

Faculté de Médecine

Année 2021

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 7 décembre 2021

Par Antoine SIMONNET

Né le 17 mars 1993 à Limoges

Le ressenti des patients à l'égard de l'assistant médical dans un cabinet de médecine générale en Limousin.

Thèse dirigée par le Dr Marie-Paule PAUTOUT-GUILLAUME

Examineurs :

Mme le Professeur Nathalie DUMOITIER, PU-MGPrésidente du jury

M. le Professeur Sébastien HANTZ, PU-PHJuge

Mme le Professeur Marie-Pierre TEISSIER, PU-PHJuge

Mme le Docteur Marie-Paule PAUTOUT-GUILLAUME, MCA-MG....Directrice de thèse



Faculté de Médecine

Année 2021

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 7 décembre 2021

Par Antoine SIMONNET

Né le 17 mars 1993 à Limoges

Le ressenti des patients à l'égard de l'assistant médical dans un cabinet de médecine générale en Limousin.

Thèse dirigée par le Dr Marie-Paule PAUTOUT-GUILLAUME

Examineurs :

Mme le Professeur Nathalie DUMOITIER, PU-MGPrésidente du jury

M. le Professeur Sébastien HANTZ, PU-PHJuge

Mme le Professeur Marie-Pierre TEISSIER, PU-PHJuge

Mme le Docteur Marie-Paule PAUTOUT-GUILLAUME, MCA-MG....Directrice de thèse



Doyen de la Faculté

Monsieur le Professeur **Pierre-Yves ROBERT**

Assesseurs

Madame le Professeur **Marie-Cécile PLOY**

Monsieur le Professeur **Jacques MONTEIL**

Monsieur le Professeur **Philippe BERTIN**

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

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
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE
DES GUETZ Gaëtan	CANCEROLOGIE
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
JACQUES Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
JESUS Pierre	NUTRITION
JOUAN Jérôme	CHIRURGIE THORACIQUE ET VASCULAIRE
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
MAGNE Julien	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARCHEIX Pierre-Sylvain	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE

MARIN Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
OLLIAC Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
PARAF François	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
ROUCHAUD Aymeric	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
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

Professeurs Associés des Universités à mi-temps des disciplines médicales

BRIE Joël

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE

KARAM Henri-Hani

MEDECINE D'URGENCE

MOREAU Stéphane

EPIDEMIOLOGIE CLINIQUE

Maitres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers

BOURTHOUMIEU Sylvie

CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

COUVE-DEACON Elodie

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

DELUCHE Elise

CANCEROLOGIE

DUCHESNE Mathilde

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

DURAND Karine

BIOLOGIE CELLULAIRE

ESCLAIRE Françoise

BIOLOGIE CELLULAIRE

FAYE Pierre-Antoine

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE

FREDON Fabien

ANATOMIE/CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE

LALOZE Jérôme

CHIRURGIE PLASTIQUE

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

DAURIAT Benjamin	HISTOLOGIE, EMBRIOLOGIE ET CYTOGENETIQUE
DUPONT Marine	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE
DURIEUX Marie-Fleur	PARASITOLOGIE
GILBERT Guillaume	ANESTHESIE REANIMATION
HERMINEAUD Bertrand	LABORATOIRE ANAPATHOLOGIE
LABRIFFE Marc	PHARMACOLOGIE
LADES Guillaume	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
LEFEBVRE Cyrielle	ANESTHESIE REANIMATION
LOPEZ Stéphanie	MEDECINE NUCLEAIRE
MEYER Sylvain	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE HYGIENE
PASCAL Virginie	IMMUNOLOGIE CLINIQUE
ROUX-DAVID Alexia	ANATOMIE CHIRURGIE DIGESTIVE

Chefs de Clinique – Assistants des Hôpitaux

ALBOUYS Jérémie	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
ARGOULON Nicolas	PNEUMOLOGIE
ASLANBEKOVA Natella	MEDECINE INTERNE
BAÏSSE Arthur	REANIMATION POLYVALENTE
BERRAHAL Insaf	NEPHROLOGIE
BOSCHER Julien	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
BRISSET Josselin	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
CAUDRON Sébatien	RADIOLOGIE
CAYLAR Etienne	PSYCHIATRIE ADULTE
CENRAUD Marie	NEUROLOGIE
CHAUBARD Sammara	HEMATOLOGIE
CHAUVET Romain	CHIRURGIE VASCULAIRE

CISSE Fatou	PSYCHIATRIE
COMPAGNON Roxane	CHIRURGIE INFANTILE
DARBAS Tiffany	ONCOLOGIE MEDICALE
DESCHAMPS Nathalie	NEUROLOGIE
DESCLEE de MAREDSOUS Romain	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
DESVAUX Edouard	MEDECINE GERIATRIQUE
DOUSSET Benjamin	CARDIOLOGIE
DUPIRE Nicolas	CARDIOLOGIE
DUVAL Marion	NEPHROLOGIE
FIKANI Amine	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
FORESTIER Géraud	RADIOLOGIE
FROGET Rachel	CENTRE D'INVESTIGATION CLINIQUE (pédiatrie)
GEYL Sophie	GASTROENTEROLOGIE
GUILLAIN Lucie	RHUMATOLOGIE
HESSAS-EBELY Miassa	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
LALOZE Jérôme	CHIRURGIE PLASTIQUE
LAUVRAY Thomas	PEDIATRIE
LEMNOS Leslie	NEUROCHIRURGIE
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

SALLEE Camille	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
SANSON Amandine	REANIMATION POLYVALENTE
SANCHEZ Florence	CARDIOLOGIE
SERY Arnaud	ORL
TARDIEU Antoine	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
TORDJMAN Alix	GYNECOLOGIE MEDICALE
TRICARD Jérémy	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE
VAIDIE Julien	HEMATOLOGIE CLINIQUE
VERLEY Jean-Baptiste	PSYCHIATRIE ENFANT ADOLESCENT
VERNAT-TABARLY Odile	OPHTALMOLOGIE
VIDAL Thomas	OPHTALMOLOGIE

Chefs de Clinique – Médecine Générale

BERTRAND Adeline
RUDELLE Karen
SEVE Léa

Praticiens Hospitaliers Universitaires

CHRISTOU Niki	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE
COMPAGNAT Maxence	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
HARDY Jérémie	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
LAFON Thomas	MEDECINE D'URGENCE
SALLE Henri	NEUROCHIRURGIE

À ma famille et à ma chérie.

« La vie est courte, l'art est long, l'occasion fugitive, l'expérience trompeuse, le jugement difficile. »

- **Hippocrate**

Remerciements

À mes très chers parents, je ne pourrai jamais vous remercier assez pour tout ce que vous m'avez apporté et fait pour moi. Vous m'avez toujours soutenu et cru en moi que ce soit dans les études et dans le sport. Si j'en suis là aujourd'hui, c'est grâce à vous. Je mets entre vos mains, le fruit de longues années d'études. Je suis resté dans ce beau Limousin pour demeurer proche de vous, et je n'ai aucun regret. Votre présence, votre bienveillance et votre Amour m'ont permis d'avancer sans crainte dans l'externat, puis l'internat. Papa, tu es une vraie école de la vie, je ne cesse d'apprendre tous les jours avec toi, tu es et resteras toute ma vie un de mes modèles. Maman, fière, tu as toujours été là pour moi, tu n'as cessé de me couvrir de tendresse et de protection. Alors merci, et que cela continue aussi longtemps que possible. Je vous aime d'un Amour infini.

À toi, Marie Ange, mon Amour, ma Chérie, ma Mouckmouck, ma Moumou, ma Pepita, ma Calicie, ma Cotcotte, mon Cacatoès des îles, mon Couicoui, ma Cuisto, etc. « *Tu es la plus belle chose qui me soit arrivée* » (10 avril 2015) et je ne peux plus me passer de toi depuis ce 23 mars 2015, date de notre première rencontre, puis ce 31 mars 2015, qui officialisa l'attirance que nous éprouvions l'un pour l'autre. Aucune dédicace, aucun mot, ne pourrait exprimer à sa juste valeur l'Amour que j'éprouve pour toi. Chaque moment passé à tes côtés est exquis et nous sommes remplis de souvenirs incroyables. Je suis si heureux de pouvoir compter sur toi, dans tous les sens de ma vie. Tu es une femme merveilleuse, d'une beauté incomparable et d'une intelligence remarquable. Cette thèse est également la tienne, tes conseils et ta relecture ont été précieux. Je suis tellement fier de toi, du parcours professionnel exceptionnel que tu as réalisé. J'ai hâte de voir l'avenir que nous allons construire... Je t'aime pour toujours & à jamais !

À ma sœur, Sarah, et à son mari Louis-Aubin, pour leur soutien tout au long de mon cursus universitaire. Félicitations à toi, Sarah, tu as trouvé ta voie qui te permet d'être enfin heureuse professionnellement et tu es une jolie maman épanouie. Louis-Aubin, je suis heureux de t'avoir comme beau-frère car tu prends soin de ma sœur, et je te souhaite le meilleur pour ta pharmacie.

À Édouard, qui a fait de moi un tonton pour la première fois. Je n'aurais pas imaginé toute l'affection que je te porte et je serai toujours là pour te protéger. J'espère pouvoir te donner le goût du football et du golf.

À mes défunts grands-parents, papi Jean, papi Mohammed et mamie Kheira qui me manquent tant. J'ai eu la chance de pouvoir partager tellement de moments inoubliables avec vous. Je n'oublierai jamais tout ce que vous avez fait pour moi. Vous étiez des piliers de ma vie et je vous garde en référence. J'espère que vous continuerez à me protéger comme vous l'avez toujours fait. Je sais que nous nous retrouverons.

À mamie Denise, tu m'impressionnes par la sérénité et le courage dont tu fais preuve depuis le départ de papi il y a 17 ans. À 90 ans, c'est toujours un plaisir de venir te voir dans ta campagne berrichonne, de partager tes plats de grand-mère (mention spéciale pour les escargots), tes gâteaux, et de se réunir en famille plusieurs fois par an. J'espère que tu pourras être témoin des prochaines étapes de ma vie.

À Plops, mon chien. Cela peut paraître ridicule de te citer ici mais je t'ai considéré comme un frère. Tu étais un élément essentiel de ma jeunesse, je garde en mémoire beaucoup de

moments partagés tous les deux. Tu étais si beau et affectueux. Je n'ai jamais cessé de penser à toi et de t'aimer.

À tous les autres membres de ma famille, en particulier Jean-Pierre et Isabelle, qui ont toujours été présents pour moi. Je sais que je peux compter sur vous et je vous remercie des innombrables services que vous m'avez rendus. J'ai énormément d'estime pour vous deux.

À la famille de Marie Ange, qui a su m'accueillir et me mettre en confiance. Franck et Sophie, vous êtes des personnes incroyablement gentilles et bienveillantes. Votre foyer est un havre de paix au sein duquel les conflits et l'animosité n'ont pas leur place. Je vous souhaite à tous tout le bonheur du monde pour le futur.

À mes amis, Arnaud & Béré, Abdou, Charles et Cyril, qui depuis mon enfance, mon adolescence ou mes études ont toujours été présents, merci ! J'ai des souvenirs mémorables avec chacun d'entre vous. Les rédiger ici me prendrait plusieurs années. J'espère qu'il y en aura beaucoup d'autres, et je vous souhaite de réussir tout ce que vous entreprendrez dans la vie.

À Francis & Nadia, Dominique & Norbert, merci de votre présence indéniable au sein de la famille SIMONNET. Vous êtes de belles personnes qui me sont chères, que je respecte et que je considère comme des membres à part entière de la famille.

À Pierre, Professeur COLOMBEAU de la faculté de médecine de Limoges, merci d'être un ami fidèle de la famille. Grâce à toi, j'ai découvert les étés un paradis français sur terre, le Cap Ferret où j'y ai construit des amitiés sincères et beaucoup de souvenirs.

À mon ami Félix LANZMANN, emporté par le cancer le 13 janvier 2017 à l'âge de 23 ans, après avoir lutté avec une bravoure héroïque pendant vingt-six mois. Je regrette de ne pas avoir pu te rendre un dernier hommage le jour de tes funérailles, mais je garde en mémoire un ami brillant. Je reprends les vers magnifiques d'Adieu de Guillaume Apollinaire : « J'ai cueilli ce brun de bruyère / L'automne est morte souviens-t'en / Nous ne nous verrons plus sur terre / Odeur du temps brun de bruyère / Et souviens-toi que je t'attends ».

À Dominique LANZMANN-PETITHORY et à son défunt mari Claude LANZMANN, merci de m'avoir accueilli au Cap Ferret, à Paris et d'avoir fait preuve de générosité à mon égard.

À mes maîtres de stage de médecine générale, merci pour votre pédagogie, votre confiance, votre disponibilité et pour toutes les choses que vous m'avez apprises. Cela m'a permis de prendre de l'assurance, de confirmer mon attirance pour la médecine générale et surtout de comprendre mon rôle envers les patients.

À Marie-Paule, ma chère directrice de thèse, merci de ne pas avoir hésité pour diriger ma thèse. Votre pertinence m'a beaucoup aidé ainsi que votre disponibilité. Vous êtes une personne agréable, pédagogue, rigoureuse et appréciée de tous. Ainsi, je vous souhaite le meilleur pour la retraite et que tous vos projets se réalisent.

À Raphaël, merci pour le temps que tu m'as accordé. Tu es réactif, gentil et généreux. Ton enthousiasme pour que je prenne la suite de ta thèse a été une réelle source de motivation pour moi.

Aux Professeurs DUMOITIER, HANTZ et TEISSIER, merci de juger mon travail. J'espère que cette thèse vous intéressera. Vous allez me permettre d'exercer le métier de mes rêves et pour cela, je vous en suis très reconnaissant.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

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

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



Table des matières

Liste des abréviations.....	22
Introduction	24
I. Situation actuelle.....	26
I.1. Situation démographique en France	26
I.1.1. Démographie	26
I.1.2. Répartition de la population selon l'âge.....	26
I.1.3. Le Limousin, un contraste d'une population française urbanisée.....	27
I.1.4. La démographie médicale en France et en Limousin.....	28
I.2. L'accès aux soins primaires	31
I.2.1. Ce que pensent les médecins généralistes	31
I.2.2. Ce que pensent les patients	34
I.3. La délégation de tâches	36
I.3.1. Définition.....	36
I.3.2. L'exemple du dispositif ASALÉE	36
I.3.3. L'exemple de l'Infirmier(ère) en Pratique Avancée (IPA)	37
I.4. « Ma Santé 2022 : un engagement collectif »	38
I.4.1. Principes généraux.....	38
I.4.2. Les assistants médicaux	39
I.4.2.1. Libérer du temps médical.....	39
I.4.2.2. Leurs missions	39
I.4.2.3. Leur formation et leur financement	39
I.4.2.4. À l'étranger.....	41
II. Matériel & Méthodes	42
II.1. Question de recherche	42
II.2. Type d'étude.....	42
II.3. Objectifs de l'étude.....	42
II.4. Population de l'étude.....	42
II.5. Le questionnaire.....	42
II.5.1. Première partie : Caractéristiques épidémiologiques du répondant.....	42
II.5.2. Seconde partie : Les assistants médicaux	43
II.6. Test du questionnaire.....	43
II.7. Diffusion et recueil des données	43
II.8. Analyse des résultats	44
III. Résultats	45
III.1. Population de l'étude.....	45
III.2. Les répondants et l'assistant médical	49
III.2.1. Connaissez-vous le métier d'assistant médical et êtes-vous favorable ?.....	49
III.2.2. Tâches cliniques chez l'adulte	50
III.2.2.1. Habillage/déshabillage du patient si besoin	50
III.2.2.2. La mesure du poids et de la taille	51
III.2.2.3. La mesure de la tension artérielle	51
III.2.2.4. La réalisation d'actes cliniques simples	52
III.2.2.5. L'évaluation du patient par des grilles normalisées	52
III.2.2.6. La vérification du statut vaccinal et des dépistages organisés	53
III.2.2.7. L'assistance pour certains gestes médicaux/chirurgicaux	53

III.2.2.8. L'assistance pour certains gestes gynécologiques	54
III.2.3. Tâches cliniques chez l'enfant.....	55
III.2.3.1. L'acceptation de l'assistant médical pour les enfants	55
III.2.3.2. La mesure du poids, de la taille et du périmètre crânien	56
III.2.3.3. L'évaluation du développement psychomoteur par une grille normalisée	56
III.2.3.4. Le dépistage de troubles auditifs ou visuels	57
III.2.3.5. La vérification du statut vaccinal	57
III.2.4. Tâches administratives.....	58
III.2.4.1. La prise de rendez-vous.....	58
III.2.4.2. L'encaissement de la consultation	58
III.2.4.3. L'intégration au dossier médical informatique des différents courriers et des résultats biologiques	59
III.3. Remarques et questionnements des participants	60
III.4. Les caractéristiques des répondants et leur influence	62
III.4.1. Résultats statistiques sur l'avis des répondants envers l'assistant	62
III.4.2. Résultats significatifs	64
III.4.2.1. Résultats significatifs concernant l'adulte	64
III.4.2.2. Résultats significatifs concernant l'enfant	67
III.4.2.3. Résultats significatifs concernant les tâches administratives.....	71
IV. Discussion	72
IV.1. Forces et limites de l'étude	72
IV.1.1. Forces de l'étude.....	72
IV.1.1.1. Objectif principal	72
IV.1.1.2. Objectifs secondaires	72
IV.1.1.3. Questionnaire	72
IV.1.2. Limites de l'étude	73
IV.1.2.1. Biais	73
IV.1.2.2. Population de l'étude	73
IV.2. Les attentes et les freins des patients autour de ce projet	75
IV.2.1. Vision générale	75
IV.2.2. Discussion des actes cliniques chez l'adulte	75
IV.2.3. Discussion des actes cliniques chez l'enfant	76
IV.2.4. Discussion des tâches administratives	77
IV.2.5. Comparaison avec le point de vue des médecins généralistes	77
IV.3. Les perspectives d'évolution et les voies d'amélioration	78
IV.3.1. L'assistant médical, où en sommes-nous ?	78
IV.3.2. Mieux informer les patients	80
Conclusion	81
Références bibliographiques	82
Annexes	85
Serment d'Hippocrate	88

Table des illustrations

Figure 1 : Pyramide des âges 2000 - 2020 - 2040	27
Figure 2 : Part de la population française vivant dans une unité urbaine en 2017	28
Figure 3 : Part d'activité régulière des médecins 2018	29
Figure 4 : Typologie des départements	29
Figure 5 : Les effectifs de l'observé à l'attendu des médecins en activité totale à l'échelle départementale	30
Figure 6 : Les médecins généralistes libéraux et mixtes - de l'observé à l'attendu // Départements	30
Figure 7 : Pyramide des âges des médecins généralistes libéraux et mixtes - Région Limousin.....	31
Figure 8 : Ressenti global des médecins généralistes sur l'offre de médecine générale environnante, selon l'APL locale	32
Figure 9 : Motivations du choix d'installation actuel, selon l'âge du médecin	33
Figure 10 : Opinion des Français sur la qualité des soins offerts par leurs médecins.....	34
Figure 11 : Accessibilités ressentie et objective aux médecins généralistes et spécialistes .	35
Figure 12 : Principales tâches des acteurs impliqués dans le dispositif Asalée en 2017	37
Figure 13 : Genre des répondants	45
Figure 14 : Âge des répondants.....	46
Figure 15 : Répartition genre / âge	46
Figure 16 : Catégorie socioprofessionnelle selon le sexe des répondants.....	47
Figure 17 : Lieux de vie des répondants.....	48
Figure 18 : Lieu de vie des répondants selon la catégorie socioprofessionnelle.....	48
Figure 19 : Facilité d'avoir recours à un médecin généraliste.....	49
Figure 20 : Connaissance du métier d'assistant médical.....	49
Figure 21 : Favorable à la mise en place de l'assistant médical	50
Figure 22 : Aide à l'habillage / déshabillage du patient.....	50
Figure 23 : Mesure du poids et de la taille du patient adulte	51
Figure 24 : Mesure de la tension artérielle.....	51
Figure 25 : Réalisation d'actes cliniques simples	52
Figure 26 : Évaluation du patient par une grille normalisée.....	52
Figure 27 : Statut vaccinal et dépistages organisés	53
Figure 28 : Assistance pour certains gestes médicaux/chirurgicaux	53
Figure 29 : Assistance pour la réalisation de certains actes gynécologiques.....	54

Figure 30 : Acceptation de l'assistant médical pour un enfant en fonction de la tranche d'âge	55
Figure 31 : Mesure du poids, de la taille et du périmètre crânien chez l'enfant.....	56
Figure 32 : Évaluation du développement psychomoteur de l'enfant	56
Figure 33 : Dépistage des troubles auditifs et visuels	57
Figure 34 : Vérification du statut vaccinal chez l'enfant.....	57
Figure 35 : La prise de rendez-vous chez le spécialiste / pour les examens complémentaires	58
Figure 36 : Encaissement de la consultation	58
Figure 37 : Intégration des éléments au dossier du patient.....	59
Figure 38 : Répartition genre / âge de l'échantillon de l'étude.....	74
Figure 39 : Répartition genre / âge de la population en Limousin	74

Table des tableaux

Tableau 1 : Groupes d'âges 2000 - 2020 - 2040	27
Tableau 2 : Les options de financement de l'assistant médical.....	40
Tableau 3 : Influence du genre sur l'adhésion au projet.....	62
Tableau 4 : Influence de l'âge sur l'adhésion au projet.....	62
Tableau 5 : Influence du lieu de vie sur l'adhésion au projet.....	62
Tableau 6 : Influence de la catégorie socioprofessionnelle sur l'adhésion au projet.....	63
Tableau 7 : Résultats significatifs entre l'aide à l'habillage/déshabillage et le lieu de vie.....	64
Tableau 8 : Résultats significatifs entre la réalisation d'actes cliniques simples et le genre .	64
Tableau 9 : Résultats significatifs entre la réalisation d'actes cliniques simples et l'âge.....	65
Tableau 10 : Résultats significatifs entre la réalisation d'actes cliniques simples et le lieu de vie	65
Tableau 11 : Résultats significatifs entre la réalisation de questionnaires et l'âge	66
Tableau 12 : Résultats significatifs entre la réalisation de questionnaires et l'ALD	66
Tableau 13 : Résultats significatifs entre la réalisation de certains gestes techniques et le lieu de vie	67
Tableau 14 : Résultats significatifs entre la présence pour un enfant de plus de 12 ans et le genre.....	67
Tableau 15 : Résultats significatifs entre la présence pour un enfant de plus de 12 ans et l'âge	68
Tableau 16 : Résultats significatifs entre la mesure des paramètres cliniques et le lieu de vie	68
Tableau 17 : Résultats significatifs entre l'évaluation du développement psychomoteur de l'enfant et l'âge	69
Tableau 18 : Résultats significatifs entre l'évaluation du développement psychomoteur de l'enfant et le lieu de vie	69
Tableau 19 : Résultats significatifs entre le dépistage des troubles auditifs/visuels et l'âge .	70
Tableau 20 : Résultats significatifs entre la vérification du statut vaccinal et le lieu de vie ...	70
Tableau 21 : Résultats significatifs entre l'encaissement de la consultation et le lieu de vie	71

Liste des abréviations

AAMA : American Association of Medical Assistant
AIMGL : Association des Internes de Médecine Générale
ALD : Affection Longue Durée
AME : Aide Médicale de l'État
APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie
APL : Accessibilité Potentielle Localisée
ARS : Agence Régionale de la Santé
ASALEE : Action de SANTé Libérale En Équipe
AT : Accident de Travail
BPCO : BronchoPneumopathie Chronique Obstructive
BU : Bandelette Urinaire
CESP : Contrat d'Engagement de Service Public
CMU : Couverture Maladie Universelle
CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
CRGE : Collège Régional des Généralistes Enseignants du limousin
CRP : Protéine C Réactive
CSS : Complémentaire Santé Solidaire
CQP : Certificat de Qualification Professionnelle
DMP : Dossier Médical Partagé
DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
ECG : ElectroCardioGramme
ECN : Épreuves Classantes Nationales
EFR : Explorations Fonctionnelles Respiratoires
FSE : Feuille de Soins Électronique
FC : Fréquence Cardiaque
HAD : Hospitalisation À Domicile
IDE : Infirmier Diplômé d'État
IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé
IPA : Infirmiers en Pratique Avancée

IDSP : Infirmiers Délégués à la Santé Publique
INR : International Normalized Ratio
INSEE : Institut National de la Statistiques et des Études Économiques
MA : Medical Assistant
MAPA : Mesure Ambulatoire de la Pression Artérielle
MDPH : Maison Départemental des Personnes Handicapées
MMSE : Mini Mental State Examination
MP : Maladie Professionnelle
MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire
MSU : Maître de Stage des Universités
NHS : National Health System
OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maitrisée
PA : Physician Assistant
PC : Périmètre Crânien
QCM : Question à Choix Multiples
SMIC : Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance
SNDS : Système National des Données de Santé
SNJMG : Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes
SUDOC : Système Universitaire de DOCumentation
TA : Tension Artérielle
TROD : Test Rapide d'Orientation Diagnostique
TSH : Thyroid Stimulating Hormone
UE : Union Européenne

Introduction

La médecine générale est un pilier de notre système de santé français. En effet, le médecin généraliste est souvent la première personne vers qui nous nous tournons lorsqu'on a un problème de santé. Le médecin généraliste ou médecin traitant est aussi parfois appelé médecin de famille, un surnom qui signifie beaucoup et qui renvoie au fait qu'il s'occupe depuis un certain temps de plusieurs membres d'une même famille.

Cependant, le système de soins que nous connaissons est fragile et remis en question pour plusieurs raisons :

- le manque de médecins généralistes ne fait que s'accroître avec des praticiens partant à la retraite non remplacés ;
- l'augmentation des médecins en situation d'épuisement professionnel à cause d'une surcharge de travail croissante se répercutant dans leur pratique et leur quotidien personnel et/ou familial ;
- la désertification médicale des zones rurales laissant de plus en plus de patients sans suivi médical ;
- et le vieillissement de la population induisant une augmentation du nombre de personnes âgées qui nécessitent plus de soins que le reste de la population.

Par le passé, différents projets plus ou moins aboutis avaient ouvert la voie de la délégation de tâches notamment par la création du dispositif ASALEE.

Le gouvernement a lancé en 2018 une stratégie « Ma santé 2022 » ayant pour but de palier les inégalités dans l'accès aux soins de la population et une meilleure organisation des professionnels de santé par différents moyens :

- suppression du numerus clausus ;
- création et développement des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) ;
- déploiement de la profession d'Infirmière de Pratique Avancée ;
- ainsi que la création du poste d'assistant médical.

Ce nouveau poste a pour but de libérer du temps médical aux médecins en assumant des tâches administratives et soignantes permettant à ces derniers de se recentrer sur le patient lui-même afin d'offrir une prise en charge de meilleure qualité. Ce principe est déjà visible dans d'autres branches du système de soins comme l'assistant dentaire et s'inspire également de modèles étrangers tels que les États-Unis d'Amérique et le Canada qui sont des précurseurs en matière d'assistance médicale.

Depuis que j'ai lu l'annonce du plan « Ma santé 2022 » en début d'internat, j'ai discuté du nouveau poste d'assistant médical avec d'autres internes, les médecins généralistes chez qui j'étais en stage ainsi que d'autres confrères que je connais personnellement en Limousin. J'ai le sentiment que globalement le projet est bien accueilli de la part des médecins, ce qui semble se confirmer au travers des récentes thèses menées à ce sujet. Cependant, il est à noter que les médecins généralistes doivent augmenter leur nombre de patients – ou le maintenir pour les médecins pourvus d'une grosse patientèle – afin que l'assurance maladie participe au financement de l'assistant médical.

Lors de ma réflexion de mon projet de thèse, j'ai pu voir que le point de vue des médecins généralistes avait déjà été recueilli dans le cadre de la thèse soutenue par Raphaël ABT (1) et celle de Vincent PAUBERT (2).

Au vu de la relation médecin-patient, il nous a semblé opportun de recueillir l'avis des patients à propos de la mise en place des assistants médicaux.

Ainsi, dans une première partie, nous aborderons la problématique de l'accès aux soins primaires à laquelle le plan « Ma santé 2022 » souhaite répondre notamment par la création du poste d'assistant médical. Dans une seconde partie, nous décrirons l'enquête réalisée, sa méthode et les résultats obtenus que nous discuterons.

I. Situation actuelle

I.1. Situation démographique en France

I.1.1. Démographie

Selon l'estimation de l'INSEE, la population française serait de 67 422 000 habitants et celle du Limousin serait de 723 939 habitants au 1^{er} janvier 2021. (3)

Le dernier recensement en Limousin date de 2017. On comptait 734 528 habitants répartis comme suit :

- Corrèze (19) : 241 464 habitants ;
- Creuse (23) : 118 638 habitants ;
- Haute-Vienne (87) : 374 426 habitants.

Si l'on se base sur la population nationale en 2017 (66 524 339 habitants), la population limousine représente 1,10 % de la population en France.

Au sein du Limousin, les proportions par département sont les suivantes :

- Corrèze (19) : 32,87 % d'habitants ;
- Creuse (23) : 16,15 % d'habitants ;
- Haute-Vienne (87) : 50,98 % d'habitants.

On observe une légère diminution du nombre d'habitants en Limousin, qui se concentre en Creuse (-0,5 % par an entre 2012 et 2017) tandis que la population stagne en Haute-Vienne et en Corrèze (respectivement -0,1 % et 0,0 % entre 2012 et 2017).

En revanche, à l'échelle nationale, la population augmente en moyenne de 0,4 % par an de 2012 à 2017. (4)

I.1.2. Répartition de la population selon l'âge

La France est reconnue au sein de l'Union Européenne comme étant l'un des pays les plus féconds depuis plus d'une quinzaine d'années permettant de la classer en 2^e position derrière l'Irlande concernant la proportion des jeunes de moins de 15 ans en 2019 (respectivement 18,0 % et 20,5 % contre 15,5 % pour l'ensemble de l'UE). (3)

Les pyramides des âges de l'INSEE en 2000, 2020 et les projections de 2040 nous permettent de constater les proportions suivantes en France :

- <20 ans :
 - o En 2000 : 25,8 % ;
 - o En 2020 : 24,4 % ;
 - o En 2040 : 22,3 %.
- 20-64 ans :
 - o En 2000 : 58,4 % ;
 - o En 2020 : 55,5 % ;
 - o En 2040 : 51,6 %.

- 65 ans et + :
 - En 2000 : 15,8 %
 - En 2020 : 20,1 %
 - En 2040 : 26,1 %

Cette inversion de tendance entre les groupes d'âges s'explique par le vieillissement des baby-boomers apparus au sortir de la seconde guerre mondiale. Ces générations vont devenir les papy-boomers engendrant un grand nombre de départ à la retraite. Cette part représentait 20,0 % dans l'UE en 2019 contre 17,4 % en 2009. (3)(5)

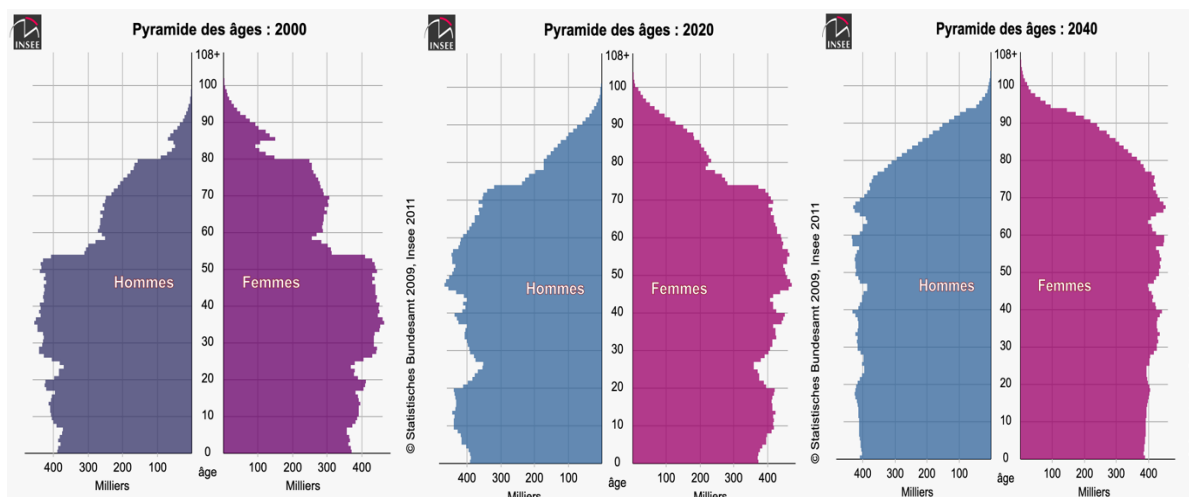


Figure 1 : Pyramide des âges 2000 - 2020 - 2040

Tableau 1 : Groupes d'âges 2000 - 2020 - 2040

Groupes d'âges (2000)				Groupes d'âges (2020)				Groupes d'âges (2040)			
âge	millions	%	% f	âge	millions	%	% f	âge	millions	%	% f
65+	9,57	15,8	59,5	65+	13,65	20,1	56,7	65+	18,91	26,1	55,1
20-64	35,31	58,4	50,4	20-64	37,64	55,5	50,8	20-64	37,41	51,6	50,5
<20	15,63	25,8	48,9	<20	16,53	24,4	48,8	<20	16,13	22,3	48,8
Total	60,51	100	51,5	Total	67,82	100	51,5	Total	72,45	100	51,3

Source : INSEE, Estimations de population, Projections de population 2013 – 2070.

I.1.3. Le Limousin, un contraste d'une population française urbanisée

La définition de l'unité urbaine d'après l'INSEE est la suivante :

« Les unités urbaines regroupent une ou plusieurs communes partageant une même zone de bâti continu et comptant au moins 2 000 habitants dans cette zone. » (6)

Ainsi, l'INSEE dénombre 2 467 unités urbaines réparties sur le territoire français dont environ 2 000 recensent moins de 10 000 habitants soit 80 % du nombre total d'unités urbaines abritant que 13 % des habitants.

62 unités urbaines rassemblent plus de 100 000 habitants dont 36 plus de 200 000 habitants et 5 comptent plus d'un million d'habitants au 1^{er} janvier 2020. L'agglomération parisienne est de loin l'unité urbaine la plus peuplée avec 10,8 millions d'habitants.

Cependant, on observe une disparité au niveau régional et départemental. Le Limousin a toujours été considéré comme l'une des régions les plus rurales de France. La Creuse détient la part de la population française vivant dans une unité urbaine la plus basse de France tandis qu'elle est moyenne en Corrèze et en Haute-Vienne :

- Creuse (23) : 21,4 % ;
- Corrèze (19) : 55,6 % ;
- Haute-Vienne (87) : 64,6 % . (6)

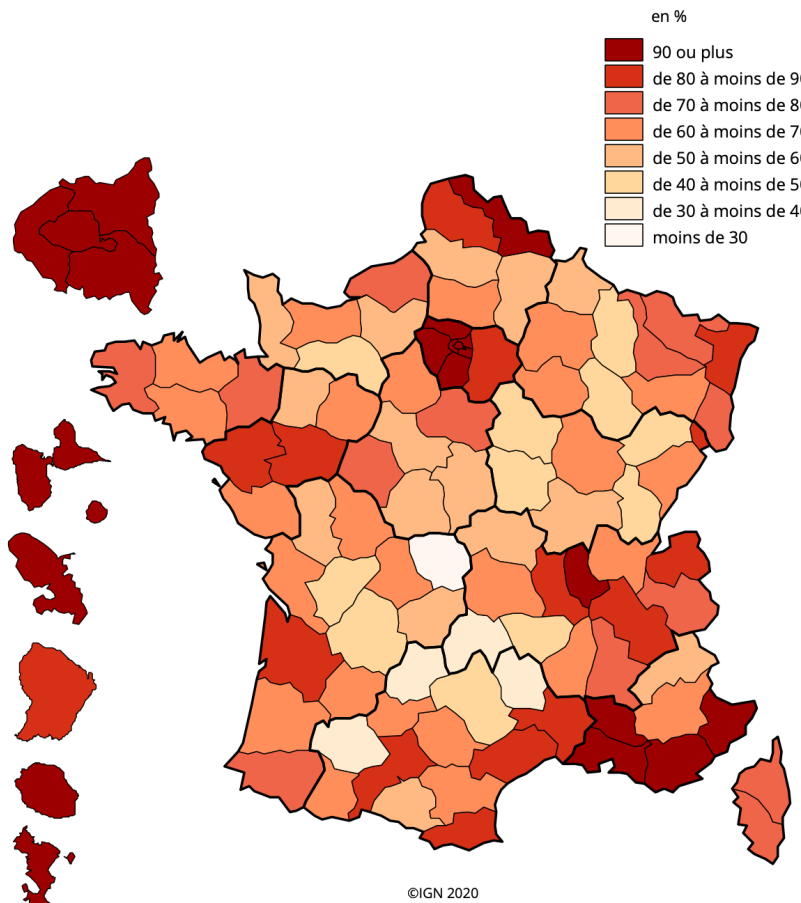


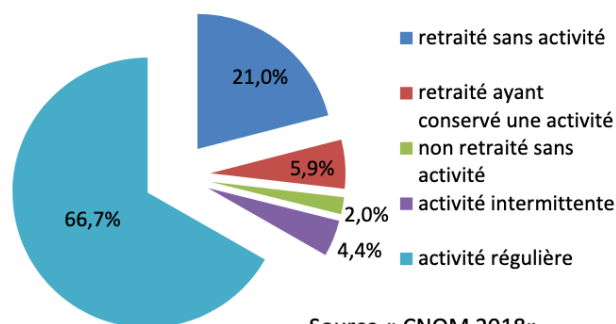
Figure 2 : Part de la population française vivant dans une unité urbaine en 2017

Source : INSEE, recensement de la population 2017, unités urbaines 2020.

I.1.4. La démographie médicale en France et en Limousin

La synthèse de l'activité régulière au 1^{er} janvier 2018 réalisée par le Conseil National de l'Ordre des Médecins permet d'observer une diminution de 9 points de la part des médecins en activité régulière parmi l'ensemble des médecins inscrits au tableau de l'Ordre depuis 2010 (66,7 % vs 75,7 %).

Depuis 2010, on observe une augmentation de la part des médecins retraités actifs inscrits à l'Ordre (+67,6 %) alors que la part des médecins en activité régulière inscrits a quant à elle baissé de 0,9 %. (7)



Source « CNOM 2018 »

Figure 3 : Part d'activité régulière des médecins 2018

Entre 2017 et 2018, l'effectif des médecins en activité régulière varie peu entre les régions. Cependant, la Nouvelle-Aquitaine enregistre une hausse globale avec des disparités départementales. Alors que la Haute-Vienne enregistre une hausse comme la Gironde ou les Pyrénées-Atlantiques, la Creuse se classe au 4^e rang des départements les moins attractifs de France derrière un podium constitué par ordre croissant du Lot, de l'Eure et de la Meuse.

Une cartographie a été réalisée en distinguant 4 types de départements en fonction des flux de la population et des médecins (figure 4). (7)

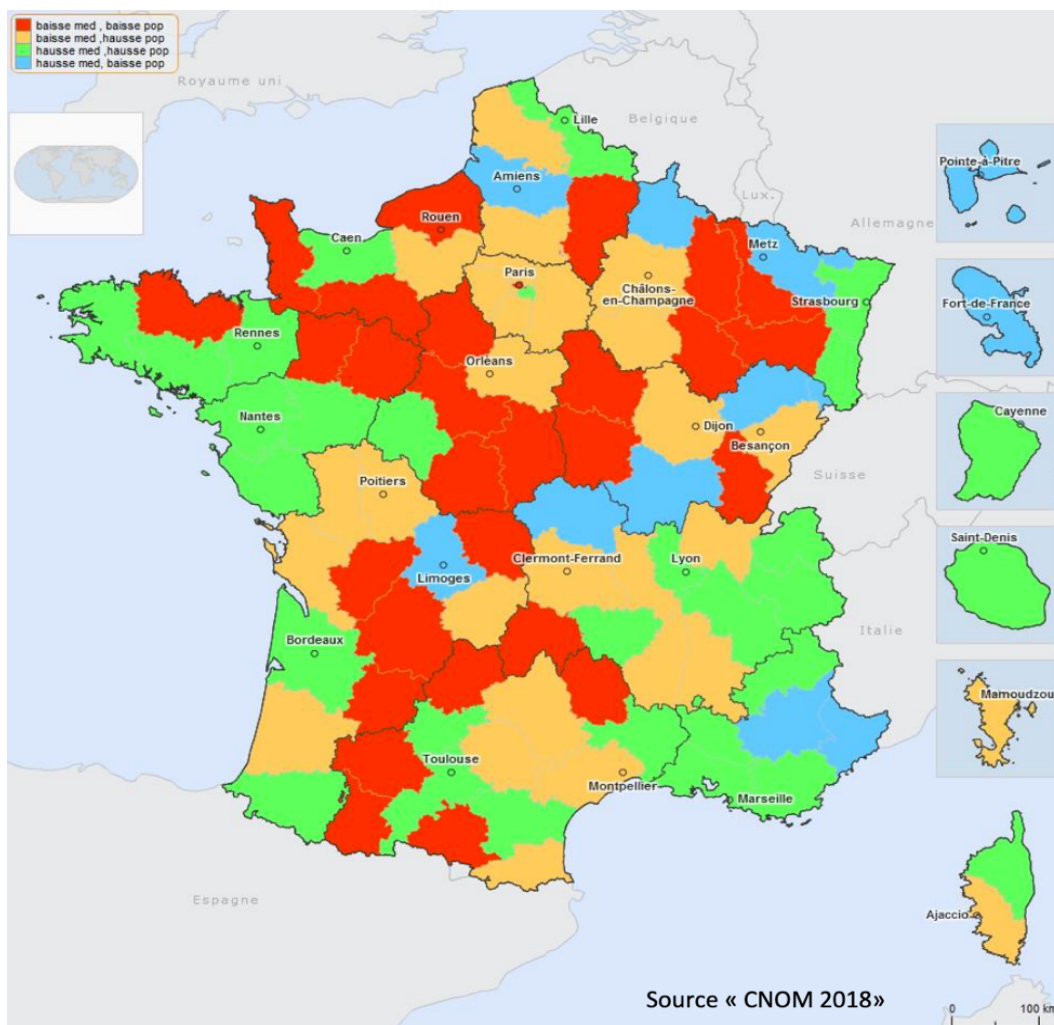


Figure 4 : Typologie des départements

Ainsi, on observe en Limousin une disparité entre les 3 départements :

- En Creuse (23) : baisse de la population et des médecins ;
- En Corrèze (19) : hausse de la population et baisse des médecins ;
- En Haute-Vienne (87) : baisse de la population et hausse des médecins.

Le graphique ci-dessous illustre bien l'évolution du nombre des médecins dans ces 3 départements (figure 5) (8) :

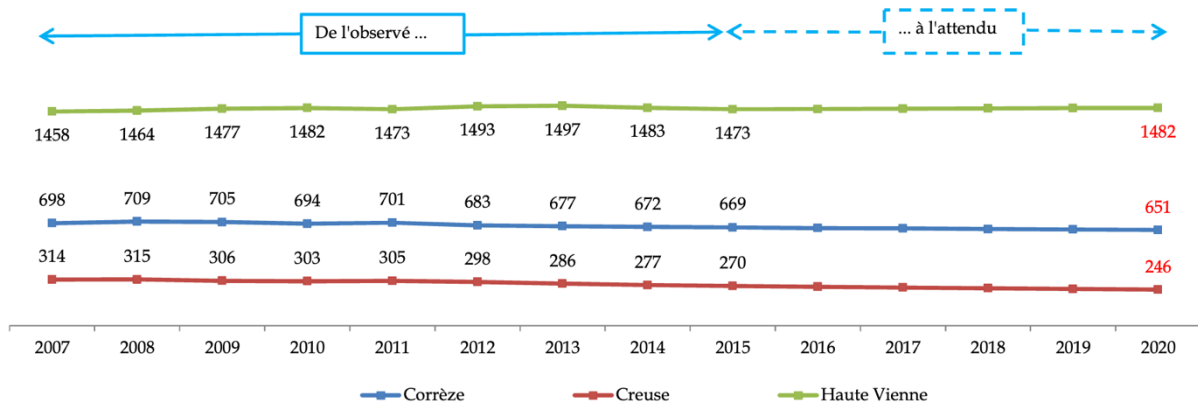


Figure 5 : Les effectifs de l'observé à l'attendu des médecins en activité totale à l'échelle départementale

Source : Atlas régional, CNOM 2015

La part des médecins généralistes est quant à elle décroissante globalement dans le Limousin (figure 6) avec des effectifs projetés de -22 % en Creuse, -15 % en Corrèze et -10,7 % en Haute-Vienne entre 2010 et 2020. (8)

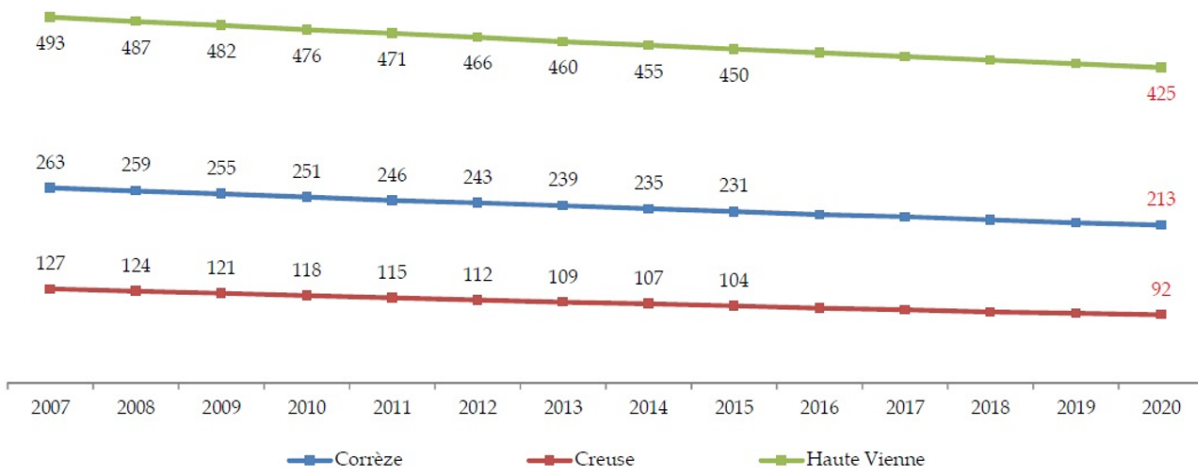


Figure 6 : Les médecins généralistes libéraux et mixtes - de l'observé à l'attendu // Départements

Source : Atlas régional, CNOM 2015

En 2018, la moyenne d'âge des médecins en activité régulière inscrits (hors médecins inscrits sur liste spéciale) est de 50,7 ans et augmente de manière globale au niveau national. La Creuse détient l'âge moyen maximal de 54,7 ans, alors que le minimum est de 47,5 ans pour le département de l'Ille-et-Vilaine, soit 9 années d'écart. (7)

Concernant le Limousin, l'âge moyen des médecins généralistes libéraux et mixtes en activité régulière est de 54 ans. Plus du tiers (34 %) est âgé de 60 ans et plus et 11 % sont âgés de moins de 40 ans (figure 7). (8)

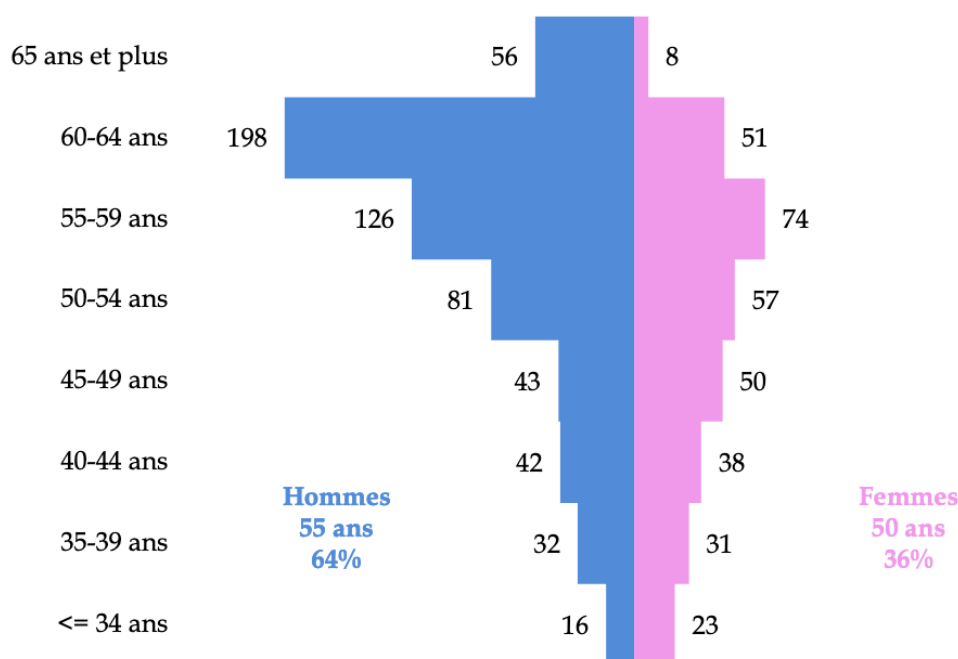


Figure 7 : Pyramide des âges des médecins généralistes libéraux et mixtes - Région Limousin

Source : Atlas régional, CNOM 2015

Par ailleurs, on peut noter que la féminisation du corps médical s'accroît dans l'ensemble de la France. Les femmes médecins inscrites toutes spécialités confondues en activité régulière sont majoritaires dans 11 départements dont 4 en Ile-de-France. En Limousin, les médecins généralistes masculins restent majoritaires à 64 % mais les femmes représentent 53 % des effectifs des moins de 40 ans. (7)(8)

I.2. L'accès aux soins primaires

I.2.1. Ce que pensent les médecins généralistes

L'offre de soins locale est considérée comme insuffisante par 7 médecins généralistes sur 10 dans leur zone d'exercice et environ 4 sur 5 s'attendent à voir cette offre diminuer dans les années à venir selon un sondage de la DREES en janvier 2020 (numéro 1140). Ceci est ressenti notamment par les praticiens exerçant dans un territoire de vie-santé sous-dense qui craignent une baisse de l'offre de soins plus marquée que les autres confrères.

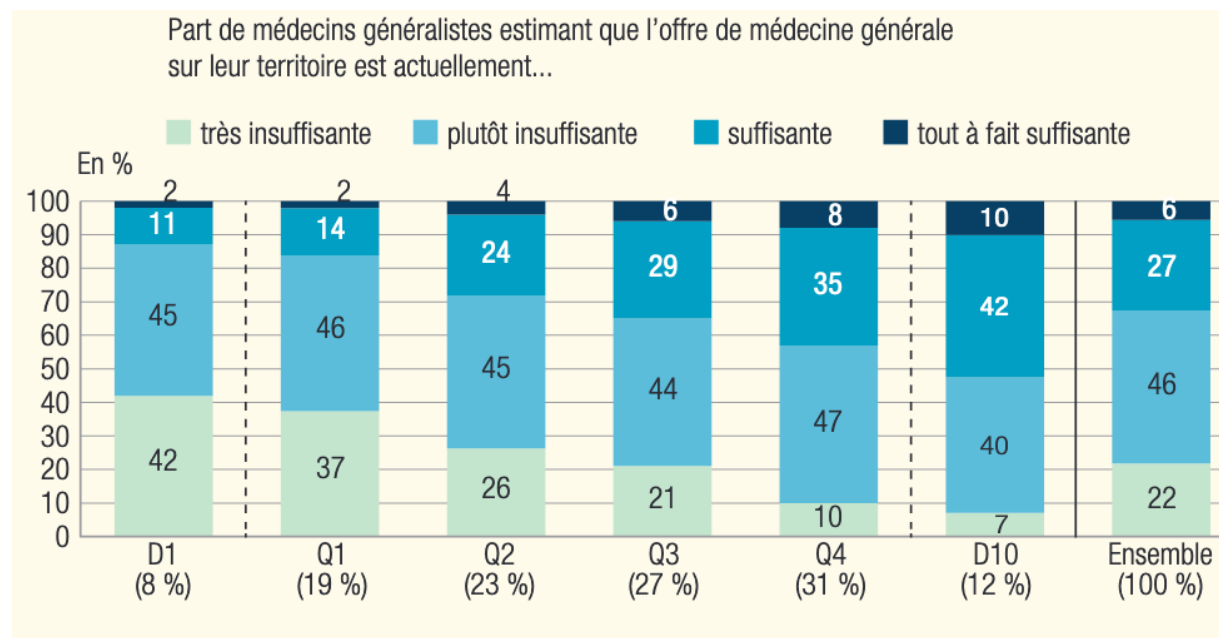
Par ailleurs, ils sont 8 sur 10 à déclarer des difficultés de prise en charge de leurs patients entraînant un impact sur leur pratique. Plus de la moitié affirment devoir augmenter les délais de rendez-vous et refuser de nouveaux patients en tant que médecin traitant. Encore une fois, ces difficultés ressenties sont nettement plus marquées chez les praticiens exerçant en zones sous-denses. (9)

La DREES avait auparavant publié dans son numéro 1138 en janvier 2020 une étude expliquant que plus de 8 médecins généralistes sur 10 proposent au quotidien une prise en

charge des soins non programmés. Plus de la moitié des cabinets offrent une prise en charge de ces soins en permanence. Les praticiens reçoivent le plus souvent ce type de demandes le jour-même en priorisant les patients dont ils sont les médecins traitants. Enfin, plus d'un tiers des généralistes répondent à la totalité de ces demandes et 45 % à plus de la moitié des soins non programmés. (10)

54 heures hebdomadaire, c'est le temps de travail moyen d'un médecin généraliste en France dont 7 heures et 30 minutes consacrées aux tâches administratives et 2 heures à la formation continue. La consultation dure en moyenne 18 minutes. Ces chiffres sont stables depuis 2014. (11)

Le Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale a mené une enquête entre octobre 2018 et avril 2019 étudiant les perceptions et les réponses des médecins généralistes en matière d'organisation et de pratiques de soins face à une éventuelle raréfaction de la ressource médicale dans leur zone d'exercice. Le taux de réponse a été de 93 %. Les résultats sous forme de graphique sont décrits dans la figure 8 : (9)



APL : accessibilité potentielle localisée.

Note • Les quantiles d'APL sont calculés en population résidente : les médecins du premier quartile d'APL (Q1) sont les médecins qui exercent dans des territoires de vie-santé où vivent les 25 % de la population avec la plus faible accessibilité aux généralistes. Ils représentent 19 % des médecins.

Lecture • 22 % des médecins généralistes (MG) estiment que l'offre de MG sur leur territoire est actuellement très insuffisante. Parmi les MG exerçant en zone sous-dense (D1), 42 % estiment que l'offre de MG sur leur territoire est actuellement très insuffisante.

Champ • Médecins généralistes libéraux installés au 1^{er} janvier 2018 sans mode d'exercice particulier exclusif, France entière, hors Mayotte.

Sources • DREES, observatoires régionaux de la santé (ORS) et unions régionales des professions de santé (URPS) de Provence-Alpes-Côte d'Azur et des Pays de la Loire, quatrième Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale de ville, octobre 2018-avril 2019.

Figure 8 : Ressenti global des médecins généralistes sur l'offre de médecine générale environnante, selon l'APL locale

Le Panel s'est également intéressé aux motivations du choix du lieu d'installation actuel selon l'âge du médecin. Ce choix est conditionné par deux facteurs déterminants : un d'ordre professionnel (la qualité et la quantité de travail que peut espérer un médecin sur un territoire) et un d'ordre personnel (proximité familiale, facilités pour le conjoint). On observe qu'il y a des critères intergénérationnels comme la proximité aux attaches familiales (69 % sans différence selon la tranche d'âge). D'autres sont plus spécifiques aux jeunes médecins. Par exemple, 73 % des moins de 40 ans adhèrent à la possibilité de créer ou d'intégrer un regroupement de professionnels de santé contre 27 % des 60 ans ou plus. De même, près de trois fois plus des moins de 40 ans par rapport aux autres tranches d'âge pensent que les aides financières et logistiques constituent un motif d'installation important. Cependant, on ne note pas de différence entre les médecins exerçant en zones sous-denses et les autres. L'ensemble des résultats est présenté dans le graphique suivant (figure 9) : (9)

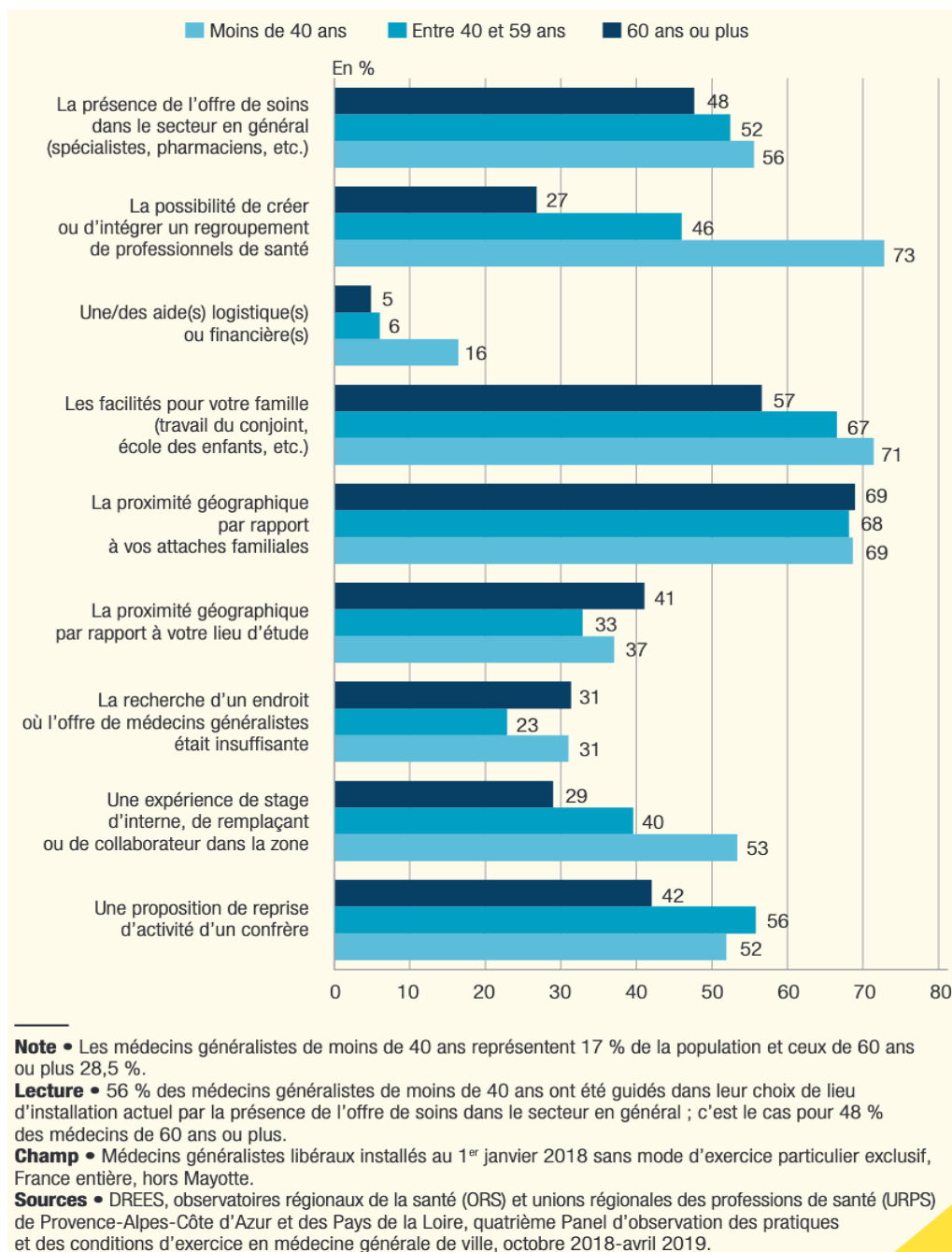


Figure 9 : Motivations du choix d'installation actuel, selon l'âge du médecin

I.2.2. Ce que pensent les patients

Une enquête en ligne a été réalisée par Harris interactive en juillet 2019 pour recueillir l'image qu'ont les Français du corps médical, dont les médecins généralistes. L'échantillon était constitué de 1008 personnes, représentatif des Français de 18 ans et plus.

91 % des sondés ont une « bonne image » de leur médecin traitant et 90 % pensent qu'il est indispensable d'en avoir un. Plus de 8 Français sur 10 déclarent ne pas avoir eu de difficulté pour trouver un médecin traitant. Parmi ceux n'ayant pas de médecin traitant, 43 % l'expliquent par la rareté de leurs consultations et 20 % par leurs difficultés à en trouver un.

Globalement, les Français font confiance à leur médecin généraliste. La relation avec le médecin traitant est jugée satisfaisante tant sur le plan de la qualité de la relation que sur le plan des modalités pratiques d'organisation des consultations. On observe que cette satisfaction prédomine chez les 65 ans et plus.

Concernant les délais d'attente, environ les trois quarts des sondés déclarent obtenir un rendez-vous chez leur médecin traitant en moins d'une semaine et le jour même pour 20 % d'entre eux. Cependant, 37 % des Français éprouvent des difficultés pour être disponibles aux heures d'ouverture du cabinet médical, notamment pour les actifs de moins de 50 ans et les franciliens. (12)

Par ailleurs, une étude menée par la DREES parue en octobre 2017 dans le numéro 1035 s'est intéressée à ce que pensent les Français de leurs médecins. Tout d'abord, on note que 58 % disent consulter en premier lieu leur médecin traitant en cas de problème médical. Cependant, plus d'un tiers s'automédique ou effectue des recherches en-dehors du système de soins, particulièrement les plus jeunes. Plus de 75 % des Français estiment que le système de soins actuel permet à tout le monde d'être soigné, quel que soit son revenu ou son lieu d'habitation.

88 % des sondés sont satisfaits (34 % très satisfaits) de la qualité des soins offerts par leur médecin traitant comme le montre le graphique suivant (figure 10) : (13)

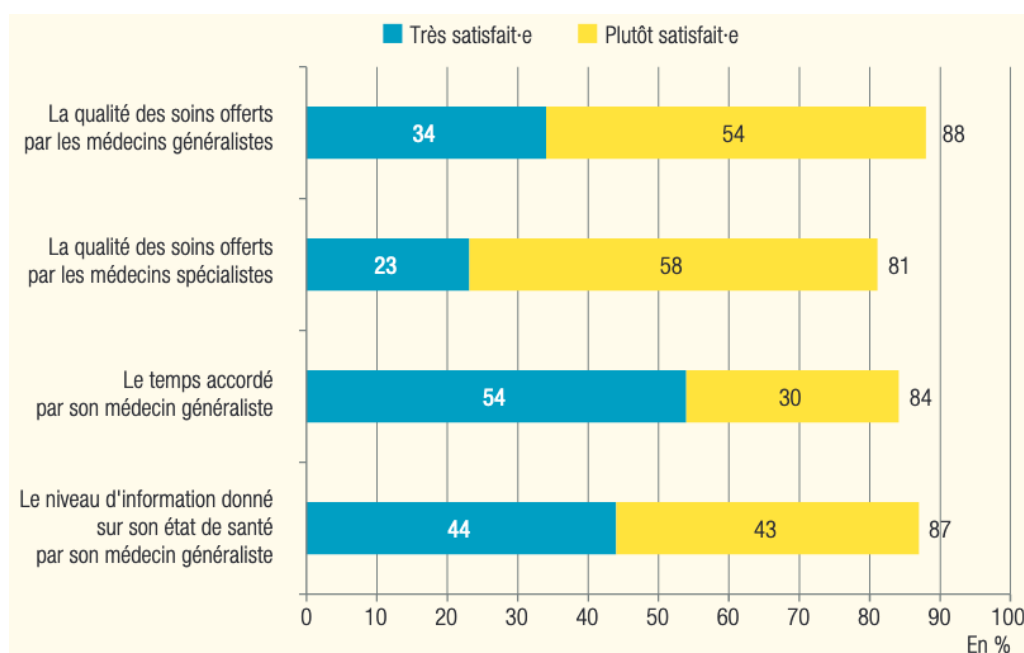


Figure 10 : Opinion des Français sur la qualité des soins offerts par leurs médecins

Source : Baromètre d'opinion DREES, 2015

L'étude illustre également le fait que les Français éprouvent des difficultés d'accès aux soins davantage ressenties quand l'accessibilité réelle est moindre. On observe sur le graphique suivant (figure 11) que 29 % d'entre eux pensent qu'il n'y a pas assez de médecins généralistes proche de chez eux et presque la moitié à propos des autres spécialités. (13)

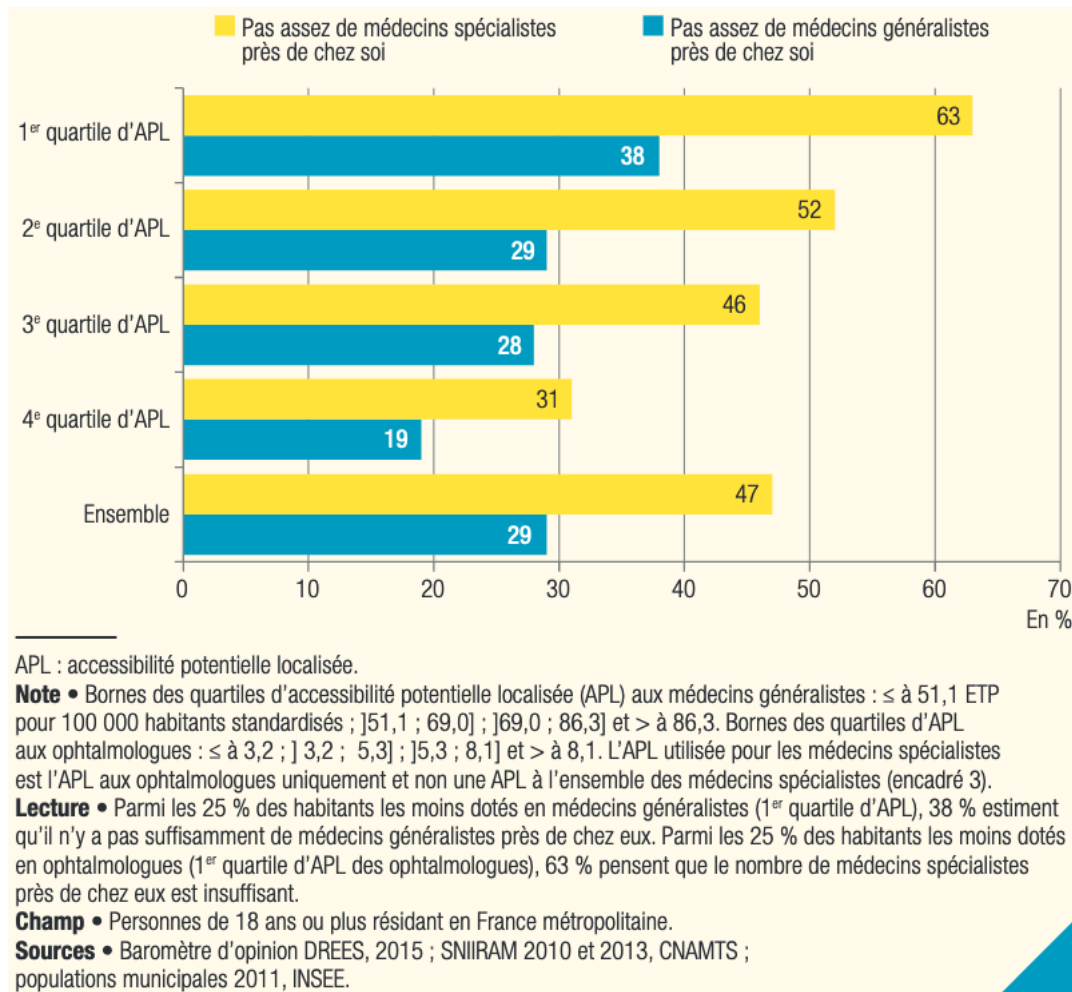


Figure 11 : Accessibilités ressentie et objective aux médecins généralistes et spécialistes

2 Français sur 5 souhaitent que l'on favorise l'installation de généralistes près de chez eux parmi les 20 % déclarant manquer de généralistes et de spécialistes. Ainsi, on note que ce sentiment de manque de médecins est corrélé à la faible densité de médecins mesurée au niveau communal à l'aide d'un outil : l'accessibilité potentielle localisée (APL). Cet indicateur correspond à une densité médicale par habitant à caractéristiques standardisées et mesure les difficultés d'accès aux soins en se basant sur :

- la distance réelle entre la commune de résidence des patients et la commune d'exercice des médecins ;
- l'activité de chaque médecin, à partir du nombre d'actes réalisés dans l'année ;
- la demande de soins, différenciée par classe d'âge et estimée à partir des bases de l'assurance maladie.

Ainsi, les Français sont majoritairement satisfaits de leur médecin traitant mais souhaitent que l'accès aux soins primaires soit renforcé.

I.3. La délégation de tâches

Depuis plusieurs années, on s'aperçoit que la situation démographique des médecins généralistes est préoccupante. Malgré la récente suppression du numerus clausus, le nombre de médecins généralistes pourrait s'avérer insuffisante pour répondre à la demande de soins toujours croissante du fait d'une population vieillissante et d'une démographie croissante comme nous l'avons détaillé plus haut. Une redéfinition des contours des métiers de la santé semble nécessaire et inéluctable pour préserver la qualité des soins pour les patients. Cette réorganisation du travail passe en outre par une délégation de certaines tâches habituellement dévolues aux médecins.

I.3.1. Définition

D'après la HAS, la délégation de tâche est définie comme suit :

« La délégation désigne l'action par laquelle le médecin confie à un autre professionnel de santé la réalisation d'un acte de soin ou d'une tâche. La délégation comprend l'idée de supervision. La responsabilité du délégant (le médecin) reste engagée du fait de la décision de déléguer, la responsabilité du délégué (le professionnel non médical) est engagée dans la réalisation de l'acte. » (14)

Cette notion est différente du terme « transfert de compétence » qui renvoie au fait que toutes les activités et les responsabilités sont confiées à un autre professionnel qu'il soit médical ou non.

I.3.2. L'exemple du dispositif ASALÉE

Créé en 2004, c'est un dispositif de coopération entre médecins généralistes ayant une activité libérale exerçant en zone sous-dense et des infirmiers appelés Infirmiers Délégués à la Santé Publique (IDSP). L'objectif est d'améliorer la prise en charge des maladies chroniques en médecine de ville et de sauvegarder du temps médical grâce à l'éducation thérapeutique. C'est une délégation d'actes entre des médecins généralistes qui sont les délégants et les infirmiers qui sont les délégués. (15)

En pratique :

- le médecin identifie, avec les infirmiers, les patients éligibles à chaque protocole ;
- le médecin invite le patient à voir l'infirmier en consultation ;
- l'infirmier reçoit le patient et convient avec lui d'un suivi : éducation thérapeutique et actes dérogatoires de dépistage ou de suivi inscrits dans le protocole ;
- l'infirmier fait une évaluation de chaque consultation et un compte-rendu ;
- le médecin et l'infirmier se rencontrent régulièrement pour se concerter.

Les équipes infirmier-médecin développent un travail qui engage différentes tâches pour l'infirmier, le médecin et le patient lui-même (figure 12). (16)

Certaines tâches sont effectuées individuellement par les trois parties. Parmi ces tâches, les infirmiers vérifient la réalisation de dépistages et repèrent les risques qu'ils signalent au médecin en créant une alerte dans le dossier. Ils assurent une surveillance et un suivi de leur

activité sur le Portail de santé Asalée (Action de santé libérale en équipe), et en partie dans les dossiers médicaux.

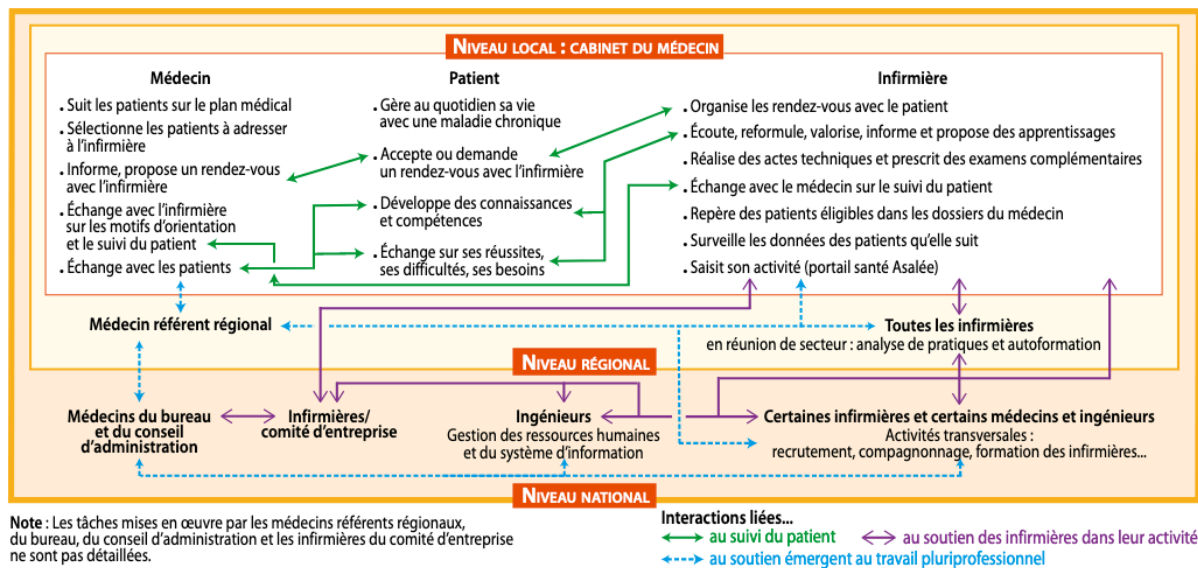


Figure 12 : Principales tâches des acteurs impliqués dans le dispositif Asalée en 2017

Source : IRDES, *Questions d'économie de la santé*, n°232 – Avril 2018

Le protocole de coopération établi pour les infirmiers couvre les champs suivants :

- le suivi du patient diabétique de type 2 : rédaction et signature des prescriptions types des examens, prescription et réalisation des ECG, prescription, réalisation et interprétation des examens des pieds ;
- le suivi du patient à risque cardiovasculaire incluant la prescription et la réalisation des ECG ;
- le suivi du patient tabagique à risque BPCO incluant la prescription, la réalisation et l'interprétation de spirométrie ;
- la consultation de repérage des troubles cognitifs et réalisation de tests de mémoire chez les personnes âgées. (17)

Ces infirmiers sont alors les pivots d'une alliance médecins-infirmiers-patients.

I.3.3. L'exemple de l'Infirmier(ère) en Pratique Avancée (IPA)

En 2018, suivant le modèle de plusieurs de leurs homologues, comme les États-Unis d'Amérique, le Canada ou l'Australie dans lesquels l'offre médicale s'amenuise, les pouvoirs publics français ont décidé d'instaurer un nouveau métier : les infirmiers de pratique avancée (IPA).

Les finalités de la mise en place de ces IPA sont multiples :

- favoriser la prise en charge et améliorer la qualité des soins offerts aux patients sur des pathologies ciblées, en libérant du temps aux médecins ;
- diversifier les modes d'exercice des professionnels paramédicaux ;
- améliorer le développement des compétences et la technicité des professionnels. (18)

Comme l'infirmier Asalée, l'IPA a des compétences élargies par rapport au métier d'IDE car il travaille en étroite collaboration avec les médecins et dispose d'une réelle autonomie auprès des patients dont il assure le suivi. Il peut également prescrire des examens complémentaires, demander des actes de suivi et de prévention ou encore renouveler ou adapter, si nécessaire, certaines prescriptions médicales. (19)

Les IPA peuvent exercer aussi bien en ambulatoire qu'en établissement de santé. Les pathologies que l'IPA peut suivre sont précisées par la législation dans 5 domaines :

- les pathologies chroniques stabilisées ; prévention et polyopathologies courantes en soins primaires : accident vasculaire cérébral ; artériopathies chroniques ; cardiopathie, maladie coronaire ; diabète de type 1 et type 2 ; insuffisance respiratoire chronique ; maladie d'Alzheimer et autres démences ;
- l'oncologie et l'hémo-oncologie ;
- la maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale ;
- la psychiatrie et la santé mentale ;
- les urgences. (20)

Ainsi, le dispositif ASALÉE et les IPA sont les prémices d'une réponse aux défis auxquels est confronté le système de santé français. Cependant, la réponse semble insuffisante et c'est pourquoi le gouvernement lance un nouveau projet, la stratégie « Ma santé 2022 ».

I.4. « Ma Santé 2022 : un engagement collectif »

I.4.1. Principes généraux

Le Sénat a adopté le 16 juillet 2019 le projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé annoncé par Monsieur le Président Emmanuel Macron en 2018 appelé « Ma Santé 2022 : un engagement collectif ».

Cette stratégie repose sur 3 grands axes :

- Former les futurs soignants en conformité avec l'évolution du système de santé avec notamment :
 - o la suppression du numerus clausus dès la rentrée 2020 permettant de fixer les effectifs d'étudiants en fonction des réalités et des besoins de chaque territoire ;
 - o la tentation de favoriser les territoires en tension pour les stages en ambulatoire des futurs médecins généralistes.
- Mettre en avant le numérique :
 - o avec la mise en place au 1^{er} janvier 2022, d'un espace numérique de santé permettant à chaque patient d'accéder à son dossier médical ;
 - o en prouvant la télémedecine et en améliorant les échanges entre les professionnels.
- Instituer de nouveaux collectifs de soins tels que :
 - o les hôpitaux de proximité proposant des services de médecine générale, de gériatrie et de réadaptation. Selon les besoins, la médecine d'urgence, les activités pré/postnatales ou celles des soins palliatifs peuvent être instaurées ;

- les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé permettant à des professionnels de s'organiser autour d'un projet de santé commun pour répondre à des besoins et le recrutement d'assistants médicaux auprès des médecins dans les zones sous-denses. (21)

I.4.2. Les assistants médicaux

I.4.2.1. Libérer du temps médical

Ma Santé 2022 ouvre la porte à une nouvelle fonction : l'assistant médical. Une solution visant à améliorer l'accès aux soins et les conditions d'exercice des médecins libéraux tout en renforçant la qualité de prise en charge des patients, parfois lourds et complexes.

Redonner du temps aux médecins, c'est leur permettre de se concentrer sur leur cœur de métier : le soin.

I.4.2.2. Leurs missions

Chaque médecin peut définir les tâches médico-administratives qu'il attribue à l'assistant médical. Ce dernier peut prendre en charge trois types de missions :

- **des tâches de nature administrative** : accueil du patient, création et gestion du dossier patient, recueil et enregistrement des informations administratives et médicales, accompagnement de la mise en place de la télémédecine au sein du cabinet... ;
- **la préparation et le déroulement de la consultation** : aide à l'habillage et au déshabillage, prise des constantes (prise de tension artérielle, pesée, taille), mise à jour du dossier du patient concernant les dépistages, les vaccinations, le recueil d'informations utiles sur les modes de vie pour alerter le médecin si nécessaire, délivrance de tests (TROD angine par exemple) et de kits de dépistage, préparation et aide à la réalisation d'actes techniques (pour un ECG, par exemple)... ;
- **les missions d'organisation et de coordination** : notamment avec les acteurs de santé. Il peut ainsi organiser un rendez-vous avec un médecin spécialiste, avec un hôpital en prévision d'une admission mais aussi avec d'autres professionnels de santé comme un infirmier, un masseur-kinésithérapeute, un sage-femme ou autre nécessaire pour assurer la prise en charge des patients, de plus en plus souvent atteints de pathologie chronique ou après une hospitalisation. (22)

En aucun cas, le poste d'assistant médical ne se substitue à d'autres professions de santé intervenant dans la prise en charge des patients. Il s'agit en effet d'une nouvelle fonction avec des missions propres.

I.4.2.3. Leur formation et leur financement

Cette nouvelle profession est accessible à des profils comme les aides-soignants, les infirmiers, les puéricultrices et les secrétaires médicales.

L'assistant médical doit être formé ou s'engager à suivre une formation spécifique dont le contenu est en cours d'élaboration.

Dans le but de ne pas retarder la mise en place de cette mesure, il a été prévu que les médecins puissent recruter des assistants médicaux dès à présent, sans formation préalable,

en leur donnant la possibilité de se former à ces nouvelles missions dans les deux ans suivant leur début d'exercice ; ils devront obtenir dans les trois ans un certificat de qualification professionnelle à l'issue de cette formation ad hoc. (23)

L'aide à l'embauche par l'Assurance Maladie peut être attribuée à tous les médecins libéraux quelle que soit leur spécialité (en fonction de l'offre de soins du territoire), y compris les médecins récemment installés.

En ce qui concerne les médecins généralistes, pour pouvoir bénéficier de cette aide, il faut qu'ils soient le médecin traitant de plus de 640 patients. De plus, cela concerne les médecins exerçant en groupe, dans un cabinet d'au moins deux médecins ou exerçant déjà de manière coordonnée (MSP, CPTS, équipe de soins primaires). Dans le cas contraire, ils ont deux ans pour s'engager dans une démarche d'exercice coordonné, après la prise de fonction de l'assistant médical. (23)

En contrepartie du financement, le médecin s'engage à augmenter sa patientèle proportionnellement à la taille initiale de sa patientèle et au niveau de financement qu'il reçoit de l'Assurance Maladie. Le montant de l'aide est versé annuellement, est pérenne et évolutif dans le temps (figure 13).

Les médecins ayant une forte patientèle obtiennent une majoration de l'aide à compter de la 3^e année pour ceux situés entre le 90^e et 95^e percentile, et reste identique au montant de la 1^{ère} année pendant toute la durée du contrat pour les médecins situés au-dessus du 95^e percentile.

Trois options de financement sont proposées (tableau 2) : (23)

Tableau 2 : Les options de financement de l'assistant médical

Montants des versements				
Options	1re année	2e année	3e année et suivantes	Cas particuliers (médecins à forte activité)
Tiers payants	12 000 €	9 000 €	7 000 € (1)	La 3e année (1) et au-delà : aide majorée à 8 350 € pour les médecins en P90-P95 et à 12 000 € toute la durée du contrat pour les médecins avec activité > à P95.
Mi-temps	18 000 €	13 500 €	10 500 € (1)	La 3e année (1) et au-delà : aide majorée à 12 500 € pour les médecins en P90-P95 et à 18 000 € toute la durée du contrat pour les médecins avec activité > à P95.
Plein temps (en zone déficitaire)	36 000 €	27 000 €	21 000 € (1)	La 3e année (1) et au-delà : aide majorée à 25 000 € pour les médecins en P90-P95 et à 36 000 € toute la durée du contrat pour les médecins avec activité > à P95.

Source : www.ameli.fr

I.4.2.4. À l'étranger

Dans les années 1960, l'Amérique du Nord connaît une pénurie de médecins en soins primaires. Pour pallier cette difficulté, les premiers assistants médicaux sont créés et le concept est salué et soutenu par le gouvernement fédéral des États-Unis d'Amérique. La communauté médicale américaine a ensuite codifié cette nouvelle profession par la création d'un processus de certification et de formation médicale continue. (24)

Aux États-Unis, au Canada, au Royaume-Uni, aux Pays-Bas ou encore en Allemagne, le métier d'assistant médical existe sous deux formes :

- **Les « Medical Assistant » (Assistants médicaux) :**
 - peuvent effectuer les mêmes tâches cliniques que celles d'un infirmier (soins, prises de sang...) et administratives (renseigner des éléments du dossier patient, prendre des rendez-vous pour les patients...);
 - peuvent également réaliser de la chirurgie mineure ou suturer, plâtrer ou poser des attelles, réaliser des actes de radiologie mineure. (25)
- **Les « Physician Assistant » (Adjoints au médecin) :**
 - peuvent diagnostiquer certaines maladies et les traiter, prescrire/administrer des médicaments, suturer, gérer des urgences médicales, effectuer certains examens physiques (y compris gynécologiques);
 - peuvent se spécialiser et travailler dans de nombreux domaines de la médecine. De même, ils ont la possibilité de superviser du personnel. (25)

Cependant, ces deux types d'assistants médicaux travaillent sous la direction du médecin qui détermine les tâches à accomplir.

Le modèle d'assistant médical français s'apparente à celui d'un modèle unique existant en Suisse. (26)

Par ailleurs, quelques études internationales ont cherché à savoir si les patients étaient satisfaits de l'assistant médical étant donné sa présence sur 4 continents et dans 15 pays.

Aux Pays-Bas, les assistants médicaux existent depuis 2002. En 2017, environ 1000 étaient employés à travers le pays dont une grande majorité dans les hôpitaux mais de plus en plus tendent à exercer dans les cabinets de médecine générale pour faire face aux afflux de patients. Une étude a démontré que les patients étaient aussi satisfaits par des soins délivrés par leur médecin généraliste que par l'assistant médical. (27)

Une revue systématique a été entreprise en collectant la littérature de 1968 à 2019 provenant de 5 pays (États-Unis, Royaume-Uni, Pays-Bas, Irlande, Nouvelle-Zélande), dont la majorité des articles venaient des États-Unis (72 %). Elle en conclut que les patients ont globalement bien accepté cette profession dans leur parcours de soins et leur satisfaction dans les soins effectués par l'assistant médical est comparable à ceux prodigués par le médecin généraliste. (28)

II. Matériel & Méthodes

II.1. Question de recherche

Des travaux de recherches ayant été effectués afin de recueillir l'opinion des médecins généralistes et/ou des internes sur la délégation de tâches à la nouvelle profession d'assistant médical, il paraît opportun de recueillir celui des patients.

Ainsi, la question de recherche que nous avons identifiée est la suivante :

« Quelle place souhaitent accorder les patients à l'assistant médical au sein des cabinets de médecine générale en Limousin ? »

II.2. Type d'étude

Nous avons choisi de réaliser une étude observationnelle épidémiologique descriptive transversale.

II.3. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de l'étude était d'identifier les tâches cliniques et administratives déléguées à l'assistant médical que les patients en Limousin accepteraient.

Les objectifs secondaires étaient les suivants :

- définir la connaissance de l'assistant médical dans la population ;
- déterminer si la population est favorable à la mise en place de l'assistant médical en cabinet ;
- identifier si le sexe, l'âge, la catégorie socioprofessionnelle et le lieu de vie ont une influence sur la réponse de la population.

II.4. Population de l'étude

Pour réaliser cette étude, nous avons sollicité les patients majeurs consultant en jour de semaine leur médecin généraliste en ambulatoire dans les trois départements du Limousin (Corrèze, Creuse et Haute-Vienne).

II.5. Le questionnaire

Le questionnaire était rédigé en deux parties :

- La première partie recensait les caractéristiques épidémiologiques des répondants ;
- La seconde partie concernait les assistants médicaux.

Afin de laisser une ouverture à notre thèse, nous avons repris certaines questions des deux thèses évoquées dans l'introduction, en vue de confronter les résultats.

Il a été réalisé grâce au logiciel de traitement de texte de type Word® (annexe 1) puis imprimé en 180 exemplaires.

II.5.1. Première partie : Caractéristiques épidémiologiques du répondant

Cette partie comprenait six questions fermées ou à choix multiples simples. Le but était de déterminer le profil du patient répondant.

Les cinq premières questions portaient sur le sexe, l'âge, la catégorie socioprofessionnelle, le lieu de vie et l'atteinte éventuelle d'une Affection Longue Durée (ALD).

La dernière question s'intéressait à la facilité d'avoir recours à son médecin généraliste.

II.5.2. Seconde partie : Les assistants médicaux

Cette partie était constituée de questions à choix binaire (oui/non).

Les deux premières questions visaient à déterminer la connaissance antérieure à la lecture du questionnaire du principe d'assistant médical et si le répondant était favorable à sa mise en place en cabinet de médecine générale.

Ensuite, deux sous-parties se distinguaient concernant les tâches cliniques déléguées que les patients accepteraient de la part de l'assistant médicale : l'une pour eux-mêmes et l'autre pour un enfant. Une question concernait exclusivement les femmes, par rapport au frottis cervico-utérin.

Enfin, on leur demandait de répondre sur les tâches administratives qu'ils accepteraient de la part de l'assistant médical.

Le questionnaire se terminait par un espace libre afin que les répondants puissent écrire leurs remarques et/ou leurs interrogations.

II.6. Test du questionnaire

Le questionnaire a été testé sur dix personnes de mon entourage vivant en Limousin avec une durée limitée de 6 minutes pour le remplissage qui s'est révélée suffisante.

Aucune remarque sur le fond n'a nécessité la modification du contenu du questionnaire après ce test.

II.7. Diffusion et recueil des données

Le nombre total de 180 questionnaires nous semblait approprié et raisonnable.

Nous avons décidé de répartir équitablement le questionnaire dans les trois départements du Limousin, en nombre égal entre les zones rurale, semi-rurale et urbaine. Nous souhaitions obtenir 2 cabinets de médecine générale dans chaque zone dans les 3 départements et distribuer 10 questionnaires par cabinet.

Concernant le choix des médecins, nous les avons choisis de manière aléatoire d'après une carte du Limousin en ciblant des villes en fonction des trois zones suscitées. Concernant les villes urbaines, nous avons pris les villes les plus peuplées de chaque département.

Nous avons pris contact avec 19 médecins par téléphone, 18 ont accepté de diffuser le questionnaire auprès de leur patientèle et 1 ne nous a pas répondu.

Nous avons distribué les questionnaires par divers moyens les questionnaires (mail, courrier et remise en main propre) au cours du dernier trimestre 2020, et nous les avons tous récupérés entre décembre 2020 et janvier 2021.

Les consignes données aux médecins étaient les suivantes :

- Faire compléter le questionnaire aux 10 premiers patients majeurs d'un jour de semaine choisi par leur soin ;

- Possibilité que les patients remplissent le questionnaire dans leur salle de consultation ou dans la salle d'attente avant la consultation.

II.8. Analyse des résultats

Le logiciel BiostaTGV® disponible sur <https://biostatgv.sentiweb.fr> a été utilisé pour l'analyse statistique des différents résultats avec le soutien du département universitaire de médecine générale de la faculté de médecine de Limoges. L'utilisation de tableaux croisés dynamiques via le logiciel Windows Excel® a facilité le travail.

Le test du Chi2 et le test exact de Fischer ont été les tests statistiques choisis en fonction des effectifs théoriques et du nombre de classes et/ou d'items dans les différentes variables considérées.

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

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

III. Résultats

III.1. Population de l'étude

Notre population se compose de 107 femmes et 73 hommes.

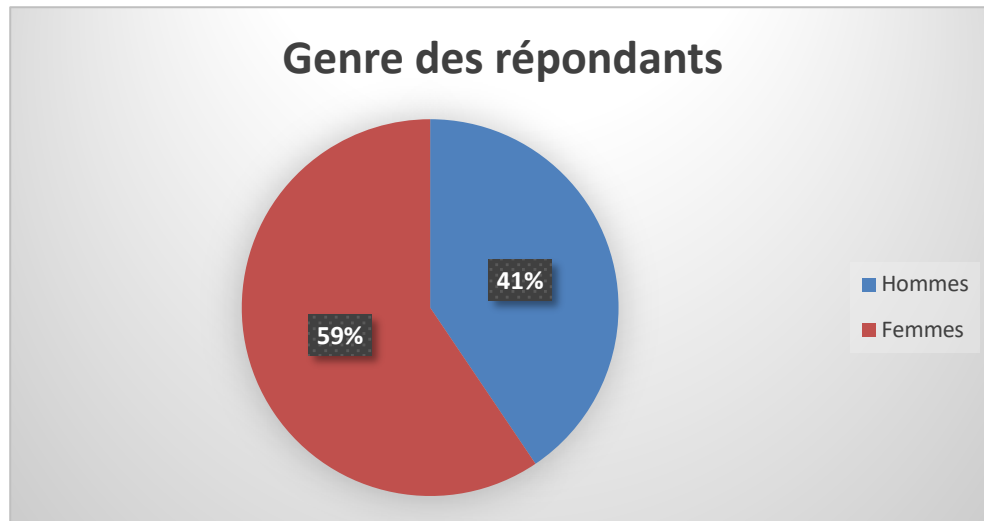


Figure 13 : Genre des répondants

Les répondants, âgés de 18 à 88 ans, ont été regroupés par tranche de 10 ans pour les âges compris entre 30 et 70 ans, pour un âge moyen des répondants de 54,06 ans et un ratio homme/femme en faveur des femmes pour chaque tranche d'âge :

- 18 – 30 ans : 16 dont 11 femmes pour 5 hommes ;
- 30 – 40 ans : 31 dont 19 femmes pour 12 hommes ;
- 40 – 50 ans : 26 dont 17 femmes pour 9 hommes ;
- 50 – 60 ans : 32 dont 19 femmes pour 13 hommes ;
- 60 – 70 ans : 31 dont 17 femmes pour 14 hommes ;
- 70 ans et + : 44 dont 24 femmes pour 20 hommes.

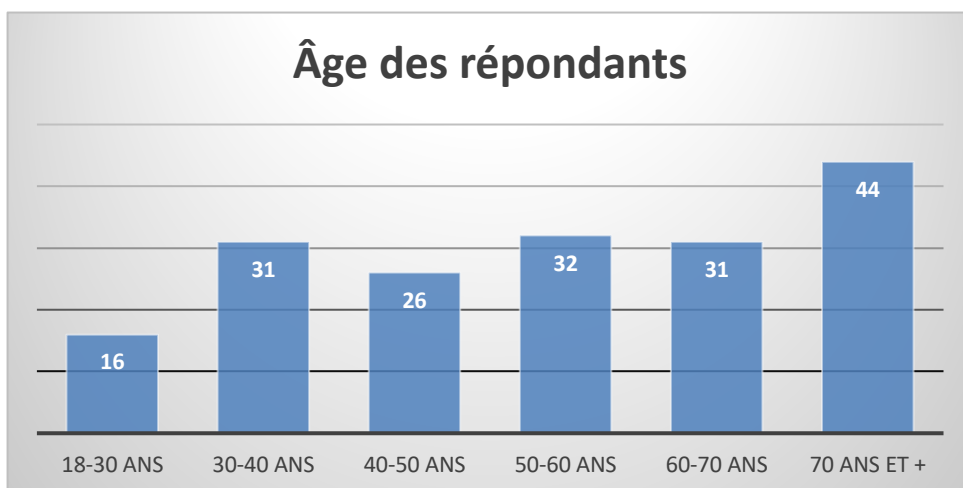


Figure 14 : Âge des répondants

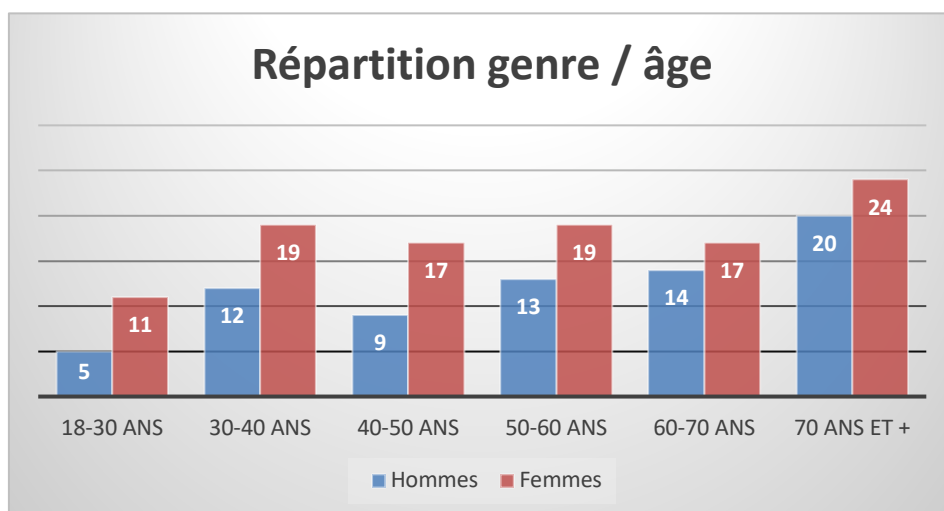


Figure 15 : Répartition genre / âge

Nous avons groupé les répondants en fonction de leur catégorie socioprofessionnelle et selon leur sexe :

- Retraités : 72 dont 39 femmes pour 33 hommes ;
- Ouvriers/Employés : 39 dont 31 femmes pour 8 hommes ;
- Professions intermédiaires : 20 dont 9 femmes pour 11 hommes ;
- Cadres/Professions intermédiaires supérieures : 12 dont 5 femmes pour 7 hommes ;
- Indépendants : 11 dont 5 femmes pour 6 hommes ;
- Étudiants : 11 dont 9 femmes pour 2 hommes ;
- Chômeurs : 5 dont 2 femmes pour 3 hommes ;
- Sans emploi : 6 dont 5 femmes pour 1 homme ;
- Invalides : 2 dont 1 femme pour 1 homme ;
- Non déterminés : 2 dont 1 femme pour 1 homme.

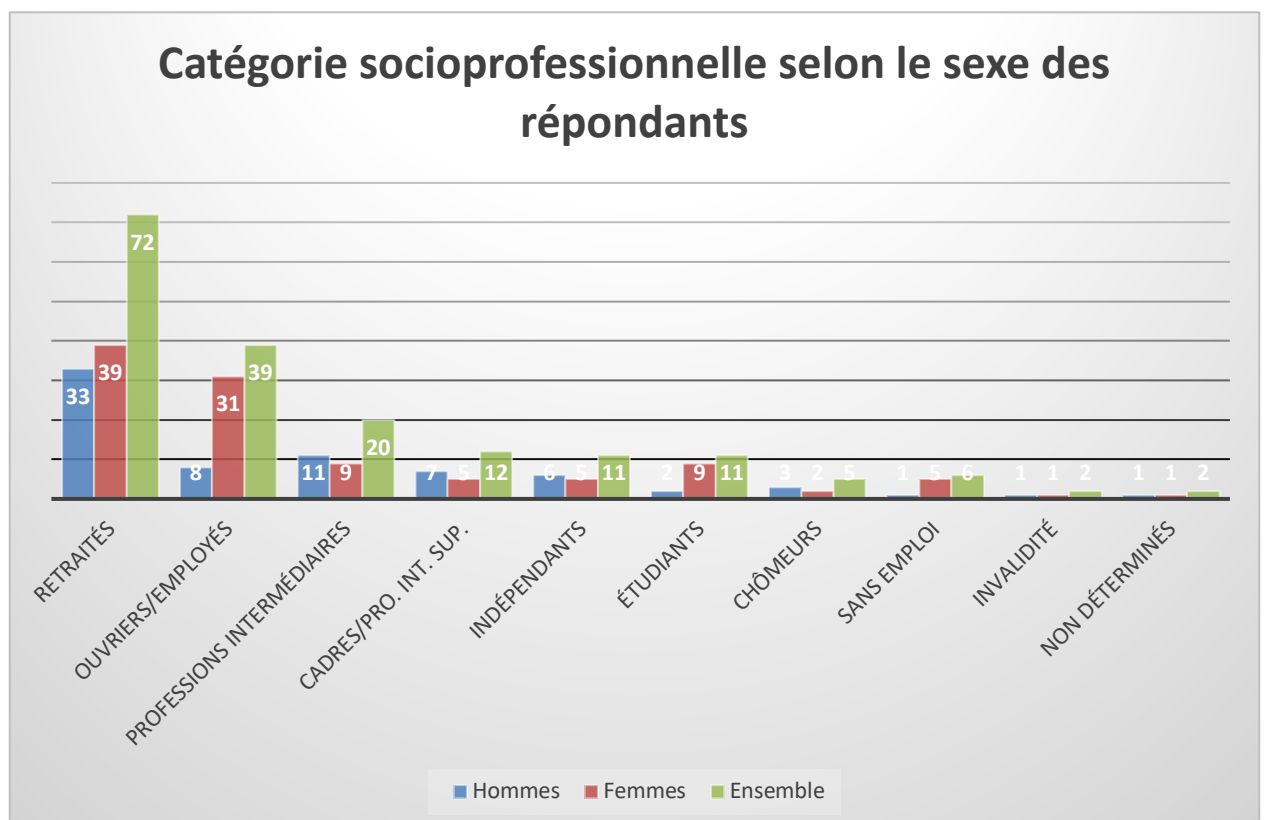


Figure 16 : Catégorie socioprofessionnelle selon le sexe des répondants

Nous avons groupé les répondants en fonction de leur lieu de vie et selon leur catégorie socioprofessionnelle :

- Urbain : 50 ;
- Semi-rural : 40 ;
- Rural : 90.

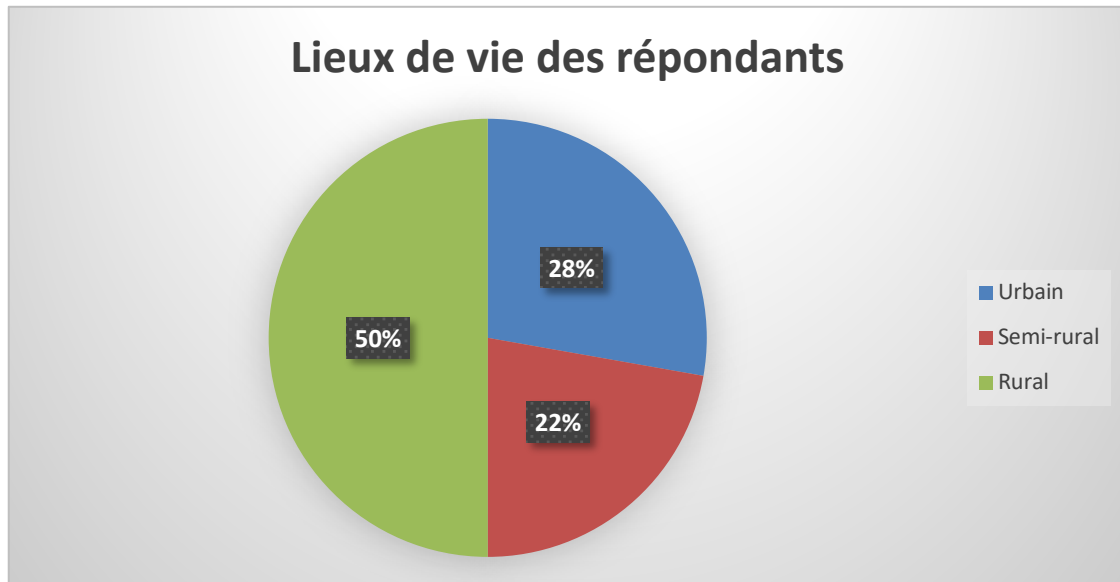


Figure 17 : Lieux de vie des répondants

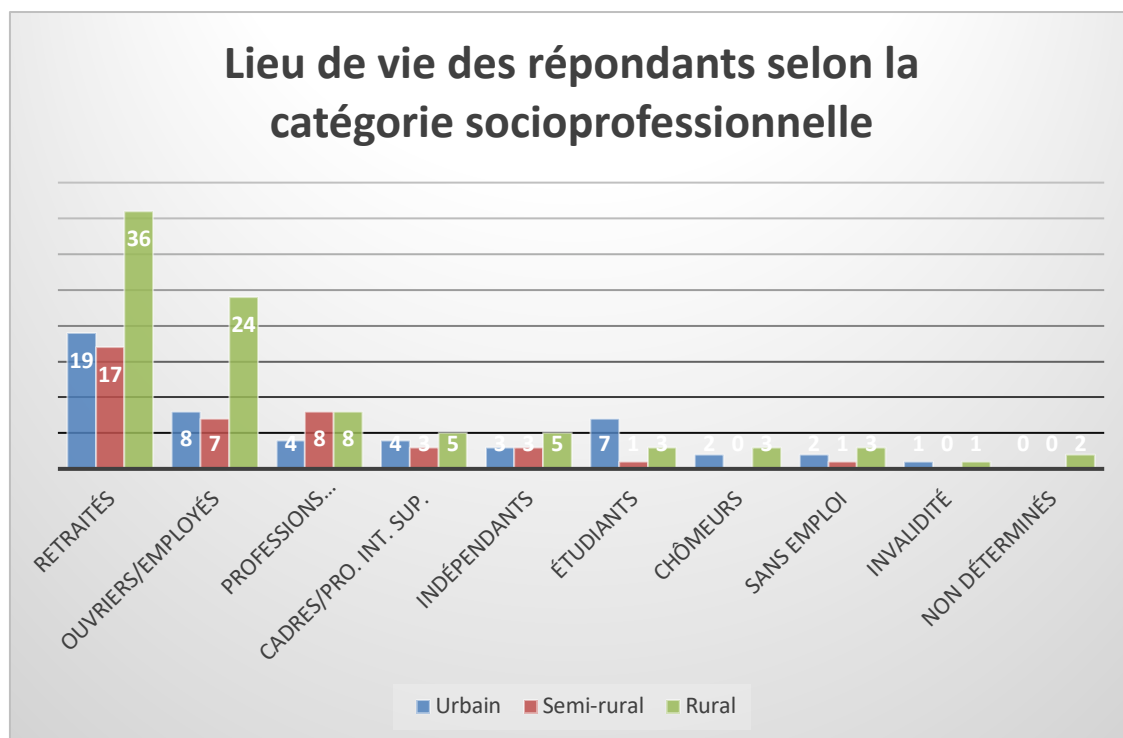


Figure 18 : Lieu de vie des répondants selon la catégorie socioprofessionnelle

Parmi les répondants, 55 personnes déclaraient être atteintes d'une ALD contre 125, soit 30,5 %.

Par ailleurs, 161 personnes trouvent facile d'avoir recours au médecin généraliste contre 19.

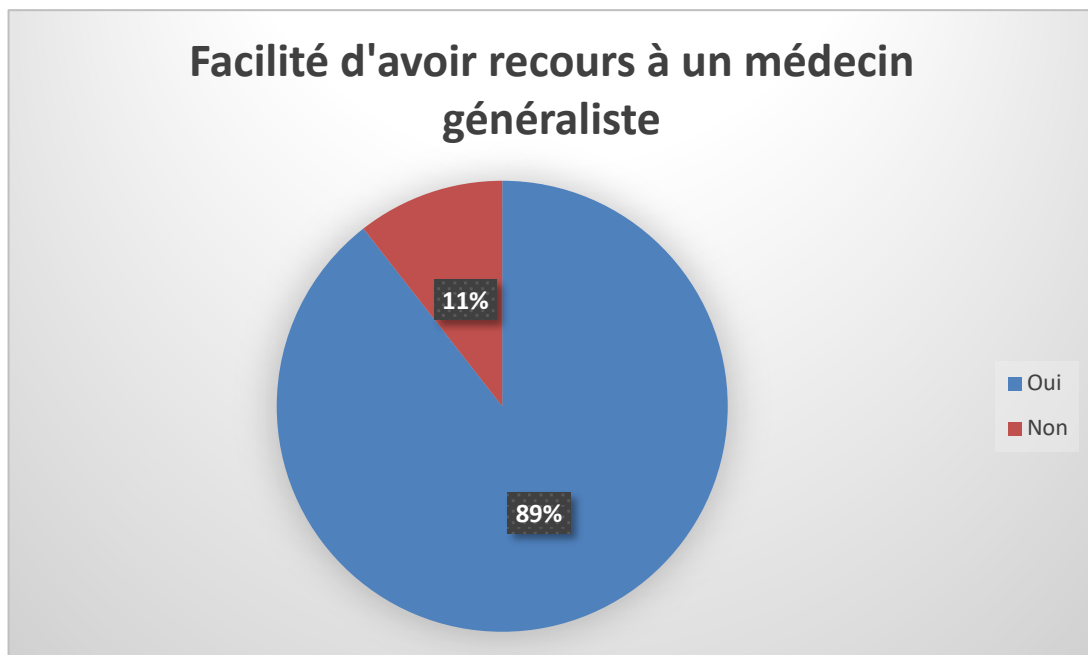


Figure 19 : Facilité d'avoir recours à un médecin généraliste

III.2. Les répondants et l'assistant médical

III.2.1. Connaissiez-vous le métier d'assistant médical et êtes-vous favorable ?

Sur les 180 répondants, 83 connaissaient le métier d'assistant médical et 97 ne savaient pas ce dont il s'agissait.

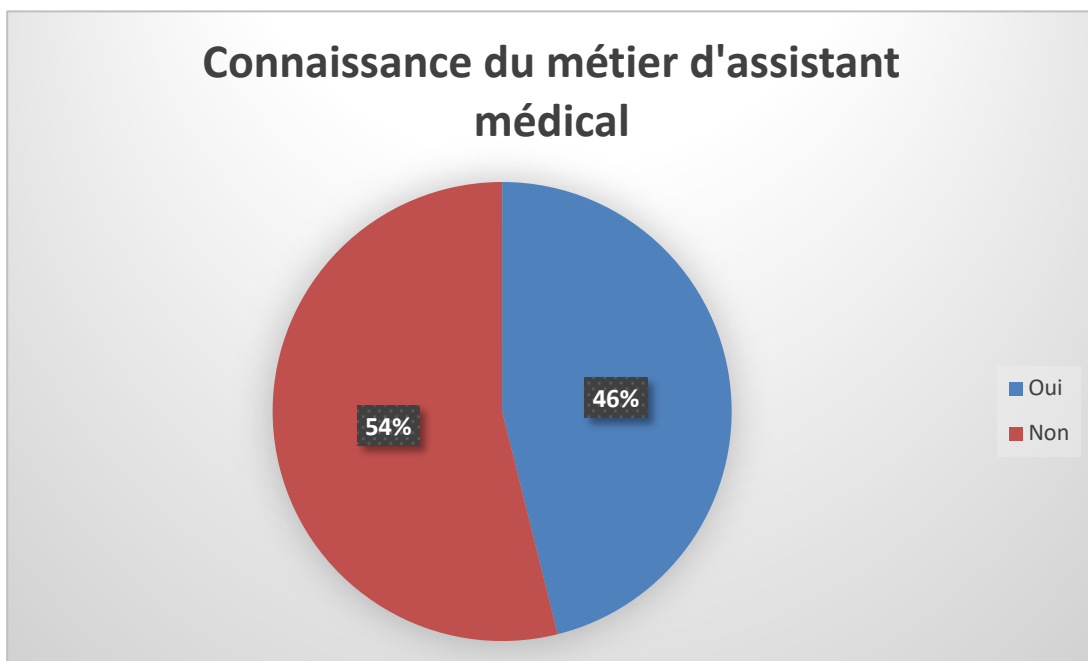


Figure 20 : Connaissance du métier d'assistant médical

Au sein des répondants, 161 étaient favorables à la mise en place de l'assistant médical contre 19.

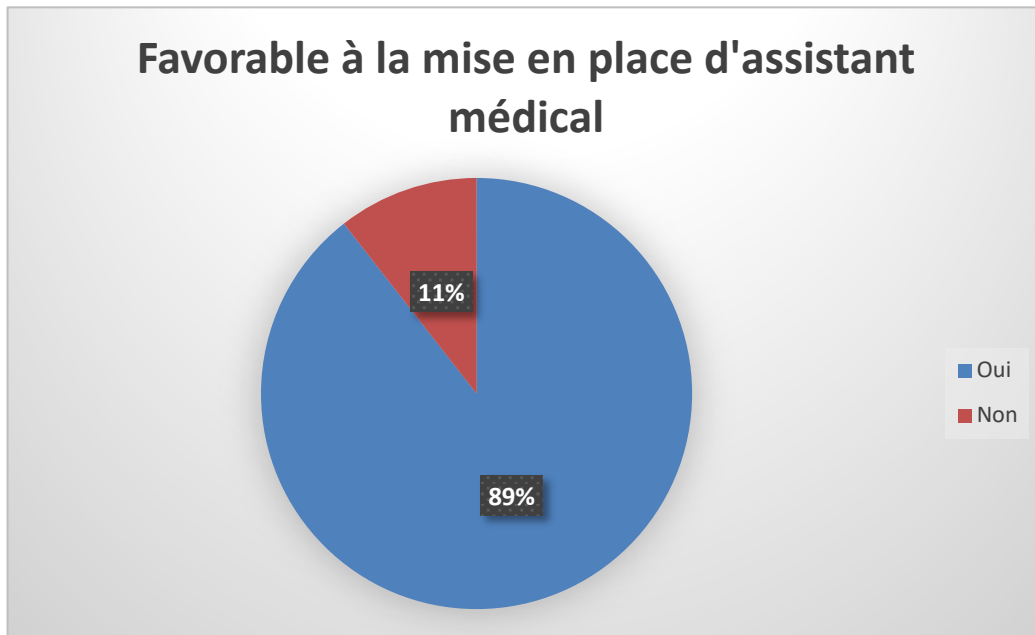


Figure 21 : Favorable à la mise en place de l'assistant médical

Nous obtenions des résultats similaires dans la population des retraités et ceux en ALD, respectivement 87,5 % et 89 % étaient favorable à cette mise en place.

III.2.2. Tâches cliniques chez l'adulte

III.2.2.1. Habillage/déshabillage du patient si besoin

158 personnes étaient favorables pour être aidées par l'assistant médical pour s'habiller et/ou se déshabiller lors des consultations contre 22.

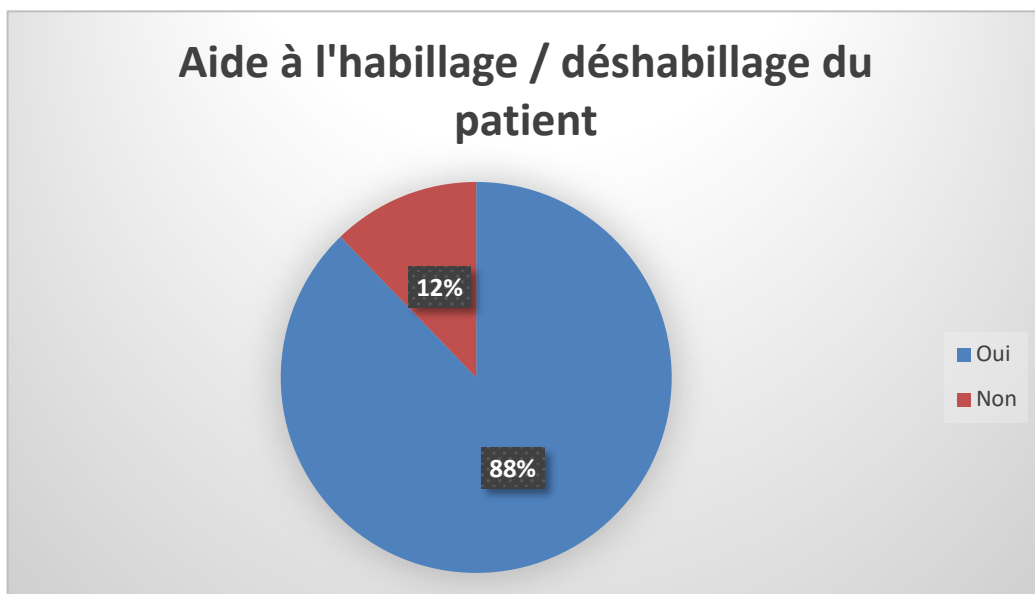


Figure 22 : Aide à l'habillage / déshabillage du patient

III.2.2.2. La mesure du poids et de la taille

174 répondants acceptaient la mesure du poids et de la taille par l'assistant. 6 préféraient que ce soit le médecin généraliste qui le fasse.

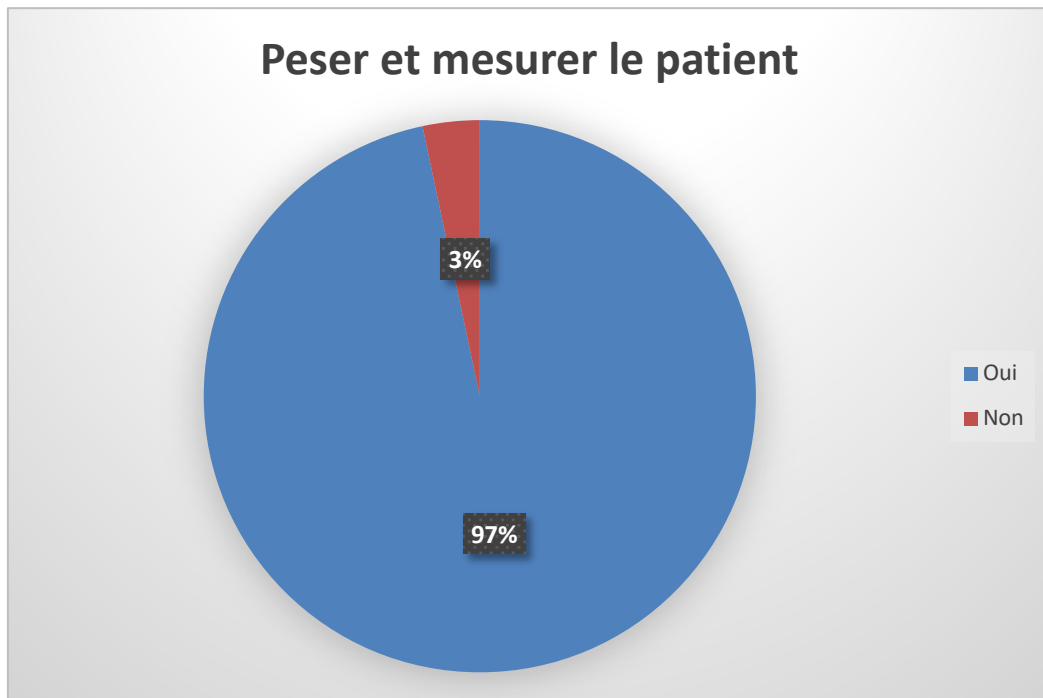


Figure 23 : Mesure du poids et de la taille du patient adulte

III.2.2.3. La mesure de la tension artérielle

Concernant la prise de la tension artérielle, 168 personnes étaient d'accord pour que l'assistant la leur prenne et 6 personnes souhaitaient que ce soit exclusivement leur médecin généraliste.

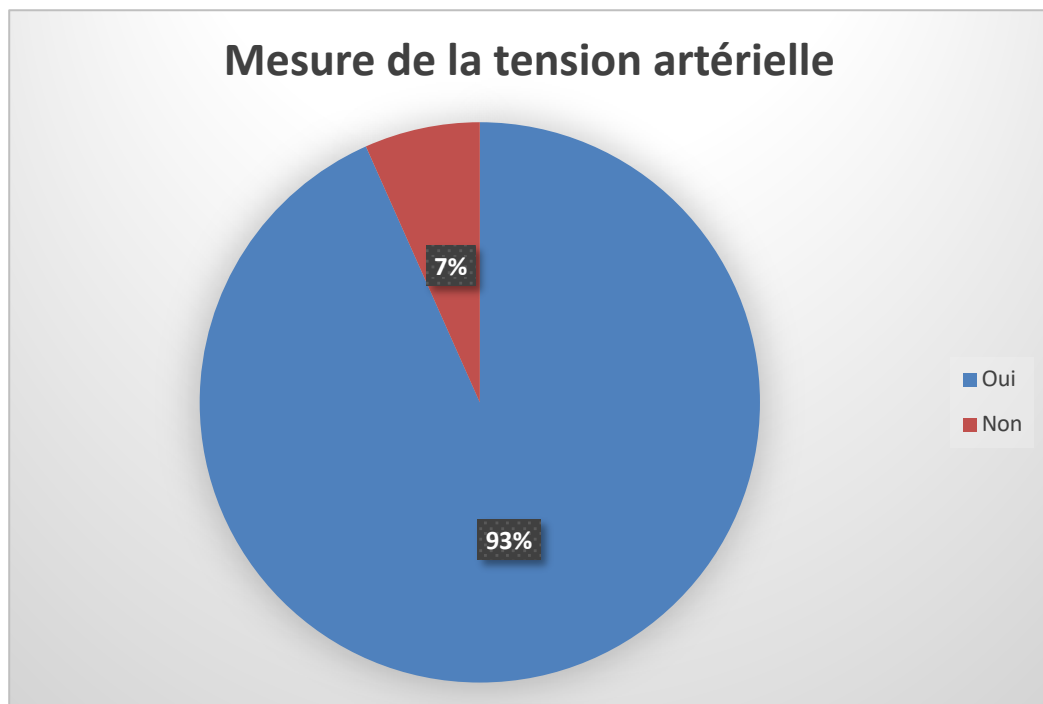


Figure 24 : Mesure de la tension artérielle

III.2.2.4. La réalisation d'actes cliniques simples

Exemples de gestes fournis dans le questionnaire : BU / ECG / Streptatest.

152 personnes acceptaient que ces actes soient délégués à l'assistant médical contre 28.

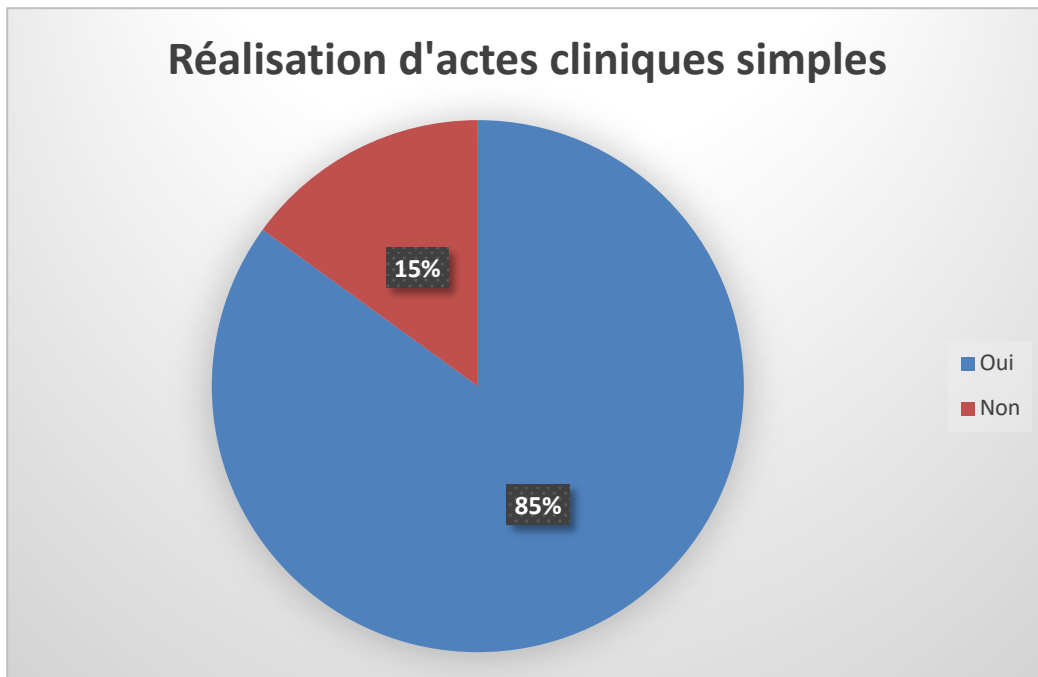


Figure 25 : Réalisation d'actes cliniques simples

III.2.2.5. L'évaluation du patient par des grilles normalisées

150 personnes étaient d'accord pour que l'assistant médical réalisent des questionnaires pour évaluer leur consommation de tabac ou d'alcool, leurs troubles cognitifs. 30 y étaient opposés.

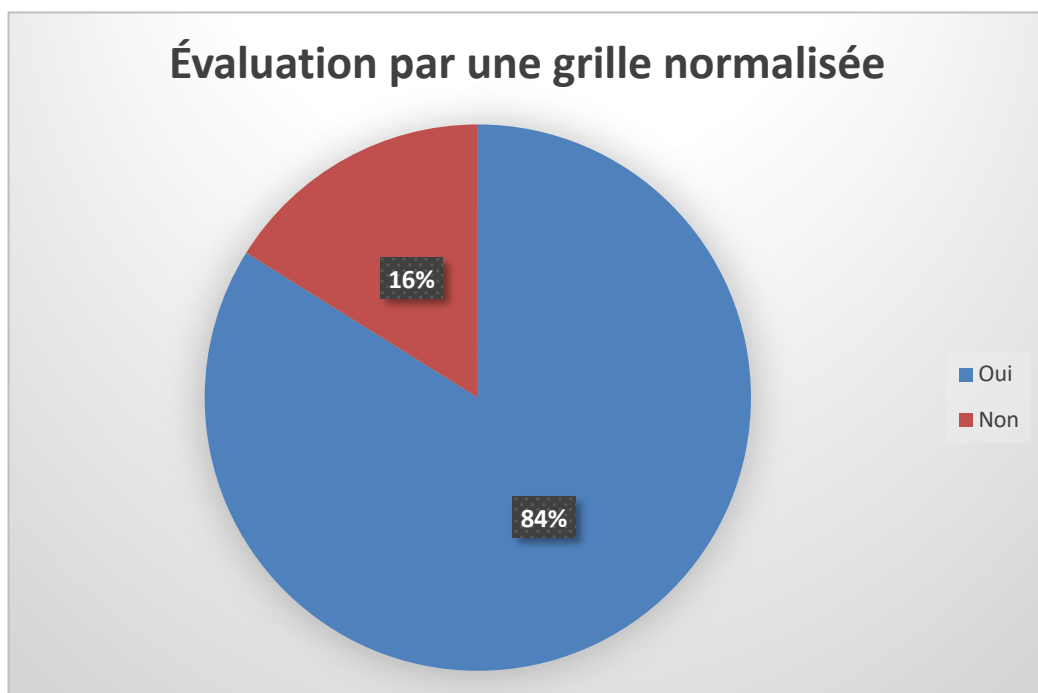


Figure 26 : Évaluation du patient par une grille normalisée

III.2.2.6. La vérification du statut vaccinal et des dépistages organisés

Exemples de dépistages fournis dans la question : mammographie / frottis / hemoccult.

Presque $\frac{3}{4}$ des patients étaient favorables pour que l'assistant médical se charge de ces vérifications, soit 139 personnes, tandis que 41 préféraient que ce soit le médecin généraliste.

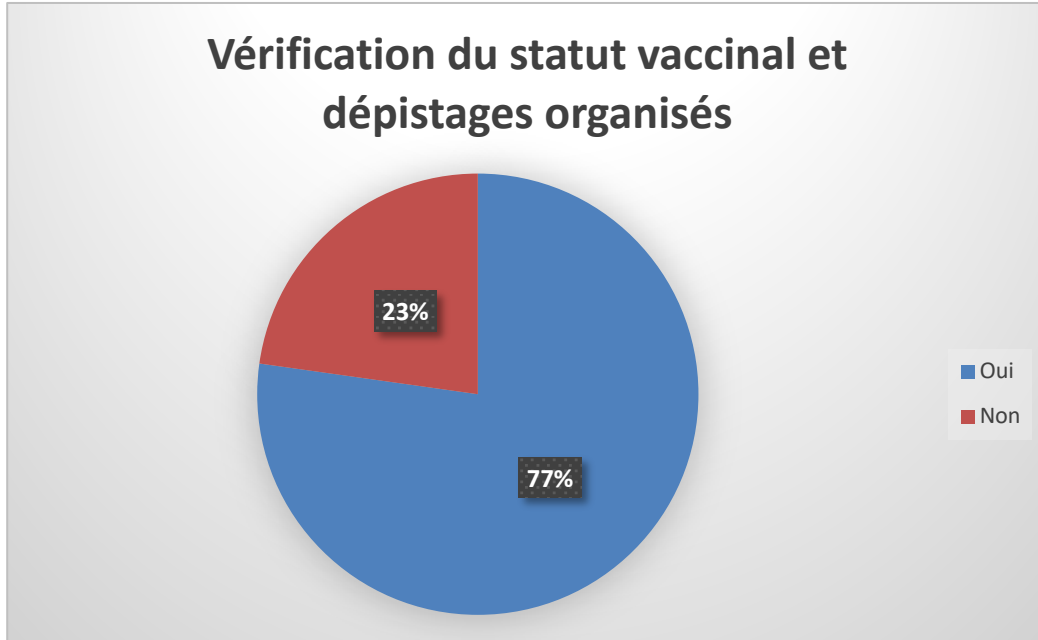


Figure 27 : Statut vaccinal et dépistages organisés

III.2.2.7. L'assistance pour certains gestes médicaux/chirurgicaux

Exemples de gestes fournis dans la question : sutures / ponctions / infiltrations.

84 % des répondants, soit 151 patients, acceptaient une aide de l'assistant médical pour la réalisation des gestes effectués par le médecin. 29 patients ne souhaitaient par leur présence.

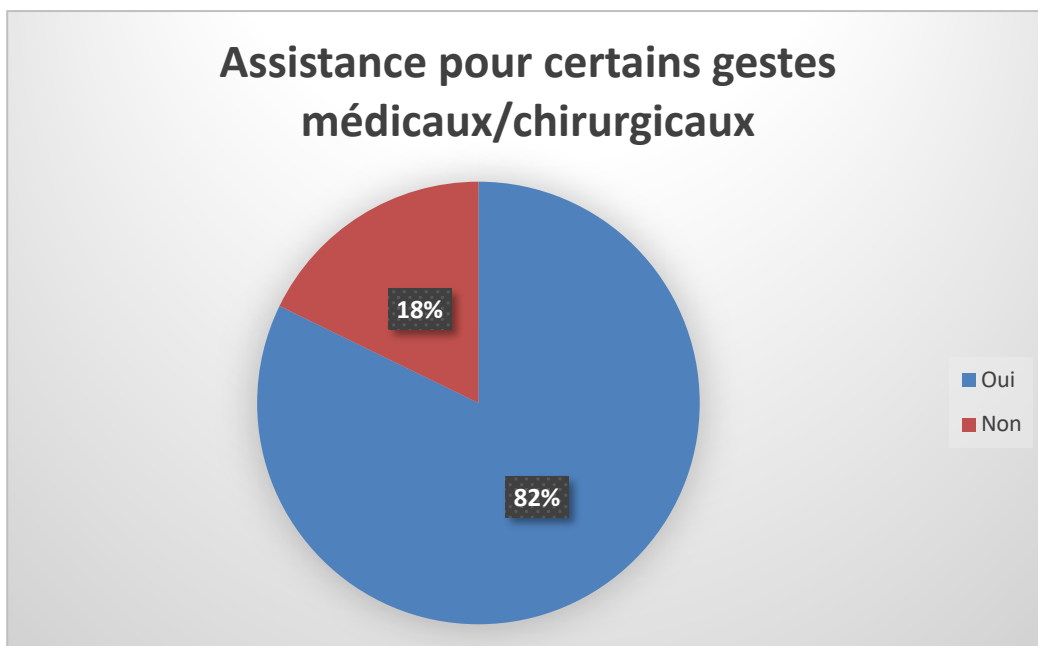


Figure 28 : Assistance pour certains gestes médicaux/chirurgicaux

III.2.2.8. L'assistance pour certains gestes gynécologiques

Exemples de gestes fournis dans la question : frottis / stérilet / implant.

Parmi les patientes âgées de 18 à 65 ans, plus de la moitié des femmes (44/77) ne souhaitent pas la présence de l'assistant médical lors de la réalisation de certains actes gynécologiques par le médecin alors que 33 répondantes donnaient leur accord.



Figure 29 : Assistance pour la réalisation de certains actes gynécologiques

III.2.3. Tâches cliniques chez l'enfant

134 personnes ont répondu à cette partie et 46 ne se sentaient pas concernées par le sujet.

III.2.3.1. L'acceptation de l'assistant médical pour les enfants

Nous avons décidé de séparer les enfants selon 4 tranches d'âge :

- 0-3 ans : 47,8 % oui et 52,2 % non ;
- 3-6 ans : 47,8 % oui et 52,2 % non ;
- 6-12 ans : 57,5 % oui et 42,5 % non ;
- 12 ans + : 72,4 % oui et 27,6 % non.

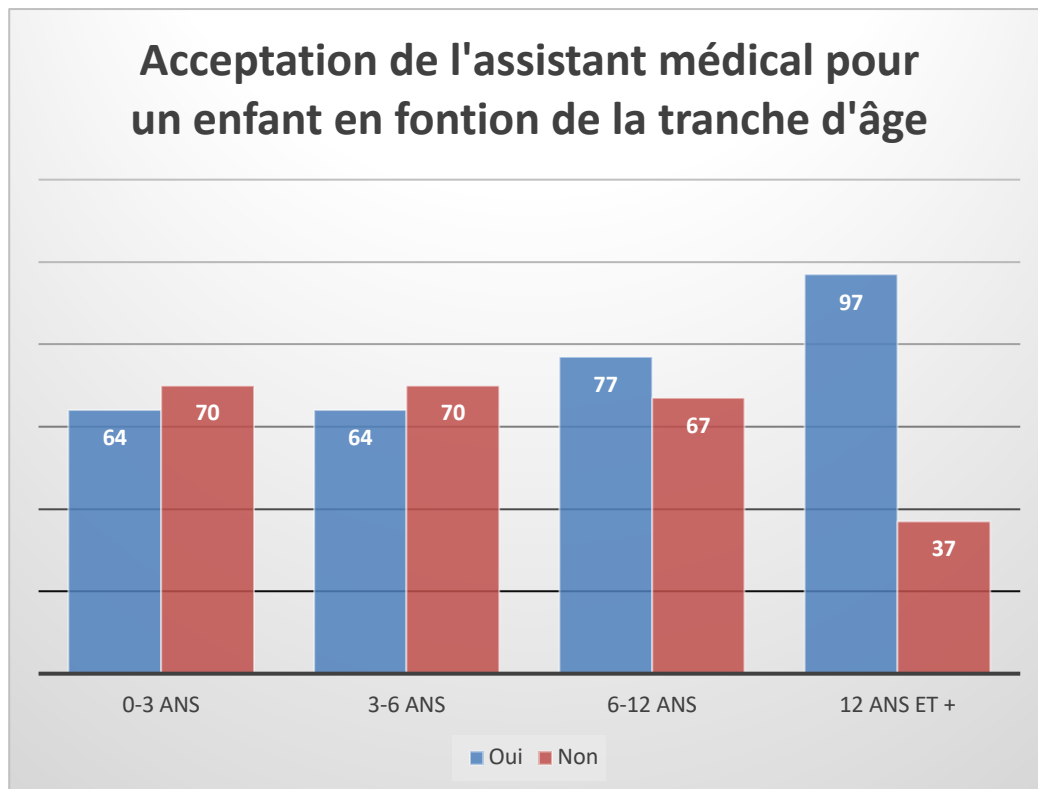


Figure 30 : Acceptation de l'assistant médical pour un enfant en fonction de la tranche d'âge

III.2.3.2. La mesure du poids, de la taille et du périmètre crânien

123 répondants acceptaient la mesure de ces paramètres cliniques de la part de l'assistant médical, 11 préféraient que ce soit le médecin généraliste qui s'en charge.

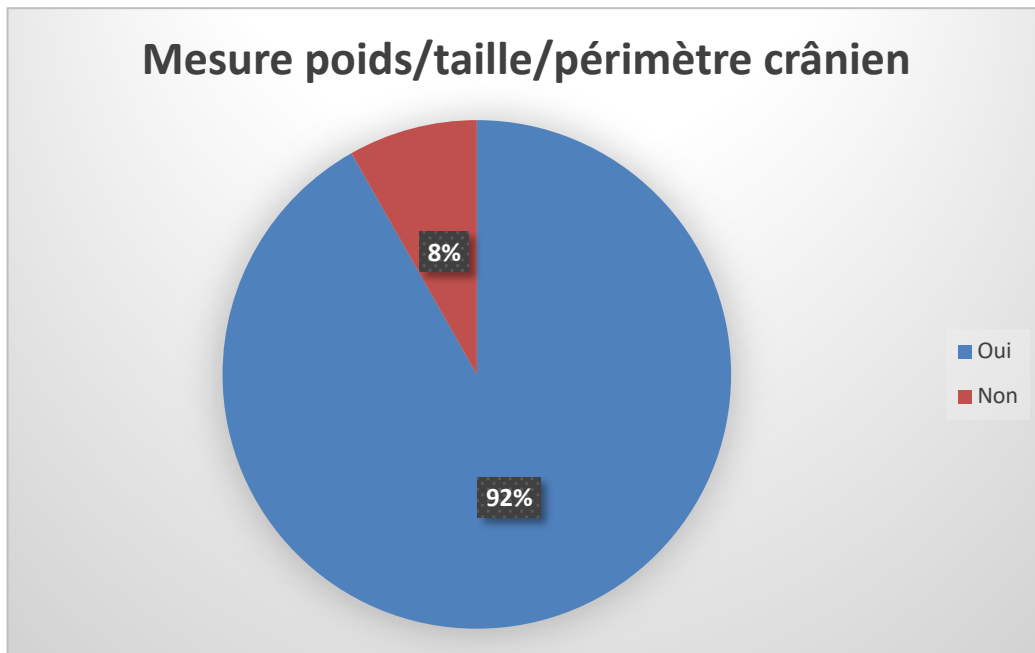


Figure 31 : Mesure du poids, de la taille et du périmètre crânien chez l'enfant

III.2.3.3. L'évaluation du développement psychomoteur par une grille normalisée

Concernant l'évaluation du développement psychomoteur de l'enfant par une grille normalisée, les $\frac{3}{4}$ des répondants acceptaient la délégation de cette tâche à l'assistant médical, soit 100 personnes contre 34.

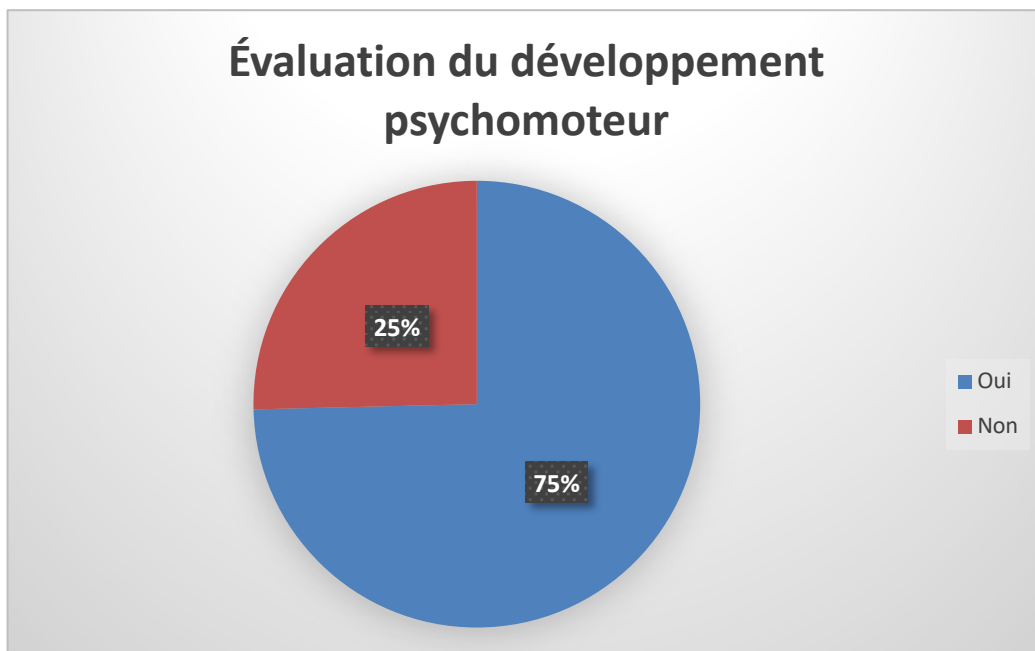


Figure 32 : Évaluation du développement psychomoteur de l'enfant

III.2.3.4. Le dépistage de troubles auditifs ou visuels

100 répondants étaient d'accord pour que l'assistant médical effectue le dépistage des troubles auditifs et visuels chez l'enfant et 34 y étaient opposés.

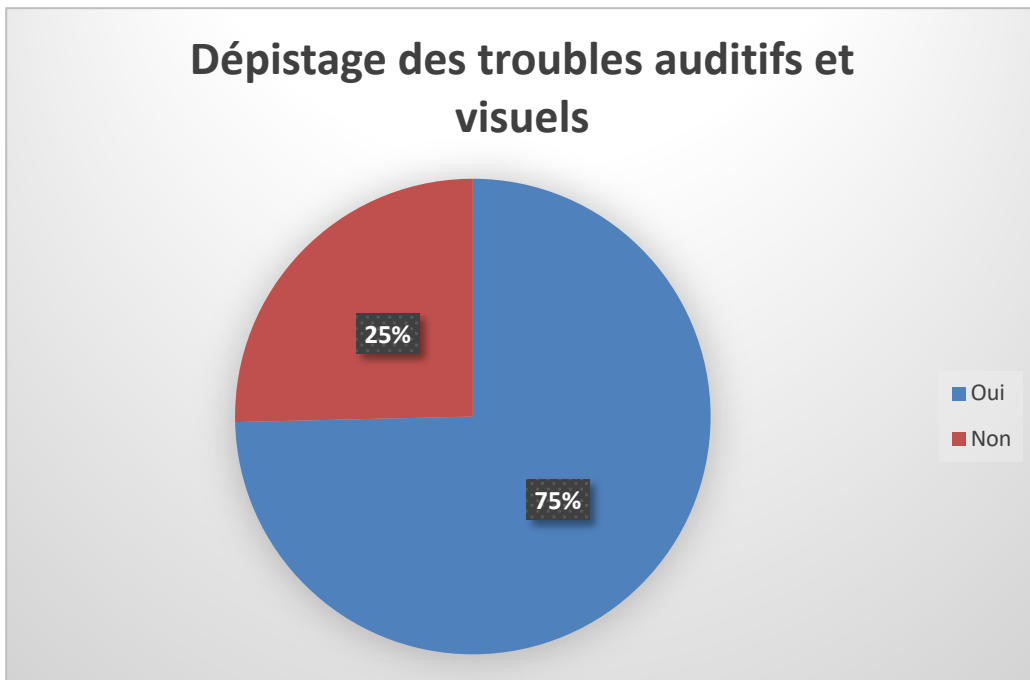


Figure 33 : Dépistage des troubles auditifs et visuels

III.2.3.5. La vérification du statut vaccinal

120 personnes accordaient leur confiance à l'assistant médical pour vérifier le statut vaccinal de l'enfant contre 14.

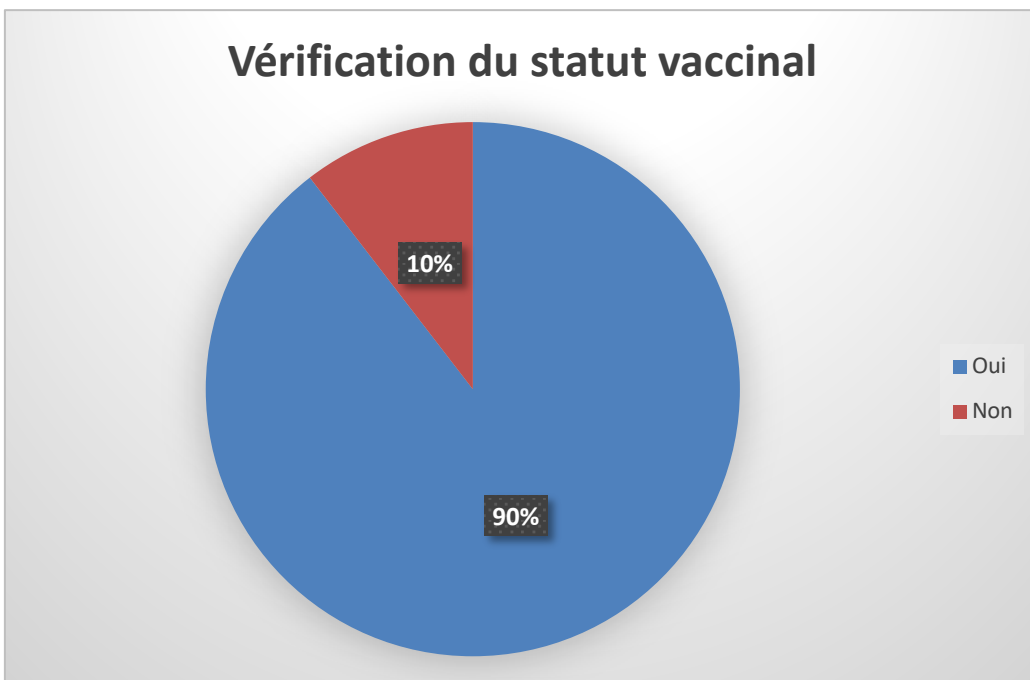


Figure 34 : Vérification du statut vaccinal chez l'enfant

III.2.4. Tâches administratives

III.2.4.1. La prise de rendez-vous

173 patients souhaitent que l'assistant médical gère la prise de rendez-vous auprès de spécialistes ou des examens complémentaires. 7 personnes n'étaient pas favorables.

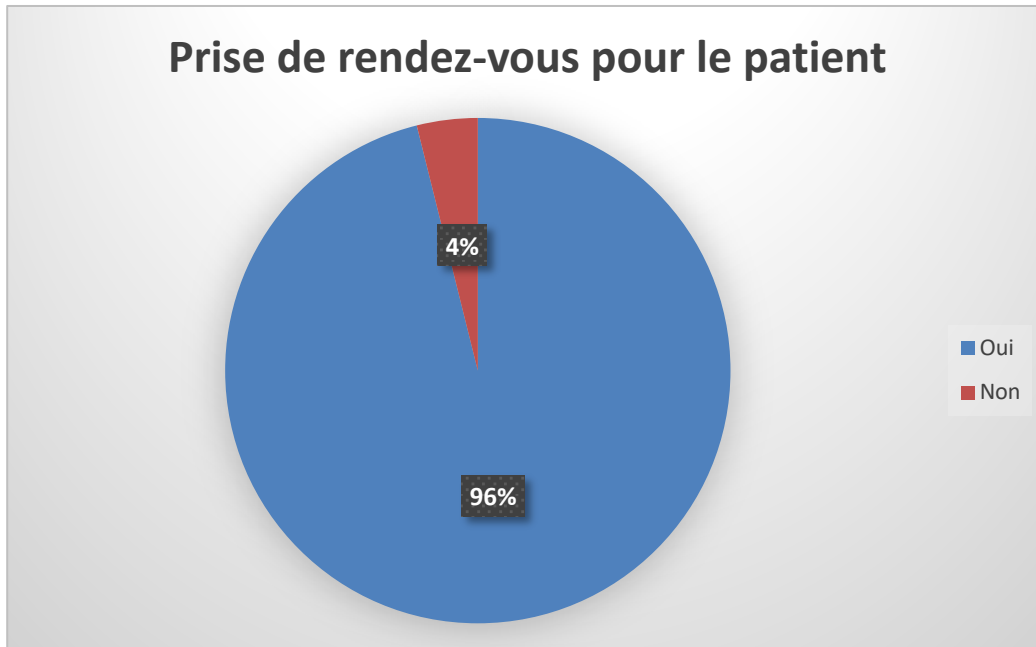


Figure 35 : La prise de rendez-vous chez le spécialiste / pour les examens complémentaires

III.2.4.2. L'encaissement de la consultation

162 patients étaient favorables à ce que l'assistant encaisse la consultation et 18 préféraient que ce soit le médecin généraliste.

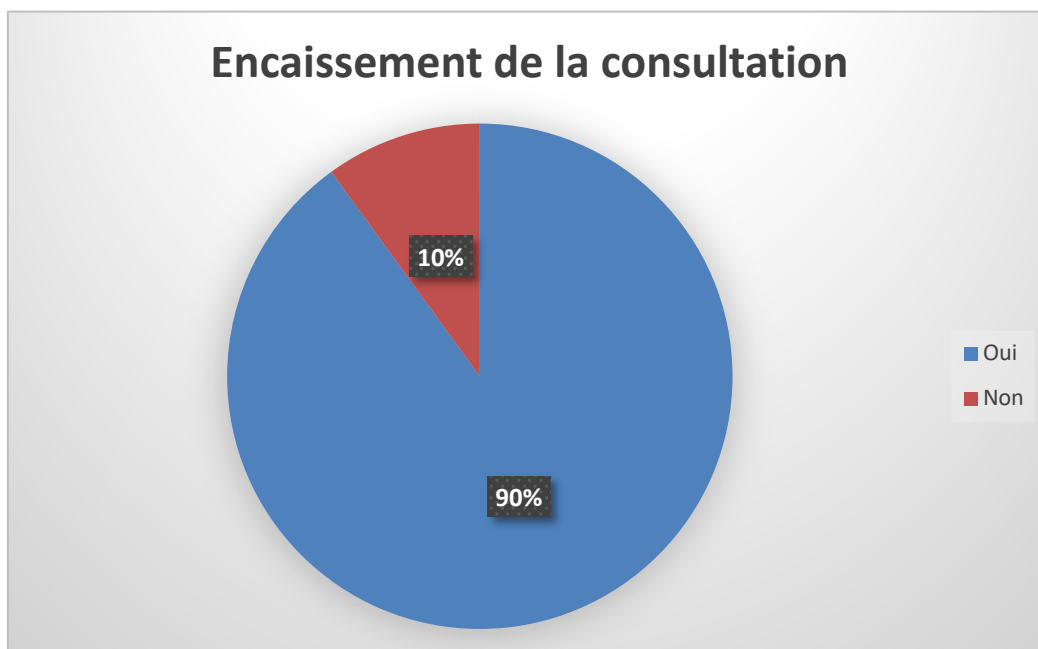


Figure 36 : Encaissement de la consultation

III.2.4.3. L'intégration au dossier médical informatique des différents courriers et des résultats biologiques

161 patients acceptaient que la gestion du dossier patient, c'est-à-dire l'intégration des résultats biologiques, des courriers et des comptes rendus au dossier (informatique ou papier) du patient. 19 patients préféraient que le médecin généraliste s'en occupe.

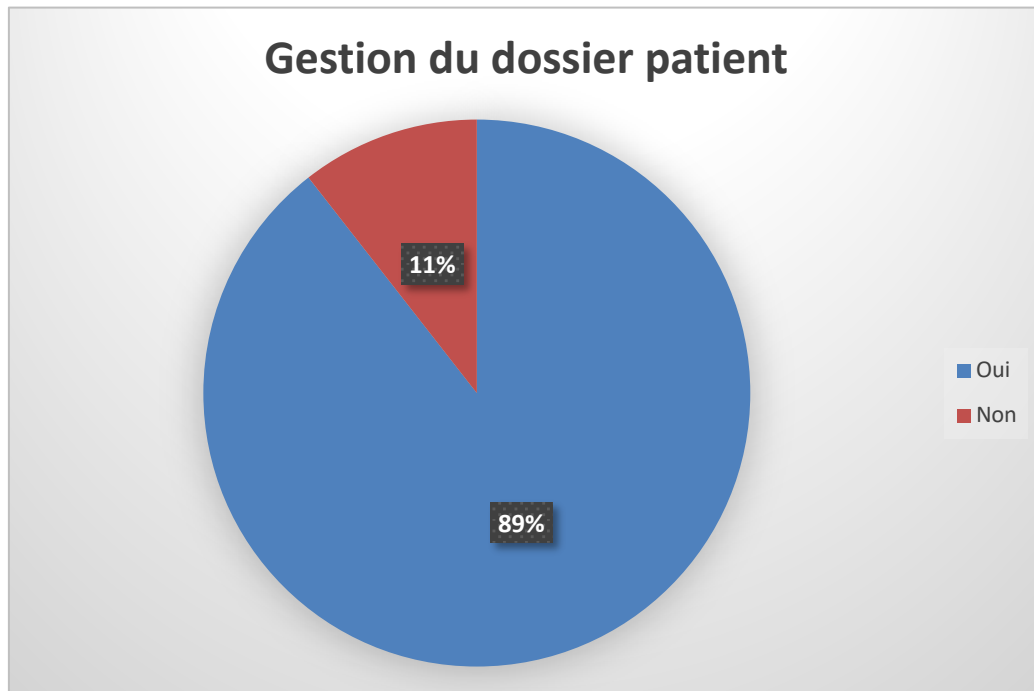


Figure 37 : Intégration des éléments au dossier du patient

III.3. Remarques et questionnements des participants

Le questionnaire se terminait pour l'ensemble des répondants par un espace libre afin d'y annoter des remarques et/ou des questionnements.

29 patients se sont exprimés dans l'espace prévu à cet effet.

On peut regrouper les remarques, les craintes et les questions selon les principaux sujets évoqués :

- Parmi les remarques :
 - 4 répondants déclaraient être très favorables à la mise en place de ce système ;
 - Certaines concernaient l'organisation :
 - « Utile pour les personnes âgées. Il faudrait que l'assistant travaille en binôme avec le médecin sur le long terme pour que la même relation de confiance s'installe entre l'assistant et le patient. » ;
 - « Toutes ces charges prises par l'assistant permettrait de dégager du temps au médecin pour qu'il se consacre uniquement aux pathologies. » ;
 - « Les médecins seraient plus disponibles et surtout soulagés de ne plus avoir ces contraintes. » ;
 - « L'assistant médical doit permettre au médecin d'avoir plus de temps pour le diagnostic et l'écoute du patient. » ;
 - « L'assistant médical pour les tâches basiques mais pas pour le secrétariat. » ;
 - « L'assistant doit pouvoir décharger le médecin pour lui permettre de passer plus de temps sur les examens cliniques. » ;
 - « L'assistant médical pourra libérer du temps au médecin. »
 - « Augmenter le nombre de médecins au lieu de chercher à faire des économies sur le dos des patients. ».
 - 1 personne déclarait que « tout ceci peut être effectué par une infirmière ! »
 - 1 personne écrivait être « très intéressée pour la prise des rendez-vous auprès des spécialistes. »
- Parmi les craintes :
 - « Si c'est pour réellement aider le médecin et non pas pour être un emploi caché du médecin. » ;
 - « Je souhaite quand même garder un rendez-vous avec le médecin traitant. » ;
 - « Favorable pour aider le médecin mais surtout pas pour le remplacer. » ;
 - « L'assistant médical doit réellement être formée et s'engager par écrit au secret médical. » ;
 - « Tout ce pré-travail isole de son docteur ce qui peut réduire le temps de contact avec le médecin. ».

- Parmi les questionnements :
 - « Quelle différence entre un assistant et un remplaçant ? »
 - « Le cadre des compétences est flou. Quelle formation aura-t-il ? Mon métier d'IDE explique ce relatif désaccord. Ce sont des compétences d'IDE et pour cela il faudrait en former plus. »
 - « Y aura-t-il une formation adaptée ? » ; « Quelle est la formation d'un assistant médical ? »
 - « Cette profession est-elle soumise à l'obtention d'un diplôme ? » (2 fois écrite)
 - « Quel sera le niveau d'étude d'un assistant ? Pourra-t-il assister plusieurs médecins dans un cabinet où ils sont 2 ou 3 ? Qui paiera l'assistant ? »
 - « L'assistant médical est-il qualifié ? » (2 fois écrite)
 - « Un infirmier, une ancienne secrétaire pourront-ils devenir assistant médical ? »
 - « Est-ce bien utile ? »

III.4. Les caractéristiques des répondants et leur influence

Nous avons voulu identifier si le sexe, l'âge, le lieu de vie et la catégorie socioprofessionnelle avaient une influence sur les résultats.

Premièrement, nous avons choisi de présenter les résultats.

III.4.1. Résultats statistiques sur l'avis des répondants envers l'assistant

Tableau 3 : Influence du genre sur l'adhésion au projet

Variable	N total	Modalités	N	Défavorable		Favorable		Test	p
				n	%	n	%		
Sexe	180	H	73	6	31,58	67	41,61	Chi2	0.39944
		F	107	13	68,42	94	58,39		

Tableau 4 : Influence de l'âge sur l'adhésion au projet

Variable	N total	Modalités	N	Défavorable		Favorable		Test	p
				n	%	n	%		
Âge (ans)	180	18 – 30	16	3	15,79	13	8,08	Fisher	0.82095
		30 – 40	31	2	10,53	29	18,01		
		40 – 50	26	3	15,79	23	14,29		
		50 – 60	32	3	15,79	29	18,01		
		60 – 70	31	4	21,05	27	16,77		
		70 +	44	4	21,05	40	24,84		

Tableau 5 : Influence du lieu de vie sur l'adhésion au projet

Variable	N total	Modalités	N	Défavorable		Favorable		Test	p
				n	%	n	%		
Lieu de vie	180	Rural	90	7	36,84	43	51,55	Fisher	0.45879
		Semi-rural	40	5	26,32	35	21,74		
		Urbain	50	7	36,84	83	26,71		

Tableau 6 : Influence de la catégorie socioprofessionnelle sur l'adhésion au projet

Variable	N total	Modalités	N	Défavorable		Favorable		Test	p
				n	%	n	%		
Catégorie socio-professionnelle	180	Indéterminée	2	1	5,26	1	0,62	Fisher	0.47729
		Agent de maîtrise	20	1	5,26	19	11,80		
		Cadre	12	1	5,26	11	6,83		
		Chômeur	5	0	5,26	5	3,11		
		Étudiant	11	1	5,26	10	6,21		
		Indépendant	11	1	5,26	10	6,21		
		Invalidité	2	1	5,26	1	0,62		
		Ouvrier	39	4	21,07	35	21,74		
		Retraité	72	8	42,11	64	39,75		
		Sans emploi	6	1	0	5	3,11		

Il n'y a donc pas de différence statistiquement significative entre les patients « favorables » et « défavorables » sur les critères du genre, de l'âge, du lieu de vie et de la catégorie socioprofessionnelle.

III.4.2. Résultats significatifs

Concernant les questions de la seconde partie du questionnaire, nous avons décidé de publier les résultats significatifs uniquement ($p < 0,05$).

III.4.2.1. Résultats significatifs concernant l'adulte

Tableau 7 : Résultats significatifs entre l'aide à l'habillage/déshabillage et le lieu de vie

Variable	N total	Modalités	N	Défavorable		Favorable		Test	p
				n	%	n	%		
Lieu de vie	180	Rural	90	9	40,91	81	51,27	Fisher	0.02447
		Semi-rural	40	10	45,45	30	18,99		
		Urbain	50	3	13,64	47	29,74		

A propos de l'aide à l'habillage et au déshabillage, les patients du groupe « favorable » semblent majoritairement issus du milieu rural. Ainsi, les patients vivant en milieu rural composent 51,27 % du groupe « favorable » et 40,91 % du groupe « défavorable » avec un $p < 0,05$.

Tableau 8 : Résultats significatifs entre la réalisation d'actes cliniques simples et le genre

Variable	N total	Modalités	N	Défavorable		Favorable		Test	p
				n	%	N	%		
Sexe	180	H	73	17	60,71	56	36,84	Chi2	0.01807
		F	107	11	39,29	96	63,16		

Il a été mis en lumière une différence statistiquement significative entre le genre des répondants à propos de la réalisation d'actes cliniques simples (exemples : BU/ECG/Streptatest) par l'assistant médical. Les patients du groupe « favorable » semblent majoritairement les femmes (63,16 %) et représentent 39,29 % du groupe « défavorable » avec un $p < 0,05$.

Tableau 9 : Résultats significatifs entre la réalisation d'actes cliniques simples et l'âge

Variable	N total	Modalités	N	Défavorable		Favorable		Test	p
				n	%	n	%		
Âge (ans)	180	18 – 30	16	5	17,86	11	7,24	Fisher	0.01902
		30 – 40	31	1	3,57	30	19,74		
		40 – 50	26	2	7,14	24	15,79		
		50 – 60	32	3	10,71	29	19,08		
		60 – 70	31	5	17,86	26	17,10		
		70 +	44	12	42,86	32	21,05		

Il a été mis en évidence une différence statistiquement significative entre l'âge des répondants à propos de la réalisation d'actes cliniques simples (exemples : BU/ECG/Streptatest) par l'assistant médical. Les patients du groupe « défavorable » semblent bien représentés par la tranche d'âge des plus de 70 ans (42,86 %) avec un $p < 0,05$.

Tableau 10 : Résultats significatifs entre la réalisation d'actes cliniques simples et le lieu de vie

Variable	N total	Modalités	N	Défavorable		Favorable		Test	p
				n	%	n	%		
Lieu de vie	180	Rural	90	7	25,00	83	54,61	Chi2	0.01555
		Semi-rural	40	9	32,14	31	20,39		
		Urbain	50	12	42,86	38	25,00		

Concernant la réalisation d'actes cliniques simples (exemples : BU/ECG/Streptatest) par l'assistant médical, les patients du groupe « favorable » semblent majoritairement issus du milieu rural. Ainsi, les patients vivant en milieu rural composent 54,61 % du groupe « favorable » et représentent $\frac{1}{4}$ du groupe « défavorable » avec un $p < 0,05$.

Tableau 11 : Résultats significatifs entre la réalisation de questionnaires et l'âge

Variable	N total	Modalités	N	Défavorable		Favorable		Test	p
				n	%	n	%		
Âge (ans)	180	18 – 30	16	3	10,00	13	8,67	Fisher	0.01680
		30 – 40	31	0	0,00	31	20,67		
		40 – 50	26	4	13,33	22	14,66		
		50 – 60	32	5	16,67	27	18,00		
		60 – 70	31	5	16,67	26	17,33		
		70 +	44	13	43,33	31	20,67		

Il a été mis en avant une différence statistiquement significative entre l'âge des répondants à propos de la réalisation des questionnaires (exemples : addiction, troubles cognitifs) par l'assistant médical. Les patients du groupe « défavorable » semblent bien représentés par la tranche d'âge des plus de 70 ans (43,33 %) avec un $p < 0,05$.

Tableau 12 : Résultats significatifs entre la réalisation de questionnaires et l'ALD

Variable	N total	Modalités	N	Défavorable		Favorable		Test	p
				n	%	N	%		
ALD	180	Oui	55	15	50,00	40	26,67	Chi2	0.01132
		Non	125	15	50,00	110	73,33		

Il est constaté une différence statistiquement significative entre les patients en ALD et ceux ne l'étant pas concernant la réalisation des questionnaires (exemples : addiction, troubles cognitifs) par l'assistant médical. Environ les $\frac{3}{4}$ du groupe « favorable » sont des patients n'ayant pas d'ALD (73,33 %) avec un $p < 0,05$.

Tableau 13 : Résultats significatifs entre la réalisation de certains gestes techniques et le lieu de vie

Variable	N total	Modalités	N	Défavorable		Favorable		Test	p
				n	%	n	%		
Lieu de vie	180	Rural	90	8	27,59	82	54,30	Chi2	0.02880
		Semi-rural	40	10	34,48	30	19,87		
		Urbain	50	11	37,93	39	25,83		

Concernant l'assistance de certains actes techniques (exemples : sutures, ponctions, infiltrations) par l'assistant médical, les patients du groupe « favorable » semblent majoritairement issus du milieu rural. Ainsi, les patients vivant en milieu rural composent 54,30 % du groupe « favorable » et 27,59 % du groupe « défavorable » avec un $p < 0,05$.

III.4.2.2. Résultats significatifs concernant l'enfant

Tableau 14 : Résultats significatifs entre la présence pour un enfant de plus de 12 ans et le genre

Variable	N total	Modalités	N	Défavorable		Favorable		Test	p
				n	%	N	%		
Sexe	134	H	53	8	21,62	39	40,21	Chi2	0.04385
		F	81	29	78,38	58	59,79		

Il a été mis en évidence une différence statistiquement significative entre le genre des répondants concernant la présence de l'assistant médical lors d'une consultation pour un enfant de plus de 12 ans. Les patients du groupe « défavorable » semblent très majoritairement les femmes (78,38 %) et représentent 59,79 % du groupe « favorable » avec un $p < 0,05$.

Tableau 15 : Résultats significatifs entre la présence pour un enfant de plus de 12 ans et l'âge

Variable	N total	Modalités	N	Défavorable		Favorable		Test	p
				n	%	n	%		
Âge (ans)	134	18 – 30	13	4	10,81	9	9,29	Fisher	0.03458
		30 – 40	30	8	21,62	22	22,68		
		40 – 50	24	10	27,03	14	14,43		
		50 – 60	25	1	2,70	24	24,74		
		60 – 70	21	7	18,92	14	14,43		
		70 +	21	7	18,92	14	14,43		

Une différence statistiquement significative est remarquée entre l'âge des répondants à propos de la présence de l'assistant médical lors d'une consultation pour un enfant de plus de 12 ans. Les patients du groupe « défavorable » semblent plus représentés par la tranche d'âge des 30 – 50 ans (48,65 %) avec un $p < 0,05$.

Tableau 16 : Résultats significatifs entre la mesure des paramètres cliniques et le lieu de vie

Variable	N total	Modalités	N	Défavorable		Favorable		Test	p
				n	%	n	%		
Lieu de vie	134	Rural	70	1	9,09	69	56,10	Fisher	0.00142
		Semi-rural	28	6	54,55	22	17,88		
		Urbain	36	4	36,36	32	26,02		

Une différence statistiquement très significative a été mise en évidence entre le lieu de vie des répondants concernant la mesure des paramètres cliniques chez l'enfant par l'assistant médical. Les patients du groupe « défavorable » semblent plus représentés par les patients vivant en zone semi-rural (54,55 %) et le groupe « favorable » par ceux vivant en zone rurale avec un $p < 0,05$.

Tableau 17 : Résultats significatifs entre l'évaluation du développement psychomoteur de l'enfant et l'âge

Variable	N total	Modalités	N	Défavorable		Favorable		Test	p
				n	%	n	%		
Âge (ans)	134	18 – 30	13	8	23,53	5	5,00	Fisher	0.03958
		30 – 40	30	4	11,76	26	26,00		
		40 – 50	24	5	14,71	19	19,00		
		50 – 60	25	6	17,65	19	19,00		
		60 – 70	21	4	11,76	17	17,00		
		70 +	21	7	20,59	14	14,00		

Il a été observé une différence statistiquement significative entre la tranche d'âge des répondants à propos de l'évaluation du développement psychomoteur de l'enfant par l'assistant médical. Les patients de la tranche d'âge 18 – 30 ans constituent 23,53 % et les plus de 70 ans représentent 20,59 % du groupe « défavorable », contre 5,00 % et 14,00 % respectivement du groupe « favorable ». Les patients de la tranche d'âge 30 – 40 ans représentent 26,00 % du groupe « favorable » contre 11,76 % du groupe « défavorable » avec un $p < 0,05$.

Tableau 18 : Résultats significatifs entre l'évaluation du développement psychomoteur de l'enfant et le lieu de vie

Variable	N total	Modalités	N	Défavorable		Favorable		Test	p
				n	%	n	%		
Lieu de vie	134	Rural	70	9	26,47	61	61,00	Chi2	0.00233
		Semi-rural	28	11	32,35	17	17,00		
		Urbain	36	14	41,18	22	22,00		

Une différence statistiquement très significative a été observée entre le lieu de vie des répondants concernant l'évaluation du développement psychomoteur de l'enfant par l'assistant médical. Les patients du groupe « défavorable » semblent plus représentés par les patients vivant en zone urbaine (41,18 %) et le groupe « favorable » par ceux vivant en zone rurale (61,00 %) avec un $p < 0,05$.

Tableau 19 : Résultats significatifs entre le dépistage des troubles auditifs/visuels et l'âge

Variable	N total	Modalités	N	Défavorable		Favorable		Test	p
				n	%	n	%		
Âge (ans)	134	18 – 30	13	7	20,59	6	6,00	Fisher	0.04351
		30 – 40	30	3	8,81	27	27,00		
		40 – 50	24	6	17,65	18	18,00		
		50 – 60	25	5	14,71	20	20,00		
		60 – 70	21	5	14,71	16	16,00		
		70 +	21	8	23,53	13	13,00		

Il a été remarqué une différence statistiquement significative entre la tranche d'âge des répondants à propos du dépistage des troubles auditifs et visuels par l'assistant médical. Les patients de la tranche d'âge 18 – 30 ans et les plus de 70 ans constituent 20,59 % et 23,53 % du groupe « défavorable » respectivement contre 6,00 % et 13,00 % respectivement du groupe « favorable ». Les patients de la tranche d'âge 30 – 40 ans représentent 27,00 % du groupe « favorable » contre 8,81 % du groupe « défavorable » avec un $p < 0,05$.

Tableau 20 : Résultats significatifs entre la vérification du statut vaccinal et le lieu de vie

Variable	N total	Modalités	N	Défavorable		Favorable		Test	p
				n	%	N	%		
Lieu de vie	134	Rural	70	2	14,29	67	55,83	Fisher	0.00518
		Semi-rural	28	4	28,57	24	20,00		
		Urbain	36	8	57,14	29	24,17		

Une différence statistiquement très significative a été mise en exergue entre le lieu de vie des répondants concernant la vérification du statut vaccinal de l'enfant par l'assistant médical. Les patients du groupe « défavorable » semblent nettement représentés par les répondants vivant en zone urbaine (57,14 %) et le groupe « favorable » par ceux vivant en zone rurale (55,83 %) avec un $p < 0,05$.

III.4.2.3. Résultats significatifs concernant les tâches administratives

Tableau 21 : Résultats significatifs entre l'encaissement de la consultation et le lieu de vie

Variable	N total	Modalités	N	Défavorable		Favorable		Test	p
				n	%	N	%		
Lieu de vie	180	Rural	90	5	27,78	85	52,47	Fisher	0.01616
		Semi-rural	40	9	50,00	31	19,14		
		Urbain	50	4	22,22	46	28,39		

Une différence statistiquement très significative a été mise en évidence entre le lieu de vie des répondants concernant l'encaissement de la consultation par l'assistant médical. Les patients du groupe « défavorable » semblent plus représentés par les patients vivant en zone semi-rurale (50,00 %) et le groupe « favorable » par ceux vivant en zone rurale (52,47 %) avec un $p < 0,05$.

IV. Discussion

IV.1. Forces et limites de l'étude

IV.1.1. Forces de l'étude

IV.1.1.1. Objectif principal

La force principale de cette étude réside dans le fait que l'assistant médical est un sujet d'actualité. En effet, c'est un nouveau métier auquel les médecins et les patients en cabinet de médecine générale n'ont jamais été confrontés par le passé en France. Notre pays semble très en retard par rapport à d'autres pays, notamment ceux d'Amérique du Nord et certains de nos voisins européens.

Il existe très peu de bibliographie sur ce sujet et encore moins sur la représentation des patients au regard de cette nouvelle profession. Or, les patients sont au centre de l'impact de son déploiement et il nous paraissait primordial de recueillir leurs avis. L'assistant médical va modifier la relation médecin-patient et il était nécessaire de connaître les attentes et les freins des patients à sa mise en place.

Par ailleurs, cette étude est la première menée dans l'ancienne région Limousin, connue comme une des zones les plus rurales de France et se désertifiant sur le plan des médecins généralistes.

Ainsi, l'objectif principal de notre étude était de connaître le point de vue des patients envers les tâches déléguées à l'assistant médical par les médecins généralistes en Limousin.

IV.1.1.2. Objectifs secondaires

Nous avons démontré que l'assistant médical semblait méconnu du grand public. Ceci a été confirmé par l'analyse des résultats du questionnaire car plus de la moitié des sondés (54 %) n'avait pas connaissance du projet.

Malgré cela, les patients répondants étaient nettement favorables à la mise en place de cette profession dans la région Limousin (89 %).

Enfin, nous avons cherché à définir si le sexe, l'âge, la catégorie socioprofessionnelle et le lieu de vie avaient une influence sur la réponse des patients. Ainsi, il semble que le sexe, l'âge et le lieu de vie ont une influence sur les réponses données.

IV.1.1.3. Questionnaire

Le choix du questionnaire pour le mode de recueil des données permet une uniformité des réponses. L'utilisation d'un questionnaire diminue l'influence que peut avoir l'investigateur, malgré d'éventuelles difficultés de compréhension. Afin de laisser une ouverture à notre thèse, nous avons repris certaines questions des deux thèses évoquées dans l'introduction, en vue de confronter les résultats.

Le pré-test du questionnaire a permis de l'ajuster et de connaître la durée moyenne de réponse. Le recueil s'est effectué sous couvert d'anonymat chez des patients majeurs. De plus, le questionnaire a été diffusé dans des cabinets de médecine générale de manière aléatoire et équitable entre les espaces urbains, semi-ruraux et ruraux et entre les 3

départements du Limousin permettant une généralisation des résultats à la population limousine.

IV.1.2. Limites de l'étude

Tout d'abord, les études épidémiologiques descriptives qu'elles soient transversales ou longitudinales sont de faible niveau de preuve scientifique selon la HAS. La finalité de l'épidémiologie descriptive est la description d'un phénomène mais ne permet pas de proposer une explication à la réponse donnée.

Par ailleurs, il s'agit d'une étude menée dans une seule région. De fait, les différences de modalités d'investigations selon les régions pourraient conduire à des variations importantes. Les résultats ne sont donc pas extrapolables à l'ensemble du territoire français.

L'autre grande limite réside dans le questionnaire. En effet, le fait que les patients le remplissent eux-mêmes a pu entraîner des erreurs de compréhension de l'intérêt de la thèse et des questions posées, d'autant plus s'ils n'avaient pas connaissance du projet.

IV.1.2.1. Biais

Le principal biais est le biais de sélection :

- les médecins n'ont peut-être pas suivi le protocole de distribution des questionnaires ;
- certains répondants sont peut-être des médecins généralistes eux-mêmes ;
- certains médecins favorables au projet d'assistant médical ont pu expliquer de manière plus précise le rôle de ce nouveau métier et influencer l'affirmation des réponses pour certains patients.

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. Ce biais était potentiellement présent dans notre étude du fait qu'il ait pu être réalisé au sein d'un cabinet de médecine générale ou de la présence du médecin généraliste.

IV.1.2.2. Population de l'étude

Nous avons décidé de comparer la population de notre étude par rapport à la population limousine par genre et par âge en se basant sur les données du recensement de la population effectué par l'Insee en 2018. (29)

Nous avons retenu 178 des 180 répondants pour faciliter la comparaison avec les données de l'Insee selon leurs tranches d'âge.

Il faut noter que les données comparées sont de décembre 2020 et janvier 2021 pour notre étude contre 2018 pour le recensement effectué par l'Insee.

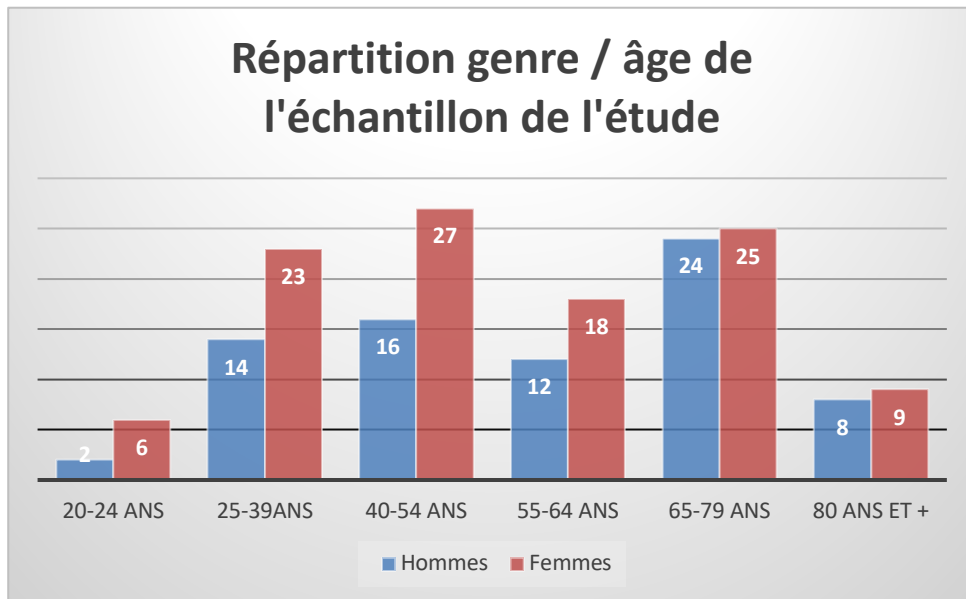


Figure 38 : Répartition genre / âge de l'échantillon de l'étude

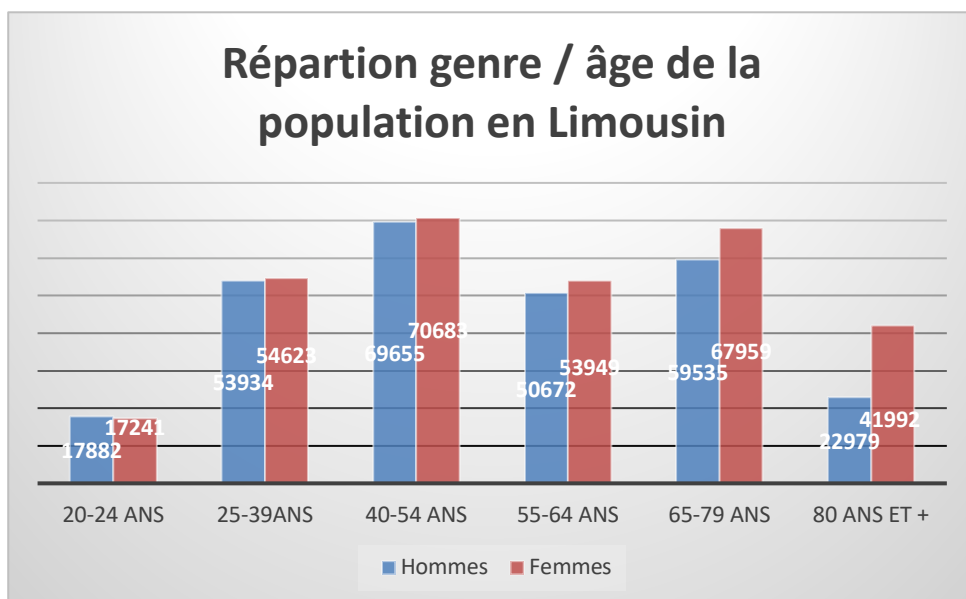


Figure 39 : Répartition genre / âge de la population en Limousin

Source : Insee, RP2018 exploitation principale, géographique au 01/01/2021

Ainsi, nous avons pu observer que la population de l'étude n'est pas représentative de la population en Limousin car les femmes sont majoritairement plus représentées dans notre étude pour les tranches d'âge allant de 20 à 64 ans et le rapport hommes/femmes pour les plus de 80 ans est équilibré. Cependant, nous avons pu constater une relative symétrie de la courbe.

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

IV.2. Les attentes et les freins des patients autour de ce projet

IV.2.1. Vision générale

A l'analyse et à l'interprétation des résultats, nous constatons que les répondants sont dans l'ensemble favorables à l'instauration de ce dispositif. En effet, 89 % des patients interrogés sont prêts à accepter la présence de l'assistant médical lorsqu'ils consultent leur médecin traitant.

Toutefois, plus de la moitié des patients (54 %) ne connaissent pas le projet de l'assistant médical et donc son rôle au sein des cabinets de médecine générale.

Nous constatons alors un contraste dans les deux thèses citées dans notre introduction. Premièrement, les médecins généralistes sont également favorables au projet de l'assistant médical mais dans une plus faible proportion : 77 % (1) et 62,6 % (2) respectivement.

Secondement, les médecins généralistes semblent avoir été mieux informés du projet que les patients car 96 % d'entre eux en avaient connaissance (2).

Ainsi, l'engouement n'est pas égal entre les médecins généralistes et les patients, ces derniers l'étant davantage.

Les remarques des patients suggèrent que l'assistant médical apparaît comme une véritable attente pour la plupart des patients interrogés en déchargeant leurs médecins généralistes de certaines tâches mais nous voyons que quelques-unes sont plus volontiers déléguées que d'autres.

IV.2.2. Discussion des actes cliniques chez l'adulte

Parmi les actes cliniques délégués à l'assistant médical chez l'adulte, les patients sont majoritairement favorables à l'aide pour s'habiller ou se déshabiller (88 %), la mesure du poids et de la taille (97 %), la mesure de la tension artérielle (93 %), la réalisation d'actes techniques simples tels que BU/ECG/Streptatest (85 %), l'évaluation par une grille normalisée de la consommation d'alcool/tabac, des troubles cognitifs (84 %), la vérification du statut vaccinal et des dépistages organisés (77 %) et l'assistance pour la réalisation de certains actes médicaux et/ou chirurgicaux tels que les sutures, les ponctions et les infiltrations (82 %).

Un premier frein semble apparaître pour les patientes concernant l'assistance pour certains gestes gynécologiques. En effet, 57 % des répondantes ne souhaitent pas la présence de l'assistant médical pour la réalisation d'un frottis, la pose d'un stérilet ou d'un implant.

Nous notons quelques résultats significatifs dans l'analyse en sous-groupe :

- Les patients vivant en milieu rural seraient plus enclins que ceux vivant en zone semi-rurale et urbaine à laisser l'assistant médical aider pour l'habillage et le déshabillage, la réalisation d'actes cliniques simples (exemples : BU, ECG, Streptatest), l'assistance de certains actes techniques (exemples : sutures, ponctions, infiltrations) ;
- Les femmes accepteraient plus volontiers la présence de l'assistant médical pour la réalisation d'actes cliniques simples (exemples : BU, ECG, Streptatest...) ;
- La tranche d'âge constituée des 70 ans et plus serait davantage intéressée pour que l'assistant médical réalise certains actes cliniques simples (exemples : BU, ECG, Streptatest). Au contraire, elle représenterait la tranche la moins favorable à ce que

l'assistant médical réalise des questionnaires sous forme de grille normalisée (exemples : addiction, troubles cognitifs...);

- Les patients en ALD auraient tendance à ne pas vouloir que l'assistant médical réalise des questionnaires sous forme de grille normalisée (exemples : addiction, troubles cognitifs...).

Globalement, les patients voient d'un bon œil la présence quotidienne de l'assistant médical pour la réalisation et l'aide pour certaines tâches cliniques habituellement réservées au médecin généraliste. Seule sa présence lors des gestes gynécologiques ne semble pas faire l'unanimité car ces actes concernant la sphère gynécologique peuvent être une source d'appréhension pour les femmes qui dévoilent leur partie du corps la plus intime.

IV.2.3. Discussion des actes cliniques chez l'enfant

Les tâches déléguées en pédiatrie font moins l'unanimité chez les répondants. Tout d'abord, les patients sont partagés pour la présence de l'assistant médical lors de l'examen clinique des enfants âgés de 0 à 6 ans avec 52,2 % de refus. La tendance commence à s'inverser pour les 6-12 ans (57,5 % favorables) pour devenir majoritaire pour les 12 ans et plus (72,4 % favorables). Nous pensons que cette différence s'explique par le fait que les parents auraient davantage confiance en leur médecin généraliste pour examiner, dépister d'éventuelles anomalies et suivre le bon développement de leur(s) enfant(s), cette tendance se vérifiant davantage plus l'enfant est jeune.

Les répondants semblent tout de même une majorité à laisser l'assistant peser, mesurer la taille et le périmètre crânien de l'enfant (92 %), vérifier le statut vaccinal (90 %), évaluer le développement psychomoteur de l'enfant par une grille normalisée et dépister les troubles auditifs/visuels (75 %).

Nous notons quelques résultats significatifs dans l'analyse en sous-groupe :

- Les femmes seraient plus opposées que les hommes à la présence de l'assistant médical pour les enfants de plus de 12 ans ;
- Les patients âgés de 30 à 50 ans apparaissent moins enclins à ce que l'assistant médical soit présent lors d'une consultation pour un enfant de plus de 12 ans.
- Les patients de la tranche d'âge 18 – 30 ans et les plus de 70 ans semblent moins favorables à l'évaluation du développement psychomoteur de l'enfant par l'assistant médical et pour le dépistage des troubles auditifs et/ou visuels. A l'inverse, la tranche d'âge 30 – 40 ans serait plus favorable à ce que ces tâches soient déléguées à l'assistant médical.
- Les patients vivant en milieu rural seraient davantage intéressés par le fait que l'enfant soit pesé et mesuré par l'assistant médical, qu'il évalue le développement psychomoteur et vérifie le statut vaccinal.

Ainsi, nous pensons que les patients sont globalement prêts à ce que certaines tâches cliniques soient déléguées à l'assistant médical lors d'une consultation pour un enfant. Cependant, le principal frein concerne les nourrissons et la petite enfance (jusqu'à 6 ans) parce que les parents semblent craindre des erreurs qui pourraient avoir des conséquences pour leur enfant si les tâches étaient exclusivement dédiées à l'assistant médical.

IV.2.4. Discussion des tâches administratives

Sur le plan administratif, les répondants souhaitent en grande majorité voir certaines tâches déléguées à l'assistant médical telles que la prise de rendez-vous (96 %), l'encaissement de la consultation (90 %) et la gestion du dossier patient (89 %).

Nous notons un résultat significatif dans l'analyse en sous-groupe :

- Les patients vivant en zone rurale semblent plus enclins à ce que l'assistant médical gère l'aspect financier de la consultation (feuille de soins, facturation, encaissement).

Nous pensons donc que la délégation des tâches administratives bénéficie d'un engouement de la part de nos répondants car celles-ci ne nécessitent pas de compétences médicales particulières et permettrait au médecin généraliste d'accorder plus de temps au patient pour l'écoute et la prise en charge du motif de consultation.

IV.2.5. Comparaison avec le point de vue des médecins généralistes

La thèse d'exercice soutenue en janvier 2021 par le Dr. Vincent PAUBERT dont l'objectif principal 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 » nous permet de comprendre les attentes de ces derniers.

Les médecins interrogés pensent que les assistants peuvent être une bonne solution pour optimiser l'organisation au sein du cabinet, libérer du temps médical et (2) :

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

Cependant, seulement 51% de médecins pensent que les assistants médicaux peuvent être une bonne solution pour favoriser l'accès aux soins de premier recours signifiant un avis partagé sur cette question. (2).

Un des freins évoqué dans cette thèse et que nous avons ressenti également au cours du recueil des remarques des répondants concerne les problèmes relationnels que pourraient engendrer l'arrivée de l'assistant médical dans le quotidien des consultations en médecine générale. En effet, 43 % des médecins interrogés pensent que le fait d'avoir un assistant peut détériorer la relation médecin-patient ou entraîner une rupture du secret médical (2). Les remarques des patients suggèrent une crainte que leur médecin traitant soit substitué, que le temps de contact soit réduit ou que le secret professionnel soit malmené.

Dans la 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 » (1), 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 souhaitent déléguer la mesure de poids et de la taille (87 %), la préparation du matériel pour les gestes (80 %) et l'aide à l'habillage/déshabillage du patient (75 %).

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

Ainsi, nous observons des résultats superposables pour l'ensemble des questions de notre questionnaire sauf l'avis concernant la mesure de la tension artérielle pour laquelle les médecins sont plus partagés pour déléguer cette tâche alors que les patients semblent majoritairement favorables. C'est en effet l'acte clinique qui représente le plus le médecin généraliste d'autant plus qu'il ne lui prend pas beaucoup de temps.

Inversement, comme détaillé ci-dessus, la présence de l'assistant médical lors de l'examen gynécologique n'est pas souhaitée par la majorité des patientes alors que les médecins généralistes n'émettent pas de frein à ce sujet.

A propos de ce dernier point, nous pensons que cette différence s'explique par le fait que le médecin voit en l'assistant médical une aide supplémentaire pour l'examen et les actes techniques gynécologiques alors que les patientes y voient surtout la présence d'une personne supplémentaire dans un moment souvent appréhendé par les femmes.

IV.3. Les perspectives d'évolution et les voies d'amélioration

IV.3.1. L'assistant médical, où en sommes-nous ?

D'après un bilan présenté aux syndicats en Commission Paritaire Nationale le jeudi 4 mars 2021, nous observons que les assistants médicaux se mettent en place progressivement avec des résultats significatifs. Lancé à la rentrée 2019, le recrutement des assistants médicaux n'a pas pâti de la crise sanitaire : le nombre de contrats signés a augmenté tout au long de l'année 2020, pour atteindre 1 739 embauches au 19 février 2021. Une hausse de la patientèle se remarque parallèlement dans ces cabinets médicaux. (30)

La promesse présidentielle de déployer 4 000 assistants médicaux d'ici à 2022 sera-t-elle tenue ?

Nous observons en Limousin que les assistants médicaux sont pour le moment des secrétaires médicales en reconversion ayant déjà l'expérience du cabinet et de la patientèle ; d'autant plus que certaines tâches étaient déjà effectuées par celles-ci. Cela s'explique aussi par le fait que ces dernières ont établi un contact de longue date avec la plupart des patients. Une facilité d'échange et de communication est constatée, les patients ayant alors une certaine confiance.

Par ailleurs, nous avons pu remarquer que certaines aides-soignantes de formation avaient choisi cette voie et de bons retours sont constatés de la part des médecins et des patients.

Ainsi, le métier d'assistant médical peut permettre une reconversion, en deuxième partie de carrière, des aides-soignants et des infirmiers, avec les problématiques physiques que l'on connaît (dorsales notamment), et ainsi éviter le chômage pour inaptitude.

A la fin du mois de février 2021, deux types de profil émergent parmi les assistants médicaux en poste :

- **80 % d'anciennes secrétaires médicales**, qui souhaitent une évolution professionnelle et la reconnaissance de leurs compétences ;
- **20 % viennent de professions réglementées** (infirmiers, aides-soignants, auxiliaires de puériculture). (30)

Par ailleurs, une des préoccupations des patients de notre étude concernait la formation des assistants médicaux. Lorsque nous avons entrepris la réalisation de cette thèse, cette partie n'était pas mise au point. A ce jour, les choses semblent avoir évolué avec un programme clairement établi.

En effet, la formation dure 384 heures dont 371 heures d'enseignements et 13 évaluations au rythme de 2 jours par semaine et une partie en distanciel. Elle s'articule sur une année autour de 4 blocs de compétences et 15 modules (31) :

- 1^{er} bloc (suivi du parcours du patient) : apprentissage de la collecte des informations ; connaissance des grands examens et soins courants ; connaissance du parcours de santé et des grandes structures d'accueil du patient ; connaissance de la vaccination, des politiques de santé publique en termes de prévention et de dépistage ; limites du rôle de l'assistant et le secret professionnel ;
- 2^e bloc (accueil et prise en charge administrative) : création du dossier médical ; connaissance du vocabulaire médical et des grandes pathologies du parcours de santé ; connaissance des logiciels médicaux et de la télémédecine ;
- 3^e bloc (hygiène et qualité) : gestion du risque contaminant ; gestion des stocks ; identitovigilance ; pharmacovigilance ; déclaration d'événements indésirables ;
- 4^e bloc : (assistance opérationnelle auprès des praticiens) : prise des constantes et des mesures, assistance technique avec préparation de la salle d'examen et des patients etc. ; acquisition de l'AFGSU de niveau 1 – attestation de formation aux gestes et soins d'urgence.

La mise en place des assistants médicaux au sein des cabinets de médecine générale dépend principalement des médecins qui jugent de la nécessité, de leur capacité d'accueil et du financement pour lequel une aide peut être octroyée sous condition d'augmenter leur patientèle.

Cependant, un manque de communication au sujet de ce nouveau métier envers la population apparaît clair et il serait intéressant de se pencher sur cette problématique.

IV.3.2. Mieux informer les patients

Notre étude a permis de mettre en évidence qu'une majorité de patients n'avaient pas connaissance de ce nouveau poste créé dans le cadre du plan « Ma santé 2022 ». La question légitime qui en découle est alors : « Comment mieux informer les patients sur l'existence et le rôle de l'assistant médical ? ».

Il serait utile que les pouvoirs publics présentent le métier d'assistant médical par le biais de plusieurs sources d'information telles que les journaux télévisés, les spots publicitaires de présentation par le Ministère de la Santé, les affiches publicitaires... Ce sont autant de vecteurs permettant de présenter, d'expliquer et de sensibiliser au rôle de l'assistant médical dans les cabinets de médecine générale.

En outre, dans les cabinets médicaux dans lesquels un assistant médical est déjà en place, et par la suite dans ceux qui s'en doteront, il apparaît opportun d'afficher une note d'information en vue d'expliquer aux patients son rôle et ses missions. Ainsi, cela permettrait à la patientèle de bien cerner les tâches qu'elle peut confier à l'assistant médical et celles qui sont réservées au médecin généraliste.

A ce propos, il faut préciser qu'il n'existe pas de liste prédéfinie des tâches à déléguer ou non à l'assistant médical. Chaque médecin généraliste est libre, en fonction de ses besoins et de ses attentes, de déléguer plus ou moins de tâches ; d'où l'importance de cette note d'information, personnalisée.

Conclusion

En Limousin, les patients semblent favorables, comme les médecins généralistes, à la mise en place des assistants médicaux.

Par ailleurs, notre étude a montré une méconnaissance notable de l'existence de cette nouvelle profession au sein de notre population de patients étudiée.

Afin de savoir si notre population consultante et répondante en Limousin est représentative, il pourrait être intéressant de mener des études similaires dans chaque région, sur un panel de population plus large, afin de définir les attentes et les freins des patients de manière plus pertinente.

Le dispositif de l'assistant médical, impulsé par le projet de loi « Ma Santé 2022 », n'est pas totalement défini. En effet, il appartiendra à la pratique de déterminer, grâce à l'expérience, les tâches déléguées, les retombées sur les cabinets de médecine générale... Cependant, un consensus émerge sur la légitimité de ce dispositif, en vue de libérer du temps au médecin généraliste.

Malgré des failles perceptibles, les assistants médicaux se mettent en place progressivement sur le territoire national français, bien que leur formation soit en cours. Les premiers retours des médecins généralistes et des patients plaident en faveur d'un accueil positif de l'assistant médical dans les cabinets de médecine générale.

Toutefois, face à l'inconnu, des réticences, légitimes, s'élèvent de la part des patients : qu'est-ce qu'un assistant médical ? Quid de leur formation ? Quid du secret professionnel ? Quid de leur rôle ?

Il appartiendra aux pouvoirs publics de répondre à ces interrogations.

Concernant la notion-même d'assistant médical, il importe d'informer les patients sur sa mise en place, à l'heure actuelle ou dans les années à venir.

Concernant la formation, celle-ci est exposée par le projet de loi « Ma Santé 2022 » et pourra être expliquée aux patients, pour éloigner leurs interrogations et leurs craintes à ce sujet.

Concernant le secret professionnel, à la manière des secrétaires médicales ou des étudiants en médecine, dans le cadre de leurs stages, ils y seront soumis. Cette exigence pourra se manifester par l'ajout d'une clause au sein de leur contrat de travail, de « respect du secret médical ».

Concernant leur rôle, bien que défini par le projet de loi « Ma Santé 2022 », celui-ci pourra être affiné en fonction des tâches déléguées.

Quoi qu'il en soit, l'histoire de l'assistant médical, qui pourrait être perçu comme le « bras droit » du médecin généraliste, semble bien débuter, grâce à un accueil favorable du grand public.

Références bibliographiques

1. Abt R. Assistant médical en France : l'opinion des médecins généralistes et internes de médecine générale sur la délégation de tâches = Medical assistant in France : opinion of general practitioners and GP residents on tasks delegation [Internet]. Limoges; 2020 [cité 23 mai 2021]. Disponible sur: <http://aurore.unilim.fr/ori-oai-search/notice/view/unilim-ori-111769>
2. Paubert V. Les assistants médicaux en France : enquête d'opinion auprès des médecins généralistes installés en Limousin = Medical assistants in France : opinion survey of general practitioner established in Limousin [Internet]. Limoges; 2021 [cité 23 mai 2021]. Disponible sur: <http://aurore.unilim.fr/ori-oai-search/notice/view/unilim-ori-114186>
3. Bilan démographique 2020 – Bilan démographique 2020 | Insee [Internet]. [cité 18 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5012724?sommaire=5007726>
4. Comparateur de territoire | Insee [Internet]. [cité 20 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=REG-74+FRANCE-1+DEP-23+DEP-87+DEP-19>
5. Projections de population à l'horizon 2070 – Projections de population 2013-2070 pour la France | Insee [Internet]. [cité 20 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228?sommaire=2496793>
6. Toujours plus d'habitants dans les unités urbaines - Insee Focus - 210 [Internet]. [cité 21 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4806684#graphique-figure2>
7. CNOM. Atlas CNOM 2018 - Synthèse activité régulière. 1 janv 2018; Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/pie6yf/cnom_atlas_2018_synthese_activite_reguliere_0.pdf.
8. CNOM. La Démographie Médicale en Région Limousin - Situation en 2015. 2015;65.
9. Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 26 avr 2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/difficultes-et-adaptation-des-medecins-generalistes-face-loffre-de>
10. Plus de 8 médecins généralistes sur 10 s'organisent au quotidien pour prendre en charge les soins non programmés | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 27 avr 2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/plus-de-8-medecins-generalistes-sur-10-sorganisent-au-quotidien>
11. Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 27 avr 2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/deux-tiers-des-medecins-generalistes-liberaux-declarent-travailler>
12. Rapport-Harris-Etude-les-Francais-et-la-medecine-de-ville-Santeclair.pdf [Internet]. Disponible sur: <https://harris-interactive.fr/wp-content/uploads/sites/6/2019/10/Rapport-Harris-Etude-les-Francais-et-la-medecine-de-ville-Santeclair.pdf>.
13. Qualité et accès aux soins : que pensent les Français de leurs médecins ? | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 28 avr 2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/qualite-et-acces-aux-soins-que-pensent-les-francais-de-leurs>
14. Délégation, transfert, nouveaux métiers... Comment favoriser les formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 28 avr

2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_497724/fr/delegation-transfert-nouveaux-metiers-comment-favoriser-les-formes-nouvelles-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante

15. BLANC F.-E. Arrêté n°2012/000623 en date du 18 juin 2012 portant autorisation du protocole ASALEE concernant la réalisation de certains actes médicaux par des infirmiers DE (délégués) validés par des médecins (délégants). 18 juin 2012.

16. Communiqué de presse : Des organisations et des pratiques coopératives diverses entre médecins généralistes et infirmières dans le dispositif Asalée : une typologie des binômes - IRDES [Internet]. [cité 30 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/presse/communiques/185-des-organisations-et-des-pratiques-cooperatives-diverses-entre-medecins-generalistes-et-infirmieres-dans-le-dispositif-asalee.html>

17. Impulsion du dispositif Asalee : pour une coopération pluri-professionnelle entre médecins généralistes et infirmiers [Internet]. [cité 30 avr 2021]. Disponible sur: <http://www.grand-est.ars.sante.fr/impulsion-du-dispositif-asalee-pour-une-cooperation-pluri-professionnelle-entre-medecins>

18. Profession : infirmier de pratique avancée (IPA) | APMSL [Internet]. [cité 1 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.apmsl.fr/page/profession-infirmier-pratique-avancee-ipa/>

19. La pratique avancée : un nouveau métier d'infirmier(e) aux compétences élargies [Internet]. [cité 1 mai 2021]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/la-pratique-avancee-un-nouveau-metier-dinfirmiere-aux-competences-elargies>

20. DGOS_Michel.C, DGOS_Michel.C. L'infirmier en pratique avancée [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 1 mai 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>

21. Ma Santé 2022 : les grandes mesures inscrites dans la loi [Internet]. [cité 2 mai 2021]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/ma-sante-2022-les-grandes-mesures-inscrites-dans-la-loi>

22. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. Ma santé 2022 : un engagement collectif [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 2 mai 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/>

23. Cabinets libéraux : aide à l'embauche d'assistants médicaux [Internet]. [cité 3 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/aides-financieres/aide-embauche-assistants-medicaux>

24. History of the PA Profession and the American Academy of PAs [Internet]. AAPA. [cité 8 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.aapa.org/about/history/>

25. Medical Assistant vs. Physician Assistant [Internet]. Medical Assistant Schools, Programs and Careers. 2011 [cité 8 mai 2021]. Disponible sur: <https://theemicalassistants.com/medical-assistant-vs-physician-assistant/>

26. CSFO S|. Assistant médical CFC / Assistante médicale CFC [Internet]. [cité 8 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.orientation.ch/SharerWeb/Index?id=L2R5bi9zaG93LzE5MDA%2FaWQ9MjI%3D>

27. Meijer K, Kuilman L. Patient satisfaction with PAs in the Netherlands. undefined [Internet]. 2017 [cité 30 mai 2021]; Disponible sur: </paper/Patient-satisfaction-with-PAs-in-the-Netherlands-Meijer-Kuilman/bcc05897388f97fd2319b5e2f47d8d8a115cf9da>

28. Hooker RS, Moloney-Johns AJ, McFarland MM. Patient satisfaction with physician assistant/associate care: an international scoping review. Hum Resour Health. 27 déc 2019;17(1):104.

29. POP2 - Population par sexe, âge et catégorie de population en 2018 Recensement de la population – Résultats pour toutes les communes, départements, régions, intercommunalités... | Insee [Internet]. [cité 23 août 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/zones/5397447?geo=DEP-87+DEP-19+DEP-23&debut=0&q=population+limousine&sommaire=5397467>
30. MACSF.fr. Assistant médical : une nouvelle aide pour les médecins [Internet]. MACSF.fr. [cité 17 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/cadre-juridique/assistant-medical-une-nouvelle-aide-pour-les-medecins>
31. MACSF.fr. La formation d'assistant médical en pratique [Internet]. MACSF.fr. [cité 17 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/cadre-juridique/la-formation-d-assistant-medical-en-pratique>

Annexes

Annexe 1. Questionnaire adressé aux patients 86

Annexe 1. Questionnaire adressé aux patients

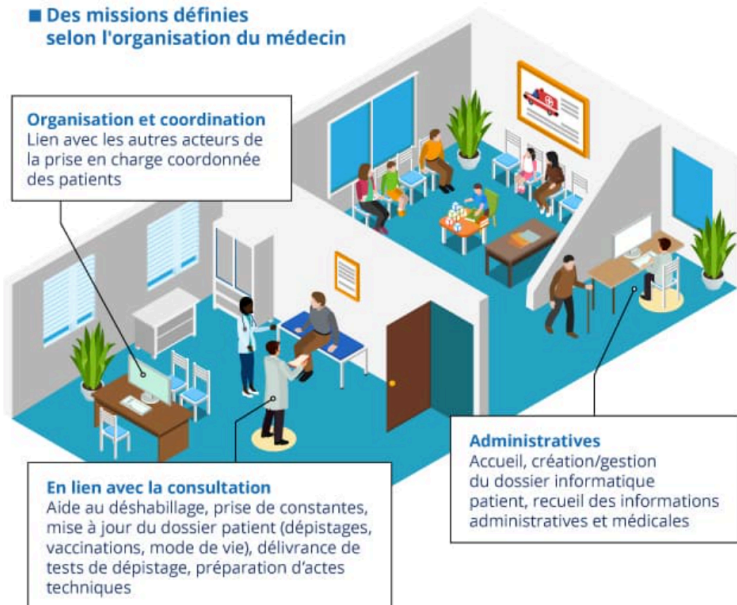
Date : / /

Questionnaire - Les assistants médicaux

ASSISTANT MÉDICAL,
UNE NOUVELLE FONCTION DE SOUTIEN AUX MÉDECINS



■ Des missions définies selon l'organisation du médecin



Mesdames, Messieurs,

Je m'appelle Antoine SIMONNET et je suis en dernière année d'internat de médecine générale. Dans le cadre de la préparation de ma thèse, j'aurais besoin de connaître votre avis concernant les assistants médicaux en médecine générale que la loi « Ma Santé 2022 » souhaite mettre en place.

Selon ce projet, les assistants médicaux devront venir en soutien du médecin généraliste, en effectuant des tâches administratives ou médicales.

Ce questionnaire vous prendra moins de 5 min !

Caractéristiques des répondants :

- Vous êtes : Un homme / Une femme Votre âge : ans
- Vous êtes : étudiant / retraité / ouvrier / agent de maîtrise / cadre / indépendant / chômeur / autre :
- Vous vivez : à la ville / en semi-urbain / à la campagne
- Vous avez une Affection Longue Durée (ALD) : Oui / Non
- Est-ce facile pour vous d'avoir recours à un médecin généraliste ? Oui / Non

Concernant l'assistant médical :

- Connaissez-vous le principe d'un assistant médical ? Oui / Non
- Etes-vous favorable au principe ? Oui / Non

Parmi ces actes cliniques, quels sont ceux que vous accepteriez de la part de l'assistant ?

1. Pour vous :

- Habillage/déshabillage si besoin : Oui / Non
- La mesure du poids et de la taille : Oui / Non
- La mesure de la tension artérielle : Oui / Non
- La réalisation d'une bandelette urinaire (BU) / d'un électrocardiogramme (ECG) / d'un Streptotest pour différencier une angine bactérienne d'une virale : Oui / Non
- La réalisation de test au moyen de questionnaires pour évaluer par exemple votre consommation de tabac/alcool, les troubles cognitifs... : Oui / Non
- La vérification du statut vaccinal et des dépistages organisés (mammographie, frottis, hemocult) : Oui / Non
- L'assistance du médecin généraliste lors de la réalisation de certains actes tels que la petite chirurgie (points de suture), ponctions, infiltrations : Oui / Non
- L'assistance pour la réalisation de frottis, pose d'un stérilet ou d'un implant (**ne répondre que si vous êtes une femme**) : Oui / Non

2. Pour un enfant :

- Pour quelle(s) tranche(s) d'âge accepteriez-vous un assistant médical :
0 à 3 ans / 3 à 6 ans / 6 à 12 ans / 12 ans et +
- La mesure du poids, de la taille et du périmètre crânien et retranscription sur le carnet de santé : Oui / Non
- L'évaluation du développement psychomoteur par une grille normalisée : Oui / Non
- Le dépistage de troubles auditifs ou visuels : Oui / Non
- La vérification du statut vaccinal : Oui / Non

Sur le plan administratif, accepteriez-vous les tâches suivantes de l'assistant :

- La prise de rendez-vous de consultation auprès des spécialistes et/ou d'exams complémentaires pour les patients : Oui / Non
- L'encaissement de la consultation : Oui / Non
- L'intégration au dossier médical des différents courriers et des résultats biologiques :
Oui / Non

Vos remarques, vos interrogations :

.....

Merci pour votre participation !

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.

Le ressenti des patients à l'égard de l'assistant médical dans un cabinet de médecine générale en Limousin.

OBJECTIF : L'objectif principal était d'identifier les tâches cliniques et administratives déléguées à l'assistant médical que les patients en Limousin accepteraient.

METHODE : Nous avons réalisé une étude observationnelle épidémiologique, descriptive, transversale, via un auto-questionnaire diffusé aux patients dans les cabinets de médecine générale, en Limousin. L'analyse statistique univariée utilisait les test du Chi2 et de Fischer.

RESULTATS : 10 questionnaires par médecin ont été distribués aux patients dans 18 cabinets de médecine générale équitablement entre les zones rurales, semi-urbaines et urbaines dans les 3 départements du Limousin. Les répondants étaient majoritairement favorables à la mise en place de l'assistant médicale (89 %) mais plus de la moitié n'avait pas eu connaissance de ce nouveau métier dans les cabinets de médecine générale (56 %). Globalement, les tâches cliniques chez l'adulte/l'enfant et les tâches administratives déléguées aux assistants médicaux semblaient bien acceptées de la part de la population. Seule la présence de l'assistant médical pour les gestes gynécologiques est majoritairement refusée par les femmes (57 %).

CONCLUSION : En Limousin, les patients semblent favorables, comme les médecins généralistes, à la mise en place des assistants médicaux. Cependant, les répondants n'ont pas été suffisamment informés de la création de ce métier dans les cabinets de médecine générale, ce qui suscite de nombreuses interrogations. Il appartient aux pouvoirs publics de mieux informer le grand public du rôle de l'assistant médical qui se déploie actuellement en France et de rassurer les patients qui sont les grands concernés par sa mise en place.

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

How patients feel about the medical assistant in a general practice in Limousin.

OBJECTIVE: The main objective was to identify the clinical and administrative tasks delegated to the medical assistant that patients in Limousin would accept.

METHOD: We carried out an epidemiological, descriptive, cross-sectional observational study, via a self-questionnaire distributed to patients in general medicine practices, in Limousin. Univariate statistical analysis used Chi2 and Fischer tests.

RESULTS: 10 questionnaires per doctor were distributed to patients in 18 general practice offices across rural, semi-urban and urban areas in the 3 departments of Limousin. Respondents were overwhelmingly in favor of the introduction of the medical assistant (89%) but more than half were not aware of this new profession in general practice (56%). Overall, clinical tasks in adults / children and administrative tasks delegated to medical assistants seemed to be well accepted by the population. Only the presence of medical assistant for gynecological procedures is mostly refused by women (57%).

CONCLUSION: In Limousin, the patients seem favorable, like the general practitioners, to the installation of the medical assistants. However, respondents were not sufficiently informed about the creation of this profession in general practice, which raises many questions. It is up to the public authorities to better inform the general public of the role of the medical assistant which is currently deployed in France and to reassure the patients who are the major ones affected by its implementation.

Keywords : **Medical assistant, patients, tasks delegation, General Medicine**

