mainmise de la sécurité sociale sur leur pratique médicale (65%).

Ces deux freins sont plus difficiles à expliquer alors que l'évolution des conventions régissant l'exercice de la médecine générale tend à développer des modes de rémunérations forfaitaires en contrepartie d'engagements des médecins (Rémunération sur Objectifs de Santé Publique - ROSP, forfaits structure, financement de l'exercice regroupé via l'Accord Conventionnel Interprofessionnel – ACI).

Peut-être que les médecins répondants, déjà installés et parfois depuis longtemps, n'ont pas l'envie de changer leur façon de travailler, ou en tout cas pas « sous la contrainte » pour financer un assistant médical.

Nous rappelons que dans notre étude, 60,7% des médecins interrogés pensent que les aides proposées ne sont pas suffisamment incitatives pour justifier le recrutement d'un assistant. Ceci peut s'expliquer par la présence de la contrepartie d'augmentation de patientèle qui constitue, comme nous l'avons vu plus haut, un frein majeur.

V.4.2. Caractéristiques épidémiologiques : discussion des résultats et hypothèses

En faisant l'analyse comparative de nos résultats, de nombreux critères épidémiologiques sont ressortis comme étant statistiquement significatifs dans l'adhésion à ce projet d'assistants médicaux.

Ainsi l'âge et la durée d'installation apparaissent comme des facteurs d'influence sur l'adhésion au projet : les médecins plus âgés, et installés depuis plus longtemps semblent moins favorables au travail avec des assistants.

Pour l'expliquer, nous pensons que ces médecins ont des habitudes de travail ancrées depuis des années. Il semble alors légitime de penser qu'ils sont moins enclins à un changement de pratique, ou à l'intégration d'un nouvel intervenant dans la relation médecin-patient.

Le milieu d'installation semble également avoir une influence sur l'adhésion au projet : les médecins exerçant en milieu rural semblent plus favorables.

Notons que la problématique de démographie médicale défavorable l'est encore plus en milieu rural (1). Il paraît donc légitime de penser que les praticiens exerçant dans ces conditions difficiles peuvent trouver un intérêt plus important au recrutement d'un assistant médical en vue de diminuer la charge de travail, notamment administrative.

Le mode d'exercice et le type de secrétariat semblent également déterminants sur l'adhésion à ce projet d'assistants médicaux : les médecins seuls isolés ne semblent pas favorables au travail avec un assistant médical, au contraire des médecins installés au sein de MSP.

Ce mode d'installation en solitaire, s'il est parfois une nécessité (zones rurales isolées), est souvent un choix, notamment avec le développement de réseaux de soins et de CPTS (36). Ce choix peut révéler une absence d'attirance vers le travail en équipe, qui se reflète dans ces résultats concernant les assistants médicaux.

Notons que ce mode d'exercice solitaire tend à diminuer voire disparaître et la tendance serait plutôt à l'installation en groupe, vers un exercice salarié ou mixte. (35)

En parallèle les médecins bénéficiant d'un secrétariat présentiel semblent plus favorables au travail avec un assistant médical. Or, comme vu plus haut, le fait de salarier soi-même l'assistant constitue un frein pour beaucoup des médecins interrogés. Peut-être que ceux qui utilisent un secrétariat présentiel, et ont donc déjà un employé sont moins réticents en ce sens.

De la même façon ces derniers, travaillant déjà avec une tierce personne pour les aider, se projettent peut-être plus facilement dans ce travail en collaboration avec un assistant médical.

Enfin, le nombre de patients médecin-traitant déclaré par les médecins semble influencer sur le niveau d'adhésion au projet.

Pour les médecins ayant une patientèle très importante (au-delà de 1502 patients médecin-traitant), on peut expliquer ce manque d'adhésion par la difficulté de se projeter dans une augmentation de patientèle (+4 à 12,5% selon la formule choisie) nécessaire pour maintenir le niveau d'aide au recrutement d'un assistant.

Concernant les médecins ayant une patientèle plus petite (moins de 872 patients médecin-traitant), et compte tenu de la démographie médicale actuelle, on peut penser que le maintien de ce niveau d'activité est un choix. On peut donc expliquer ce manque d'adhésion par la qualité de vie et de travail à ce niveau d'activité qui est jugée satisfaisante et ne nécessite pas d'aide supplémentaire, à fortiori avec la condition d'augmenter sa patientèle pour maintenir l'aide au financement.

V.4.3. Pistes de réflexions autour du projet de déploiement des assistants médicaux

Ce projet de déploiement d'assistants médicaux en France s'inscrit dans un projet plus large de réforme du système de soin. (37)

Jusqu'à présent en France, les professionnels de santé étaient soumis à un système rigide et cloisonné avec des carrières souvent linéaires et bien différenciées.

Les formations proposées aux professions de santé sont actuellement bien distinctes et marquées par un écart important en termes de durée : de 9 à 11 ans après le bac pour les médecins contre 3 ans le plus souvent pour les auxiliaires médicaux (38).

Les assistants médicaux comme les Infirmiers de Pratique Avancée (IPA) constituent un élément de réponse à cette problématique avec la création de métiers de la santé de niveau intermédiaire. Ces métiers devraient permettre, notamment via la délégation de tâches, d'améliorer l'accès aux soins. Il paraît cependant important qu'ils s'inscrivent dans une dynamique de complémentarité et non de concurrence entre les métiers.

La délégation des tâches est un concept apparu récemment dans le paysage médical français, avec son inscription dans le code de santé publique en 2009. On trouve donc actuellement peu d'exemples d'application de ce concept, à fortiori en médecine générale.

Ainsi, si l'on prend l'exemple du dispositif ASALEE dans notre étude, on remarque que seulement 8,4% des médecins répondants travaillent avec une IDE ASALEE, et plus de 35% d'entre eux ne connaissent pas ce dispositif, qui est national depuis 2013.

En parallèle de l'apparition des nouveaux métiers en lien avec la délégation de tâches, cette réforme souhaite s'appuyer sur un développement du travail en réseau, à travers les CPTS et les MSP notamment, afin de mieux structurer l'offre de soin sur le territoire (37).

Il semble alors légitime de promouvoir ces changements de manière simultanée et donc de conditionner le financement des assistants à une démarche d'exercice coordonné.

Devant ces changements majeurs, l'appréhension des médecins est également légitime, et il est normal de retrouver des freins importants, comme ceux ressortis de notre étude.

Il est important de rappeler que malgré tout, nos résultats laissent penser qu'une majorité de médecins semblent prêts à accueillir ces changements dans notre système de santé.

V.4.3.1. Un mode de rémunération qui pose question

L'émergence des professions médicales intermédiaires peut soulever une question supplémentaire : comment faire coopérer ces professions avec le médecin dans le système de rémunération actuel ?

Dans le monde, nous pouvons relever qu'il existe différents modes de rémunération pour les médecins que sont :

- le paiement à l'acte déclenche une rémunération directement liée au nombre de consultations réalisées ;
- la capitation correspond au versement au médecin d'une somme fixe par patient inscrit à son cabinet, indépendamment du volume de soins qu'il lui prodiguera ;
- le salariat correspond au paiement forfaitaire pour un temps de travail donné, indépendamment de l'intensité de l'activité pendant ce temps de travail. Ainsi, certains économistes définissent le salariat comme une forme de forfait ;
- le paiement au parcours de soins correspond à une dotation globale pour l'ensemble des acteurs de soins pour un épisode défini.

En France, il n'y a pas de capitation à proprement parler mais il existe des forfaits :

- des forfaits versés en contrepartie de la réalisation de missions ou d'objectifs (ROSP, Forfait Structure) (39)(40) ;
- un forfait patientèle mis en place depuis le 1er Janvier 2018 s'approchant d'un paiement à la capitation, même s'il reste pour le moment limité en volume. Ce forfait tient compte de l'âge du patient, de ses pathologies (prise en charge ALD) et de ses caractéristiques sociales (41).

Dans les faits, la rémunération actuelle de la majorité des médecins généralistes Français repose quasi exclusivement sur le paiement à l'acte (plus de 80% de leurs revenus) (42).

Or, ce mode de rémunération n'encourage pas à une coopération : si on enlève certains actes « simples », qui seraient alors délégués à l'assistant ou à l'IPA, le médecin perd en « rentabilité » (43).

De plus le médecin n'effectuant alors plus que des consultations « complexes », cela pourrait déboucher sur une pratique plus épuisante sur le long terme.

D'ailleurs, les freins financiers relevés dans notre étude (salariat, formation, aides jugées insuffisantes) sont possiblement en lien avec le mode d'activité libéral et ce paiement à l'acte. En théorie, le travail avec un assistant médical devrait permettre de voir plus de patients au cours d'une journée de consultations, ce qui permettrait finalement à l'assistant de « s'auto-financer ». Malgré tout, nous avons vu au travers de nos résultats que la majorité des médecins n'a pas l'envie ou ne s'estime pas en capacité de voir plus de monde.

Finalement, on voit bien que ce mode de rémunération à l'acte touche à ses limites lorsqu'il s'agit de déléguer des tâches.

Chaque mode de rémunération présenté plus haut a par ailleurs ses avantages et ses limites. En parallèle du déploiement des assistants médicaux et du développement des professions de santé intermédiaires, des changements dans le mode de rémunération global sont envisagés, en visant un système mixte entre capitation, paiement à l'acte et paiement au parcours de soin (44).

Ces changements devraient malgré tout se faire très progressivement tant ils risquent de se heurter à de nombreux freins de la part des médecins, comme en témoigne l'une des réponses à notre étude : 65% des médecins interrogés craignent une mainmise de la sécurité sociale sur leur pratique médicale.

En relevant ces questions sur la rémunération, il semble légitime de penser qu'un projet comme celui des assistants médicaux, ou même les IPA, aurait d'autant plus de facilités à se déployer au sein de structures salariées telles que les centres de santé.

Nous avons pris le parti d'exclure les médecins salariés de notre étude afin d'identifier plus précisément les freins et attentes en lien avec l'exercice libéral de la médecine. Notons également que la convention avec les centres de santé concernant les assistants (avenant 3) n'a été signée que le 4 février 2020, soit après la phase de test et la validation de notre questionnaire (45).

V.4.3.2. Comment limiter les freins et quelles pourraient être les pistes d'amélioration pour ce projet ?

Nous avons pu voir que dans notre étude, une majorité des médecins interrogés trouve les aides proposées insuffisamment incitatives pour le recrutement d'un assistant médical. Malgré tout, sur ce point comme sur la contrepartie d'augmentation de patientèle, il paraît difficile d'envisager des modifications tant les négociations sur l'avenant 7 à la convention médicale ont été longues et difficiles avant d'aboutir à ces aides.

Cependant et aux vues de nos résultats, différentes solutions pourraient être envisagées pour limiter les freins à l'embauche et encourager les médecins à recruter un assistant :

- Sur le plan de la formation :
 - éclaircir le contenu et les modalités de la formation des assistants en interrogeant les premiers médecins ayant recruté des assistants ;
 - discuter d'une éventuelle prise en charge de cette formation par la CPAM.
- Sur le plan du salariat :
 - autoriser les Sociétés Interprofessionnelles de Soins Ambulatoires (SISA) à salarier les assistants à la place des médecins (un travail est en cours de ce côté là) ;
 - développer des solutions associatives telles que proposées par « le groupement » et permettant la délégation du côté « employeur ».
- Sur le plan des locaux :
 - intégrer les assistants, IPA et/ou IDSP dans la conception des nouvelles structures de soins ambulatoires.
- Sur le plan financier :
 - une réforme du mode de rémunération semble nécessaire afin de mieux intégrer ces nouveaux métiers, mais comme vu plus haut, cela peut prendre du temps.

Globalement, comme tout projet novateur, le déploiement des assistants médicaux devrait prendre plus de temps qu'envisagé initialement, et le nombre de 4000 assistants en 2022 aura vraisemblablement des difficultés à être atteint.

La phase de test de ces assistants auprès des premiers médecins ayant signé permettra d'encourager les autres à faire de même si la plus-value sur la qualité de vie est aussi intéressante dans la pratique que dans la théorie.

Conclusion

L'accès aux soins primaires est une priorité dans le système de santé français et le médecin généraliste y joue un rôle prépondérant.

De manière plurifactorielle, nous avons assisté à une dégradation de l'offre de soins sur le territoire, créant ainsi des déserts médicaux.

Devant l'impossibilité d'augmenter très rapidement le nombre de praticiens, les autorités françaises ont décidé de s'appuyer sur le concept de délégation des tâches pour épauler des médecins en difficulté et ainsi favoriser l'accès à des soins de qualité pour la population.

C'est en ce sens que le projet de loi « Ma Santé 2022 » s'appuie sur le déploiement d'assistants médicaux. Ces derniers devraient assister les médecins dans le but de les décharger de certaines tâches pouvant être déléguées et ainsi leur permettre de se recentrer sur le soin.

L'enjeu pour les autorités sanitaires serait de favoriser un meilleur accès aux soins pour les patients, d'assurer de meilleures conditions de travail aux médecins et de rechercher davantage d'efficacité dans le parcours de soins.

Notre enquête auprès des médecins généralistes installés en Limousin (107 répondants) a montré que la majorité d'entre eux (62,6%) est favorable au travail en collaboration avec un assistant médical tel qu'il est proposé dans le projet de loi.

Les praticiens les plus intéressés semblent significativement plutôt jeunes, travaillant en groupe (à fortiori en MSP) et en milieu rural.

Les principales attentes retrouvées dans l'étude concernent un allègement des tâches administratives, mais aussi une réorganisation du cabinet afin de mieux répondre aux demandes de soins non programmés.

Malgré ces attentes, les médecins interrogés ne semblent pas penser que les assistants permettront d'améliorer l'accès à un médecin traitant pour les patients qui n'en ont pas, ni de libérer du temps médical aux médecins pour voir plus de patients.

Les principaux freins relevés concernent la formation et le mode de rémunération de l'assistant, ainsi qu'une difficulté d'intégration dans les locaux actuels.

La majorité des médecins pense que les aides proposées par l'Assurance Maladie ne sont pas suffisamment incitatives (61%).

Ce travail, même s'il souffre de divers biais et d'une puissance insuffisante, permet de soulever des réflexions et axes d'amélioration pour ce projet naissant : un éclaircissement de la formation, des alternatives au salariat des assistants, ou encore des modifications des modes de rémunération des professionnels de santé pourraient ainsi être envisagés.

Enfin, l'acceptabilité du concept par les patients n'est pas explorée dans cette étude et il pourrait être intéressant de mener une enquête en ce sens, puisque ce sont bien eux qui devraient être au centre des évolutions du système de santé.

Références bibliographiques

1. CNOM. Atlas CNOM 2018 - Synthèse activité régulière. 1 janv 2018;
2. INSEE. Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 - Insee Première - 1089 [Internet]. 2006
3. Nicolas Revel, directeur général de l'Assurance maladie : « L'accès au médecin traitant me préoccupe » [Internet]. Le Généraliste.
4. CNOM. La Démographie Médicale en Région Limousin - Situation en 2015. 2015;65.
5. Les médecins généralistes inquiets face à la dérive des tâches administratives - Mutuelle-du-medecin.fr [Internet].
6. Le Quotidien du médecin. Médecin en 2017 : submergé par la paperasse, dévalorisé, sous-payé... et pourtant épanoui [Internet].
7. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
8. Ministère des Solidarités et de la Santé. Ma Santé 2022 - Un Engagement Collectif (Dossier de Presse). 18 sept 2018;
9. AAPA. History of the PA Profession and the American Academy of PAs [Internet]. AAPA.
10. Medical Assistant vs. Physician Assistant [Internet]. Medical Assistant Schools, Programs and Careers. 2011
11. INSEE. Bilan démographique 2018 – Bilan démographique 2018 | Insee [Internet]. 2018
12. INSEE. Population par sexe et groupe d'âges en 2019 | Insee [Internet]. 2019
13. Daniel Wallach. Numerus Clausus - Pourquoi la France va manquer de médecins. Springer. 2011. 290 p.
14. DRESS, ORS. Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine [Internet]. 2019.
15. Revue Exercer. La médecine générale dans le regard des futurs médecins généralistes. 2009;20(85):4-7.
16. Amussat A. ASALEE (Action de Santé Libérale En Equipe) et Dépistage organisé du cancer du sein: Étude descriptive auprès des 54 médecins généralistes ASALEE des Deux-Sèvres: Évolution du taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein après deux années de collaboration avec l'infirmière ASALEE [Internet].
17. HAS. Les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé : Les aspects juridiques [Internet]. 2007.
18. Fournier C, IRDES. Action de santé libérale en équipe (Asalée): un espace de transformation des pratiques en soins primaires. (232):8.
19. FNCS. Protocole Asalée, les centres de santé peuvent adhérer [Internet]. Fédération Nationale des Centres de Santé.

20. ARS Grand Est. Impulsion du dispositif Asalee : pour une coopération pluri-professionnelle entre médecins généralistes et infirmiers [Internet].
21. Py R. Attitudes et sentiments des médecins du dispositif ASALEE Une enquête d'opinion dans le Limousin en 2015. Limoges; 2015.
22. Assemblée Nationale. Projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé [Internet]. Assemblée nationale. 2019
23. ARS. Les communautés professionnelles territoriales de santé [Internet].
24. Kayser M. CPTS, de quoi s'agit-il ? Pratiques. oct 2019;(87):44-5.
25. AMELI. Des assistants médicaux pour libérer du temps pour les médecins dans leur exercice quotidien [Internet]. 2019.
26. The History of Medical Assisting | Medical Assistant Atlas [Internet].
27. Hooker R, Kuilman L. Physician assistant education: Five countries. J Physician Assist Educ Off J Physician Assist Educ Assoc. 1 janv 2011;22:53-8.
28. University of South Alabama. What Is a PA? [Internet].
29. AAMA - What is a Medical Assistant [Internet].
30. Assistant médical CFC / Assistante médicale CFC - orientation.ch [Internet].
31. Assistant médical CFC / Assistante médicale CFC - orientation.ch.
32. AMELI. Des assistants médicaux pour retrouver du temps médical [Internet]. 2019
33. DREES. Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée. 2017;(1011).
34. Abt R. Assistant médical en France : L'opinion des médecins généralistes et internes de médecine générale sur la délégation de tâches. Les freins concernant son intégration au système de santé. [Thèse d'exercice médecine générale]. Limoges; 2020.
35. CNOM. Etude sur l'installation des jeunes médecins [Internet]. 2019. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1thxouu/cnom_enquete_installation.pdf
36. Laforêt C. Impact des différentes mesures incitatives sur le choix du lieu d'installation : Étude auprès des médecins généralistes installés en zones sous-dotées et des médecins généralistes remplaçants en Limousin [Thèse d'exercice médecine générale]. Limoges; 2018.
37. IRDES. La loi relative à l'organisation et la transformation du système de santé [Internet]. 2019.
38. Hénart L, Berland Y, Cadet D, Verrier B, Féry-Lemonnier É. Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire: Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer. Hegel. 2011;N° 1(1):2a.
39. AMELI. La Rosp [Internet].

40. AMELI. Modernisation du cabinet : forfait structure [Internet].
41. AMELI. Forfait patientèle médecin traitant [Internet].
42. Le Quotidien du médecin. Plus de forfait, moins d'actes, la moitié des généralistes sont d'accord... sans y croire vraiment [Internet].
43. DREES. Les médecins généralistes face au paiement à la performance et à la coopération avec les infirmiers [Internet]. 2014.
44. CNAM. Les modèles de rémunération : un regard international [Internet].
45. FNCS. Avenant 3: C'est signé - Les centres de santé voient certaines de leurs singularités prises en compte [Internet]. Fédération Nationale des Centres de Santé.

Annexes

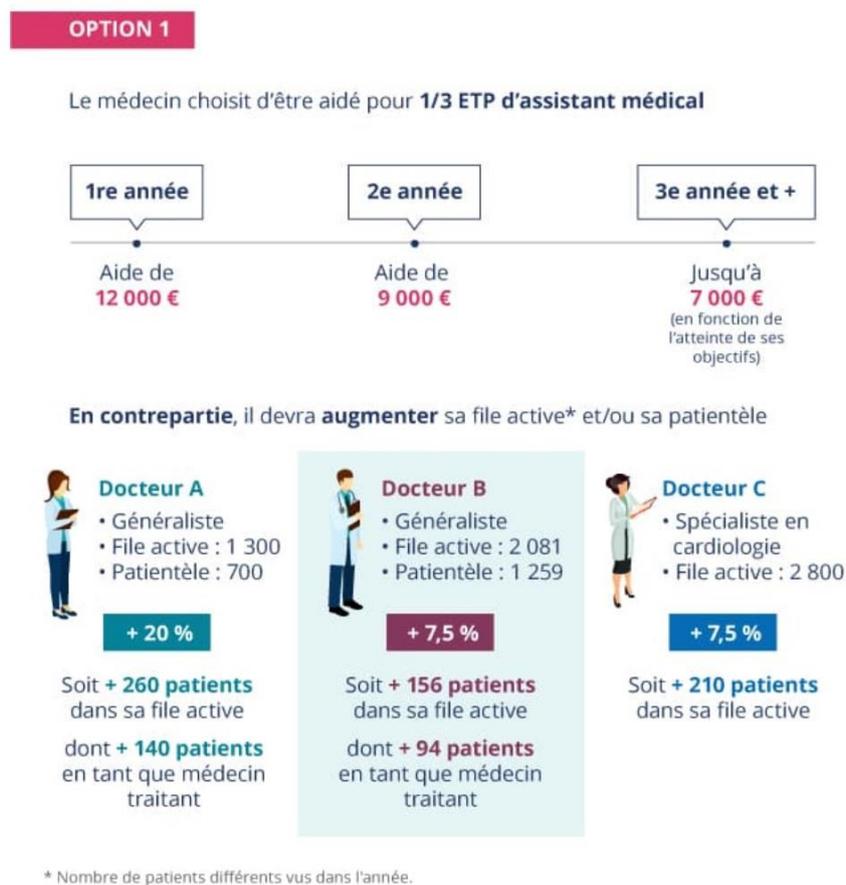
Annexe 1. Exemples de financements d'un assistant par la sécurité sociale	71
Annexe 1.1. Exemple avec l'Option 1	71
Annexe 1.2. Exemple avec l'Option 2.....	72
Annexe 1.3. Exemple avec l'Option 3.....	72
Annexe 1.4. Grille d'augmentation de patientelle en fonction de la patientelle initiale et de l'option choisie.....	73
Annexe 2. Questionnaire adressé aux médecins	74
Annexe 3. Echange de mails avec les différents CDOM	78
Annexe 3.1. Mail initial envoyé le 15/01/20 aux 3 CDOM de la région	78
Annexe 3.2. Echange de mails avec le CDOM de la Corrèze.....	79
Annexe 3.3. Echange de mails avec le CDOM de la Creuse	81
Annexe 3.4. Echange de mails avec le CDOM de la Haute-Vienne.....	83
Annexe 4. Résultats à la question sur les facteurs de stress.....	86
Annexe 5. Plaquette d'information « le groupement »	89

Annexe 1. Exemples de financements d'un assistant par la sécurité sociale

Cette annexe reprend des exemples de financements d'un assistant selon les différentes options décrites en introduction, et selon plusieurs profils de médecins différents.

Ces infographies sont directement issues du site www.ameli.fr/medecin

Annexe 1.1. Exemple avec l'Option 1



Annexe 1.2. Exemple avec l'Option 2

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

 <p>Docteur A</p> <ul style="list-style-type: none"> • Généraliste • File active : 1 300 • Patientèle : 700 <p>+ 25 %</p> <p>Soit + 325 patients dans sa file active dont + 175 patients en tant que médecin traitant</p>	 <p>Docteur B</p> <ul style="list-style-type: none"> • Généraliste • File active : 2 081 • Patientèle : 1 259 <p>+ 12,5 %</p> <p>Soit + 260 patients dans sa file active dont + 157 patients en tant que médecin traitant</p>	 <p>Docteur D</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spécialiste en pédiatrie • File active : 1 720 <p>+ 12,5 %</p> <p>Soit + 215 patients dans sa file active</p>
---	---	--

* Nombre de patients différents vus dans l'année.

Annexe 1.3. Exemple avec l'Option 3

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

 <p>Docteur A</p> <ul style="list-style-type: none"> • Généraliste • File active : 1 300 • Patientèle : 700 <p>+ 35 %</p> <p>Soit + 455 patients dans sa file active dont + 245 patients en tant que médecin traitant</p>	 <p>Docteur B</p> <ul style="list-style-type: none"> • Généraliste • File active : 2 081 • Patientèle : 1 259 <p>+ 20 %</p> <p>Soit + 416 patients dans sa file active dont + 252 patients en tant que médecin traitant</p>	 <p>Docteur E</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spécialiste en ophtalmologie • File active : 5 500 <p>+ 20 %</p> <p>Soit + 1 100 patients dans sa file active</p>
---	---	---

* Nombre de patients différents vus dans l'année.

Annexe 1.4. Grille d'augmentation de patientelle en fonction de la patientelle initiale et de l'option choisie

	de P30 à P50		de P51 à P70		de P71 à 90		de P91 à P95		au delà de P95
Patiente/le si un assistant pour 3									
patientele MT adulte	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	95%	99%
nb patients France Entiere	640	762	872	981	1107	1259	1502	1721	2216
objectif %		20%		15%		7,50%		4,0%	0%
objectif augmentation patients	128	152	174	147	166	94	113	69	0
Nb patients attendus	768	914	1046	1128	1273	1353	1615	1790	2216

	de P30 à P50		de P51 à P70		de P71 à 90		de P91 à P95		au delà de P95
File active si un assistant pour 3									
file active patients adulte	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	95%	99%
file active	1223	1375	1521	1676	1854	2081	2476	2944	4368
objectif %		20%		15%		7,50%		4,0%	0%
objectif augmentation file active	245	275	304	251	278	156	186	118	0
Nb patients differents attendus	1468	1650	1825	1927	2132	2237	2662	3062	4368

	de P30 à P50		de P51 à P70		de P71 à 90		de P91 à P95		au delà de P95
Patiente/le si un assistant pour 2									
patientele MT adulte	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	95%	99%
nb patients France Entiere	640	762	872	981	1107	1259	1502	1721	2216
objectif %		25%		20%		12,50%		6%	0%
objectif augmentation patients	160	191	218	196	221	157	188	103	0
Nb patients attendus	800	953	1090	1177	1328	1416	1690	1824	2216

	de P30 à P50		de P51 à P70		de P71 à 90		de P91 à P95		au delà de P95
File active si un assistant pour 2									
file active patients adulte	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	95%	99%
file active	1223	1375	1521	1676	1854	2081	2476	2944	4368
objectif %		25%		20%		12,50%		6%	0%
objectif augmentation file active	306	344	380	335	371	260	310	177	0
Nb patients differents attendus	1529	1719	1901	2011	2225	2341	2786	3121	4368

	de P30 à P50		de P51 à P70		de P71 à 90		de P91 à P95		au delà de P95
Patiente/le si un assistant pour 1									
patientele MT adulte	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	95%	99%
nb patients France Entiere	640	762	872	981	1107	1259	1502	1721	2216
objectif %		35%		30%		20%		12,50%	5%
objectif augmentation patients	224	267	305	294	332	252	300	215	111
Nb patients attendus	864	1029	1177	1275	1439	1511	1802	1936	2327

	de P30 à P50		de P51 à P70		de P71 à 90		de P91 à P95		au delà de P95
File active si un assistant pour 1									
file active patients adulte	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	95%	99%
file active	1223	1375	1521	1676	1854	2081	2476	2944	4368
objectif %		35%		30%		20%		12,50%	5%
objectif augmentation file active	428	481	532	503	556	416	495	368	218
Nb patients differents attendus	1651	1856	2053	2179	2410	2497	2971	3312	4586

Annexe 2. Questionnaire adressé aux médecins

Bonjour,

Je suis interne de médecine générale à la faculté de médecine de Limoges.

Dans le cadre de mon travail de thèse d'exercice, je réalise, sous la direction du Dr Léa SEVE (Chef de Clinique de médecine générale) une étude sur l'adhésion des médecins généralistes du Limousin au projet de déploiement d'assistants médicaux.

Je vous remercie d'avance de bien vouloir pendre quelques minutes de votre temps pour répondre au questionnaire ci-dessous, qui prend moins de 10 minutes à être complété.

Ce questionnaire s'adresse aux praticiens exerçant la médecine générale ambulatoire en libéral dans la région Limousin. Il ne concerne pas les médecins exerçant une activité spécifique exclusive.

Avec tous mes remerciements pour votre aide précieuse,

Vincent PAUBERT

Le contexte :

Le projet de loi Santé 2022 comporte le déploiement d'assistants de consultation auprès des médecins généralistes.

Les compétences et les tâches déléguées à ces assistant dépendront du profil de l'assistant et des besoins du médecin l'employant, mais pourraient comporter à titre d'exemple (non limitatif, non restrictif) :

- Accueil téléphonique et physique
- Mise à jour du dossier médical
- Aide à la prise de rendez-vous pour les patients en difficulté
- Aide à l'utilisation de la télémédecine
- Déshabillage et installation des patients pour la consultation
- Prise de constantes (poids, taille, tension...)
- Délivrance de tests de dépistages et explications
- Préparation à la réalisation de gestes de soins (sutures, pansements...)

A noter que c'est bien le médecin employeur qui déterminera les fonctions pour lesquelles il souhaite avoir l'aide de l'assistant. Il n'y a actuellement aucune fiche de poste définie par l'assurance maladie.

Questionnaire de thèse : Le déploiement des assistants médicaux, enquête d'opinion auprès des médecins généralistes installés en Limousin.

Partie 1 : Le profil du médecin

1. Quel âge avez-vous ? ans
2. Etes-vous : un homme une femme
3. Depuis combien d'années êtes-vous installé en Limousin ? ans
4. Quel est votre mode d'exercice : (plusieurs réponses possibles)
 - Seul Cabinet de groupe privé MSP Réseau de soins
 - CPTS
5. Dans quel milieu exercez-vous ? Milieu urbain Milieu rural
6. Quel type de secrétariat utilisez-vous ?
 - Présentiel Plateforme téléphonique Prise de rendez-vous sur internet
 - Aucun
7. Combien de patients « médecin-traitant » comptez-vous dans votre patientèle selon la sécurité sociale (AmeliPro) ? patients
8. Quel est, pour vous, le facteur le plus stressant dans votre activité professionnelle ?
9. Travaillez-vous en collaboration avec un(e) IDE ASALEE ?
 - Oui Non Je ne connais pas ASALEE

Partie 2 : Les assistants médicaux

1. Connaissez-vous l'existence d'assistants médicaux dans d'autres pays ?
 - Oui Non
2. Savez-vous qu'un projet de déploiement d'assistants médicaux en France est en cours ? Oui Non
3. Pensez-vous que vous pourriez travailler en collaboration avec un assistant médical en lui déléguant certaines tâches médicales ou administratives ?
 - Opposé Pas d'accord Plutôt d'accord
 - Tout à fait d'accord
4. Concernant l'accès aux soins et leur qualité, pensez-vous que les assistants médicaux sont **une bonne solution pour** :

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Améliorer l'accès aux soins de premier recours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faciliter l'accès à un médecin traitant pour les patients qui n'en ont pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Améliorer la qualité des soins en médecine générale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Améliorer le suivi des patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Renforcer la coordination entre les différents professionnels de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Améliorer la mise à jour et la tenue du dossier médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Concernant les conditions d'exercice, pensez-vous que les assistants médicaux sont **une bonne solution pour** :

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Diminuer la part administrative de vos journées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recentrer votre activité sur le soin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Renforcer l'attractivité du métier (notamment en zone sous-dense)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diminuer le stress professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Libérer du temps médical pour répondre plus facilement aux demandes de soins non programmés ou urgents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Libérer du temps pour accueillir plus de patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Concernant **les freins** au déploiement des assistants médicaux :

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Le fait que la formation initiale de l'assistant soit à la charge du médecin constitue un frein à son recrutement*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le fait de devoir salarier soi-même l'assistant médical est un frein à son recrutement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vos locaux actuels sont inadaptés pour travailler de façon optimale avec un assistant médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La présence d'un assistant peut détériorer la relation médecin-malade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La présence d'un assistant peut entraîner une rupture de secret médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Concernant la formation, elle se fera dans un premier temps après recrutement de l'assistant, et donc sur son temps de travail. Il s'agit d'une situation temporaire, qui ne concernera que les premiers assistants recrutés, le métier étant nouveau et le contenu de la formation théorique n'étant pas encore défini.

7. Selon vous un assistant médical est-il adapté à tous les types de consultations en médecine générale ?

Pas du tout d'accord Pas d'accord Plutôt d'accord Tout à fait d'accord

8. Concernant les aides financières au recrutement d'un assistant proposées par la sécurité sociale :

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Ces aides vous paraissent suffisamment incitatives*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous craignez une mainmise de la sécurité sociale sur votre pratique médicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'augmentation de patientèle et de file active demandée en contrepartie de ces aides constitue un frein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le conditionnement du financement à un engagement dans une démarche d'exercice coordonné constitue un frein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*La sécurité sociale propose actuellement de participer au financement de l'assistant médical sous forme d'un financement pérenne et dégressif les 3 premières années, stable ensuite pendant 5 ans renouvelables. Cela correspond à 18 000€ la première année, 13 500€ la deuxième et 10 500€ par an au-delà pour 1/2 ETP d'assistant médical. En contrepartie le médecin est tenu d'augmenter sa patientèle et sa file active selon son niveau de patientèle initial, il doit également s'engager dans une démarche d'exercice coordonné (MSP, CPTS, autres).

Annexe 3. Echange de mails avec les différents CDOM

Annexe 3.1. Mail initial envoyé le 15/01/20 aux 3 CDOM de la région

« Madame, Monsieur,

Je me permets de vous solliciter dans le cadre de mon travail de thèse d'exercice de médecine générale, travail sous la direction du Dr Léa SEVE (Seilhac 19) et du Pr Nathalie DUMOITIER (Limoges 87).

Mon travail vise à interroger les médecins généralistes en activité régulière installés en région Limousin sur leurs attentes et réticences vis à vis du projet de déploiement des assistants médicaux impulsé par la sécurité sociale.

Les médecins exerçant une activité spécifique exclusive ne sont pas concernés.

Pour ce faire, j'ai besoin de distribuer aux médecins concernés un questionnaire disponible sur internet.

Auriez-vous, s'il vous plait, la possibilité de me communiquer une liste de diffusion ou de diffuser ledit questionnaire vous-même si je vous le fais parvenir ?

En vous remerciant de ce que vous pourrez faire pour moi,

En attente de votre réponse, je vous prie d'agréer l'expression de mes sentiments respectueux.

Vincent PAUBERT »

Annexe 3.2. Echange de mails avec le CDOM de la Corrèze

Réponse au mail initial le 16/01/20 :

Mon Cher Confrère,

Nous vous proposons de diffuser votre questionnaire aux médecins dont nous possédons l'adresse mail.

Faites nous parvenir le mail comportant le lien menant à votre questionnaire, que nous ferons suivre aux médecins concernés.

Vous faut-il connaître le nombre de médecins destinataires ?

Dans l'attente.

Cordialement.

SECRETARIAT ADMINISTRATIF

**ORDRE NATIONAL DES MEDECINS
CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA CORREZE
5 rue du Dr Faugeyron
19000 - TULLE**

Diffusion du questionnaire le 13/02/30 :

Bonjour,

Je vous remercie d'avoir répondu favorablement à ma demande de diffusion de questionnaire de thèse. Suite à votre proposition je veux bien que vous m'informiez si possible du nombre de médecins auquel aura été adressé le questionnaire afin d'en évaluer le taux de réponse.

Je reviens donc vers vous après avoir eu l'accord du conseil départemental de la creuse et de la haute-vienne afin d'avoir un mode de diffusion uniforme sur la région.

En vous remerciant encore,

Vincent PAUBERT

Voici donc le message que j'aimerais faire parvenir aux médecins généralistes de la Corrèze, accompagné du lien vers le questionnaire :

Bonjour,

Je suis interne de médecine générale à la faculté de médecine de Limoges. Dans le cadre de mon travail de thèse d'exercice, je réalise, sous la direction du Dr Léa SEVE (Chef de Clinique de médecine générale) une étude sur l'adhésion des médecins généralistes du Limousin au projet de déploiement d'assistants médicaux.

Je vous remercie d'avance de bien vouloir pendre quelques minutes de votre temps pour répondre au questionnaire ci-dessous, qui prend moins de 10 minutes à être complété. Ce questionnaire s'adresse aux praticiens exerçant la médecine générale ambulatoire en libéral dans la région Limousin. Il ne concerne pas les médecins exerçant une activité spécifique exclusive.

Avec tous mes remerciements pour votre aide précieuse,

Vincent PAUBERT

En l'attente de vos réponses je vous joins mon email pour d'éventuelles questions ou remarques : -----

Voici le lien vers le questionnaire : -----

Confirmation de diffusion le 13/02/20 :

Mon Cher Confrère,

Nous vous informons avoir adressé ce jour votre questionnaire aux 137 médecins généralistes (hors médecine à exercice particulier) dont nous possédons l'adresse mail.

Nous espérons vous avoir aidé dans votre démarche.

Cordialement.

SECRETARIAT ADMINISTRATIF

ORDRE NATIONAL DES MEDECINS
CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA CORREZE
5 rue du Dr Faugéyron
19000 - TULLE

Annexe 3.3. Echange de mails avec le CDOM de la Creuse

Réponse au mail initial le 21/01/20 :

Bonjour,

Le Conseil a donné son accord pour la diffusion de votre questionnaire.

Veuillez nous faire parvenir votre courrier adressé aux médecins avec un lien.

Nous diffusons nous-même le questionnaire.

SECRETARIAT ADMINISTRATIF

ORDRE DES MEDECINS DE LA CREUSE

12, avenue Pierre Mendès France

23000 - GUERET

Diffusion du questionnaire le 13/02/30 :

Bonjour,

Je vous remercie d'avoir répondu favorablement à ma demande de diffusion de questionnaire de thèse. J'en profite pour vous demander, si c'est possible pour vous, de m'informer du nombre de médecins ayant reçu le mail afin d'évaluer mon taux de réponse.

Je reviens donc vers vous après avoir eu l'accord du conseil départemental de la Corrèze et de la Haute-Vienne afin d'avoir un mode de diffusion uniforme sur la région.

En vous remerciant encore,

Vincent PAUBERT

Voici donc le message que j'aimerais faire parvenir aux médecins généralistes de la Corrèze, accompagné du lien vers le questionnaire :

Bonjour,

Je suis interne de médecine générale à la faculté de médecine de Limoges. Dans le cadre de mon travail de thèse d'exercice, je réalise, sous la direction du Dr Léa SEVE (Chef de Clinique de médecine générale) une étude sur l'adhésion des médecins généralistes du Limousin au projet de déploiement d'assistants médicaux.

Je vous remercie d'avance de bien vouloir prendre quelques minutes de votre temps pour répondre au questionnaire ci-dessous, qui prend moins de 10 minutes à être complété. Ce questionnaire s'adresse aux praticiens exerçant la médecine générale ambulatoire en libéral dans la région Limousin. Il ne concerne pas les médecins exerçant une activité spécifique exclusive.

Avec tous mes remerciements pour votre aide précieuse,

Vincent PAUBERT

En l'attente de vos réponses je vous joins mon mail pour d'éventuelles questions ou remarques : -----

Voici le lien vers le questionnaire : -----

Confirmation de diffusion le 13/02/20 :

Bonjour,

82 médecins

SECRETARIAT ADMINISTRATIF

ORDRE DES MEDECINS DE LA CREUSE
12, avenue Pierre Mendès France
23000 - GUERET

Annexe 3.4. Echange de mails avec le CDOM de la Haute-Vienne

Réponse au mail initial le 23/01/20 :

Monsieur,

Conformément à votre demande et dans le cadre de votre travail de thèse, nous vous informons qu'il est possible de publier votre questionnaire sur notre site du CDOM.

Pourriez-vous nous communiquer ce questionnaire ?

De plus, pouvez-vous nous confirmer que nous sommes autorisés à inscrire vos coordonnées au-dessous de votre questionnaire au cas où un médecin aurait besoin de vous contacter (Nom, prénom et adresse mail).

Vous remerciant de votre réponse,

Bien cordialement.

Secrétaire CDOM 87

Diffusion du questionnaire sur le site du CDOM le 13/02/20 :

Bonjour,

Tout d'abord merci pour votre réponse concernant ma demande de diffusion de questionnaire de thèse.

Bien entendu, vous pouvez inscrire mes coordonnées avec celui-ci.

En parallèle à votre réponse, j'ai obtenu l'accord des conseils de la Corrèze et de la Creuse pour une diffusion par mail à tous les médecins dont ils disposent de l'adresse. Afin d'avoir un mode de diffusion uniforme, et donc moins de biais pour mon étude, serait-il possible pour vous de faire de même en m'indiquant seulement le nombre de médecins à qui le questionnaire est diffusé ?

Si ce n'est pas possible, une diffusion sur votre site du CDOM me permettra malgré tout d'être diffusé et je vous en remercie.

Restant à votre disposition pour des renseignements complémentaires,

Vincent PAUBERT

Ci-dessous le message que j'aimerais faire parvenir aux médecins généralistes de la Haute-Vienne, accompagné du lien vers le questionnaire :

Bonjour,

Je suis interne de médecine générale à la faculté de médecine de Limoges. Dans le cadre de mon travail de thèse d'exercice, je réalise, sous la direction du Dr Léa SEVE (Chef de Clinique de médecine générale) une étude sur l'adhésion des médecins généralistes du Limousin au projet de déploiement d'assistants médicaux.

Je vous remercie d'avance de bien vouloir prendre quelques minutes de votre temps pour répondre au questionnaire ci-dessous, qui prend moins de 10 minutes à être complété. Ce questionnaire s'adresse aux praticiens exerçant la médecine générale ambulatoire en libéral dans la région Limousin. Il ne concerne pas les médecins exerçant une activité spécifique exclusive.

Avec tous mes remerciements pour votre aide précieuse,

Vincent PAUBERT

En l'attente de vos réponses je vous joins mon email pour d'éventuelles questions ou remarques : -----

Voici le lien vers le questionnaire : -----

Réponse du CDOM le 20/02/20 :

Monsieur,

Nous vous confirmons la publication de votre questionnaire de thèse sur notre site du CDOM. En effet, il ne nous est pas possible d'adresser le questionnaire directement aux médecins par mail.

Vous souhaitant bon courage pour ce travail,

Bien cordialement.

Secrétaire

CDOM 87

Après relance téléphonique, diffusion par mail du CDOM de la Haute-Vienne le 29/04/2020 :

Madame, Monsieur,

Le Conseil de l'Ordre est toujours très sollicité concernant la diffusion de questionnaires de thèses des internes de médecine générale.

Certains sujets de thèse ayant besoin de recevoir un maximum d'informations afin d'être pertinents, nous nous permettons de vous adresser ce questionnaire dont le sujet est :

« Les assistants médicaux : enquête d'opinion auprès des Médecins Généralistes installés en région Limousin ».

(durée : environ 5min)

➤ Pour Accéder au questionnaire via un lien google : -----

Nous vous remercions par avance du temps que vous aurez consacré et de votre aide précieuse.

Bien cordialement.

Secrétaire
CDOM 87

Annexe 4. Résultats à la question sur les facteurs de stress

	Réponse libre	Nœud correspondant
1	ERREUR MEDICALE	Responsabilité
2	multiplier les consultations en périodes hivernales	Charge de travail
3	La pression monumentale des patients qui ne trouvent plus de médecin pour se soigner (et les conséquences bien réelles sur leur santé avec la perte de chance qui va avec)	Démographie médicale
4	le manque de temps/créneaux pour répondre aux demandes de RDV	Manque/Gestion du temps
5	le volume de patient	Charge de travail
6	insistance des gens pour des soins rapides	Pression des patients
7	Le risque d'erreur medicale	Responsabilité
8	Ne pas faire face a la demande de rdv urgent	Manque/Gestion du temps
9	La gestion des consultations non programmées (jusqu'à 15 créneaux d'urgence à ajouter en période épidémique)	Gestion des soins non programmés
10	La négativité réactionnelle de certains collègues devant les évolutions de notre sante publique	Relations avec les confrères
11	La charge de travail	Charge de travail
12	suractivite	Charge de travail
13	Administratif	Administratif
14	manque de temps	Manque/Gestion du temps
15	Le manque de médecins et la sur demande des patients	Démographie médicale
16	urgence	Gestion des soins non programmés
17	charges administratives	Administratif
18	charge mentale	Charge de travail
19	les horaires prolongees de plus de 12h par jour	Charge de travail
20	la gestion du temps	Manque/Gestion du temps
21	La charge administrative	Administratif
22	Urgence non programmée	Gestion des soins non programmés
23	la mutiplicité des taches	Charge de travail
24	Temps	Manque/Gestion du temps
25	Gestion de l'imprévu	Gestion des soins non programmés
26	telephone	Administratif
27	le nombre de patient	Charge de travail
28	LA PRESSION DU TEMPS	Manque/Gestion du temps
29	ABSENCE DE REMPLACANT	Démographie médicale
30	responsabilité	Responsabilité
31	le retard	Manque/Gestion du temps
32	les horaires prolongees	Charge de travail
33	La maladie	Inclassable
34	telephone	Administratif
35	aucun	Aucun/NSP
36	Les demandes bien trop nombreuses des patients qui ne sont pas gérable en 1 seule consultation	Manque/Gestion du temps

37	L'informatisation des dossiers et des relations avec la CPA M	Administratif
38	Le retard engendré par les consultations ou visites imprévues	Gestion des soins non programmés
39	Manque d'activité	Charge de travail
40	Les papiers	Administratif
41	Surmenage	Charge de travail
42	Gestion du temps et des patients	Manque/Gestion du temps
43	Gestion administrative	Administratif
44	Les horaires à rallonge	Charge de travail
45	Exigence des patients « maintenant tout de suite »	Pression des patients
46	La charge de travail	Charge de travail
47	les urgences	Gestion des soins non programmés
48	urgences	Gestion des soins non programmés
49	je ne sais pas	Aucun/NSP
50	Les journées à rallonge si on y met pas un stop, les visites à domicile que l'on nous demande même quand on explique qu'on aura pas le temps	Manque/Gestion du temps
51	Telephone	Administratif
52	Administratif	Administratif
53	L'urgence médicale sournoise	Gestion des soins non programmés
54	telephone	Administratif
55	Gestion du temps entre implication professionnelle et respect d'une vue personnelle	Manque/Gestion du temps
56	Honnêtement je n'en ai pas, je ne suis pas stressée. La difficulté principale est d'apprendre et d'aider mes patients lorsqu'on découvre une maladie grave ou en fin de vie	Aucun/NSP
57	Surcharge de travail	Charge de travail
58	Le manque de temps	Manque/Gestion du temps
59	Urgence	Gestion des soins non programmés
60	renseignements telephoniques pendant les consultations	Administratif
61	Le comportement et l'exigence des patients	Pression des patients
62	Le retard	Manque/Gestion du temps
63	trop de travail	Charge de travail
64	La gestion de l'urgence, de « l'imprevu»	Gestion des soins non programmés
65	aucun	Aucun/NSP
66	LE TEMPS	Manque/Gestion du temps
67	l informatique	Administratif
68	Prise de retard	Manque/Gestion du temps
69	ne pas avoir le temps de faire les choses comme on le voudrait parfois	Manque/Gestion du temps
70	répondre au téléphone	Administratif
71	erreur medicale	Responsabilité
72	telephone durant les cs	Administratif
73	les visites non programmées	Gestion des soins non programmés

74	le temps passé à réaliser les tâches administratives qui s'accumulent au fur et à mesure car non faites au fur et à mesure car préférence pour le temps passé avec les patients	Administratif
75	L'assistanat des patients	Pression des patients
76	le manque de temps	Manque/Gestion du temps
77	????? aucun en particulier	Aucun/NSP
78	Manque de temps	Manque/Gestion du temps
79	Surmenage	Charge de travail
80	Joindre les specialistes particulierement ceux du C.H.U	Administratif
81	urgences	Gestion des soins non programmés
82	betise humaine	Pression des patients
83	l'administratif	Administratif
84	l'erreur médicale	Responsabilité
85	passer à côté d'un diagnostic grave	Responsabilité
86	l'exigence	Pression des patients
87	peur des erreures	Responsabilité
88	gestion des demandes abusives	Pression des patients
89	repondre au téléphone	Administratif
90	le temps	Manque/Gestion du temps
91	La surcharge du planning	Charge de travail
92	Le téléphone	Administratif
93	administratif	Administratif
94	sollicitations constantes des patients et paramedicaux	Pression des patients
95	Les menaces des patients	Pression des patients
96	sur activité	Charge de travail
97	regulation dans le cadre de la pds	Responsabilité
98	L élasticité horaire et les gardes	Charge de travail
99	NE PAS AVOIR HORAIRES	Charge de travail
100	les nombreuses taches à effectuer	Charge de travail
101	le téléphone	Administratif
102	la lourdeur administrative	Administratif
103	les paperasses à faire	Administratif
104	les papiers	Administratif
105	travail hors consultation	Administratif
106	Les messages laissés sur ma plate forme	Administratif
107	gestion administratif	Administratif



LE Groupement

Le Groupement
d'employeurs est une association de médecins généralistes.

Il salue des **assistants médicaux** et les met à disposition des membres de l'association. Le groupement évite au médecin employeur d'avoir à gérer tous les aspects administratifs liés à l'embauche et à la vie du contrat de travail, ceux-ci sont pris en charge par l'opérateur qui embauche l'assistant médical et contractualise avec vous sa mise à disposition.

QUEL EST L'ACCOMPAGNEMENT ?

- 1 AVANT RECOURS À UN ASSISTANT MÉDICAL**
 - Analyse de votre situation
 - Evaluation des scénarios de financement
 - Spécification des principales missions
- 2 EMBAUCHE D'UN ASSISTANT MÉDICAL**
 - Définition du profil retenu
 - Identification et choix des candidats
 - Signature et démarches liées au contrat de travail
- 3 DURANT LA COLLABORATION AVEC L'ASSISTANT MÉDICAL**
 - Support local au management et Hotline RH
 - Aide à l'organisation de la formation
 - Gestion du contrat, de la paie, des congés et de l'entretien annuel
- 4 EN CAS DE CHANGEMENT**
 - Modification du temps de travail
 - Aide à la résolution des dysfonctionnements
 - Changement d'assistant
- 5 EN CAS D'ARRÊT DE LA COLLABORATION**
 - Un terme est mis à la disposition de l'AM
 - En tant qu'opérateur, le groupement remplace l'AM ou se sépare de lui



ASSOCIATION LE GROUPEMENT
13 Rue Fernand Léger - 75020 PARIS
Mail : contact@legroupement.org
Tél : 01 43 13 10 99

COMMENT PROCÉDER ?

IDENTIFIEZ VOS BESOINS : MISSIONS ET VOLUME HORAIRE

3 pôles d'action possibles



Administratif



Consultation



Organisation & Coordination

PRENEZ CONTACT AVEC VOTRE CPAM

Pour valider votre éligibilité au financement total ou partiel d'un assistant médical.

L'éligibilité est liée à la taille de votre patientèle, au caractère regroupé et/ou coordonné de votre exercice et de votre lieu d'exercice.

IDENTIFIEZ L'AUGMENTATION DE LA TAILLE DE VOTRE PATIENTÈLE ATTENDUE

Pour continuer à bénéficier du financement de la CPAM en année 3 et ultérieures

IDENTIFIEZ UN ASSISTANT MÉDICAL

Sans vous engager sur un salaire

CONTACTEZ LE GROUPEMENT QUI :

- Communiquera les différents documents nécessaires à la mise en place de l'AM (Bulletin d'Adhésion au Groupement, Convention entre le Groupement et le Médecin)
- Conviera avec vous d'un salaire pour l'AM
- Validera la candidature de l'Assistant Médical et fixera son salaire après un entretien d'embauche
- Fera une proposition de contrat de travail à l'AM et gèrera tous les aspects administratifs liés à son embauche



Pendant la durée du contrat de l'Assistant, le Groupement gère, en étroite coordination avec vous, tous les aspects liés à un contrat salarié : Bulletins de salaire, Versement des salaires, Formation, Gestion des vacances/arrêts de travail.

Par ailleurs, le Groupement vous aidera dans la gestion des conflits et des dysfonctionnements. Il vous accompagnera, si nécessaire, dans le changement de l'Assistant Médical. Vous pouvez bien sûr faire appel au Groupement à toute étape du processus décrit ci-dessus, en particulier pour vous aider à définir la mission que vous attendez de l'Assistant Médical et dans son recrutement.

F.A.Q

QUI IDENTIFIE L'ASSISTANT MÉDICAL ?

C'est plutôt le médecin.

QUI FIXE LE MONTANT DE LA RÉMUNÉRATION DE L'ASSISTANT MÉDICAL ?

C'est le médecin, en concertation très étroite avec le Groupement, car la grille de salaires est définie par la convention collective. Le Groupement connaît bien ces questions.

QUI CONVENTIONNE AVEC LA CPAM ?

C'est forcément le médecin.

QUI CONVENTIONNE AVEC LE GROUPEMENT ?

Le médecin personnellement ou la SCM si il y en a une.

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.

Les assistants médicaux en France : Enquête d'opinion auprès des médecins généralistes installés en Limousin

INTRODUCTION : L'accès aux soins primaires devient une réelle préoccupation en France. La création du poste d'assistant médical est une des propositions de l'Etat pour répondre à cette difficulté croissante. **OBJECTIF principal :** Identifier le niveau d'adhésion des médecins généralistes installés en Limousin au projet de déploiement d'assistants médicaux tel que le propose le projet de loi « ma santé 2022 ». **Objectifs secondaires :** Identifier les attentes et les freins concernant ce projet, identifier les caractéristiques épidémiologiques influençant l'adhésion au projet. **METHODE :** Etude quantitative descriptive par enquête d'opinion prospective réalisé entre février et septembre 2020 auprès des médecins généralistes libéraux du Limousin à l'aide d'un questionnaire. **Critère d'exclusion :** médecins à exercice particulier exclusif et médecins salariés. **RESULTATS :** 107 médecins ont répondu. 62,6% sont favorables au travail avec un assistant. Les médecins adhérents sont plus jeunes 45,46 ans ($p<0,05$), exercent en milieu rural (73,13%, $p<0,05$), exercent en maison de santé (34,3%, $p<0,05$). Les attentes principales sont d'ordre administratif et organisationnel. Les principaux freins concernent la formation et la rémunération des assistants. 60,7% des répondants estiment les aides financières proposées insuffisamment incitatives, 81% sont freinés par l'augmentation de la patientèle et de la file active. **CONCLUSION :** Les médecins généralistes installés en Limousin semblent majoritairement intéressés par le concept de délégation des tâches avec un assistant médical. Certains profils épidémiologiques semblent significativement plus intéressés. Des ajustements de la formation et des modalités de financement peuvent être envisagés pour favoriser le déploiement des assistants médicaux.

Mots-clés : Assistant médical, délégation de tâches, Médecine Générale

Medical assistants in France : Opinion survey of general practitioner established in Limousin

INTRODUCTION : Acces to primary care is becoming a real concern in France. The creation of medical assistant's profession is one of the state's proposals to respond to this growing difficulty. **Main OBJECTIVE :** Identify the adherence level among general practitioners based in Limousin to the deployment project of medical assistants as submitted in the law project « ma santé 2022 ». **Secondary objectives :** Identify the expectations and obstacles concerning this project, identify the epidemiological characteristics inflencing the adhesion to the project. **METHOD :** Descriptive study by prospective opinion survey carried out between February and September 2020 among private GPs in Limousin using a questionnaire. Physicians with exclusive special practice and salaried physicians were excluded. **RESULTS :** 107 physicians responded. 62.6% are in favour of working with an assistant. Favorable physicians are younger 45.46 years old ($p<0.05$), work in rural areas (73.13%, $p<0.05$), work in Pluridisciplinary Medical Centers (34.3%, $p<0.05$). The main expectations are administrative and organizational. The main obstacles concern the training and remuneration of assistants. 60.7% of respondents consider the financial assistance offered insufficiently incentive, 81% are hampered by the augmentation of patients request. **CONCLUSION :** General Practitioners established in Limousin seem mainly interested in the concept of task delegation with a medical assistant. Certain epidemiological profiles seem to be significantly more interested. Adjustments to training and funding arrangements can be considered to promote the deployment of medical assistants.

Keywords : medical assistant, general practitioner, tasks delegation

