



HAL
open science

**Ressenti des médecins généralistes sur la création du
poste d'assistant médical : étude qualitative par
entretien semi-dirigé parmi les médecins généralistes de
Dordogne**

Chloé Dunikowski

► **To cite this version:**

Chloé Dunikowski. Ressenti des médecins généralistes sur la création du poste d'assistant médical : étude qualitative par entretien semi-dirigé parmi les médecins généralistes de Dordogne. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03192207

HAL Id: dumas-03192207

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03192207>

Submitted on 7 Apr 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2021

Thèse n° 20

THESE POUR L'OBTENTION DU

DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 1^{er} mars 2021

Par

DUNIKOWSKI Chloé

Né(e) le 11 février 1991 à Abbeville (80)

Ressenti des médecins généralistes sur la création du poste d'assistant médical.

Étude qualitative par entretien semi-dirigé parmi les médecins généralistes de Dordogne.

Sous la direction de : Arnaud Cugerone

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Joseph Jean-Philippe
Monsieur le Docteur Chevillot David
Monsieur le Docteur Prothon Emmanuel
Monsieur le Docteur Sibé Matthieu
Monsieur le Docteur Cugerone Arnaud

Président
Rapporteur
Examineur
Examineur
Examineur

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	4
LISTE DES ABREVIATIONS	6
1 INTRODUCTION	7
1.1 Baisse de la démographie médicale	7
1.1.1 Caractéristiques de l'offre de soin.....	7
1.1.2 Exercice en groupe.....	9
1.1.3 Démographie médicale en Dordogne.....	9
1.2 Une installation peu plébiscitée	11
1.3 Délégation de tâches	12
1.3.1 A l'étranger.....	12
1.3.2 En France.....	13
1.4 L'assistant médical	14
1.5 Objectifs de l'étude	14
2 MATRIELS ET MÉTHODES	15
2.1 Type d'étude	15
2.1.1 Étude qualitative.....	15
2.1.2 Entretien semi dirigé.....	15
2.1.3 Guide d'entretien.....	15
2.2 Recherche préalable	16
2.3 Échantillon	16
2.4 Méthode d'analyse	17
2.5 Éthique	18
3 RÉSULTATS	19
3.1 Caractéristiques des médecins	19
3.2 Description générale des résultats	19
3.3 Modélisation des résultats	20
3.4 Approche détaillée des résultats	21
3.4.1 Des difficultés déjà clairement identifiées.....	21
3.4.2 Astuces pour se ménager.....	26
3.4.3 Les caractéristiques de la médecine générale à préserver.....	30
3.4.4 Rôle de l'assistant médical à établir au sein d'une équipe.....	32
3.4.5 Réorganisation majeure à envisager.....	40
3.4.6 Assurer la compétence des soins.....	43
3.4.7 Craintes liées à l'assistant médical.....	46
3.4.8 L'environnement autour de la création du poste d'assistant médical.....	54
3.4.9 Des suggestions d'amélioration.....	60
4 DISCUSSION	62
4.1 Limites de l'étude	62
4.1.1 Biais liés à l'échantillon.....	62
4.1.2 Biais de recueil.....	62
4.1.3 Biais d'analyse.....	63
4.2 Une médecine en mouvement	63

4.3	Une diminution périlleuse du temps de consultation	64
4.4	Un enjeu pour la relation médecin-malade.....	65
4.5	Des avantages sous certaines conditions	66
4.6	Un financement perfectible	69
5	CONCLUSION	71
6	BIBLIOGRAPHIE	72
7	ANNEXES	77
7.1	Annexe 1 – Le maillage de la Dordogne en MSP.....	77
7.2	Annexe 2 – Extrait de l’avenant 7.....	78
7.3	Annexe 3 – Extrait de l’avenant 7.....	80
7.4	Annexe 4 – Guide d’entretien	81
7.5	Annexe 5 – Note de consentement	83
7.6	Annexe 6 – Article soumis à la publication.....	84
7.7	Annexe 7 – Caractéristiques des médecins interrogés.....	108
7.8	Annexe 8 – Les entretiens.....	109
7.9	Annexe 9 – Distribution du nombre de patients.....	149
	RESUME EN FRANÇAIS	151
	RESUME EN ANGLAIS	152

REMERCIEMENTS

Au président du jury,

A Monsieur le Professeur Joseph Jean-Philippe, Professeur Universitaire, Directeur et Coordonnateur du Diplôme d'Études Spécialisées de médecine générale, merci de me faire l'honneur de présider mon jury et de votre disponibilité malgré un planning chargé. Recevez ici l'expression de ma reconnaissance et de mon plus grand respect.

Aux membres du jury,

A Monsieur le Docteur Cugerone Arnaud, Chef de clinique au Département de médecine générale de l'Université de Bordeaux, merci de m'avoir fait confiance pour diriger ce travail sans me connaître alors que ton engagement auprès de nombreux thésards était déjà prenant. Merci de m'avoir aidée tout au long de ce travail et de m'avoir initiée à la recherche. Reçois toute mon admiration pour ton travail quotidien et ton investissement dans tes projets.

A Monsieur le Docteur Chevillot David, Maître de conférence associé au Département de médecine générale de l'Université de Bordeaux, vous m'avez fait l'honneur d'être le rapporteur de ce travail. Soyez assuré de toute ma gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Sibé Matthieu, Enseignant-Chercheur en Sciences de Gestion et Directeur Adjoint de l'ISPED, merci d'avoir accepté avec enthousiasme de faire partie de mon jury. Recevez tout mon respect et ma reconnaissance pour votre présence.

A Monsieur le Docteur Prothon Emmanuel, Maître de conférence associé au Département de médecine générale de l'Université de Bordeaux, recevez ma reconnaissance et mon estime.

Au Docteur Pierre Bigot que j'admire par ton humanité, ta pédagogie et ta bienveillance, merci de m'avoir tant appris sur la gériatrie. Ta façon d'exercer la médecine m'inspire et me guide tous les jours.

Au Docteur Christophe Bernis, merci d'avoir été sur mon chemin et de m'avoir transmis les connaissances qui me serviront pendant toute ma vie professionnelle. Merci pour les repas tous les midis aux Oiseaux qui permettaient de couper un peu ces journées folles qui caractérisent si bien la médecine générale de campagne qui m'attend.

Au Docteur Armel Reffet, merci de t'occuper comme tu le fais des internes, merci de m'avoir montré l'exemple du médecin que je voulais devenir.

A mes parents, pour votre amour sans faille et votre soutien durant toutes ces années d'étude. J'essaierai toujours d'être à la hauteur de vos sacrifices et vous rendre fiers est l'objectif que je poursuis.

A Dany et Papou, vous êtes les grands-parents rêvés. Merci d'être toujours là pour nous.

A mes frères et sœur sur qui je peux toujours compter. Avoir grandi avec vous et continuer à partager nos vies me remplit de joie.

A Thomas, tu égais mes journées, merci d'être là.

A Mamou à qui je pense si souvent.

A mes amis, ceux de toujours qui se reconnaîtront et que j'aimerais voir plus souvent. Vous êtes toujours les bienvenus, vous pourrez toujours compter sur moi.

A Justine, mon amie depuis 20 ans, il me tarde de voir ce que l'avenir nous réserve et de voir grandir Céleste et Léopold.

A mes amis d'Amiens, sans vous les études n'auraient pas eu la même saveur, on se fait un crédit ou un stage à Bangkok quand vous voulez.

A mes potes de Périgueux qui n'ont pas fait ternir la réputation de cet internat, merci de l'avoir rendu si joyeux.

A Marie et Chloé avec qui je garde les plus beaux souvenirs de l'internat. Chloé, merci d'avoir été si disponible à Saint Jean de Luz et Marie à La Cueva.

A Charles et Charlotte, merci d'avoir été des colocs si géniaux.

LISTE DES ABREVIATIONS

ALD : Affection longue durée

ARS : Agence régionale de santé

ASALEE : Action de santé libérale en équipe

BPCO : Bronchopneumopathie chronique obstructive

CDD : Contrat à durée déterminée

CMU : Couverture médicale universelle

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé

CREDES : Centre de recherche, d'études et de documentation en économie de la santé

ECG : Électrocardiogramme

ECN : Épreuves classantes nationales

EFR : Épreuves fonctionnelles respiratoires

FA : Fibrillation auriculaire

HPST : Hôpital, patients, santé, territoires

IDE : Infirmier diplômé d'état

IRM : Imagerie par résonance magnétique

MAPA : Mesure ambulatoire de la pression artérielle

MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle

ROSP : Rémunération sur objectifs de santé publique

SAMU : Service d'aide médicale urgente

SMUR : Service mobile d'urgence et de réanimation

URPS : Union régionale des professionnels de santé

1 INTRODUCTION

La démographie médicale en France ne cesse d'inquiéter l'opinion publique et les gouvernements. En effet, elle se détériore depuis de nombreuses années et les jeunes médecins généralistes nouvellement diplômés sont peu enclins à s'installer. Les conditions d'exercice et d'installation en libéral semblent être des enjeux déterminants pour l'avenir de la profession. De nombreuses mesures ont déjà été menées par les ministères de la santé et par les ARS, favorisant le regroupement en réseau de soin des médecins généralistes, développant la télémédecine, facilitant l'installation dans les zones sous denses etc... La délégation de tâches par le biais d'assistants médicaux est une de ces nouvelles mesures mises en place par le ministère qui souhaite aider financièrement au recrutement de cet assistant médical. Cette nouvelle profession serait un véritable appui pour la prise en charge des patients par l'allègement de l'emploi du temps des médecins généralistes. Il permettrait également de diminuer le nombre de citoyens français sans médecin traitant.

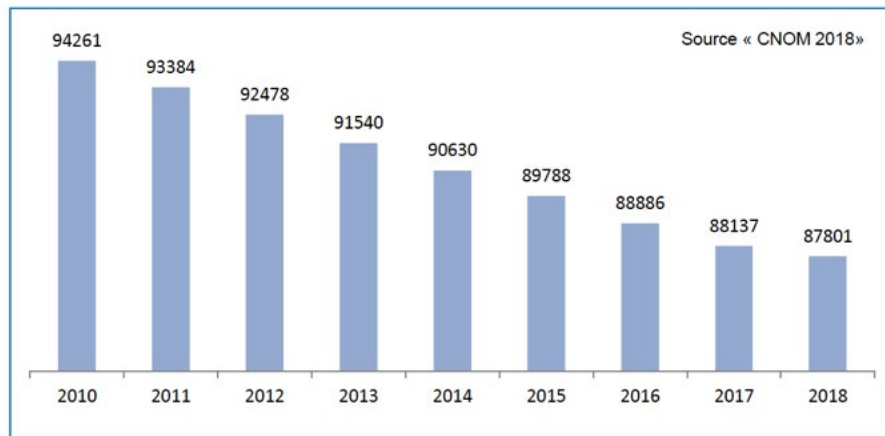
Le but de cette enquête est de recueillir le ressenti des médecins généralistes sur la création de ce poste et de sa capacité à améliorer la prise en charge des patients et la problématique des zones sous denses. Cette enquête est réalisée auprès de médecins généralistes de la Dordogne, territoire touché par la baisse des effectifs des médecins généralistes installés en activité régulière.

1.1 Baisse de la démographie médicale

1.1.1 Caractéristiques de l'offre de soin

La France connaît depuis plusieurs années une baisse de l'offre de soins en médecine générale associée à d'importantes disparités géographiques de l'accès aux soins. Au 1er janvier 2018, le tableau de l'Ordre des médecins recense 87 801 médecins généralistes en activité régulière (tous modes d'exercice) ; soit une diminution de 7 % des effectifs depuis 2010 et une diminution de 0,4 % depuis 2017 (1).

Figure 10 : Évolution des effectifs de médecins généralistes en activité régulière depuis 2010 (valeurs absolues)



La régulation du nombre de professionnels passe essentiellement par des barrières à l'entrée avec le numerus clausus qui fixe le nombre de médecins admis en deuxième année et les ECN qui déterminent la répartition des postes entre spécialités. Ainsi, sous des hypothèses de comportements et de régulation constants, le nombre d'équivalents temps plein de médecins rapporté à la population devrait baisser de 18 % entre 2015 et 2040 avec des effectifs de médecins généralistes qui évolueraient de manière moins dynamique que ceux des spécialistes (2). Les effectifs de médecins généralistes en activité régulière devraient baisser jusqu'à 81 804 médecins en 2025 selon une méthode de calcul de régression linéaire avec un taux de croissance moyen annuel de -0.9 % (2).

Cette situation est la résultante de plusieurs phénomènes, à savoir la réduction du numerus clausus dans les années 1990 (dont l'effet sur la démographie n'est perceptible que 10 à 15 ans plus tard) et le non renouvellement des effectifs. En effet, l'âge moyen des médecins généralistes actifs est relativement élevé (50,6 ans) (1).

Parallèlement à cette décroissance du nombre de médecins généralistes en activité, la population française tend à augmenter sensiblement. Il est également important de noter par ailleurs le vieillissement de la population générale. Sur la période 2010-2018, les 60 ans et plus ont augmenté de 1 à 4 % selon les départements par rapport à l'ensemble de la population française (25 % de la population a 60 ans et plus) (1).

En 2018, la densité moyenne de médecins généralistes en France est de 153 pour 100 000 habitants avec de forts contrastes géographiques. On observe en effet que certains départements gagnent des médecins généralistes et que d'autres en perdent (1).

Le modèle libéral n'est plus la référence unique de la pratique de la médecine générale. On assiste à une évolution du mode d'exercice des médecins généralistes vers une attirance grandissante pour le salariat. Selon le Conseil de l'Ordre, la proportion de salariés a massivement augmenté. Elle représentait 14,4 % des généralistes en 2007 contre 37 % au 1^{er} janvier 2017, soit une hausse de plus de 20 %. La pratique libérale exclusive reste toutefois majoritaire (56,3 %) mais s'effrite d'années en années, avec une décroissance lente des effectifs depuis 2007. Ces phénomènes reflètent le clivage qui existe entre les anciennes et les nouvelles générations de médecins (3).

1.1.2 Exercice en groupe

Le profil des médecins généralistes actuel est aujourd'hui marqué par une attirance vers l'exercice en groupe qui a beaucoup progressé ces dernières années. Début 2019, 61 % des médecins généralistes libéraux exercent en groupe, avec d'autres médecins ou des paramédicaux, selon le quatrième Panel des médecins généralistes (4). Cette proportion a augmenté de 7 points depuis 2010. Plus de 9 médecins généralistes en groupe sur 10 s'associent à au moins un autre médecin généraliste. C'est ensuite avec les infirmiers que les regroupements sont les plus fréquents. Ce mode d'exercice est surtout choisi par les médecins les plus jeunes (81 % des moins de 50 ans) et, dans une moindre mesure, par les femmes (4). Les jeunes médecins semblent donc plus favorables au travail en équipe, de façon pluriprofessionnelle.

Le regroupement professionnel est d'ailleurs encouragé par les pouvoirs publics depuis la première définition des centres, maisons et pôles de santé en 2007, par la suite modifiée dans la loi HPST du 21 juillet 2009 (5). Elle définit les centres de santé comme « des structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours » et qui « assurent des activités de soins sans hébergement et mènent des actions de santé publique ainsi que des actions de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique des patients et des actions sociales » (5).

Le fait d'exercer en groupe influence les conditions d'exercice. Pour répondre aux activités prévues par la loi, la majorité des médecins en groupe partagent les dossiers patients avec leurs confrères du cabinet, disposent d'un secrétariat, exercent exclusivement sur rendez-vous. Ils organisent leur temps de travail hebdomadaire, avec davantage de souplesse, souvent moins de jours de consultations que les médecins en cabinet individuel, pour un volume d'activité équivalent. L'exercice de groupe permet également la mise en commun de moyens matériels, la possibilité d'acquérir et de rentabiliser des équipements coûteux (4).

L'exercice en groupe favorise l'accueil d'étudiants en médecine, le recours aux remplaçants et facilite les congés. Par contre, toujours d'après le quatrième panel, le regroupement ne diminue pas le temps consacré aux tâches de gestion et de comptabilité et n'influence pas non plus l'implication des médecins généralistes dans la permanence des soins, ni la pratique d'autres activités médicales (4).

Ce phénomène n'affecte pas l'offre médicale générale mais conduit à réduire le nombre de nouvelles implantations de cabinets. Ainsi, si deux médecins de deux communes voisines se regroupent dans un seul cabinet, nécessairement le temps d'accès pour les habitants de la commune « perdant » son médecin augmentera (6).

1.1.3 Démographie médicale en Dordogne

Actuellement, même si des disparités existent, la répartition spatiale des médecins généralistes libéraux est relativement égalitaire en comparaison de ce qui est observé pour les autres professions de santé. En 2015, 84 % de la population réside dans une commune où exerce un médecin généraliste et 98 % de la population accède à un médecin généraliste en moins de 10 minutes ; seul 0,1 % de la population (57 000 personnes environ) doit faire 20 minutes ou plus pour accéder à un généraliste (6).

La Dordogne comptait 414 789 habitants en 2018 pour une superficie de 9060 km², représentant une densité moyenne de 45.8 habitants par km². C'est le 4ème département français en termes de superficie mais il reste cependant très inférieur à la moyenne nationale en matière de densité (environ 104,6 habitants/km² au niveau national). De plus, en comparant au niveau national, la population en Dordogne est plus âgée, 35,4 % d'entre elle a plus de 60 ans dont 13,9 % qui a plus de 75 ans, sachant qu'en France, 25,2 % de la population a plus de 60 ans dont 9,3 % plus de 75 ans. Cette différence démographique engendre une augmentation de la consommation de soins sur le département (7).

Le territoire de la Dordogne est particulièrement touché par la baisse des effectifs des médecins généralistes en activité régulière. En effet, ils sont en 2019, 343 médecins généralistes libéraux installés ce qui représente 8,3 médecins traitants pour 10 000 habitants. Ces médecins généralistes sont en grande majorité en milieu ou en fin de carrière puisque 35 % d'entre eux ont 60 ans ou plus. La densité des médecins généralistes est inférieure à la moyenne nationale (8,9 médecins généralistes pour 10 000 au niveau national) tandis que leur âge est supérieur (32 % ont plus de 60 ans au niveau national). Par ailleurs, près de la totalité du territoire est caractérisée par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins permettant de bénéficier des dispositifs d'aide à l'installation (8).

Afin de répondre à ces tensions démographiques, les professionnels de santé de la Dordogne et l'ARS favorisent le regroupement des praticiens en créant des maisons de santé pluriprofessionnelles. Ces formes d'exercice coordonné constituent un véritable atout pour faciliter l'installation des professionnels de santé mais aussi pour faciliter l'accès au soin des patients. On en compte 22 en Dordogne (8). Leur répartition est détaillée dans l'annexe 1. Pour inciter les jeunes à s'installer, l'ARS mène également un renforcement du recrutement des maîtres de stage dans ces régions sous-denses.

De même, en Dordogne, l'ARS promeut un déploiement de la télémédecine qui permet de consulter à distance, de s'assurer du suivi d'un traitement ou de faciliter le partage d'informations et d'avis entre professionnels de santé (8).

Une autre action des acteurs de santé du département pour répondre aux tensions démographiques a été de créer un collectif de soins appelé communauté professionnelle territoriale de santé à Bergerac. Il s'agit d'une organisation composée de professionnels de santé comme d'acteurs médico-sociaux et sociaux et d'établissements de santé, prenant la forme d'un contrat autour d'un projet de santé, signé au niveau local entre l'ARS, l'Assurance Maladie et les professionnels impliqués. La CPTS de Bergerac réunit 102 professionnels de santé libéraux (généralistes, spécialistes, kinésithérapeutes, infirmiers, pharmaciens, chirurgiens-dentistes) dont 27 médecins généralistes. Ces formes d'exercice coordonné offrent des conditions de travail attractives aux professionnels et un meilleur accès aux soins pour les patients (8).

Finalement, il en ressort que la Dordogne est un département vaste mais peu dense et dont la population vieillissante nécessite davantage de soins. Par contre, la densité en médecins généralistes est faible et la perspective de son évolution est négative.

1.2 Une installation peu plébiscitée

Depuis plusieurs années, il apparaît que le remplacement en médecine générale qui était implicitement considéré comme transitoire, une période de préparation à l'exercice en libéral pour les jeunes médecins généralistes, semble devenir un mode d'exercice à part entière à moyen voire à long terme. Les jeunes médecins généralistes semblent peu enclins à s'installer en cabinet.

Une enquête réalisée sur l'installation des jeunes médecins en janvier et février 2019 révèle une véritable aspiration à l'installation en libéral puisque 75 % des internes envisagent ce mode d'exercice, contre 19 % en activité salariée pure. Pourtant, seuls 12% des nouveaux inscrits à l'Ordre des médecins en 2018 exercent en libéral, et 62 % sont salariés (toutes spécialités confondues). Le nombre de primo-inscrits installés à 5 ans est de 35 % (9). Ce décalage entre volonté et réalité peut s'expliquer par une multitude de facteurs que les jeunes médecins prennent dorénavant en compte de façon prépondérante. Le territoire et la proximité familiale sont les déterminants majeurs à l'installation. Ensuite, les médecins ont une attente particulière sur les conditions d'exercice, en lien avec d'autres professionnels de santé, l'exercice groupé ou en MSP, est largement plébiscité par les internes (72 %) alors que l'exercice libéral seul n'est envisagé que par 3 % d'entre eux (9). Outre l'exercice groupé, les jeunes médecins souhaitent pouvoir disposer localement d'un réseau de professionnels de santé sur le territoire, sur lequel s'appuyer, point déterminant pour 81 % des internes et 87 % des remplaçants. Enfin, la recherche d'un équilibre entre la vie privée et la vie professionnelle est particulièrement présente chez les internes et remplaçants pour qui les horaires et le rythme de travail ont un impact sur la décision du lieu et du mode d'installation. Des aides financières peuvent également avoir un impact sur l'installation mais de façon non déterminante (9).

D'un point de vue des conditions d'exercice et de travail, une des raisons évoquées pour expliquer la réticence des médecins généralistes à s'installer est notamment la gestion des tâches administratives qui incombent aux médecins installés. Une thèse publiée en 2014 en Haute Garonne montrait même que les démarches et les charges administratives étaient le plus grand frein à l'installation (10).

Actuellement, les médecins déclarent travailler en moyenne 52 heures par semaine dont 44,5 heures dévolues à leurs patients et les 7,5 heures restantes servent à gérer d'autres tâches. Ils passent 5,5 heures par semaine à s'occuper d'activité de gestion et de coordination et 2 heures par semaine à actualiser leurs connaissances médicales (hors formation) (11).

Dans le contexte de pénurie de médecins généralistes évoquée précédemment, la question de la diminution de la charge administrative en médecine générale est d'une importance capitale afin de ne pas rebuter les étudiants en médecine à choisir cette spécialité car les tâches administratives peuvent apparaître comme un frein à l'installation chez les jeunes. En effet d'après une étude de l'URPS Médecins Libéraux de Bourgogne, en octobre 2011, 60 à 80 % des internes considèrent que la gestion du cabinet est un critère défavorable à l'installation (12). Cette réduction de la charge administrative est également un enjeu majeur pour améliorer le vécu du médecin généraliste déjà installé en libéral et ainsi favoriser la poursuite à long terme de son activité. Au travers de travaux menés par l'institut de sondage BVA, il apparaît que les contraintes administratives sont la troisième cause de risque de « burn out » (31 % des réponses), suivis par la gestion du cabinet (15 % des réponses) (13).

1.3 Délégation de tâches

Fort de ce constat, il a été proposé d'évoluer vers un fonctionnement en équipe dans un cabinet de médecine générale, avec pour objectif de baisser le rapport coût-efficacité, selon le concept du partage du soin ou « share the care » (14). Réduire le temps de consultation avec le médecin permet d'augmenter le flux journalier de patients. Le changement proposé, qui a déjà été adopté par plusieurs pays, consiste à déléguer les tâches médicales simples à du personnel moins qualifié, tel que des assistants médicaux (15). La pratique de la médecine de premier recours n'est ainsi plus le seul fait du médecin généraliste, mais s'inscrit dans une prise en charge de groupe, dont le médecin est un des intervenants. A. Ghorob et T. Bondenheimer dépeignent parfaitement cette évolution, lorsqu'ils écrivent que « le changement de paradigme transforme une pratique fondée sur le "je" vers un état d'esprit qui repose sur le "nous" ».

1.3.1 A l'étranger

Plusieurs pays anglo-saxons, comme le Canada ou le Royaume-Uni intègrent déjà dans leur système de santé d'autres intervenants médicaux, qui sont des infirmiers, auquel le médecin généraliste peut transférer certains actes comme la promotion de la santé, le suivi de pathologies chroniques stabilisées et les soins de première ligne. En 2003, dans le cadre d'une étude pour le CREDES, Fabienne Midy a étudié l'efficacité et l'efficience de la délégation d'actes des médecins généralistes aux infirmières dans ces mêmes pays, à partir d'une revue de la littérature de 1970 à 2002 (16). Les études publiées sont d'une qualité très variable mais permettent de confirmer d'une part que les patients sont satisfaits par les services des infirmières, et d'autre part que la qualité des soins est assurée.

Pour la promotion de la santé, l'efficacité semble la même pour les médecins et les infirmières. Dans le cadre du suivi de pathologies chroniques stabilisées, la mise en place d'une prise en charge proactive s'est traduite par une amélioration de l'état du patient, et par un impact non négligeable sur l'organisation des cabinets (redistribution des charges de travail, diminution du nombre de visites et de consultations en urgence). Quant aux soins prodigués par des infirmières de première ligne, les patients expriment une satisfaction plus forte avec des processus de soins différents : durée de consultation plus longue et plus d'examen complémentaires prescrits pour les infirmières (16).

A noter que dans des pays comme l'Allemagne ou les Pays-Bas, ce sont d'autres professionnels de santé spécialement dédiés aux médecins, appelés assistants ou techniciens médicaux, qui permettent d'accroître les services rendus par les cabinets de groupe. C'est dans ces pays que l'on retrouve l'équivalent le plus proche de l'assistant médical français. En entrant dans le cabinet médical, un patient allemand trouvera d'abord un guichet d'accueil où il devra présenter sa carte d'assuré, non pas à une secrétaire médicale mais à un assistant médical qui, par ailleurs, va assister le médecin dans les examens et l'auscultation. Le temps de consultation avec le médecin est alors réduit, entre 6 et 10 minutes. Les assistants médicaux diplômés, nommés également « Medizinischer Fachangestellter » (technicien médical) ont une formation pratique au sein des cabinets médicaux d'une durée de 3 ans. Ils s'occupent non seulement de la facturation, de la mise en place des soins et de la prise de rendez-vous, mais ils aident également le médecin pour des actes médicaux, tels que faire une piqûre, un pansement, un électrocardiogramme, des épreuves fonctionnelles respiratoires ou une prise de sang. Toutes ces tâches sont sous la responsabilité du médecin généraliste. En

Allemagne, il est même question d'élargir les domaines de compétences des assistants médicaux en leur donnant plus de responsabilités. Ils pourraient à l'avenir prescrire des examens complémentaires dans le cadre du suivi de maladies chroniques ou réaliser des visites à domicile pour des renouvellements d'ordonnance (17).

Dans les pays où la coopération étroite entre médecins généralistes et infirmières existe, cette réforme ne s'est pas opérée spontanément mais à la suite de politiques menées par les pouvoirs publics pour faire évoluer le mode d'exercice traditionnel des professionnels de santé. Des incitations financières non négligeables ont d'ailleurs été consenties par les organismes d'assurance maladie ou les régions pour développer cette forme d'organisation de travail : financement de postes infirmiers ou soutien au développement d'exercice en commun (18).

Enfin, c'est principalement par le développement de tâches nouvelles (éducation, prévention, conseil, certaines prescriptions) dans le cadre de ces organisations collectives que la participation des infirmières aux soins primaires se développe, plutôt que par un transfert direct de tâches anciennement exercées par les médecins (18).

1.3.2 En France

En France aussi, l'incitation au travail d'équipe et le développement de rôles avancés pour les professionnels de santé non-médecins, est devenue prioritaire dans l'agenda politique. Il existe déjà, dans le cadre des soins primaires, une expérimentation de la coopération et du travail en équipe, notamment entre médecins généralistes et infirmières de pratique avancée comme l'expérimentation ASALEE qui permet de prendre en charge de façon coordonnée les patients à risque cardio-vasculaires, les patients diabétiques de type 2 et les patients BPCO (19). Beaucoup de travaux ont étudié l'efficacité de la répartition des tâches entre médecins et infirmières et/ou l'amélioration de la qualité des soins et de la satisfaction du patient. Il en ressort que lorsque certains services de santé sont dispensés par des infirmières plutôt que par les médecins généralistes, la qualité des soins et la satisfaction des patients sont au moins équivalentes (et souvent meilleures, surtout lorsque la coopération est choisie et non subie). Des études pour évaluer l'expérimentation ASALEE ont montré un effet significatif et positif de l'entrée des médecins généralistes dans le dispositif sur la taille de leur patientèle. L'impact est d'autant plus fort dans des territoires où l'accessibilité aux médecins généralistes est la moins favorable. Il en ressort que l'instauration d'une coopération entre médecins généralistes et infirmières de pratique avancée permet aux médecins de déléguer certains actes et suivis aux infirmières (19).

En France, l'exemple le plus probant de coopération entre professionnels de santé, est celui entre les ophtalmologistes et les orthoptistes. En effet, depuis 2015, il est observé une augmentation nette de la délégation des tâches et en 2018, 60 % des ophtalmologistes pratiquent le travail aidé majoritairement avec les orthoptistes contre 30 % en 2015 (20). Ce mode de travail fait déjà ses preuves pour réduire les délais d'attente tout en assurant un parcours de soins sécurisé pour les patients : stabilisation des délais en 2017 (87 jours), augmentation du nombre de patients vus par l'ophtalmologiste et libération de temps médical, amélioration des conditions de travail et efficacité accrue par la mise en place des protocoles organisationnels. Cette coopération est d'autant plus efficace depuis le déploiement de la télémedecine permettant aux orthoptistes de télétransmettre aux ophtalmologistes les résultats de leurs

examens permettant une offre complémentaire dans les déserts médicaux et garantissant une offre de soins optimale pour les patients (20).

1.4 L'assistant médical

Le vieillissement de la population générale et la baisse de la densité des médecins généralistes posent la question primordiale de l'accessibilité aux soins de premiers recours.

Actuellement, 2,5 millions de personnes (soit 4 % de la population) sont en recherche de médecin traitant. Le travail en équipe et la délégation de tâches semblent être des méthodes d'avenir efficaces aussi bien en France qu'à l'étranger. C'est dans ce contexte international que le gouvernement, par l'entremise de la ministre de la santé, Mme Agnès Buzyn a présenté le projet de loi Ma Santé 2022, le 18 septembre 2018, évoquant alors de façon officielle la possibilité de développer le métier d'assistant médical en France. Le 20 juin 2019, l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie, la Fédération Française des Médecins Généralistes, le syndicat le BLOC, la Fédération des Médecins de France, le Syndicat des médecins libéraux et la Confédération des Syndicats Médicaux Français ainsi que l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie Complémentaires signent l'avenant 7 à la convention médicale d'août 2016. Ce dernier prévoit un déploiement des assistants médicaux permettant aux médecins généralistes de bénéficier d'une aide financière à leur embauche (22).

Opérationnel dès la rentrée 2019, cet accord apporte une solution destinée à libérer du temps médical pour permettre aux médecins de se concentrer sur le cœur de leur métier : le soin.

En contrepartie de l'aide financière, les médecins s'engagent à recevoir davantage de patients selon des modalités précises détaillées dans l'annexe 2. La mesure permet une organisation personnelle et adaptée à chacun : c'est le médecin qui décide selon sa pratique et l'organisation de son cabinet s'il veut être épaulé par un assistant médical. Le médecin généraliste détermine également les missions qu'il souhaite lui confier : soutien administratif, accompagnement de la consultation, organisation et coordination avec les autres acteurs de santé etc... (23)

Pour être éligible à l'aide à l'embauche d'un assistant médical, il faut répondre à certains critères décrits dans l'annexe 3, d'ordre géographique pour certaines spécialités (nécessité d'être installé en zone sous dense), d'ordre tarifaire (secteur 1 ou souscription à l'OPTAM ou OPTAM-CO) et enfin le médecin doit être regroupé dans un cabinet de minimum 2 médecins.

1.5 Objectifs de l'étude

L'objectif principal de ce travail est de recueillir le ressenti des médecins généralistes exerçant dans un département « sous dense » sur le déploiement des assistants médicaux par un entretien semi dirigé. Cette étude permettra secondairement de savoir si les assistants médicaux pourront, selon les médecins interrogés, améliorer leur pratique et la prise en charge des patients en participant à amoindrir la problématique des territoires à faible démographie médicale.

2 MATERIELS ET MÉTHODES

2.1 Type d'étude

2.1.1 Étude qualitative

Pour traiter cette problématique, l'étude qualitative à partir d'entretien semi-dirigé semblait la méthode la plus adaptée. En effet, les études qualitatives, à la différence des études quantitatives, fondées sur des mesures quantifiables, permettent souvent d'expliquer les comportements et les perceptions dans des circonstances réelles. Cette méthode permet d'explorer les émotions, les sentiments, ainsi que les expériences personnelles. À ce titre, la recherche qualitative est particulièrement adaptée au recueil du ressenti des médecins généralistes face à l'émergence d'un nouveau concept, face à la création d'une aide humaine nouvelle pour prendre en compte leurs difficultés et améliorer leur pratique. Elle permet un abord plus élargi pour explorer et analyser un sujet vaste et encore peu étudié, dans un domaine méconnu (24).

2.1.2 Entretien semi dirigé

L'entretien individuel semi-dirigé est une méthode de production de données verbales, utilisée dans la recherche qualitative (25). Il permet de recueillir des données dans un spectre plus large qu'un questionnaire. Pour obtenir des réponses sincères et authentiques, les entretiens sont réalisés de façon individuelle, afin de respecter l'anonymat et d'établir un cadre personnalisé propice à la confiance.

L'entretien est dit « semi dirigé » car il utilise une grille de questions ouvertes appelée « guide d'entretien ».

Ce guide a pour but de faire parler les enquêtés autour du sujet, l'idéal étant de déclencher une dynamique de conversation plus riche que la simple réponse aux questions, tout en restant dans le thème.

L'objectif est de recueillir des données les plus diversifiées et authentiques possibles.

Les entretiens ont été réalisés par téléphone pour des raisons de simplicité organisationnelle. Tous les entretiens étaient enregistrés sur dictaphone et retranscrits intégralement sur ordinateur via le logiciel Microsoft Word®. Les sujets étaient anonymisés dès la retranscription, et une lettre ainsi qu'un chiffre ont été attribués à chaque entretien. Les enregistrements ont ensuite été effacés.

2.1.3 Guide d'entretien

Le guide d'entretien a été réalisé en reprenant les alinéas de l'avenant 7 à la convention médicale d'août 2016.

Les principaux thèmes abordés à l'aide de questions ouvertes ont donc été :

- Le profil professionnel du médecin
- Les conditions de travail et les difficultés actuelles
- Les tâches que le médecin généraliste serait prêt à déléguer à l'assistant médical
- Le profil de l'assistant médical
- La perception d'une aide financière par l'ARS
- La capacité à prendre en charge un plus grand nombre de patients

Ce guide a évolué au fur et à mesure des différents entretiens. Certains thèmes ont été rajoutés et d'autres supprimés selon l'importance que les médecins interrogés semblaient y attacher. Le guide d'entretien est fourni en annexe 4.

2.2 Recherche préalable

La recherche bibliographique a été initiée avant la réalisation des premiers entretiens, mais elle a été poursuivie tout au long de l'étude. En effet, il était souhaitable de pouvoir aborder les premières entrevues avec un minimum de préjugés sur le thème de l'étude. Cette exploration du sujet de recherche a permis d'aborder la question avec objectivité, et ainsi de ne pas influencer les réponses des personnes interrogées.

L'étude bibliographique a été effectuée à l'aide de plusieurs moteurs de recherche : GOOGLE, CISMEF, CAIRN.

2.3 Échantillon

Nous avons choisi d'interroger des sujets sélectionnés parmi une population de médecins généralistes de Dordogne, ils devaient être installés en cabinet libéral.

Le choix de sélectionner les sujets dans ce département sous dense avait pour avantage d'obtenir un échantillon contrasté de médecins, nous permettant ainsi d'explorer des populations variées, dans des zones urbaines et rurales. Nous avons pensé également que la particularité démographique médicale de la Dordogne pouvait être un atout pour susciter l'intérêt des participants au thème de l'étude.

Leur sélection s'est effectuée de manière à obtenir un panel le plus divers possible, concernant l'âge, le sexe, le lieu et le mode d'exercice. La population à étudier est largement échantillonnée afin d'explorer la plus grande diversité possible du thème étudié.

Conformément à la méthodologie de la recherche qualitative, le nombre de personnes interrogées n'a pas été déterminé a priori. Il s'est défini de lui-même lorsque la saturation des données a été atteinte. Celle-ci correspond au fait de ne recueillir aucune nouvelle information sur plusieurs entretiens successifs (26). On estime alors qu'aucun autre concept majeur n'émergera de la réalisation d'entretiens complémentaires. Cette suffisance des données a été confirmée par la réalisation d'un entretien supplémentaire après qu'elle a été atteinte et qui a confirmé l'absence d'émergence d'éléments nouveaux.

Le recrutement s'est fait soit, à l'aide du site <https://annuaire.sante.ameli.fr> sur internet de façon aléatoire, soit par connaissance directe ou indirecte. Pour élargir les points de vue, il a été jugé intéressant d'interroger également des médecins généralistes signataires du contrat ou en cours de signature. Un médecin généraliste recruté de façon aléatoire par l'annuaire Ameli était lui-même en cours de signature pour l'embauche d'un assistant médical. Nous avons donc, par son biais, contacté la déléguée de l'assurance maladie de Périgueux en charge du projet qui nous a mis en relation avec 2 autres médecins généralistes signataires.

Les médecins généralistes ont été sollicités pour participer à l'étude via plusieurs méthodes : envoi d'e-mail, appel téléphonique, contact personnel.

Pour les médecins recrutés aléatoirement sans assistant médical, le métier d'assistant médical était évoqué succinctement lors de la sollicitation des interrogés, mais n'était détaillé qu'après le début de l'entretien, afin de ne pas influencer trop fortement le recrutement. En effet, nous pouvons penser que les individus n'ayant pas d'avis tranché sur la question auraient pu s'exclure d'eux-mêmes de l'étude en refusant de participer. À l'inverse, ceux ayant des revendications particulières concernant les réformes de santé auraient pu être plus prompts à participer ce qui aurait pu réduire ainsi la diversité des avis.

2.4 Méthode d'analyse

Nous avons fait le choix de réaliser une analyse qualitative des données en utilisant la méthode de la théorisation ancrée telle que la décrit Pierre Paillé. Les données ont ainsi été analysées sans l'aide d'un logiciel. L'analyse de chaque entrevue au fur et à mesure du recueil de données a permis de faire évoluer le questionnement et de réorienter le guide d'entretien et notre échantillonnage selon nos interrogations.

Cette démarche évolutive consiste à conduire en parallèle l'échantillonnage des sujets et l'analyse des données (26). Compte tenu du sujet de recherche de notre étude, ce choix nous a paru le plus judicieux afin de répertorier et de classer en rubriques les données qui émergeaient des entretiens. De cette manière, une synthèse des thèmes abordés a pu être réalisée. L'analyse de ces données permet d'en extraire le sens plutôt que les transformer en pourcentages ou en statistiques (27).

La théorisation ancrée comprend six étapes qui permettent de conceptualiser de plus en plus les données empiriques pour arriver peu à peu à la théorisation des phénomènes observés (26).

La première étape de l'analyse thématique s'est donc portée sur la codification des données empiriques rassemblées auprès des participants, c'est-à-dire une reformulation qui permet de dégager l'essentiel. Les groupes de mots appelés verbatims ont été encodés un-à-un, de façon ouverte et chaque verbatim a été étiqueté d'un code. Chaque code correspond à une notion particulière et spécifique, caractéristique du phénomène étudié. Cette étape fait appel à l'interprétation personnelle du chercheur et une triangulation avec analyse par plusieurs intervenants peut permettre d'atténuer cette subjectivité. Ici, le travail de codification a été fait par la seule investigatrice de l'étude. La deuxième étape consistait en la catégorisation qui a permis d'englober dans un sens plus général les éléments déjà codés. Ensuite, les codes obtenus ont ensuite été mis en relation les uns avec les autres, afin de créer des catégories révélant des concepts plus globaux. L'étape suivante de l'intégration permet d'inclure le recueil des éléments observés au sein de l'objet de l'analyse. La cinquième étape est la modélisation. Elle

consiste à représenter schématiquement les processus mis à jour au cours des opérations précédentes. Enfin, la dernière étape, celle de la théorisation qui a pour but de remettre en cause l'explication et de vérifier si les données empiriques sont en harmonie avec les hypothèses formulées.

2.5 Éthique

Cette recherche biomédicale constitue une évaluation des modalités d'exercice des professionnels de santé et n'entre pas dans la catégorie des recherches couvertes par la loi Jardé (28).

Le consentement libre et éclairé des participants a été obtenu de façon orale et écrite avant la réalisation de l'entretien. La note d'information et de consentement est disponible à la fin de ce travail (annexe 5).

Le traitement des informations a été effectué sous la responsabilité du Dr Cugerone Arnaud et l'investigatrice de cette thèse a été la seule destinataire de ces informations.

Le travail a été soumis à la publication dans la Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique et est fourni sous la forme de l'article en annexe 6.

3 RÉSULTATS

3.1 Caractéristiques des médecins

Nous avons recruté 9 médecins généralistes du 30 juin 2020 au 7 octobre 2020. Les médecins recrutés étaient âgés de 33 à 75 ans.

Les entretiens ont duré en moyenne 30,6 minutes, de 20 à 40 minutes.

Un tableau rapportant l'âge, le sexe, le mode d'exercice et la durée des entretiens des médecins est reporté en annexe 7.

La suffisance des données a été obtenue avec le médecin M8 et s'est confirmée avec le médecin M9.

Les entretiens sont disponibles à la fin de ce travail (annexe 8).

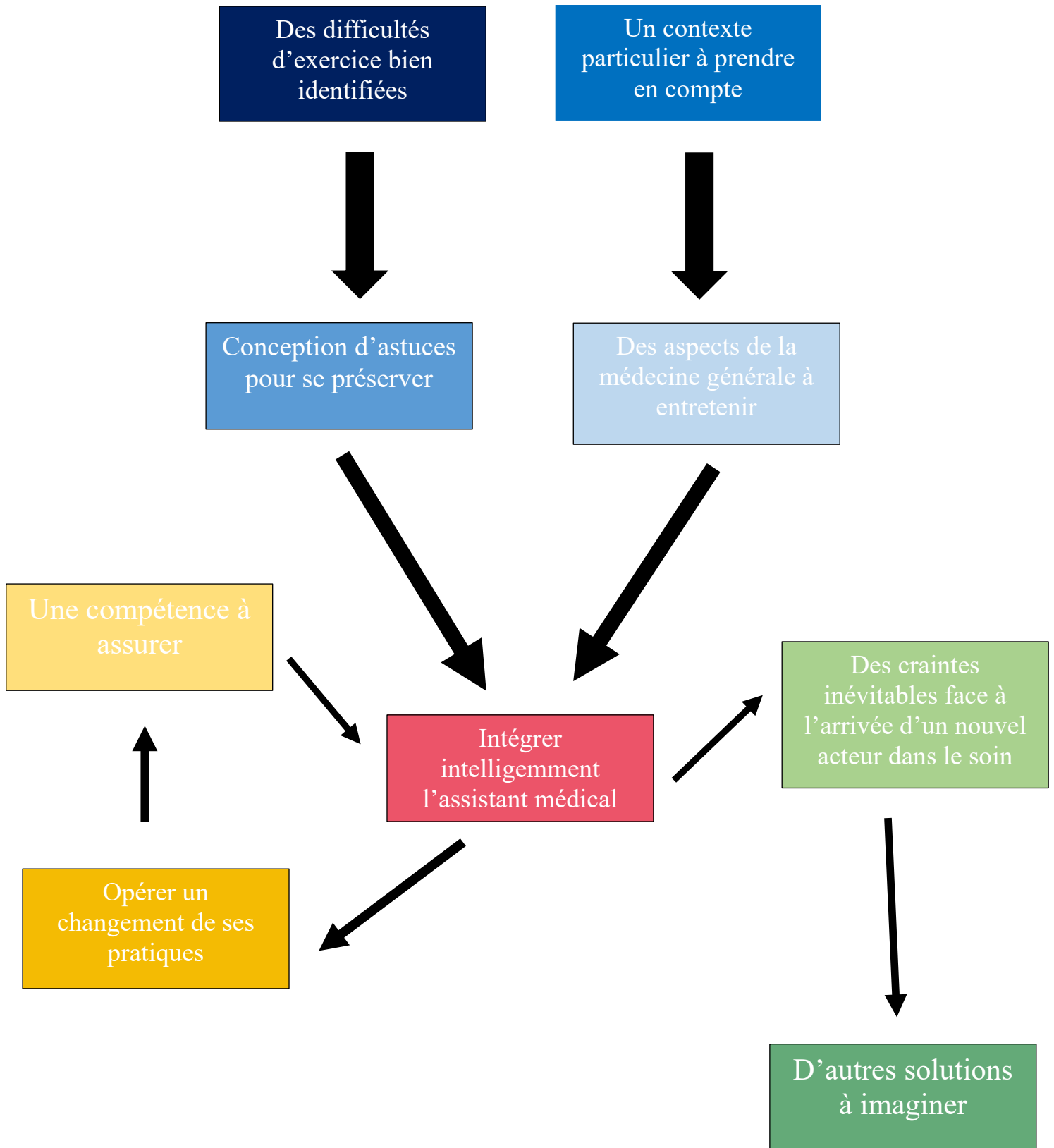
3.2 Description générale des résultats

Nous verrons dans un premier temps les difficultés que les médecins généralistes rencontrent au quotidien pour gérer la charge de travail qui incombe à ce métier. Nous verrons quels moyens les médecins mettent en œuvre pour amoindrir ces difficultés et pour améliorer le quotidien. Cela permettra d'évoquer également les aspects de cette médecine qui font d'elle une médecine à part, avec de multiples facettes qu'il faut préserver.

Ensuite, nous détaillerons quel rôle les médecins souhaitent attribuer à l'assistant médical et selon quelles modalités ils imaginent la coopération possible.

Enfin, nous verrons que cette étude a permis de mettre en exergue l'environnement incertain voire inquiétant dans lequel la médecine générale évolue et comment les médecins voient l'avenir.

3.3 Modélisation des résultats



3.4 Approche détaillée des résultats

3.4.1 Des difficultés déjà clairement identifiées

Les médecins généralistes sont confrontés à des difficultés dans la prise en charge des patients au quotidien. Ces difficultés sont déjà clairement identifiées et sembleraient se majorer au fil des années. Le manque de médecins et les exigences des patients sont les principales raisons des complications de l'exercice de la médecine générale.

3.4.1.1 Gestion du temps

Unaniment, les médecins généralistes interrogés évoquent la gestion de leur temps comme étant une source de stress majeure. Ainsi, tous les éléments susceptibles d'interférer dans leur planning et les mettre en retard peuvent déteindre sur leur humeur de la journée et donc sur leur façon d'exercer.

M7 « *Ce qui énerve un médecin euh bah c'est les imprévus, c'est-à-dire que, bah, si on respectait à chaque fois le type de consultation sur les créneaux prévus, on finirait à la date voulue. »*

Les urgences viennent perturber l'emploi du temps initial. Elles génèrent du stress en surchargeant les journées.

M4 « *Et ce qui me stresse dans la journée c'est quand il y a des urgences, c'est la surcharge de travail en fait. »*

M2 « *Le déroulement parfait d'une journée, c'est quand tout le monde arrive à l'heure, qu'on n'est pas trop embêté par les urgences, enfin les urgences y'en a toujours... »*

Les médecins essaient de recevoir les urgences le plus possible car ils considèrent qu'elles font partie de leur travail.

M6 « *Alors, ce qui me stresse ou qui m'énerve, c'est comme tout le monde, c'est quand il y a des urgences, forcément pas prévues, ce qui peut arriver quand même relativement souvent. Après si c'est des urgences justifiées voilà, on râle mais on y va, c'est pas, enfin ça fait partie du travail. »*

M1 « *Ce qui me stresse c'est si j'ai l'impression que je ne pourrais pas voir une urgence si le patient a besoin d'être vu, alors je la verrais quand même l'urgence, je la rajouterais en plus. »*

Ces urgences peuvent même, parfois, relever de l'urgence vitale et les médecins sont sollicités par le SAMU pour se rendre sur place, surtout dans des territoires éloignés des grandes villes.

M8 « *Parce que ça, ça arrive que le 15 nous appelle pour aller absolument sur un arrêt cardiaque etc... Parce que ça aussi, on est quand même à 25/30 km du SMUR. »*

M2 « Que ce soit le 15 qui gère les grosses urgences et qu'on ne soit pas appelé pour après le transfert des patients quoi et ça, ça peut encore arriver. »

Tandis que parfois elles peuvent ne pas être si urgentes et être une source d'énervement pour le médecin qui a pris le patient en plus...

M6 « Euh ce qui m'énerve effectivement, c'est les urgences ressenties qui n'en sont pas, quand on me dit qu'on a appelé le 15 parce qu'on s'étouffe et qu'en fait on a après la personne en face qui respire comme vous et moi. »

Les consultations ne relèvent pas toujours du motif unique et bien souvent le patient vient chez le docteur plus plusieurs raisons, ce qui peut submerger un peu le médecin.

M3 « Je peux me sentir un peu envahi par les multiples demandes de certains patients qui attendent le renouvellement pour parler des 4 ou 5 problèmes qu'ils ont rencontrés et qui sont toujours là au moment du renouvellement. »

Il arrive parfois aussi que certains patients arrivent à plusieurs pour une seule consultation, ce qui va probablement avoir des conséquences sur la ponctualité du médecin.

M6 « Ce qui est pénible aussi c'est quand ils viennent pour une seule consultation avec plusieurs personnes à voir en fin de compte, ils sont parfois 2 ou 3. »

3.4.1.2 Communication avec les hôpitaux ou les spécialistes

Les médecins généralistes ont souvent besoin de contacter les spécialistes hospitaliers et la communication n'est pas toujours des plus fluides. Elle devient alors source de stress ou d'agacement chez certains.

M8 « Et c'est aussi quand tout est compliqué, on ne peut pas avoir les correspondants, on ne peut pas avoir les hôpitaux, on ne peut pas avoir de réponse à nos demandes. »

Ils trouvent dommage qu'il soit si compliqué de contacter l'hôpital et d'avoir des réponses rapidement pour orienter ou prendre en charge le patient.

M2 « Déjà, la communication avec les hôpitaux c'est catastrophique (...) après l'accès aux différentes spécialités, même quand nous on appelle, même le fait de faire partie de la CPTS etc..., pour avoir des rendez-vous pour nos patients assez urgents, on n'y arrive pas. »

Non seulement, la communication peut parfois s'avérer compliquée, mais certains médecins ont aussi l'impression que la répartition des tâches entre spécialistes et médecins traitants est mal équilibrée et que trop souvent ils remplissent des documents à leur place, accentuant encore plus leur charge de travail administratif.

M1 « Moi, ça ne me dérange pas de faire des papiers qu'il faut que je fasse moi, mais quand je dois faire les bons de transport des spécialistes, les arrêts de travail parce que le spécialiste, il a décidé qu'au bout d'un mois c'était au médecin traitant de le faire (...) et bah ça, pour moi, c'est pas de la médecine. »

3.4.1.3 Charge administrative

La question de la charge de travail administratif semble également prendre une part non négligeable des difficultés rencontrées dans le milieu médical libéral. Il arrive que les médecins généralistes soient débordés par des tâches administratives prenantes et inintéressantes.

M5 « Ma principale difficulté c'est la charge des documents administratifs. »

M7 « Euh déjà qu'on fait assez de paperasse, des fois on a l'impression qu'on nous fait faire beaucoup d'administratif. »

M6 « Alors ça clairement, les dossiers, c'est pas ma tasse de thé, j'y connais rien donc... »

D'ailleurs ils évoquent le fait que ces différentes tâches annexes ne devraient pas relever de leurs fonctions, d'autant qu'elles empiètent sur le temps médical.

M7 « C'est pas le plus intéressant, bah moi j'ai pas fait médecine pour remplir des papiers. »

M1 « Et si je pouvais avoir moins de papier à faire et plus de médecine. »

Bien que les médecins interrogés soient unanimes quant à la lourdeur de la charge administrative à gérer dans le milieu médical libéral, celle-ci n'est pas toujours vue comme une source de stress.

M2 « Après bon c'est sûr que la paperasse tout ça c'est toujours embêtant, ça fait suer mais bon c'est pas ça qui me stresse et qui me pourrit la journée, parce que bon faire des papiers, voilà c'est pas intéressant mais c'est pas stressant. »

3.4.1.4 Plannings surchargés

Le départ de médecins généralistes à la retraite, pas toujours remplacés, aggrave la situation puisque les médecins généralistes toujours en fonction doivent prendre en charge ces patients qui, de fait, se retrouvent sans médecin.

M8 « Le problème c'est qu'on a été 5 médecins généralistes il y a 5/6 ans dans cette maison de santé et on est plus que 2 et demi. »

La patientèle des médecins généralistes, déjà volumineuse peut vite devenir une surcharge, alors que le praticien considère bien souvent faire déjà le maximum.

M2 « Moi, vue déjà l'intensité des journées, j'en vois déjà 30-35 par jour (...) je ne prends plus de nouveaux patients, je fais du 8h-20h donc je pense que c'est déjà saturé. »

Cette surcharge de travail donne parfois au médecin une impression de travail bâclé, ou même le pousse parfois à éviter d'aborder certains sujets de peur que cela ne demande trop de temps. Le flux débordant de patients est à l'origine d'un mal être chez certains médecins qui se sentent moins investis dans les consultations et cela peut parfois nuire à la qualité des soins prodigués.

M5 « Si je sens que je peux pas voir les gens correctement parce que je me dépêche, parce que j'en mets 3 au lieu d'en mettre 1, j'ai l'impression que je rends service à aucun des 3 (...), faire les choses un peu en les bâclant parce que je me dis c'est pas possible j'en ai trop dans la salle d'attente et ça c'est pas supportable. »

M1 « Pendant la période où j'étais toute seule, si je voyais que les gens allaient pas bien, parfois j'avais peur de leur poser la question parce que je me disais que de toutes façons j'avais pas le temps de les écouter (...) parce que si il commence à pleurer etc il va me prendre du temps. »

Cet engorgement de patients pousse certains médecins à refuser de nouveaux malades afin de préserver leurs conditions de travail, la qualité de leurs prestations et parfois même leur santé.

M3 « J'en prends encore des nouveaux patients après voilà moi je me suis fixé 1000 max après non c'est bon. Là déjà je commence à saturer je suis à 915, enfin 915 c'est officiel, je pense qu'il y en a plus. Mais non, non, pour moi, c'est voilà, pour la pratique que j'ai envie d'avoir ça me semble suffisant. »

M6 « Mais bon je freine des 4 fers parce que je veux pas me faire bouffer, justement j'ai l'exemple des autres médecins qui se font bouffer par la patientèle. (...) Après je refuse pas les gens, j'accepte de les voir mais je les déclare pas tant pis pour les 40 euros de ROSP, j'en suis pas là. »

La saturation actuelle des médecins généralistes et les plannings surchargés encouragent les médecins à avoir recours aux assistants médicaux.

M8 « Je lui ai proposé de devenir mon assistant médical, tout ça pour résoudre un peu, pas complètement, le problème de notre emploi du temps un peu dément quoi. »

Ce débordement fréquent des médecins et l'incapacité à prendre en charge des patients supplémentaires peuvent entraîner des modifications comportementales, pouvant aller jusqu'à une certaine agressivité, quand ils sont en demande de rendez-vous par exemple.

M8 « Par contre une mauvaise journée, c'est peut-être d'abord et avant tout les agressions. Les agressions de la secrétaire parce que les gens ne peuvent pas voir de rendez-vous. »

3.4.1.5 Un travail éprouvant

L'exercice de la profession de médecin généraliste est parfois ressenti comme difficile notamment au travers des décisions importantes à prendre, des lourdes responsabilités, ce qui engendre indéniablement du stress.

M2 « Sinon ça, les tâches administratives, ça demande pas trop de se concentrer et ça me se stresse pas comme pour une prise en charge d'un patient, des décisions importantes à prendre etc quoi... »

Certains médecins évoquent des fins de journée ou de semaine difficiles avec de plus grandes difficultés à prendre en charge correctement les patients.

M3 « Je suis désolé mon cerveau il est limité, moi, quand j'y réfléchis, à partir de 25 cas dans la journée je commence à être fatigué (...) discuter avec les gens et réfléchir à la solution des problématiques qui se présentent, voilà, ça c'est beaucoup plus éprouvant. Mon cerveau fera toujours ce qu'il est capable de faire quoi. »

3.4.1.6 Pas de rémunération pour des heures de travail

Quelques médecins généralistes regrettent que certaines tâches quotidiennes, chronophages ne soient pas rémunérées, ou encore que la prise en charge des urgences ou de consultations à motifs multiples ne soient pas revalorisées. Ils déplorent une reconnaissance insuffisante de la qualité des soins et de leur implication individuelle.

M6 « Bon j'ai pas le réflexe encore mais ouais il va falloir, j'aime pas trop, mais peut-être appliquer un dépassement exceptionnel ou autre parce que mis bout à bout... »

M6 « C'est pas des choses qui prennent énormément de temps, mais c'est la multiplication des tâches, revoir les dossiers, rappeler les gens qu'il faut rappeler pour les biologies pour ceci, pour cela. Tout ça, ça prend du temps et c'est pas rémunérer ou autre. »

3.4.2 Astuces pour se ménager

Avec l'expérience, les médecins généralistes mettent en place une organisation particulière voire même des astuces afin que les difficultés du quotidien ne se transforment pas en fardeau et deviennent plus facilement gérables. Ces méthodes restent primordiales pour rester serein dans son travail et ne pas se laisser déborder.

3.4.2.1 **Éduquer ses patients**

Certains médecins généralistes interrogés pensent qu'il est important voire primordial d'éduquer sa patientèle et de la sensibiliser afin de ne pas se laisse submerger par des demandes excessives ou déplacées, qui peuvent polluer leur vie privée. Par ailleurs, cette éducation des patients, d'après ces mêmes médecins, apporte de la sérénité au travail et permet d'améliorer indiscutablement leur prise en charge.

M6 « Donc moi, par contre, pour ça dès que je suis arrivé, j'ai direct mis un papier stipulant tout ça, c'est-à-dire effectivement une consultation c'est un motif, bon ça on dépasse toujours, c'est 2/3 mais au moins c'est cadré un peu et puis effectivement, une consultation c'est une personne. »

Responsabiliser les patients dans le soin par l'éducation est aussi une bonne manière de parvenir à limiter le nombre de consultations et de requêtes de soin.

M1 « C'est-à-dire que les patients, ça s'éduque mais moi ça fait 12 ans que j'essaie d'éduquer mes patients en leur disant qu'un nez qui coule et une fièvre qui dure depuis moins de 3 jours, on vient pas me voir. Mais à force de rabâcher, ça marche et je suis moins débordée. Petit à petit, on fait moins de consultations inutiles, je dis pas que je fais pas de consultations qui servent à rien mais j'ai l'impression que j'en fais moins, j'ai donné les consignes. »

3.4.2.2 **Organiser son emploi du temps**

Ils évoquent également la nécessité d'organiser avec rigueur l'emploi du temps et la répartition des tâches sur la journée, notamment les tâches administratives qui peuvent, sans maîtrise, phagocyter complètement le bon déroulement du planning prévisionnel. Se fixer une heure limite de fin de travail, s'autoriser de souffler quelques minutes, cela fait aussi partie de la bonne gestion de la patientèle.

M6 « J'arrête de déborder parce que sinon je rentre chez moi à 9h30/10h donc c'est beaucoup de paperasses le temps de faire un peu redescendre la pression de la journée, de faire la compta, la télétransmission. »

Pour gérer justement les urgences et ne pas se laisser déborder, les médecins généralistes organisent leur rendez-vous de façon à conserver toujours un temps dédié pour les imprévus, ces derniers faisant partie intégrante du quotidien de la médecine générale.

M8 « En gros, je donne un rendez-vous tous les quarts d'heure mais sans donner le quatrième pour anticiper justement les imprévus et avoir un peu de marge. »

M1 « J'ai un emploi du temps où j'ai des plages d'urgences qui ne peuvent pas être remplies avant le jour-même et j'en ai beaucoup (...) je refuse de doubler tous mes rendez-vous et de terminer à pas d'heure. Donc là en ce moment je dois avoir une dizaine de plages par jour qui ne peuvent être remplies que le jour même pour ne pas me faire submerger. »

Il peut également être utile d'établir à l'avance des consultations à 2 vitesses, certaines vont demander plus de temps, et anticiper ce débordement dans le planning peut également être une clé.

M1 « J'ai certaines consultations qui sont plus longues, par exemple les nourrissons de moins de 2 ans, c'est toujours ½ heure, les frottis, examen gynéco c'est ½ heure. (...) donc je m'arrange pour avoir le temps pour les consultations potentiellement plus longues ou compliquées, avec une annonce par exemple, j'hésite pas à bloquer plus de temps pour ne pas me retrouver dans une situation où je vais avoir du retard et courir et ne pas être détendue pour voir les gens. »

Faire le tri des informations ou des demandes afin de prendre en compte uniquement ce qui est justifié semble également être une bonne méthode pour ne pas se laisser déborder.

M3 « Parfois, je leur dis « bon bah ça, ça fait pas partie du tableau général, on verra ça dans un autre temps » enfin voilà, j'essaie de faire le tri mais de temps en temps c'est délicat quoi, parce que les gens sont pas toujours..., ils comprennent pas. »

M6 « Il y a le télésecrétariat qui laisse des messages donc tous les matins, je les regarde, je trie un peu et y'en a auxquels je réponds pas, en fin de compte. Je regarde ce qui me paraît le plus urgent et là je réponds et ce qui me paraît pas du tout urgent ou déplacé, en règle générale, pas de réponse, je laisse couler et puis voilà. »

Les visites à domicile peuvent parfois aussi demander du temps, avec les trajets qui à la campagne sont souvent longs. Leur gestion organisée permet aussi de mieux régir son temps.

M1 « C'est moi qui organise le circuit, j'ai organisé par coin, par région et comme ça c'est calé, c'est moi qui leur donne la date et ils ont pas le choix, c'est le jour où j'ai décidé que je venais que je viens. »

3.4.2.3 Bien tenir ses dossiers

Les dossiers médicaux peuvent parfois être très fournis et regrouper de nombreuses informations. Et c'est à ce niveau qu'une bonne organisation peut porter ses fruits et permettre de gagner du temps en se concentrant sur l'essentiel.

M1 « Je vais plutôt vite grâce au dossier qui est extrêmement bien tenu, c'est-à-dire que dès que je reçois un courrier avec la colo de contrôle par exemple bah ça je le marque, donc en 10 secondes, je regarde les informations du dossier et je sais tout le suivi que je dois faire. »

3.4.2.4 Avoir un secrétariat

Bien s'entourer semble aussi primordial et l'aide d'une secrétaire efficace peut s'avérer inestimable et devenir rapidement un gain de temps appréciable.

M3 « Donc, elle je l'ai prise en plus pour gérer tout ce qui est administratif, classer et scanner les courriers. Si j'ai pris une secrétaire c'est que ça aide sur beaucoup de points, disons enfin voilà, ne serait-ce que de mettre les courriers dans les dossiers informatisés, ça prend du temps quoi. »

Les médecins généralistes sont souvent déjà bien aidés par une secrétaire qui remplit déjà beaucoup de tâches administratives. De plus, l'outil informatique a également permis de bien diminuer de façon non négligeable la charge administrative.

M4 « Après, l'administratif, nous on n'est pas vraiment débordé par ça parce que l'outil informatique nous a quand même bien aidé et on a une secrétaire en or donc elle me débrouille déjà absolument tout. Ce qui fait que je ne fais plus que de la médecine. »

La secrétaire, sous réserve qu'elle ait un bon relationnel, peut contacter elle-même les patients au téléphone ce qui est dans de nombreux cas très appréciable. Pour un patient sensible, le fait que ce soit la secrétaire qui appelle est moins anxiogène.

M6 « Et puis il y a la secrétaire physique, qui en règle générale les contacte sinon. »

3.4.2.5 Privilégier sa vie personnelle

Le choix d'une installation à la campagne s'accompagne souvent d'une envie de qualité de vie différente, liée à un mode de vie rurale, en théorie moins stressant.

M3 « On vient à la campagne pour profiter, pour la qualité de vie, pour la famille, pour les activités à côté qu'on a envie de poursuivre un peu. »

M7 « Le soir on a envie de rentrer chez soi ou de rentrer le midi retrouver sa famille et voilà c'est en coup de vent, c'est ce qui est le plus agaçant, voilà. »

La plupart des médecins généralistes interrogés privilégient leur qualité de vie à leur revenu. Ils ne semblent pas attirer par tout ce qui pourraient nuire à leur temps de loisirs ou de repos, même si une contrepartie financière pourrait les en dissuader.

M3 « On n'a pas besoin d'être riche quoi, juste de vivre bien et puis faire au mieux notre métier quoi c'est pas faire du chiffre, remplir des quotas, des machins. »

M8 « J'ai jamais travaillé pour le rendement et la rentabilité. »

Le temps de repos est important pour protéger sa qualité de vie.

M2 « Dans la région, c'est sûr que beaucoup de médecins refusent de prendre en charge de nouveaux patients mais parce qu'on est déjà au taquet, qu'on veut conserver notre jour de repos dans la semaine parce que les journées sont déjà très chargées donc à un moment tu dis stop quoi. »

Garder ce confort de vie est une condition capitale pour certains médecins qui peuvent refuser d'élargir leur patientèle, surtout si une autre solution se présente aux patients.

M1 « Alors, je refuse des nouveaux patients mais parce que j'ai une associée depuis 2 ans et que je pense que c'est bien qu'elle fasse sa patientèle. Et je vis très bien financièrement avec ce que je gagne, j'ai des journées qui sont plus agréables et j'ai une vie maintenant à côté donc je vois pas pourquoi je changerai ça. »

3.4.3 Les caractéristiques de la médecine générale à préserver

Les médecins généralistes interrogés restent très attachés aux différents aspects de la médecine générale.

3.4.3.1 Médecine de proximité

Par définition, la médecine générale doit être accessible rapidement, en particulier pour prendre en charge des pathologies qui relèvent souvent de l'urgence. Cette caractéristique est de plus en plus difficile à respecter dans le contexte actuel puisque les plannings souvent pleins longtemps à l'avance.

M8 « Que les gens ne s'entendent pas dire le docteur il a pas de place avant 15 jours, parce qu'on est des généralistes et qu'on n'a pas le droit de pas avoir de place dans un délai convenable. »

3.4.3.2 Relation médecin-malade

La dimension humaine établie dans la médecine générale ressort comme le véritable atout de cette spécialité. Cette prise en charge centrée sur le patient, relevant d'une relation médecin-malade privilégiée est un aspect de leur exercice que les médecins généralistes veulent défendre.

M7 « Euh le truc quand on exerce la médecine générale souvent c'est plus, bah pour connaître ses patients, leur histoire, leur vie, leur mode de vie, tout ce qui fait la médecine générale quoi. »

M1 « Ce que j'aime moi dans ce métier, c'est le contact et l'écoute auprès des patients c'est ça qui prime pour moi en médecine générale et je suis contente d'être un vrai médecin de famille. »

La médecine générale prend en charge toutes les dimensions de la santé du patient.

M7 « Comme on dit, la médecine, l'art de la médecine, c'est une prise en charge psychosociale. »

3.4.3.3 Besoin de temps

Pour maintenir cette relation forte soignant-soigné, les médecins s'accordent sur la nécessité de consacrer du temps à l'écoute des malades.

M6 « Et pour la relation médecin-malade, souvent 15 minutes si y'a quelque chose de vraiment important, ça suffit pas, si ils vont pas bien, on peut pas le faire en 10 minutes quoi. On ne peut déjà pas le faire en 15 donc forcément on déborde. »

Les médecins apprécient avoir du temps pour ses consultations.

M8 « Et au final si elle dure 20 minutes ça me va mieux que 15 minutes parce que j'aime bien aussi prendre mon temps. Et 20 minutes pour une consultation ça me paraît bien le plus souvent. »

Ce temps est nécessaire aussi pour faire le cœur de leur métier, examiner les gens et faire des diagnostics.

M1 « Prendre du temps pour faire des diagnostics, des choses comme ça. (...) Donc voilà ça veut dire qu'il faut que j'aie le temps de faire des examens cliniques, de réfléchir, de chercher. »

Les médecins généralistes s'accordent à dire que leur métier demande du temps, matière dont ils manquent déjà et qu'une consultation ne peut pas se réduire à regarder un chronomètre.

M6 « Non, non, pour moi c'est impossible, 6 patients par heure c'est non. C'est plus la médecine comme je l'entendais, je suis pas vieux hein, mais c'est pas la médecine que je veux faire. »

3.4.3.4 Apprécier les consultations « faciles »

La médecine générale est une spécialité variée, avec des consultations plus « faciles » que d'autres que le médecin souhaite aussi garder. Il apprécie pouvoir se reposer sur certaines tâches répétitives, quotidiennes.

M3 « Ça c'est des tâches qui sont chronophages mais c'est pas ça qui me fatigue, au contraire parfois ça me repose, le fait d'écouter des poumons, d'écouter un cœur, de prendre une tension et donc euh que on prenne les tensions à ma place ou pas, finalement ça changera rien. »

M4 « Discuter avec les gens et réfléchir à la solution des problématiques qui se présentent, voilà, ça c'est beaucoup plus éprouvant. »

3.4.3.5 Volonté de bien faire son métier

Les médecins généralistes interrogés partagent la volonté d'exercer une médecine de qualité, de faire de leur mieux et d'être disponible pour leur patient. Il en ressort qu'ils ont à cœur de prendre soin de leur patient et qu'ils tiennent à préserver les moyens qu'ils ont à disposition pour faire du mieux possible.

M3 « Je préfère continuer comme ça enfin moi j'aimerais avoir juste 20 patients par jour, tranquillement, voilà, faire mon truc, faire bien mon métier et puis voilà. »

M1 « Donc voilà, moi je veux écouter les patients pour pouvoir être là pour eux. »

3.4.4 Rôle de l'assistant médical à établir au sein d'une équipe

Les médecins généralistes interrogés se sont demandé quelles fonctions ils pourraient donner à cet assistant médical. Ils imaginent des rôles divers, tout en sachant que sa mission ne doit pas interférer sur celle de la secrétaire, en restant avant tout médicale. L'assistant va devoir par conséquent s'intégrer dans une équipe médicale et paramédicale souvent déjà en place.

3.4.4.1 Travail en équipe

Les médecins généralistes tendent à se regrouper entre eux et bien souvent avec des personnels paramédicaux pour travailler en équipe. Cette démarche, déjà bien inscrite dans les pratiques, serait sans conteste renforcée avec l'arrivée d'un assistant médical.

M3 « Oui le travail en équipe c'est intéressant ... d'avoir des intervenants de toutes professions, de pas être tout seul, isolé, dans un coin à la campagne. »

Ils pensent même que le travail en groupe est une des solutions aux problèmes engendrés par l'évolution de la démographie médicale et à la surcharge de travail.

M4 « Et pour ce qui est de la charge de travail, la solution elle est dans la médecine de groupe. Nous là au cabinet on ne se sent pas particulièrement en difficulté parce qu'on est 3 médecins. »

Le travail en groupe permet également l'entraide, que ce soit dans la démarche diagnostique en demandant un avis à son confrère ou dans l'organisation du cabinet.

M1 « Ah bah moi je sais même pas comment ça serait envisageable si j'étais toute seule et en plus nous on a un mode de fonctionnement qui est vraiment en collaboration, on se demande régulièrement des avis, on s'interpelle de temps en temps pendant la consultation pour aller regarder un truc dermato par exemple. »

Ce regroupement peut être parfois bien plus important au sein d'une CPTS ou de MSP, permettant un travail coordonné, une organisation plus simple du parcours du soin et favorisant également la délégation de tâches.

M7 « Sinon, à Bergerac donc y'a le pôle de santé, y'a la CPTS aujourd'hui, donc c'est vrai que la CPTS c'est très très gros. Mais donc, les cabinets en dessous, par exemple nous, on va peut-être s'organiser en MSP pour justement travailler avec les infirmières et faire de la délégation d'actes. »

La relation avec l'assistant médical prenant part dans un duo va solidifier la formation d'une véritable équipe de travail.

M8 « L'assistant, il va travailler comme la secrétaire, il va vraiment travailler avec moi et ça fera un peu ... comme un binôme en fait. »

La création de ce binôme peut être vu comme un atout dans la prise en charge mais également peut rompre la solitude du médecin, seul dans son cabinet avec son patient.

M5 « Après ça peut être sympa aussi, après coup, à la fin de la consultation, d'échanger. C'est intéressant aussi parfois de travailler à 2, parce que cette idée de travailler tout le temps seul, c'est pesant aussi. »

3.4.4.2 Donner un rôle administratif

Tous les médecins généralistes interrogés aimeraient déléguer des tâches administratives qu'ils trouvent chronophages et peu palpitantes.

M2 « Ce qui pourrait jouer sur ma charge mentale et la réduire ça serait vraiment tout cet administratif qui est trop chronophage et barbant. »

Ils évoquent alors l'encaissement des honoraires, étape commerçante qui peut parfois rebuter certains médecins.

M3 « Mais ça serait quelque chose que moi j'aimerais bien, ne pas avoir à m'occuper du paiement. »

M6 « Rentrer le côté administratif, le règlement des choses comme ça effectivement, ce sont des choses qui prennent du temps. »

Ils parlent finalement de déléguer tout ce qui entoure une consultation.

M4 « Et ensuite je pourrais lui donner comme rôle celui de me préparer les patients on va dire et éventuellement à la fin de manager le côté administratif du règlement des honoraires, admettons. »

L'assistant médical pourrait également avoir un rôle de gestion et de mise à jour des dossiers médicaux sur le logiciel.

M8 « Donc l'assistant médical, si par exemple ce sont des gens qui ne sont jamais venus il fera la partie administrative, le dossier, les antécédents sur Hellodoc. »

M3 « Si pour certaines choses qui pourraient être intéressantes, quelque chose de plus médical, ça serait de mettre à jour les dossiers effectivement, euh les antécédents des trucs comme ça. »

M6 « Parce que pour de l'administratif pur, oui vérifier que tout soit bien à jour, les dossiers etc.... »

Cette mise à jour des dossiers améliore grandement la pratique de ce médecin généraliste qui confie cette tâche à son assistant médical.

M5 « Quand je lis mes courriers médicaux je lui souligne ce qu'il doit ajouter dans le dossier, des notes, des rappels, des antécédents et donc ça, c'est intégré dans les dossiers, chose qu'avant je ne prenais pas forcément le temps de mettre à jour donc les dossiers sont beaucoup mieux tenus. »

La vision des tâches administratives est différente selon les médecins interrogés mais certains y incluraient même tout ce qui a trait aux courriers des correspondants, des demandes d'examen ou des dossiers à caractère plutôt social. Ils considèrent en effet que ces tâches de recopiage ne demandent pas de compétence médicale et sont donc une perte de temps.

M7 « C'est vrai que par exemple les tâches administratives, ça peut être bah remplir tous les bons, de scanner, d'IRM après faire les demandes par exemple Via Trajectoire pour les maisons de retraite, c'est remplir un dossier, hein, c'est pas forcément au médecin de le faire, recopier ce qu'il y a dans un logiciel c'est pas si dur que ça à faire. »

M6 « L'administratif ça oui, les courriers. »

L'assistant médical pourrait élaborer une ébauche de comptabilité en mettant à jour les retours de la sécurité sociale par exemple, en vérifiant le règlement des actes.

M2 « La partie comptabilité du cabinet par exemple, vérifier qu'on soit bien payé des retours de CMU, des ALD etc, ça serait pas mal aussi. »

Certains médecins pensent que la réalisation de tâches administratives récurrentes et parfois pénibles comme les prolongations ou les certificats médicaux ne serait pas du ressort de l'assistant médical car ces tâches nécessitent forcément un avis médical.

M1 « C'est-à-dire que, si c'est pour me décharger de l'administratif pur, c'est-à-dire les trucs qui me gonfle, les 50 milliards de certificats médicaux qu'on me demande, les papiers d'accident de travail, d'arrêt de travail, de machin, le problème c'est qu'il pourra pas les faire puisque ça demande un examen ou du moins un avis médical. »

3.4.4.3 Donner un rôle médical

L'assistant médical est, comme son nom l'indique, à intégrer également dans la prise en charge médicale des patients.

M8 « Alors moi ce que je vais surtout déléguer à mon assistant médical, c'est que je vais lui confier cet espace qui existe entre l'accueil du secrétariat et le médecin. »

En fait, les médecins imaginent une sorte de consultation type avec une vérification systématique de la mise à jour des dossiers mais aussi des vaccinations, dépistage et autres pour que le patient soit bien cadré.

M3 « Donc des choses comme ça quoi, qui ne viennent pas forcément à chaque consultation. D'avoir un truc peut-être, systématique, ça, ça pourrait être intéressant. Ça permettrait de mieux prendre en charge les patients, de rien oublier. »

Les médecins généralistes peuvent trouver des tâches variées à leur confier. La pré-consultation peut être vue comme un temps à part entière entre l'accueil et la consultation, pour un moment dédié à la prise en charge par l'assistant médical afin de préparer et de dégager les éléments essentiels qui permettront d'anticiper la consultation par le médecin.

M7 « Bah l'assistant médical aujourd'hui, c'est cette vision là que nous on a, c'est mâcher, pré-mâcher la consultation, commencer le travail. »

M6 « Dégrossir la consultation éventuellement, prendre les constantes etc (...) Comme on peut voir ce qui se fait à l'étranger, dans les centres anglais par exemple, où le médecin finalement il a que le temps médical pur quoi. Ça, ça pourrait m'intéresser. »

M4 « Donc il pourrait recevoir les gens, noter éventuellement les données de base, c'est-à-dire le poids, la tension, la température si besoin enfin la biométrie. »

M9 « L'assistant médical verra tous les patients avant chaque consultation, moi j'arrive je veux que le patient soit installé, qu'il soit prêt sur la table d'examen. »

Néanmoins, ces gestes quotidiens, répétitifs des consultations comme la prise de tension seront parfois gardés par les médecins, qui considèrent ces moments non seulement comme faisant partie intégrante de la consultation mais aussi comme n'étant pas inutiles car ils permettent bien souvent les échanges de vive voix.

M2 « Et puis pour ce qui est de vraiment médical, moi tout ce qui est prise de tension, des constantes tout ça, moi je me vois pas déléguer à quelqu'un ça (...) Pour moi c'est pas une perte de temps, j'aime bien ça, je suis toujours en train de poser les questions, de faire l'interrogatoire quand je prends le poids ou des trucs comme ça donc ça c'est pas quelque chose qui me ... non, ça je veux le garder, ça fait vraiment partie de la consultation. Et vraiment ce n'est pas ça qui me bouffe mes journées. »

Pour un autre médecin, il n'y a pas de temps perdu au cours d'une consultation, chaque instant est nécessaire et peut influencer la démarche diagnostique.

M1 « Et si c'est pour me prendre la tension, me faire l'interrogatoire du patient, ça ne m'intéresse pas parce que moi j'en apprend beaucoup quand je le fais. »

L'assistant médical pourrait apporter une aide pour recevoir les urgences et donc soulager le médecin qui peut se sentir submergé par le flux de patients et qui peut refuser de les voir par manque de temps.

M8 « Tous ces gens qui se bousculent, qui veulent un avis médical, qui veulent un rendez-vous en urgence. J'aimerais qu'il gère un peu ce trop-plein, et que les gens ne s'entendent pas dire « il n'y a pas de solution », parce que ce n'est pas la faute des gens non plus si y'a plus de médecin. »

Cette gestion des urgences passe également par un tri des patients. Grâce à son expérience et sa formation, le médecin sur le point de recevoir un assistant médical estime qu'il pourra reconnaître les vraies urgences et prendre la décision de voir un patient rapidement ou pas, et donc optimiser l'agenda des soins.

M8 « Mon assistant médical pourrait gérer la part médicale et il pourra un peu faire le tri de tout ce qui est urgent ou pas. Il sera en capacité de prendre les appels des patients que la secrétaire lui transférera et de juger si oui ou non la demande est urgente. »

A condition d'avoir des locaux adaptés, l'assistant médical est un véritable atout pour la prise en charge de soins urgents, sans que celle-ci est parfois compliquée.

M9 « En résumé, l'assistant médical va me permettre de faire du soin non programmé. Aujourd'hui, on ne peut pas répondre, enfin c'est difficile, de répondre à la demande des patients qu'on suit de façon chronique pour des polyopathologies et en plus de répondre à la demande des urgences des patients. »

Le médecin pourrait également déléguer des actes techniques purement médicaux qui prennent du temps dans leur installation ou leur mise en place.

M7 « C'est, euh bah, c'est tout ce qui est justement ECG, EFR, des actes techniques où en fait on demande simplement à une personne de le faire. »

M2 « Après oui par exemple, mais nous on n'en a pas pour l'instant mais si on avait un ECG, bah ça serait intéressant effectivement de lui faire faire l'ECG pour un patient dans une autre salle pendant que je vois quelqu'un d'autre en attendant. »

M9 « Il aide à l'accueil, au déshabillage, au côté administratif, il prend les constantes, il peut me faire un ECG, débiller ou même faire un pansement. »

La présence de l'assistant médical peut même permettre, selon un médecin en ayant fait l'expérience, de varier sa pratique et ainsi faire plus d'actes techniques en prenant en charge des patients qui seraient peut-être allés aux urgences s'ils n'avaient pas eu la possibilité d'être reçus rapidement.

M9 « Donc ça rend service au patient mais ça permet aussi de faire des actes d'urgence et de se diversifier pour le médecin, par exemple de faire une suture, de gérer une crise d'asthme, on reste sur des soins qu'un médecin généraliste peut faire et pour lesquels le patient n'a pas besoin d'aller encombrer les urgences. »

La prévention en santé passe parfois, malheureusement, au second plan dans une consultation. Les médecins pensent que cet aspect de leur travail pourrait être aussi dévolu au rôle de l'assistant médical, par exemple : vérifier les vaccinations, les dépistages, les conseils etc...

M3 « Euh vérifier aussi, parce que bah pareil, j'y pense pas à chaque fois, mais les vaccinations, voir si le patient est à jour. »

L'assistant médical pourrait améliorer la communication, le relationnel, entre les médecins généralistes et hôpitaux.

M8 « D'où justement l'intérêt pour les assistants médicaux de régler ces problèmes de communication. »

Il est aisé d'imaginer l'assistant médical appeler le correspondant pour un rendez-vous rapide ou un avis médical. Les médecins considèrent que cela occasionnerait un gain de temps non négligeable dans leur pratique.

M3 « Les assistants médicaux, ils peuvent gérer le contact avec les autres professionnels, ça peut être intéressant parfois surtout dans notre coin où on passe du temps, enfin c'est compliqué d'avoir des rendez-vous, il faut attendre longtemps au téléphone. »

M2 « Ça serait surtout pour l'orientation vers les spécialistes par exemple, la prise de rendez-vous urgents par exemple. Ou après, tout ce qui est avis par exemple, ça déjà c'est le premier truc parce qu'on perd un temps fou à attendre, à téléphoner, à avoir le standard, puis la secrétaire etc, ça dure des plombes... Et moi j'aimerais que ça ne soit pas moi qui appelle. »

3.4.4.4 Un allègement global du stress

Les médecins généralistes ayant déjà recours à un assistant médical ou qui en font la démarche voient en l'arrivée de ce métier une occasion d'être moins sous tension.

M5 « Moi je suis moins fatiguée à faire que de la médecine, je me suis pas pris la tête avec la messagerie sécurisée, je me suis pas pris la tête à essayer de faxer les courriers, je me suis pas agacée donc je suis moins fatiguée à la fin de ma journée. »

M9 « Ça nous permet d'être un peu plus serein sur la gestion médicale parce que nous on en a marre de faire de l'administratif. Bien sûr on n'a plus de patients mais on est plus dans la consultation que dans la paperasse parce que ça c'est usant et je pense qu'il y a des gens qui fuient la médecine générale libérale à cause de ça. »

Cette diminution de stress est également permise grâce à une fonction complètement modulable et un rôle pouvant être adapté selon les besoins du médecin.

M5 « Donc en fait sa fonction est complètement adaptable en fonction de la demande et de la disponibilité aussi des locaux dans la MSP. »

3.4.4.5 Intégrer un intervenant supplémentaire

Quelques médecins généralistes pensent que la présence d'une personne qui ne serait pas médecin rassure les patients qui, parfois, peuvent être impressionnés en consultation avec un médecin.

M6 « Peut-être les prises de constantes à la rigueur, c'est un truc tout bête hein, mais pour l'histoire de l'effet blouse blanche etc, ils arrivent ils sont un peu hypertendus. »

Cela pourrait aussi les apaiser ou les encourager à se confier plus facilement sur divers sujets qu'ils n'oseraient pas aborder avec le docteur.

M5 « Et ça peut aussi décontracter certaines personnes, ça peut quand même amener plus d'humanité dans ce qu'on fait, de pas être dans une relation paternaliste, tout seul avec son patient. Le fait d'avoir quelqu'un qui n'est pas médecin, c'est moins impressionnant pour les gens et puis ils peuvent se dire que c'est quelqu'un qui les comprend mieux aussi. »

L'assistant médical pourrait apporter des idées différentes, une interprétation personnelle d'une consultation ou d'un patient, par un autre regard que celui d'un médecin, pouvant enrichir le soin.

M5 « Avoir un autre avis plus neutre, parce que parfois on peut penser des trucs, et en fait on se fait des idées, c'est une idée perso, est-ce que vraiment on a bien détecté le malaise du patient ou quelque chose comme ça. Ça permet de discuter des dossiers et même hors contexte médical, ça peut apporter aussi sur le côté social puisqu'on en fait beaucoup. »

Par contre, certains médecins généralistes pensent qu'en intégrant une nouvelle personne, cela peut nuire à la qualité et à l'homogénéité des informations.

M6 « Peut-être que ça peut faire gagner du temps mais bon, c'est un intermédiaire supplémentaire, je pense que des fois on perd un peu en qualité d'infos quoi. »

Il subsisterait un risque d'incompréhension, lorsque le médecin et l'assistant médical tiennent des discours contradictoires auprès du patient.

M1 « Après c'est sûr que c'est compliqué de mettre plein d'intermédiaires différents (...) il faut pas trop mélanger les intermédiaires, les discours et tout ça parce que les patients ils ne s'y retrouvent plus et en plus ils ont pas forcément envie de répéter 15 fois la même chose. »

D'autre part, pour une prise en charge de qualité, il est indispensable de bien s'entendre avec l'assistant médical

M4 « Parce que rajouter quelqu'un c'est prendre le risque aussi éventuellement d'une mésentente parce que tout le monde ne s'entend pas toujours bien sur le plan humain avec les gens avec qui on travaille c'est pas toujours facile. »

3.4.4.6 Doute sur le consentement du patient

Le patient peut être réfractaire à l'idée de devoir confier sa santé entre les mains d'un inconnu, à l'idée devoir parler de soi à une nouvelle personne. D'après les médecins généralistes, certains patients ne seraient pas enclins à cela.

M6 « Parfois avoir quelqu'un en plus ça aide pas, on le voit bien avec les secrétaires, quand ils disent « non ça vous regarde pas », ça dépend des gens y'a des bavards et puis y'en a qui parlent moins. »

Ils pensent même que cela pourrait être source de conflit dans la relation.

M4 « Et en plus je pense qu'il y aura des patients qui seront pas d'accord donc ça peut compliquer aussi le relationnel et je pense que ça peut vraiment déplaire à certains patients, est-ce que ils seront tous favorables à cela ? »

Un médecin généraliste aidé par un assistant médical pense qu'à l'inverse les patients apprécient avoir 2 intermédiaires et être mieux écoutés.

M9 « Les patients ont l'impression d'être écouté 2 fois. Et là il trouve qu'on l'écoute et qu'on s'occupe de lui en fait. Et donc au contraire je pense que le patient apprécie vraiment. »

3.4.5 Réorganisation majeure à envisager

3.4.5.1 Rôles des intervenants actuels

Pour les médecins généralistes interrogés, les missions de l'assistant médical se rapprocheraient beaucoup de celles du secrétaire déjà en place.

M7 « Ça serait comme une secrétaire on peut dire, un peu personnalisée. »

D'autant plus que certains médecins délèguent déjà beaucoup d'actes ou de tâches au secrétariat.

M7 « Bah aujourd'hui, l'aide qu'on a nous, c'est euh la secrétaire à qui on fait faire notre pose de MAPA, enfin, de holter tensionnel. »

Ils ont donc un peu de mal à situer l'assistant médical par rapport au secrétaire, déjà en place et qui connaît le fonctionnement du cabinet.

M4 « Mais je vois pas bien la place de ces assistants médicaux qui seraient entre guillemets des super secrétaires en capacité d'aider un peu. J'ai du mal à les situer en fait sur la réalité. »

3.4.5.2 Organisation architecturale

L'intégration de l'assistant médical au sein du cabinet de groupe semble importante et pour cela un espace réservé à l'exercice de sa mission est nécessaire.

M7 « L'assistant médical, il ne faut pas qu'il soit là, à regarder les murs donc faut lui trouver une fonction, une salle euh voilà. »

M4 « Mais ça impliquerait qu'il y'ait plusieurs bureaux en réalité de façon à ce que quand je suis dans un, l'assistant est dans un autre. »

Accueillir l'assistant médical nécessite une adaptation des locaux, ce qui paraît parfois irréalisable dans les structures actuelles de nombreux médecins.

M3 « Donc ça veut dire qu'il faut que l'organisation dans le cabinet médical soit bien particulière du coup, enfin adaptée (...) Mais en même temps, j'ai pas, enfin même dans notre belle maison de santé toute neuve là, euh, je peux pas faire ça quoi. J'ai pas la place, en fait il faut 2 salles quoi. »

M6 « Après je pense que c'est un peu complexe à envisager. Je pense qu'il faut une structure, des locaux dédiés etc, parce que je pense que je vois pas trop comment il le ferait en restant dans la consultation. Il faudrait un local à part etc pour qu'il puisse voilà, accueillir de manière indépendante, qu'on se marche pas sur les pieds dans le même bureau parce que là je pense que ça serait contre-productif. »

La présence, dans les maisons de santé, de locaux vacants simplifie largement l'embauche d'un assistant médical qui peut bénéficier d'une salle dédiée de façon à recevoir les patients individuellement.

M8 « Le bureau à côté du mien est vide, donc, d'avoir un assistant médical à côté de mon bureau ça permet effectivement une souplesse dans le fonctionnement. Les locaux font parties aussi de la façon de fonctionner. Ils permettent à ce que l'assistant interroge, commence à la fois le côté administratif et le côté médical. »

En plus des locaux supplémentaires, il faut également du matériel en double.

M5 « Bien évidemment il faut que le matériel suive, donc 2 ordinateurs, 2 imprimantes mais ce n'est pas infaisable. »

Un médecin nouvellement installé a fait le choix de faire appel à un assistant médical dans le cadre de la création d'un cabinet d'une nouvelle forme, avec un fonctionnement sur 2 salles pour intégrer pleinement l'assistant médical.

M9 « Je suis en train de monter un statut d'assistant médical pour une activité un peu particulière. Je m'installe sur 2 salles d'examen identiques. Et donc ça c'est pour optimiser au mieux le travail que si j'ai un assistant médical. »

3.4.5.3 Ajustement du planning

Les médecins généralistes s'interrogent sur la façon dont l'assistant médical recevrait les patients, dans un moment dédié, avant la consultation. Pour eux, le planning aussi doit donc être revu et organisé en fonction des temps de présence de l'assistant médical ce qui pourra compliquer le fonctionnement du cabinet.

M3 « Donc ça voudrait dire qu'il faudrait organiser le planning d'une façon par exemple, voir un matin tous les diabétiques par exemple et qu'on fasse systématiquement, test au monofilament sur les pieds, la prise de tension, le poids... »

Certains médecins imaginent réadapter leur mode de fonctionnement pour permettre à l'assistant médical de prendre en charge plus de patients et ainsi leur faciliter l'accès aux soins.

M8 « Peut-être de créer aussi une consultation sans rendez-vous ce qui n'existe plus. Mais que les gens puissent savoir que, tels jours ou telles matinées dans la semaine, ils vont pouvoir venir, qu'il y aura de l'attente mais qu'on les recevra. »

Grâce à l'assistant médical un médecin a envie de créer un nouveau mode de consultation, adaptée aux besoins de la population.

M9 « Moi j'avais pas envie pour une 2^e installation de faire un truc classique derrière un bureau, je veux que ça bouge. Je mets en place un cabinet innovant qui répond aux besoins de consultations de soins d'urgence en zone rurale pour que les patients puissent voir un médecin dans les 24 heures. »

Tandis qu'un autre, à l'inverse, ne souhaiterait pas cependant tout bousculer et veut garder des habitudes de consultation classique.

M8 « Moi je veux pas bouleverser complètement mon organisation par rapport à l'arrivée de l'assistant médical non, non, je vais juste apporter un soutien supplémentaire, c'est plutôt du dépannage quoi. »

3.4.6 Assurer la compétence des soins

3.4.6.1 Profil de professionnel

Les médecins généralistes se demandent quel profil de professionnel serait intéressé par ce poste. Ils pensent également qu'un IDE serait trop qualifié pour le poste, une secrétaire peut-être pas assez...

M6 « Je pense qu'un infirmier ça serait quand même une perte, enfin, il serait surqualifié et puis il faudrait vraiment que ça lui plaise, qu'il ait décidé de ralentir un peu parce que bon, c'est pas très stimulant non plus. »

Certains médecins ont du mal à imaginer que ce travail pourrait plaire dans la mesure où il consisterait à faire tout le travail « pénible » du médecin généraliste.

M1 « Mais je sais pas, en même temps, si y'a quelqu'un qui voudrait faire que l'administratif, motiver quelqu'un pour faire ça... parce que bon c'est pas intéressant (...) mais malheureusement c'est ça qui pourrit la vie du médecin. Si ils trouvent des gens qui ont envie de faire ça, chapeau. »

3.4.6.2 Formation dédiée

Les médecins généralistes s'interrogent sur la formation que recevront les assistants médicaux. Ils ne sont pas sûrs de pouvoir leur faire confiance sans connaître avant la formation précise qu'ils devront suivre.

M7 « On ne sait pas exactement quelle formation leur donner donc c'est un peu compliqué. »

Afin de faire confiance et de déléguer sans crainte, les médecins veulent s'assurer des compétences et des limites de l'assistant dans son exercice.

M6 « Y'a aussi le problème de la compétence mais je vois pas encore très bien quelle formation ils auront. J'imagine que pour le moment ils sont formés sur le tas quoi. »

M2 « Bah sur le plan de la délégation, j'ai confiance je pense, et en plus si c'est que les tâches administratives et ce qu'on a vu ensemble ça me gêne pas du tout de déléguer. Et en plus ils auront une formation pour tout ça donc j'aurais pas de mal à faire confiance. »

M4 « Après si on délimite bien les compétences il y a pas de raison de ne pas laisser à un assistant des responsabilités à partir du moment où on sait qu'il maîtrise. »

Un médecin signataire assure que son futur assistant va recevoir une formation adaptée. Cette formation est d'ailleurs prévue, et obligatoire dans le contrat.

M9 « Dans le contrat on doit aussi s'engager à ce que l'assistant reçoive une formation sous 2 ans. »

M8 « Et puis, l'assistant médical va avoir une formation quand même. Il va faire une formation d'assistant médical avec un organisme, une formation à la téléconsultation et d'autres formations qui sont en train de se mettre en place. »

D'ailleurs, l'arrivée de l'assistant médical peut être considérée comme un moteur susceptible de moderniser le cabinet grâce à ses formations spécifiques. Notamment développer la téléconsultation à laquelle il peut être formé afin de rendre plus accessible l'accès aux soins et de faire gagner du temps au médecin.

M8 « Et pour ça on va développer aussi un peu plus la téléconsultation avec l'assistant et avec moi et je pense qu'effectivement la téléconsultation ça peut pas tout faire mais ça peut bien aider. »

M7 « Mais voilà dans quelques temps ça se trouve, l'assistant médical ça pourra peut-être nous permettre euh... de régler peut-être le problème des médecins qui arrivent à la retraite, qui trouvent pas de successeurs, faire des actes délégués, peut-être de la téléconsultation avec des gens formés. »

Pour renforcer la compétence en matière de soins de l'assistant médical, certains médecins pensent qu'ils vont devoir le former, lui apprendre leur façon de faire afin de pouvoir déléguer en toute confiance, ce qui serait également chronophage.

M4 « Mais je pense que, du coup, ça fait de nous en plus des formateurs. Ça fait aussi partie de mes remontrances dans le sens où, ils nous envoient des gens et qu'en plus on va devoir les former, donc ça rajouterait un peu de travail quand même de formation, du moins au début. »

C'est d'ailleurs ce que confirme un médecin ayant un assistant médical.

M5 « Alors, la formation d'assistants médicaux, elle est pas encore sur le marché, donc c'est moi qui assure complètement sa formation et qui lui montre comment faire les choses. »

3.4.6.3 Responsabilité

La question de la responsabilité semble un élément majeur. Qui sera responsable en cas de faute commise par l'assistant médical ? Déléguer peut-être vu comme une prise de risque supplémentaire.

M6 « Alors oui déjà y'a la responsabilité, si y'a une erreur. Souvent on dit qu'on est mieux servi que par soi-même. »

La confiance est un élément primordial dans la relation avec son assistant médical pour travailler ensemble.

M8 « Ah bah mes craintes c'est forcément sur le plan de la responsabilité mais en même temps j'ai confiance. Après forcément il n'est pas médecin mon assistant médical, mais il a une formation médicale qui peut aider. »

Cette confiance est nécessaire dans la mesure où l'assistant médical peut s'immiscer dans l'intimité des patients mais aussi du médecin, confiance accordée facilement par ce médecin qui a recruté son mari.

M5 « Moi je suis tranquille parce que, mon mari, je sais qu'il va pas raconter ailleurs tout ce qui se passe au cabinet, donc je sais que le côté secret médical j'ai pas de soucis à me faire. J'ai pas de soucis non plus quand je lui confie la facturation et une partie de ma comptabilité parce qu'il va pas répéter à tout le monde combien je gagne donc c'est un vrai confort parce que j'ai une totale confiance. »

3.4.6.4 Supervision par le médecin généraliste

L'assistant médical sera une aide mais tous les patients seront vus systématiquement par les médecins après le premier filtre que constitue l'assistant. L'avis médical reste indispensable.

M8 « Mais il y aura toujours derrière, de toutes façons, un temps médical mais qui sera j'espère raccourci, un temps médical avec d'abord avis diagnostique, réalisation de l'ordonnance, conseils hygiéno-diététiques ou autres si besoin. Pour chaque patient vu par l'assistant médical il y aura un avis médical. »

3.4.6.5 Cadre légal

Les médecins généralistes pensent qu'un cadre légal (formation qualifiante) est nécessaire pour encadrer les compétences et les capacités des assistants médicaux ainsi que pour partager le secret médical.

M4 « Et après, il faudrait un statut légal aussi parce que est-ce que cette personne va pouvoir partager le secret médical, est-ce que elle est en droit de voir des gens déshabillés enfin voilà il faut établir aussi un statut juridique à cet assistant médical qui à mon avis n'est pas encore mis en place. »

3.4.7 Crainces liées à l'assistant médical

L'arrivée de l'assistant médical peut chambouler l'exercice de la médecine générale. Pour bénéficier de l'aide au financement, les médecins généralistes ont la contrepartie d'accueillir un plus grand nombre de patients, ce qui est à l'origine de nombreuses craintes.

3.4.7.1 Augmenter la patientèle

Les médecins généralistes sont inquiets de devoir augmenter la patientèle et par conséquent pour eux, cela reviendrait à travailler plus.

M7 « Après aujourd'hui, nous, le seul souci c'est que si on prend un assistant médical pour augmenter la patientèle dans le cabinet ça va être compliqué parce que déjà les plannings sont pleins. »

M3 « Sinon il faut augmenter et non moi ce genre de chose je suis pas favorable (...) pour la pratique que j'ai envie d'avoir ça me semble suffisant (...) Donc, si on m'offre un assistant médical, je le prends y'a pas de soucis et si on me demande de bosser plus pour ça, non. »

M6 « Et mon autre gros frein, c'est vraiment la contrepartie, c'est OK y'a une aide mais sous réserve que vous augmentiez votre patientèle, donc ça c'est le gros frein. »

M1 « Si c'est des objectifs de nombre de consultations, ça fait pas partie des trucs que j'apprécie (rires). »

De plus, certains voient en cela un côté pervers voire manipulateur qui consiste à appâter le médecin dans le propre intérêt, finalement, de la sécurité sociale qui cherche des solutions pour combler le manque de médecins, mais pas forcément dans l'intérêt du patient.

M4 « Moi je reste très critique par rapport à tout ça parce que je pense que ça ira à l'encontre de la relation médecin malade et que en même temps c'est vouloir augmenter la charge de travail du médecin en déléguant certaines choses mais finalement le but principal c'est de faire plus de consultations ça on l'a bien compris. »

M7 « C'est une carotte au départ pour aider à inciter les médecins à mettre en place un assistant médical. »

La contrepartie de voir plus de patients est toujours vue comme un poids et un frein à l'accession à un assistant médical, d'autant plus qu'ils se sentent déjà au maximum de leur capacité.

M8 « Bah c'est surtout que j'ai l'impression déjà de faire un peu le max quoi et d'avoir l'aiguillon qui fait qu'il faut en voir 10 ou 15% de plus donc ça, ça m'enquiquine un peu mais j'essaie de pas trop y penser. »

Mais un médecin en cours de signature du contrat pense qu'il ne faut pas se focaliser sur l'objectif.

M8 « J'ai pas l'intention, à mon âge d'être totalement sur les phares pour m'inquiéter du chiffre quoi. »

Un médecin bénéficiant d'un assistant médical augmente son flux de patient journalier et peut plus facilement recevoir les demandes urgentes.

M5 « Les gens ne rentraient plus sur mon planning et avant ça, j'aurais été obligée de les reporter au lendemain et là en travaillant sur 2 bureaux avec un assistant j'ai pu recevoir tout le monde. Et je peux monter jusqu'à 10 consultations de plus par jour. »

D'autres médecins pensent que le fait d'augmenter la patientèle va forcément engendrer une augmentation des délais pour obtenir un rendez-vous.

M3 « Les gens, ils attendent 8 à 10 jours pour avoir un rendez-vous, pour un rendez-vous, disons, programmé ... donc j'ai pas envie qu'ils attendent 15 jours pour pouvoir consulter. »

3.4.7.2 Diminution du temps de consultation

L'augmentation de la patientèle et la nécessité de voir plus de patients dans un même temps aurait pour conséquence la diminution de la durée de consultation. Les médecins généralistes semblent plutôt inquiets face à une prise en charge moins personnalisée.

M7 « Dans les négociations avec la CPAM, ils demandaient aux médecins à ce moment-là de voir 6 patients par heure, c'est 10 minutes. Donc en 10 minutes, vous rentrez, vous faites le diagnostic, vous dites à l'assistant médical « bah allez hop faut lui sortir l'ordonnance » et vous partez dans un autre box et hop et ainsi de suite, donc c'est moins personnalisé. »

M4 « Le temps, il est pas extensible non plus à foison hein, et la durée de consultation elle est pas réductible non plus quoi. Balint disait qu'une consultation de médecine générale pouvait se gérer en 7 minutes mais bon ça c'est sa conception de la médecine générale mais il faut quand même se rappeler qu'il y a des gens qui viennent avec plusieurs motifs, on peut pas dire « bon bah ça y est le temps imparti est écoulé ». »

Les médecins généralistes devront enchaîner les consultations rapidement et voient en cela une évolution vers une médecine d'urgence.

M7 « Je pense que ce qui arrivera ça sera justement, si tout le monde a un assistant médical, comme des petites urgences voilà. »

M5 « J'ai travaillé plusieurs mois aux urgences, bah aux urgences, on passe de box en box, en faisant que de la médecine donc au final ça ne me choque pas plus que ça. »

Ils pensent aussi que la médecine deviendrait plus expéditive avec l'impression de ne plus pouvoir prendre le temps avec les patients.

M3 « C'est pas les bazarder, et puis dire voilà c'est bon, vous êtes vus en 5 minutes et hop, on fait le métier, merci l'ARS de nous fournir les outils pour faire du travail à la chaîne quoi. »

L'assistant médical peut aussi être vu comme une solution à ce flux de patients abondants pour accélérer le temps médical et faciliter le travail du médecin.

M8 « Entre les patients j'irai voir les consultations urgentes qu'a pris mon assistant et finaliser avec lui ce qu'il a pu faire. Et ça, ça se ferait j'espère en 4/5 minutes et pas en un quart d'heure. »

3.4.7.3 Risque d'erreur

La baisse du temps passé avec le patient pourrait être l'origine de faute.

M6 « Ils disent de faire des consultations de 10 minutes, donc bon, même en enlevant beaucoup d'administratif, compresser une consultation à 10 minutes c'est dangereux, voire pas faisable du tout. Bon, on le fait bien en 15 avec l'administratif mais bon le but c'est pas de perdre ce qu'on a gagné. »

La multiplication des actes peut faire craindre chez certains une augmentation du risque d'erreur.

M4 « Mais il a fini par faire des bêtises, forcément, c'est le risque en surmultipliant les actes. »

Certains médecins généralistes ont peur d'une régression de la qualité des soins et de la qualité de la prise en charge des patients dans leur globalité.

M4 « J'ai l'impression que c'est quand même un peu de la régression tout ça. Une régression sur la qualité de travail, une régression sur la relation médecin-patient. »

3.4.7.4 Faire uniquement du médical pur

Les médecins généralistes ont peur de ne plus prendre en charge le patient dans sa globalité, de ne faire plus que du médical pur.

M7 « On a peur qu'avec l'assistant médical on tombe que dans le médical et c'est aujourd'hui ce qui se passe un peu, c'est ce qu'on demande au médecin, faites l'acte médical, on s'occupe pas du social, on s'occupe pas trop du psychologique. »

Ils redoutent une perte pour la relation avec le patient, pour la part d'humanité de la médecine générale.

M4 « Mais est-ce que vraiment nous on a besoin de faire ça en médecine générale, ça enlève un peu le côté confidentiel de la consultation malgré tout. Moi je reste très critique par rapport à tout ça parce que je pense que ça ira à l'encontre de la relation médecin-malade. »

M7 « Après si ça évolue vers cela, c'est vrai que la relation médecin-patient ça risque d'évoluer parce qu'on aura peut-être moins le côté humain, ça sera plus le côté technique parce qu'on ne connaîtra plus forcément les gens. »

Tandis que les médecins généralistes réticents craignent de perdre du temps dévoué au patient, un médecin généraliste bénéficiant d'un assistant médical, se sentant déchargé du travail administratif peut davantage créer du lien.

M5 « C'est difficile d'être derrière un ordinateur et de parler au patient sans avoir la possibilité de le regarder, d'analyser ses réactions aussi parce que c'est vrai que le contact visuel c'est important, on se prive de toute une forme de communication, donc je pense que tout le monde apprécie. Et comme je gagne du temps médical moi je pense que la relation avec le patient elle est renforcée. »

D'autres médecins, à l'inverse, craignent de devoir déléguer beaucoup de médecine et ne faire plus que des actes qui nécessitent un avis médical mais qui sont finalement inintéressants puisque ce nouveau partenaire pourrait ne se charger que des tâches les moins déplaisantes.

M1 « Si l'assistant médical il fait les consultations et que moi il me reste les papiers pénibles de Cerfa et autres bah non j'arrête hein, je vais faire assistant médical quoi. Ils veulent nous décharger de quelque chose mais c'est pas le bon truc. »

3.4.7.5 Salarier quelqu'un

L'assistant médical serait salarié des médecins généralistes qui l'emploient. Ce statut d'employeur peut aussi freiner certains praticiens.

M6 « Mon gros frein, c'est l'histoire du salariat, avec l'histoire des arrêts de travail, un accident de travail, une grossesse, j'ai l'impression que c'est un peu galère à gérer. »

M4 « Et aussi quand tu prends un salarié supplémentaire il faut penser au remplaçant pendant les congés payés, parce qu'après comment on fait quand il part en vacances ? Il faudrait en trouver un autre en remplacement mais qu'est-ce que c'est cette histoire encore ? Parce qu'il faut penser que l'assistant médical il est pas tout le temps là, il a le droit, comme tout le monde, a des vacances. Et donc quand tu dois te retrouver à travailler sans lui bah c'est la double peine. A mon avis c'est un cauchemar ... »

D'ailleurs, un médecin qui avait déjà recours à un assistant médical en Guadeloupe dans un cabinet de soins non programmés ressentait déjà les contraintes du salariat qu'il essayait d'amoindrir en employant des étudiants en médecine en CDD.

M9 « Et en fait c'était des étudiants en médecine de 2e et 3e année, c'était comme leur job étudiant en fait. On leur faisait des petits contrats de CDD pour que quand ils partent ils nous coûtent pas cher en résumé. On voulait pas d'infirmier ou de personnel régulier. »

Deux médecins signataires ont évoqué cette même raison pour justifier leur choix d'employer un membre de leur famille.

M9 « Mon assistant médical ça sera ma femme, que je vais former donc ça aura des avantages. Déjà on va pas compter les heures, c'est plus souple. La crainte, voilà, c'est que les revenus d'un médecin ne permettent pas de dégager complètement un salaire complet. »

M5 « Je me suis dit puisqu'on peut commencer maintenant avec les aides financières, autant que je le prenne maintenant, et puis si les aides s'arrêtent et que je ne peux plus garder mon mari bah on arrêtera, c'est plus facile. »

Cette crainte financière est partagée par d'autres médecins qui considèrent que cela implique d'avoir des revenus suffisants pour pouvoir le financer d'autant plus que la plupart pensent que l'aide financière de l'État n'est pas suffisante pour leur rémunération.

M6 « Donc salarier quelqu'un ça veut dire qu'il faut vraiment avoir une activité, donc à temps plein et être sûr de son activité, on n'est jamais sûr de rien. »

M4 « Au cabinet, tu as déjà une secrétaire, une femme de ménage et rajouter un poste de plus à 25 euros la consultation, un moment donné ça va coïncider. A moins d'en faire un nombre incalculable mais est-ce que c'est vraiment ce qu'on veut de notre métier ? Moi je crois pas. »

La rémunération de ces assistants médicaux n'est pas connue par les médecins.

M7 « Mais encore une fois un petit frein, c'est qu'aujourd'hui la grille des rémunérations, on ne sait pas exactement comment les payer, enfin sur quelle grille. »

De plus, les médecins généralistes se sentent souvent accaparés par des charges salariales élevées et ont peur de devoir salarier une personne supplémentaire sans augmenter suffisamment les revenus pour couvrir les frais supplémentaires.

M2 « Et c'est là où ça va coïncider parce que je suis incapable, et je pense que mes collègues, pareil, de financer un employé supplémentaire à l'heure actuelle, avec toutes les charges que cela implique en plus. Et pour le bénéfice qu'on en aura, au niveau financier là pour le coup, je pense que ça couvrira pas et qu'on pourra pas assumer en fait. On est une micro entreprise on peut pas assumer plusieurs employés au niveau des charges. »

M4 « Parce que rajouter quelqu'un c'est aussi rajouter, obligatoirement des charges dès que tu as un salarié. Nous on est des petits artisans à qui on veut imposer une masse salariale supplémentaire. »

D'ailleurs un des médecins bénéficiant de l'assistant médical suggère même un geste au niveau des charges si les subventions de la Sécurité Sociale venaient à disparaître.

M9 « On a besoin d'une aide ou au moins d'un soulagement sur les charges sociales ou patronales, parce que les charges ça bouffe. »

Même si cela semble être nuancé par certains du fait de l'augmentation potentielle de l'activité.

M6 « En plus par rapport au financement, il faut rajouter en plus. Mais bon on est censé faire venir du monde alors peut-être que ça s'équilibre. »

M5 « Et puis c'est quand même vite rentabilisé puisque quand il est là je vois jusqu'à 10 patients de plus par jour. »

3.4.7.6 Entrer en concurrence

Certains médecins généralistes ont peur de rentrer dans une concurrence en multipliant la délégation d'actes et donc en en supprimant au médecin.

M7 « Les médecins libéraux, ils se méfient toujours que les actes délégués nous soient pas non plus retirés. (...) Les gynécos ils trouvent qu'on a délégué les actes au départ aux sages-femmes et maintenant elles peuvent le faire et ils ont l'impression d'être en concurrence. »

Cette concurrence peut faire naître un sentiment d'inutilité, en tout cas de perte d'utilité pour certains domaines.

M3 « Vous voyez finalement les médecins ça peut être remplacé par les infirmières puis finalement bah elles peuvent aussi faire l'interprétation donc on n'a plus besoin de vous puisqu'on n'est plus obligé de passer par un médecin. »

3.4.7.7 Schématique de rendement

Les médecins généralistes auraient une impression de devoir faire du rendement, de devoir faire du chiffre au détriment de la qualité.

M4 « Mais en fait, l'idée de l'assistant pour dégager du temps pour finalement voir encore d'autres malades, moi je trouve que c'est pervers et que ça nous amène à un supermarché de la médecine quoi. »

M3 « Qu'on soit pas débordé en fait, c'est ça que je veux, c'est pas juste faire du chiffre. Cette culture du chiffre, là, de l'ARS ou de la Sécu, ça convient pas à la réalité des choses sur le terrain. »

Les médecins préféreraient avoir à disposition les moyens pour faire mieux plutôt que pour faire plus.

M1 « Et c'est un peu le problème aussi des assistants puisque c'est juste pour en faire plus, et il faudrait qu'ils comprennent un jour que si on en fait moins mais qu'on le fait mieux on soignera bien les gens. J'ai un peu peur de rentrer dans de l'abattage quoi... »

Ce mécanisme de pratique fondé sur le rendement est ressenti par beaucoup comme un sentiment de désillusion de l'exercice de la médecine générale dont la politique ne ressemblerait plus à ce pourquoi ils s'étaient engagés.

M8 « J'ai jamais travaillé pour le rendement et la rentabilité. »

M4 « Tout ça, ça fait de nous, une médecine qui me convient pas. (...) Et là si on se laisse faire on va se retrouver à travailler comme des mulets dans des bureaux avec des assistants médicaux plus ou moins formés et à faire du chiffre et de l'acte mais est-ce que c'était ça qu'on cherchait au départ, moi je crois pas. »

3.4.7.8 Atteinte à la liberté

Les médecins généralistes craignent qu'on leur impose un mode de fonctionnement et par conséquent de perdre leur liberté de pratique, leur liberté d'exercer.

M7 « C'est un peu ça qui peut être vexant c'est imposer cette vision aux médecins et qu'on perde un peu de notre liberté d'exercer dans nos pratiques... »

M6 « Bah, c'est un peu passer un pacte avec le diable, alors voilà. Mais bon, pour moi, c'est quand même un peu être pieds et poings liés, c'est l'impression que j'en ai pour l'instant. Ouais, quelque part je trouve que c'est un peu une entrave à la liberté quoi. »

M4 « Je suis très, très, très en colère avec ce type de décision. Quand on prend un peu de recul sur les choses on se dit mais pour qui nous prend-t-on ? Nous on est censé être des médecins libéraux à qui on va imposer une charge de travail supplémentaire, de quel droit ? »

Les médecins veulent garder l'autonomie qui incombe à la médecine générale libérale de ville.

M4 « Tout ça, moi, je le refuse parce que je veux essayer de garder un minimum de libéralité et de liberté, enfin c'est très compliqué. Donc c'est encore une façon, encore une fois, de nous maîtriser, voilà je pense que ça va pas chercher plus loin. »

De plus, ils appréhendent également de devoir rendre des comptes, d'être dans cette démarche de contrainte supplémentaire.

M7 « Après forcément bah quand on vous donne des financements publics, derrière il y a des objectifs, enfin ce qui est normal. C'est comme la CPTS et tout aujourd'hui, au niveau public on vous donne de l'argent, c'est un engagement hein, c'est un engagement. »

M6 « Mais quand je vois que, en règle générale, plus on a d'aides, plus il faut se justifier de ceci ou cela. »

La réception d'un financement n'est pas toujours perçue de façon négative, au contraire, un médecin généraliste considère que cela a été un élément déclencheur à sa décision d'embaucher un assistant médical et considère cela comme un échange de bon procédé.

M5 « Voilà ce qui m'a motivée à prendre un assistant, c'est déjà, il faut être honnête, les aides qui nous sont proposées actuellement, sinon je sais pas si je l'aurais fait, je considère ça comme un échange de services. Je m'engage à recevoir plus de monde et on me facilite la vie d'un autre côté. »

Il semble important de bien savoir dans quoi le médecin va s'engager et que toutes les conditions soient bien connues par le médecin avant d'y adhérer.

M9 « En fait avant de signer le contrat, il faut bien définir les tenants et les aboutissants pour savoir exactement dans quoi tu t'engages. Et comme on reçoit de l'argent forcément on a des obligations donc il fallait que ça soit bien défini. »

3.4.7.9 Douter de la pérennité des aides

Certains médecins ont soulevé la question du financement de l'assistant médical, et redoutent une forme de subvention temporaire.

M4 « Parce qu'au départ la Sécu va nous donner 4 sous et après ils donneront plus rien c'est bien connu, ça marche comme ça. »

Cette crainte est partagée par un médecin signataire qui justifie encore une fois son choix d'avoir employé quelqu'un de sa famille.

M9 « Donc prendre quelqu'un de la famille c'est plus simple si on doit mettre fin au contrat, si quand on aura plus d'aide de la CPAM, on ne peut plus assumer le salaire et les charges. C'est plus simple de faire machine arrière. »

3.4.8 L'environnement autour de la création du poste d'assistant médical

Le métier d'assistant médical fait irruption dans un contexte d'évolution sociétale qui n'épargne pas les pratiques de santé. La société s'urbanise et les inégalités en matière d'accès aux soins se creusent. Les médecins sont conscients de l'environnement actuel qu'ils constatent parfois démunis.

3.4.8.1 Baisse de l'offre de soins de proximité

Les médecins plus expérimentés constatent que les patients n'ont pas toujours eu de difficultés dans l'accès aux soins, les médecins étaient bien plus nombreux au début de leur pratique.

M4 « Après je pense qu'il faut un numerus clausus quand même parce qu'on voit bien, avant qu'il soit mis en place, il y avait trop de concurrence entre les médecins, ils se marchaient dessus, mais bon il faut pas qu'il soit aussi restrictif. »

Selon eux, la demande de soin est proportionnelle à l'offre, le patient étant aussi un consommateur de soins.

M4 « Parce que à partir du moment où l'offre de soins augmente, avec le même nombre de patients, on va faire plus de consultations (...) C'est juste que comme y'avait plus d'offre et qu'on était plus facilement accessible et bien à partir de là les gens venaient plus. »

Forts de ce constat, ils regrettent les décisions des gouvernements successifs qui ont fermé l'accès aux études de médecine et qui ont finalement causé la création des zones sous-denses.

M8 « La première cause c'est qu'on n'a pas formé assez de médecins tout court, c'est la première grande cause et la première grande responsabilité de tous les gouvernements depuis 30 ans. Le problème c'est que, non seulement, y'a pas de médecins généralistes, y'a pas de médecins pour les hôpitaux, enfin c'est un fiasco dramatique. »

M4 « Et ce qu'on peut dire, qui était le but de la manœuvre, c'est que la réflexion de l'état, c'était de dire, plus il y aura de médecins, plus il y aura d'offres et plus il y aura d'offres, plus il y aura de dépenses et donc l'état a inversé le processus et a fait en sorte qu'il y ait de moins en moins de médecins pour que l'accès soit de plus en plus compliqué et que ça revienne moins cher. »

Aujourd'hui, la baisse de l'offre de soins est une réalité que les médecins constatent facilement et l'assistant médical peut être vu comme une solution pour pallier ce manque.

M1 « Alors moi dans le village, là on est 3 et y'a pas grand-chose autour. J'ai calculé depuis 12 ans, y'a 9 médecins qui sont partis et 1 qui est arrivé donc ça donne à peu près une petite idée. »

M8 « Le problème c'est qu'on a été 5 médecins généralistes il y a 5/6 ans dans cette maison de santé et on est plus que 2 et demi. Les autres sont partis à la retraite et il y a un collaborateur qui est là 2 jours par semaine. Et l'autre médecin mon associé, il est plus jeune que moi mais il a quand même 62 ans et moi 75. »

M5 « Quelque part, c'est venu parce qu'il y a pénurie de médecins, s'il y avait pas eu de pénurie de médecins y'aurait pas eu besoin de créer ce poste d'assistants médicaux, maintenant la situation elle est ce qu'elle est, ça sert à rien de râler, il faut trouver des solutions, donc pourquoi pas... »

Un de ces médecins constate l'urgence de la situation.

M8 « On ne peut pas attendre qu'on forme de nouveaux médecins, même si ça serait l'idéal mais là on est dans une situation urgente. »

Un autre médecin a voulu anticiper cette situation d'urgence en embauchant d'ores et déjà un assistant médical afin de ne pas se retrouver submergé au moment du départ à la retraite de ses confrères.

M5 « Si mes collègues ne sont pas remplacés quand ils partiront à la retraite, on passera de 4 médecins à 2 médecins sur la structure donc ça va faire un gros choc en volume de travail, mais bon au moins je sais que, dans 3 ans, mon assistant médical il sera autonome, opérationnel et je pourrai lui demander beaucoup plus de tâches. »

3.4.8.2 Accès aux soins spécialisés compliqué

Les médecins généralistes constatent que les patients n'ont pas toujours le réflexe d'aller aux urgences pour des raisons qui le justifieraient surtout dans des territoires éloignés de service de soins urgents.

M6 « Et les gens ont pris l'habitude de venir pour des trucs, des chocs anaphylactiques, un gars qui s'est pointé avec un bout de sa baie vitrée dans la carotide. Les urgences c'est 40 minutes donc c'est peut-être ça qui détériore leur accès aux soins, je sais pas. »

Ils sont également confrontés à de plus en plus de difficultés pour avoir accès aux rendez-vous avec des spécialistes ou pour organiser des hospitalisations. Ils regrettent de devoir marchander pour obtenir des délais raisonnables ou bien de devoir adresser le patient aux urgences.

M2 « Les accès directs, quand moi j'appelle le médecin c'est toujours la croix la bannière pour faire hospitaliser mon patient, ou faut le connaître personnellement pour qu'il arrive à faire une place pour ton patient rapidement mais sinon c'est très compliqué. Et sinon c'est passé par les urgences quoi, donc ça c'est sûr que c'est pas une prise en charge optimale. »

Ces délais excessifs sont une source de stress et surchargent encore plus le médecin.

M1 « Mais vraiment c'est souvent très compliqué, fatigant, (...) c'est stressant de devoir gérer soi-même les FA qui décompensent par exemple parce qu'il y a personne pour vous aider bah c'est pas rassurant, quand avoir une écho ça prend 3 semaines enfin voilà, c'est pas normal. »

C'est donc bien souvent le manque de spécialistes ou de recours aux spécialistes qui compromet la prise en charge d'après les médecins traitants.

M1 « Après sur ça aussi, moi je trouve qu'en Dordogne, je reste convaincue qu'on manque pas spécialement de généralistes mais qu'il manque surtout de spécialistes et que s'il y avait plus de spécialistes je verrais moins les patients que je dois surveiller en attente de rendez-vous par exemple chez le cardiologue, donc ça c'est des trucs tout bêtes. »

La plupart pense par contre, qu'un assistant médical pour un médecin spécialiste, qui fait beaucoup plus d'actes techniques, serait bien plus utile.

M2 « Donc je sais pas en quoi l'assistant médical pourrait changer ça en médecine générale. Peut-être que justement, si les spécialistes libéraux en avaient ça libérerait du temps pour qu'ils reçoivent les urgences qu'on leur adresse, ça oui. »

M4 « Pour les spécialistes, là pourquoi pas, je serai cardiologue, franchement, me faire tous les électros, je trouve ça d'une bêtise totale. Donc là effectivement l'assistant qui ferait tous les électros, qui déshabilleraient les gens etc là c'est intéressant. Et eux ils gagneraient vraiment du temps »

M1 « C'est pas comme chez un cardiologue où effectivement là il peut y avoir eu la prise de tension, l'ECG qui peut faire gagner du temps. »

3.4.8.3 Changement du temps de travail

Les médecins généralistes voient que la nouvelle génération souhaite davantage préserver sa qualité de vie avec des horaires de travail plus raisonnables, sans que cela ne soit incompatible avec la pratique de la médecine générale.

M8 « Après les jeunes, c'est vrai que la nouvelle génération est peut-être un peu différente, qu'elle veut un peu moins travailler qu'on l'a fait nous, elle veut faire moins de garde qu'on a pu le faire ou être moins disponible. Mais ce sont des fausses excuses, les premiers responsables ce sont les gouvernants depuis 30 ans, on aurait dû former 2 à 3 fois plus de médecins. »

3.4.8.4 Pas de sollicitation des médecins généralistes

Les médecins généralistes interrogés regrettent que leur avis ou leur suggestion n'aient pas été requises afin de savoir de quoi ils avaient réellement besoin.

M6 « Moi je pense pas qu'ils ont consulté le terrain, parce que une consultation en 10 minutes, on sait que c'est pas possible, ils font leur truc dans leur coin. Enfin je pense pas qu'il y ait eu une quelconque prise de température, je peux attester en tout cas que j'ai pas été sollicité. »

M4 « Et j'ai l'impression qu'aujourd'hui on veut essayer de nous vendre des assistants médicaux sans avoir d'abord demandé aux médecins de quoi ils avaient besoin, c'est toujours la même problématique. »

Ils ne se sentent pas écoutés ni compris devant cette réforme qu'ils jugent inadaptée.

M1 « Bah, ça veut dire qu'encore une fois le gouvernement n'a rien compris (rires), voilà ! C'est encore une fois une réponse qui n'est pas adaptée. Mais voilà, la seule chose, quand j'entends ça, je me dis pffff « bah non c'est pas ça ». »

Certains pensent d'ailleurs que la réponse n'est pas dans l'assistant médical qu'ils voient comme une réforme inutile.

M4 « L'assistant médical pour moi c'est un pansement sur une jambe de bois. Moi je pense que ça va finir au bouillon. »

M1 « Moi le problème, c'est que je vois pas à quoi il sert. (...) Je vois pas très bien sur quelles consultations un assistant me ferait gagner du temps, je vois pas ce qu'il pourrait faire. »

D'autres ont tendance à penser que l'assistant médical peut être une réponse adaptée aux lacunes présentes dans certains territoires. Du point de vue des patients, certains médecins pensent qu'ils préfèrent être accueillis par un assistant que par personne.

M8 « Il faut combler des trous, il faut trouver des solutions. Et je pense qu'il vaut mieux que des gens à la campagne aient à faire à un assistant médical qui saura aider, qu'à personne. »

M4 « Alors évidemment, si on va chercher ceux qui ont pas de médecin traitant, ils vont prendre tout ce qu'on veut bien leur donner, voilà. »

3.4.8.5 Fin du système libéral

Devant de telles réformes les médecins interrogés ont l'impression de voir la fin du système libéral.

M2 « Clairement moi je me demande si on n'arrive pas au bout du système libéral, je sais pas, c'est ça qui me fait peur. Je suis plutôt pessimiste moi sur l'évolution de la médecine générale libérale. »

Ils perçoivent divers financements de l'assurance maladie et ont l'impression d'en devenir des salariés.

M4 « Alors d'accord on devient petit à petit dépendant et entre guillemets salarié de l'assurance maladie mais il y a quand même un minimum de choses qu'on peut encore avoir pour soi. »

3.4.8.6 Pas de revalorisation de la consultation

Les médecins généralistes regrettent de ne pas avoir une revalorisation de leur rémunération qu'ils trouvent insuffisante, d'autant plus s'il faut salarier du personnel supplémentaire et donc avoir un rôle à la fois de chef d'entreprise mais aussi d'expert.

M4 « Parce qu'on est les médecins les moins payés d'Europe donc à un certain moment il va falloir prendre en compte aussi le fait de la rémunération de l'acte. Moi je veux bien faire des actes qui seraient spécialisés avec un niveau d'expertise plus élevé mais enfin on va pas pouvoir rester à 25 euros non plus à un moment il faut savoir ce qu'on veut. »

3.4.8.7 Capacité d'adaptation

La médecine générale a déjà traversé de nombreuses réformes et changements profonds d'organisation ou de mode de travail pour lesquels le médecin a toujours su s'adapter et trouver de nouvelles solutions.

M8 « Maintenant il faut trouver des solutions, donc je pense qu'il va falloir inventer, oui. Et le médecin généraliste bah il va falloir qu'il s'adapte comme il a toujours fait. »

La médecine générale et les médecins ont traversé de nombreuses réformes et changements de pratique. Un des médecins pense d'ailleurs que le poste d'assistant médical est la dernière révolution du système de soins, mesure indispensable pour l'évolution de la médecine générale.

M9 « Je pense que c'est ce vers quoi on se dirige aujourd'hui en médecine générale, le travail en coopération avec quelqu'un, et je pense que les médecins ont peur de ça, mais il faut se lancer dedans parce que c'est le futur. »

3.4.8.8 Le déclin de la ruralité

Les médecins généralistes constatent surtout un délaissement des campagnes et de la vie rurale en générale qui peut poser la question de l'avenir de la ruralité.

M8 « Si un jour y'a plus personne pour aller voir ces gens, les accompagner pour les fins de vie, c'est dramatique pour nos campagnes et là les gens vont à nouveau fuir le milieu rural pour se rapprocher de zones où il y a des médecins. Donc pour moi c'est pas le métier de médecin généraliste que je vois en danger, c'est la vie en milieu rural si il y a pas de soignant autour des gens qui y habitent. »

Cela se voit aussi dans le domaine de la santé où de grosses disparités sont notables entre l'accès au soin en ville et en campagne. Les médecins généralistes peuvent avoir une impression de « solitude » à exercer dans des milieux ruraux alors que la pratique semble plus confortable en ville, avec tout sous la main.

MI « Je vois, mes amis, ils sont sur Bordeaux, parce qu'ils font pas de garde, parce qu'ils ont fait leur patientèle en 2 minutes, parce que quand ils ont pas le temps c'est SOS Médecins qui s'en occupe, quand ils veulent un rendez-vous rapide ils l'ont le lendemain donc c'est sûr que c'est plus facile, tout est à disposition. Je pense que c'est beaucoup plus facile de faire tout, c'est moins stressant. »

3.4.9 Des suggestions d'amélioration

Face à cette réflexion autour de l'assistant médical, solution conçue par le gouvernement pour faire face à la problématique des déserts médicaux, les médecins généralistes interrogés ont spontanément émis des idées, suggestions en tant qu'acteurs sur le terrain, pour répondre aux problèmes auxquels ils sont confrontés.

3.4.9.1 **Suppression de tâches administratives**

D'abord, ils jugent inutiles beaucoup des tâches administratives qui leur sont confiées. Ils suggèrent de supprimer ces missions qu'ils considèrent comme du travail stérile.

M1 « Donc à part le fait qu'on arrête de nous demander de faire des trucs qui servent à rien je vois pas comment ça peut être enlevé au médecin. Moi je trouve qu'il y a déjà beaucoup de papiers qui devraient même plus exister déjà. »

M2 « A part simplifier un nombre de prise en charge administrative, même si en étant tout à fait un honnête il y a beaucoup de choses qui ont été améliorées, avec la dématérialisation déjà, mais il reste encore des aberrations. »

Certaines de ces demandes concernent les certificats médicaux, qui parfois n'ont aucune valeur légale, qui sont demandés par excès, pour se protéger d'une quelconque procédure mais qui engagent la responsabilité du médecin sans réel fondement législatif.

M9 « Après les demandes de certificats médicaux qui sont complètement injustifiés, alors là le problème c'est qu'il faut refaire toute l'administration française alors là on est mal barré (rires), ça va prendre du temps si on commence à faire le listing de tous les certificats qui ne servent à rien... »

3.4.9.2 **Financement d'un secrétariat**

Tous les médecins généralistes interrogés relèvent le caractère indispensable du secrétariat, ils pensent que c'est plutôt une secrétaire dont ils ont besoin et qui devrait être accessible à tous.

M1 « Ce qui me ferait gagner le plus de temps c'est une secrétaire qui rangerait mes courriers, qui passerait 15 minutes à essayer d'appeler un spé quand moi j'essaye de l'appeler enfin voilà, c'est pas un assistant médical qui va faire ça parce que pour le coup c'est plutôt du secrétariat et y'a pas besoin de compétences médicales du tout. »

3.4.9.3 **Favoriser l'éducation des patients**

Un bon moyen pour diminuer la demande en soins serait selon les médecins, d'éduquer les patients à la santé afin de limiter les consultations inutiles qui encombrant les emplois du temps mais qui ne nécessitent pas d'avis médical.

M1 « Le problème c'est que, effectivement, là y'a plein de gens qui demandent des consultations et qui n'en ont pas donc ça serait forcément qu'il faut qu'on travaille plus alors que je pense qu'à un moment la réponse elle peut être dans « est-ce qu'ils en ont vraiment besoin, de voir le médecin ? Je sais pas si c'est le gouvernement, si c'est l'école, si c'est les parents qui doivent faire cette éducation mais ça serait bien que quelqu'un s'en occupe. »

3.4.9.4 Former plus de médecins

La formation de davantage de médecins semble capitale aux yeux des interrogés pour favoriser la résolution de ces problèmes de densité tout en permettant aux médecins en place de continuer à travailler dans de bonnes conditions.

M4 « Pour moi la base c'est d'augmenter le numerus clausus donc d'augmenter le nombre de médecins en formation de façon de retrouver un nombre de médecins qui permette aux médecins qui sont en place de ne pas s'étouffer et à ceux qui vont arriver de travailler aussi. »

De plus, les médecins préfèrent voir arriver un confrère plutôt qu'un assistant médical.

M3 « Bah on a un 3^e bureau mais je préfère avoir un 3^e médecin qu'un assistant médical. »

M4 « On a envie de leur dire, former plus de médecins quoi c'est bon, c'est pas en nous pilonnant, en faisant plus d'actes, qu'on va améliorer je pense, ni la relation médecin malade, ni la qualité du travail. »

3.4.9.5 Déléguer à une personne qualifiée

Les professionnels aimeraient déléguer plus de responsabilités à un profil plus qualifié comme un infirmier qui pourrait prendre des décisions sans l'avis du médecin généraliste afin qu'il ait réellement du temps dégagé, sans tout superviser. Ils pensent que l'assistant ne serait pas assez formé pour cela et imagineraient plutôt des infirmières de pratique avancée.

M4 « Moi ma philosophie, c'est pas d'assistants médicaux dont j'aurais besoin, si j'avais besoin de quelqu'un ça serait plutôt des infirmiers qui soient formés en pratique avancée, ça oui ça m'intéresserait. Pour moi on pourrait considérer qu'un infirmier en pratique avancée soit capable de gérer le renouvellement d'un hypertendu, le renouvellement d'un diabétique enfin toutes ces choses. »

4 DISCUSSION

4.1 Limites de l'étude

Malgré notre rigueur scientifique, nous n'avons pas pu empêcher l'apparition de biais dans notre travail.

4.1.1 Biais liés à l'échantillon

Il existe un biais de sélection : certains médecins interrogés étaient des connaissances directes, d'autres des connaissances indirectes, tandis que les autres médecins ont été sélectionnés de manière aléatoire sur le site internet de l'annuaire santé d'Ameli. La recherche de médecins s'est faite sur toute la Dordogne.

La constitution de l'échantillon a été faite en partie de façon aléatoire, au hasard mais beaucoup de médecins généralistes sollicités n'ont pas souhaité prendre part à l'enquête.

Le recrutement des médecins généralistes ne s'est pas fait facilement car nous avons eu du mal à convaincre les médecins généralistes de participer à l'étude. En effet, soit le sujet ne les intéressait pas, soit ils ne pouvaient pas se libérer pour répondre à l'entretien.

Les médecins les plus ouverts sur le sujet ont probablement accepté de répondre ce qui peut avoir entraîné un biais de volontariat.

D'autre part il a été décidé d'interroger également des médecins signataire du contrat étudié, le premier médecin concerné a été recruté au hasard et a permis par l'intermédiaire d'un délégué de l'assurance maladie d'intégrer 2 autres médecins.

4.1.2 Biais de recueil

Étant à la fois l'auteur de l'étude, du guide d'entretien et l'intervieweuse, il est probable qu'il existe un biais méthodologique du fait d'un manque d'objectivité et d'un manque d'expérience lors des entretiens effectués. La formulation des questions a pu être inadéquate et a ainsi pu influencer les réponses que les médecins fournissaient.

Par contre, le statut de jeune médecin incitait les médecins à exposer clairement ce qu'ils ressentaient sans crainte d'être jugés.

De la même manière, étant interne de médecine générale, j'avais inévitablement construit notre propre opinion. Ayant cependant conscience de cela, j'ai tenté de rester le plus neutre possible lors des entretiens pour ne pas influencer les résultats.

Concernant la réalisation des entretiens, ils ont tous été réalisés par téléphone ce qui n'a pas permis de relever la gestuelle ou les mimiques, pouvant limiter ainsi l'interprétation des données.

4.1.3 Biais d'analyse

Il est important de noter l'interprétation subjective des verbatims. Ceci est cependant inhérent au travail d'enquête qualitative. La triangulation des données qui aurait pu atténuer ce phénomène n'a pas été possible du fait d'un travail trop important qui était demandé. Finalement, l'analyse des données a été faite uniquement par moi-même avec l'aide de mon directeur de thèse.

4.2 Une médecine en mouvement

Au fil des années, la médecine générale a connu de nombreuses secousses et les praticiens peuvent avoir l'impression de ne pas être écoutés ni entendus lors de la mise en place des réformes. Les médecins généralistes interrogés ne se sentent pas toujours soutenus par les gouvernants et l'apparition de l'assistant médical, qu'ils considèrent pour la plupart obsolète, en est un exemple. Néanmoins, leur pratique évolue et les médecins généralistes se modernisent. Une réponse face à la demande croissante de soins, peut être apportée par la télémédecine comme l'ont suggérée certains médecins. Son développement est d'ailleurs un autre objectif de la loi Ma Santé 2022. La télémédecine ne constitue pas une délégation ni une suppression de tâches, elle a pour objectif, entre autres, de « réduire les inégalités d'accès aux soins, ainsi que les pertes de chances qu'elles produisent » (29). Beaucoup de médecins, même âgé comme le médecin de 75 ans interrogé, voient un intérêt dans la télémédecine dans le sens où elle simplifie l'accès au soin de certains patients surtout pendant des périodes de crise sanitaire comme celle du coronavirus. Selon l'Assurance-maladie (30), plus de 1 million de téléconsultations ont ainsi été facturées entre le 6 et le 12 avril 2020. Ce développement de la téléconsultation se traduit par une augmentation très forte du nombre de médecins qui la pratiquent : la semaine du 16 mars 2020, ce sont près de 29 000 médecins libéraux qui ont facturé au moins une téléconsultation soit environ 1 médecin sur 3 contre moins d'1 sur 10 (7,6 %) la semaine précédente.

Cet exemple constitue la preuve que, dans des circonstances bien particulières, le médecin est capable de révolutionner sa pratique et de s'adapter aux demandes.

Bien que les médecins généralistes voient depuis plusieurs années la perturbation de la démographie médicale que subit un département comme la Dordogne, et bien qu'ils soient conscients que le système de soin doit évoluer, que des améliorations sont à envisager, l'assistant médical n'est pas forcément la réponse attendue. Pourtant, face à la diminution du temps médical disponible, la substitution de certains actes à d'autres professionnels a souvent été une solution envisagée. L'article 51 de la loi HPST (31) prévoyait déjà, en dérogeant aux dispositions qui déterminent le champ d'action de chaque profession, une démarche de coopération entre professionnels de santé avec transferts d'actes ou d'activités de soin. Aujourd'hui, il est admis par les médecins généralistes que les IDE et même les pharmaciens peuvent vacciner. Il est également courant de voir déléguer des actes d'éducation thérapeutique ou de prévention aux infirmiers ASALEE par exemple. Toutefois, ces nouvelles habitudes n'ont pas été intégrées du jour au lendemain et nous pouvons penser qu'il en sera de même pour l'assistant médical. De plus, les médecins généralistes manquent de recul ou de retour de la part des médecins pourvus d'un assistant médical, ce qui ne participe pas à la réassurance dont ils ont besoin.

Certains aspects, que nous allons évoquer, restent en suspens et sont à peaufiner pour que le médecin généraliste puisse, sans crainte, s'impliquer dans la coopération avec un assistant médical.

4.3 Une diminution périlleuse du temps de consultation

La présence d'une tierce personne pour réaliser certains actes n'aurait que peu d'impact, selon les médecins interrogés, sur la durée de la consultation qui est jugée « incompressible ». Pourtant, l'avenant 7 à la convention nationale du 20 juin 2019 prévoit d'augmenter de façon proportionnelle à la patientèle initiale, le nombre de patients vus en consultation par les médecins généralistes aidés par l'assistant médical. Cet effet de la réforme est donc remis en question par les interrogés qui considèrent que l'assistant médical n'aura pas les compétences nécessaires pour être autonome et donc pour réellement faire gagner du temps. En effet, tous les actes seront réalisés sous la responsabilité du médecin qui aura donc un rôle d'expertise, de supervision, en aval de l'avis de l'assistant médical. Il devra donc reprendre l'analyse de l'assistant médical et la confronter avec son propre examen clinique, sa propre inspection.

La durée de consultation moyenne en médecine générale en France est de 18 minutes selon une étude publiée en 2019 (11). Avec la présence de l'assistant médical, la caisse nationale d'assurance maladie avait suggéré que les médecins généralistes réalisent 6 consultations par heure. Il faudrait alors amputer la consultation de 8 minutes pour la réduire à 10 minutes, ce que les médecins généralistes interrogés ne souhaitent pas.

Cette notion de durée de consultation à préserver, voire même à allonger a été retrouvée dans une enquête récente auprès des médecins généralistes dans 10 pays développés dont la France, qui a montré qu'ils sont plus d'un tiers à être insatisfaits du temps disponible par patient (32). Par ailleurs, les médecins généralistes pensent que la diminution du temps de consultation et la multiplication des actes pourraient nuire à la qualité de leur travail en majorant le risque d'erreur. Cette notion a déjà été suggérée dans d'autres études témoignant que des consultations plus courtes compromettent les soins fournis (33).

Une revue de la littérature publiée en 2017 portant sur l'analyse de la durée de consultation dans 67 pays et la relation entre cette dernière et les résultats sanitaires (34) montre qu'une durée de consultation plus courte est susceptible de dégrader les soins aux patients, d'augmenter la charge de travail et le stress du médecin. On remarque également que des consultations plus longues conduisent à un diagnostic plus précis des problèmes de santé mentale et que les contraintes de temps peuvent être un obstacle majeur au traitement de la dépression. Il existe également des preuves d'après cette étude, selon lesquelles chez les patients polypathologiques, des consultations plus longues conduisent à une meilleure qualité de vie.

La prise en charge centrée sur le patient est d'autant plus efficace grâce à « l'effet-médecin » reconnu par Hippocrate et Balint, effet selon lequel le médecin lui-même fait partie du traitement. Il paraît donc primordial qu'un moment dédié avec le médecin soit maintenu. Son bon fonctionnement, décrit par A. Moreau, est garanti par des composantes comme l'empathie, l'écoute, les explications données au patient et les démarches éducatives (35). Pour satisfaire ces notions, la prise en compte du facteur temps est donc indispensable.

Une étude de 2006 (36) avait pour but d'étudier les déterminants de la durée de consultation en médecine générale. Il en ressortait qu'elle variait à la fois en fonction du médecin mais aussi selon les caractéristiques des patients. Celle-ci est plus longue dès lors qu'un trouble psychologique a été détecté et que le patient a beaucoup parlé de ses problèmes personnels, motif de consultation fréquent, témoignant d'un malaise grandissant. La consultation s'étend également avec des patients âgés, en affection longue durée. Concernant les médecins, il en ressort que les femmes gardent les patients plus longtemps.

Les médecins interrogés déclaraient avoir une patientèle très volumineuse, souvent entre le 70^e et le 90^e percentile (1107 à 1502 patients) et même certains, au-delà du 95^e percentile (1721 patients). Ces derniers sont sans obligation d'augmenter le nombre de patients médecin traitant. Cette augmentation leur semblait de toute façon impossible, mais dans ce cas-là ils ne voient pas l'intérêt de prendre un assistant médical, qu'ils vont devoir financer sans pour autant augmenter leurs revenus. Les médecins situés entre le 70^e et le 90^e percentile doivent augmenter leur patientèle de 7,5 % ou de 12,5 % selon le mode de financement choisi, soit de 83 à 138 patients pour le 90^e percentile ou de 112 à 187 patients pour le 70^e percentile (voir annexes 2 et 9). Les médecins ont l'impression qu'ils vont devoir supporter une charge de travail encore plus importante qu'elle ne l'est déjà.

Il est intéressant de noter que le nombre moyen de patients par médecin généraliste en France est de 872 (37). En Dordogne, on dénombre en moyenne, un médecin généraliste pour 1203 habitants en 2016 (38). Et en 2014, 1 médecin généraliste traitait en moyenne 1711 patients, à raison d'une moyenne de 3,5 actes par patient, soit 5988 actes annuels par médecin. Les chiffres de l'assurance maladie indiquent une consommation totale d'actes supérieure à la consommation nationale d'environ 350 actes annuels supplémentaires, par médecin généraliste de Dordogne (38).

Non seulement, les médecins ne se sentent pas capables d'augmenter le nombre de consultations par jour, en effet, ils ont décrit des fins de journées épuisantes, une incapacité à prendre des décisions importantes lourdes de responsabilité au bout d'un certain nombre de patients vus, mais en plus ils ont déjà l'impression de donner leur maximum et de ne pas pouvoir faire plus. Des études confirment bien que les médecins généralistes considèrent travailler autant qu'ils le souhaitent voire trop (39).

Il ressort également que les médecins sont attachés à leur qualité de vie, leurs activités de loisir qu'ils souhaitent conserver. Une étude de 2017 a montré que 60 % des médecins généralistes déclarent par ailleurs que leurs horaires de travail s'adaptent, en général, plutôt bien ou très bien à leur vie privée et ce d'autant plus, quand le volume hebdomadaire de travail est faible (11).

4.4 Un enjeu pour la relation médecin-malade

La diminution du temps de consultation et l'apparition d'un nouvel intermédiaire dans le soin font craindre chez certains médecins interrogés une altération de la relation médecin-malade parfois compliquée à consolider mais jugée indispensable.

La crainte d'appauvrir le lien humain est justifiée par les médecins qui s'imaginent devoir faire de « l'abattage », d'enchaîner les consultations sans prendre le temps de se poser, de discuter avec le patient. Ils ont l'impression de perdre l'intimité de la consultation qui deviendrait trop standardisée, impersonnelle. Cette crainte est partagée par les patients, d'après la thèse du Dr

Vigouroux qui a recueilli l'avis des patients de cabinets d'Occitanie sur leur acceptation à être reçu par un assistant médical avant la consultation avec le médecin généraliste (40).

La perte ou au moins l'affaiblissement de ce lien unique pourrait dégrader la prise en charge du patient dans sa globalité selon les médecins généralistes qui considèrent que la particularité de leur spécialité est avant tout de connaître les gens, les familles, entrant quelquefois dans leur intimité. Cet aspect de la médecine générale permet une prise en charge de toutes les dimensions de la santé, à la fois sociale, psychologique et médicale.

L'intégration de l'assistant médical peut également être à l'origine, d'après les médecins, de réticence chez certains patients, plus secrets qui n'accepteraient pas de confier leur vie privée à quelqu'un d'autre.

Pourtant, les médecins déjà équipés d'un assistant médical considèrent à l'inverse que la relation peut être renforcée grâce à la présence de l'assistant. Ils constatent que certains patients peuvent être plus réceptifs ou plus enclins à la confiance avec un personnel moins qualifié, plus facile d'accès. Ils relatent aussi que le patient apprécie être écouté 2 fois et qu'en fait il a l'impression qu'on s'occupe mieux de lui. Cette notion a également été évoquée par des patients dans la thèse du Dr Raguideau et du Dr Levesque (41) qui jugent que l'assistant médical, plus abordable, serait une opportunité d'atténuer l'aspect hiérarchique de la relation en sa qualité de non savant.

D'ailleurs, dans la littérature, grâce à des enquêtes de satisfaction (42) notamment concernant le système ASALEE, il ressort un sentiment positif, avec des patients déclarant une bonne écoute, un dialogue intéressant, un soutien dans la prise en charge de leur pathologie chronique. Ces résultats sont concordants avec une autre étude (43) réalisée au centre hospitalier de Montélimar concernant le suivi des patients atteints d'hépatite C par une infirmière en coopération avec une équipe médicale. Cette étude a mis en évidence une satisfaction globale des patients qui ont facilement accepté l'intervention de l'infirmière, apprécié sa disponibilité et le travail en binôme. Ils évoquent même la notion de confiance et de soutien.

Cette crainte peut être liée à l'histoire de cette relation médecin-malade, dont la littérature ne tarit pas d'éloge. Elle a été mise sur un piédestal, sanctuarisée pas son titre de « colloque singulier » que les médecins ont toujours valorisé. Aujourd'hui, avec l'émergence d'internet notamment, ou des réseaux sociaux, ce colloque singulier peut sembler superflu par sa forme paternaliste et protocolaire. Bien que la relation unissant le médecin et son patient est à préserver pour la qualité de soins, celle-ci est amenée à évoluer, à se moderniser et l'inclusion d'un assistant médical peut en faire partie.

4.5 Des avantages sous certaines conditions

Un certain nombre d'avantages à la coopération avec l'assistant médical ont été mis en évidence par les médecins interrogés. Ils imaginent déléguer plusieurs missions peu en adéquation avec l'exercice de la médecine pour avoir l'esprit moins pollué par des tâches fastidieuses et répétitives et ainsi être plus disposés à traiter des problèmes médicaux.

Les médecins généralistes interrogés aimeraient en premier lieu déléguer le règlement des honoraires ce qui permettrait d'une part de gagner du temps et d'autre part d'améliorer la

relation médecin-malade en écartant l'aspect financier. Une étude concernant l'impact du travail administratif sur la qualité d'exercice en médecine libérale (44) a d'ailleurs montré qu'en se déchargeant de la réalisation des feuilles de soins et du paiement, le médecin économiserait 1 heure de travail par semaine en moyenne.

Une des missions volontiers confiée à l'assistant médical serait la mise à jour des dossiers médicaux. La tenue de ce document est essentielle à la pratique de la médecine générale, si elle est bien réalisée, elle permet de gagner un temps considérable, comme l'ont relevé des participants qui considèrent la bonne tenue du dossier comme une condition sine qua non au bon déroulement des consultations. Elle est de ce fait obligatoire et fait l'objet de recommandations et de programmes d'amélioration de la qualité (45). Elle permet la continuité, la traçabilité et la coordination des soins. Cette tâche apparaît peu chronophage pendant les consultations, principalement grâce à l'apport de l'outil informatique. Mais l'intégration de documents médicaux (résultats, courriers) dans le dossier est indispensable et permet d'optimiser la qualité de la prise en charge, libérant au médecin du temps médical (44). La mise à jour des dossiers et la correspondance avec les médecins spécialistes par courrier représentent 53 minutes par semaine (44), temps que les médecins souhaitent gagner en attribuant ces tâches à l'assistant médical.

Parmi les missions à déléguer, certains médecins ont jugé utile que l'assistant médical réponde aux demandes parfois abusives des patients par téléphone et fasse le tri des informations. Ces interruptions multiples sont imprévisibles, morcellent les consultations et dégradent le flux de travail. Elles mettent en évidence une exigence grandissante des patients vis-à-vis du médecin qui se voit réaliser en moyenne 51 minutes par semaine de travail de télé-conseil (44) non reconnu, non rémunéré et engageant sa responsabilité.

La rédaction de certains documents est une autre part du travail du médecin généraliste qui réduit son temps strictement médical et qu'il déléguerait également. Ces tâches concernent près d'une consultation sur deux et occupent environ 1 heure 30 minutes par semaine du temps de consultation des praticiens (44). Si certaines demandes sont justifiées, d'autres ne se fondent sur aucun texte réglementaire et ne comportent aucun contenu médical (46).

Certains médecins ont d'ailleurs suggéré que des certificats ou autres dossiers à remplir soient tout simplement supprimés car jugés inutiles.

Les médecins généralistes consacrent en moyenne par semaine 5 heures et 30 minutes aux tâches de gestion et de coordination (11) qui ne sont pas du temps médical. Ce travail administratif est toujours considéré comme une charge lourde pour les médecins qui la trouvent inintéressante. Ces derniers admettent cependant bien souvent être aidés en grande partie par un secrétariat efficace et polyvalent.

La prévention et l'éducation à la santé représentent aussi une autre tâche susceptible d'être dévolue à l'assistant médical, par des actions de dépistage par exemple, mais le souhait des médecins serait aussi d'étoffer cette aide par un apport de connaissance sur les motifs nécessitant ou non une consultation médicale. Prendre le problème à la racine en réduisant le nombre de consultations inutiles pourrait être une des solutions pour enrayer la demande croissante en soins.

Une des composantes de la Loi Ma Santé 2022 est l'accessibilité à un rendez-vous rapide en moins de 24 heures pour tous les patients en demande de soins urgents (21).

Selon les médecins généralistes interrogés, l'assistant médical pourrait en partie répondre à cette sollicitation en simplifiant la consultation du médecin généraliste et en permettant de ce fait de pouvoir intégrer les demandes urgentes.

Les médecins généralistes relèvent souvent cette prise en charge urgente comme étant une des plus grandes sources de stress car elle nécessite bien souvent de surcharger le planning. Pour

ne pas se laisser déborder, ils ont déjà mis en place une organisation adaptée, de façon à intégrer plus facilement ces consultations sans qu'elles interfèrent négativement sur la journée. Il apparaît que malgré ces dispositions, des imprévus perturbants ou des indisponibilités complètes pour les patients persistent.

En effet, aujourd'hui, près de 3 généralistes sur 10 répondent à la totalité des demandes de soins non programmés et 45 % à la moitié des demandes (47). Lorsque la prise en charge rapide n'est pas possible, les médecins généralistes réorientent vers des confrères ou bien vers les urgences. Les demandes de soins urgents ou non programmés constituent une part importante de l'activité des médecins généralistes libéraux. D'après le Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale (47), en 2019, ces demandes représentent plus de 30 % de l'activité d'une semaine ordinaire pour 4 médecins généralistes sur 10.

Quant à la création d'une pré-consultation par l'assistant médical et à la délégation d'actes médicaux, les avis sont partagés, certains y voient un gain de temps sur des tâches simples du quotidien ne nécessitant pas particulièrement de compétence médicale, d'autres y voient la perte d'un temps médical précieux et utile partagé avec leur patient.

En comparant avec les modèles d'autres pays comme le Royaume-Uni, le Canada ou les États-Unis (48), qui ont recours depuis des décennies à un assistant médical (appelé différemment), la pré-consultation y est quasiment systématique, avec même parfois des consultations sans supervision du médecin. Le mode de financement et la formation ne sont pas comparables avec l'assistant médical français mais la mise en place a également demandé un changement de pratique et une acceptation de la part du médecin. Aujourd'hui, cette pratique est la norme et semble bien acceptée dans les 2 camps avec des résultats convaincants. La peur du changement, la remise en cause des habitudes peuvent être une des raisons de la frilosité des médecins français.

Dans tous les cas, les principaux arguments évoqués de l'opposition des médecins sont liés à un chevauchement potentiel des actes voire la perte de certaines activités, aux préoccupations relatives à la responsabilité légale en cas de faute professionnelle et à des questions sur les compétences et connaissances des assistants médicaux. Or, c'est tout ce cadre légal et de formation que les médecins généralistes jugent flou et insuffisant.

Dans les pays précédemment cités (48), l'expansion des pratiques infirmières avancées a été permise grâce à une politique dynamique pour mettre en œuvre des programmes de formation. Dans beaucoup de pays le niveau d'étude requis pour exercer ce qu'on attendrait de l'assistant médical français est au minimum de 5 ans, avec des tâches et donc des compétences bien définies. C'est le niveau d'éducation qui a été fixé, par exemple, en Australie, aux États-Unis et au Canada. Cette rigueur formative apparaît manquer d'après les médecins généralistes français, à notre assistant médical, dont la formation est décrite comme succincte, voire, bien que cela ne soit pas dit directement, inexistante. L'importance de la formation de l'assistant médical était également ressortie dans une thèse (49) sur le partage du suivi des patients entre médecins généralistes et autres professionnels de santé. Elle est aussi primordiale aux yeux des patients, toujours selon la thèse du Dr Vigouroux.

Associée à cette compétence, les médecins généralistes avancent aussi la question de la responsabilité légale dont ils auraient la charge, ce qui renforce le besoin de formation adaptée.

Les médecins interrogés ont été peu nombreux à imaginer une réelle amélioration de la qualité de la prise en charge grâce à l'assistant médical. Ils évoquent essentiellement un allègement de la charge administrative rendant leur travail plus agréable ou bien la délégation d'actes jugés secondaires donc sans réel impact sur le soin d'après eux. Or, selon la thèse du Dr Nagy (49),

les médecins attendaient des bénéfices à la coopération avec des infirmiers en ce qui concerne la qualité des soins grâce à un suivi plus rapproché ou plus ciblé des pathologies chroniques ou encore grâce à des activités de dépistage et de promotion de la santé. Ces notions peuvent être difficilement transposables dans la mesure où l'aide présentée dans la thèse citée était apportée par un infirmier et non un assistant, dont encore une fois, la formation est incertaine. Cependant, cette amélioration de la qualité de prise en charge dans le cadre de coopération a été également démontrée notamment avec les infirmières ASALEE (42) pour la prise en charge du diabète par exemple avec une baisse de l'hémoglobine glyquée, probablement du fait d'une amélioration des connaissances et de compétences acquises dans la gestion individuelle de la maladie.

Du point de vue du patient également, un effet bénéfique sur la qualité de la prise en charge a été évoquée dans la thèse du Dr Vigouroux (40) en améliorant la disponibilité et l'écoute du médecin généraliste par la libération de temps médical pour les cas plus complexes et par le soulagement de la charge de travail du médecin.

4.6 Un financement perfectible

Devenir patron et salarier son assistant médical peut parfois être source de désagrément. La plupart des médecins généralistes ne sont pas enclins à embaucher une nouvelle personne, avec les contraintes de temps de travail ou les charges que cela implique. Bien que cela n'ait pas été imaginé par les médecins, les résultats d'une étude de 2016 (50) confirment que les médecins seraient d'autant plus favorables au transfert d'activité si celui-ci est rémunéré par l'assurance maladie (60 % d'entre eux), alors que lorsque l'infirmier est intégralement rémunéré par les revenus du cabinet, seuls 17 % des avis seraient favorables.

D'ailleurs, dans notre étude, les 3 médecins interrogés ayant ou allant avoir recours à un assistant médical, ont tous décidé de contourner ce problème de salariat et de contrainte que ce statut peut générer, en embauchant un membre de la famille, conjoint ou enfant. Ils justifient ce choix pour des raisons souvent d'opportunité, de changement de vie par exemple, qui s'est présenté au bon moment, mais ils considèrent également qu'en cas de soucis éventuel ou en raison des contraintes en termes de temps de travail, vacances ou autres, il est bien plus aisé de salarier un proche. Il ressort de l'étude que ces 3 médecins (sur 7 médecins signataires en Dordogne) ont tous un profil particulier qui justifie probablement leur choix d'avoir recours à un assistant médical. En effet, un était âgé de 75 ans, dans une maison médicale ayant perdu récemment 3 médecins et dont le fils infirmier revenait vivre dans la région. Un autre médecin avait son conjoint qui voulait changer de voie professionnelle et voulait anticiper les départs à la retraite imminent de collègues pour lesquels il doutait fortement de trouver un successeur. L'autre médecin venait d'arriver dans la région et fonctionnait dans son ancienne installation avec un personnel équivalent. De plus, ce médecin va avoir un mode d'exercice particulier avec un fonctionnement sur 2 salles pour répondre à une demande particulièrement tendue sur son territoire d'installation.

Il apparaît donc que l'assistant médical peut correspondre à un mode d'exercice atypique ou à un profil de professionnel bien défini.

Peut-être que les assistants médicaux ne répondent pas au mode de pratique classique, habituel des médecins généralistes. Pour le moment, à un an du lancement des assistants médicaux, le faible taux de médecins ayant recours à ce professionnel ne permet pas de généraliser sur le type de profil intéressé par l'aide de l'assistant médical.

Les médecins généralistes critiquent le mode de distribution des aides, qui sont dégressives et limitées, dépendantes des budgets de l'État. Les médecins doutent de leur pérennité, d'autant qu'ils remettent en question la contrepartie, voyant en elle une obligation de rentabilité dans notre système de santé.

Les comptes à rendre paraissent logiques d'après les médecins compte tenu de la perception d'une aide financière, seulement, ils sont nombreux à suspecter une démarche de rendement, de quantité au détriment de qualité, méthode de travail qu'ils rejettent massivement.

L'aide financière a été bien souvent un moteur à la signature du contrat et les signataires espèrent donc un maintien de cette subvention, ce qui dans le cas contraire pourrait remettre en question leur participation.

Les médecins généralistes ont beaucoup évoqué leur méfiance face à ces décisions prises par les instances supérieures. En effet, ils tiennent à garder une part de libéralité mais aussi d'autonomie. Ils craignent en fait une certaine manipulation avec, à terme, une perte de liberté de pratique. Certains évoquent même, face à des financements toujours plus nombreux de la part de l'assurance maladie, selon des objectifs à atteindre (comme le ROSP par exemple), la fin du système libéral. De plus ils regrettent que ces objectifs soient plus économiques que réellement de bien-être des professionnels et d'amélioration de la qualité des soins.

Plutôt qu'une incitation financière à l'embauche d'un assistant médical, une revalorisation de l'acte a parfois été suggérée pour donner au médecin les moyens d'exercer leur travail dans de bonnes conditions.

Un médecin avait évoqué le non-paiement du temps qu'il passe au téléphone, à faire des consultations ou à prodiguer des conseils. Ces contacts par mail ou par téléphone se substituent avec un gain de temps à certaines consultations en face à face, sans diminution du service rendu au patient. Toutefois, cette forme de prise en charge semble être plus développée dans d'autres systèmes de santé où elle y est favorisée par le paiement à la capitation. Le paiement à l'acte, qui valorise le seul contact en face à face, fait obstacle à cette évolution en France tandis qu'en Allemagne, les « consultations » téléphoniques sont honorées à l'acte mais dans le cadre du tiers payant (51). En France, le paiement direct ne permet pas une telle rémunération.

Le déploiement de la télémédecine peut permettre en partie de résoudre le problème de ces actes non rémunérés.

5 CONCLUSION

L'organisation de la santé est en perpétuel mouvement, en témoignent les nombreuses réformes qui se sont succédé et qui ont modifié les pratiques des médecins. Les gouvernements successifs ne manquent pas d'idées pour moderniser le système de santé et imaginer de nouvelles mesures avec pour objectif d'améliorer l'accès aux soins des patients.

L'enjeu majeur actuel réside particulièrement dans les zones sous denses, ces territoires faiblement dotés en médecins où les patients peinent à obtenir des rendez-vous.

La Loi Ma santé 2022 mise en partie sur les assistants médicaux pour combattre ce fléau. Son déploiement en France fait pourtant débat et ne fait pas l'unanimité.

Même si les médecins généralistes accueillent avec enthousiasme l'idée de se débarrasser du poids des tâches administratives, ils ne sont pas pour autant tous convaincus que l'assistant médical soit la réponse à cette charge qui leur incombe.

Le travail en équipe a été une des clés pour faciliter la vie des médecins, la cohésion du groupe semble fonctionner et être un moteur pour la prise en charge des patients. Dans la mesure où des règles et des limites sont établies, intégrer un intervenant supplémentaire pour s'occuper des patients est plutôt bien perçu même si la question de la gestion d'une entreprise et de ses salariés peut parfois effrayer les médecins. Bien qu'ils soient habitués à percevoir des financements publics pour différentes raisons, ils tiennent pour autant à sauvegarder la médecine générale libérale et leur liberté de pratique.

La principale défiance vis-à-vis des assistants médicaux au sujet de la délégation de tâches réside dans leur formation qui est, au grand regret des médecins, pour l'heure, inexistante. C'est pourquoi, pour le moment, ils ne s'imaginent pas confier des tâches médicales à cet assistant qui aurait surtout une fonction administrative.

Un autre frein soulevé par les médecins est la mise en danger de la relation construite entre eux et leur patient qui pourrait se voir affaiblie si le temps de consultation était amené à diminuer.

Pourtant, comme le relatent les médecins généralistes employant déjà un assistant médical, la coopération est un véritable atout et répond aux difficultés rencontrées par l'ensemble de la profession. En effet, l'assistant va permettre, en endossant la partie administrative, de libérer du temps médical au médecin qui va pouvoir se consacrer pleinement au patient. Le médecin est moins stressé et confie à son assistant un rôle adaptable selon son apprentissage qui se peaufine au fil du temps. Cette souplesse assure au médecin un réel confort dans la mesure où il gère son temps comme il le souhaite et, de ce fait, peut augmenter son flux de patients avec plus de fluidité et sans préoccupation.

On observe donc un réel décalage entre les a priori des médecins et les faits décrits par les médecins aidés par un assistant médical qui se sont affranchis des idées reçues et on franchit le cap.

En définitive, l'adhésion des médecins généralistes reste encore à établir pour que l'assistant médical ne soit pas considéré comme un intrus et pour qu'il prenne complètement part à la prise en charge des malades et à la coopération avec le médecin. Son déploiement dans le but de garantir un meilleur accès au soin ne pourra être garanti que si les craintes des médecins sont entendues.

6 BIBLIOGRAPHIE

1. Bouet P, Mourgues J-M. Atlas de la démographie médicale en France [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2018 [consulté le 2 mai 2020]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf
2. Bachelet M, Anguis M. Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée. *Études et Résultats*. 2017 mai;1011.
3. Bouet P, Mourgues J-M. Atlas de la démographie médicale en France [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2017 [consulté le 2 mai 2020]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1sogkeq/atlas_de_la_demographie_medicale_2017.pdf
4. Verger P, Bocquier A, Bournot M-C, Buyck J-F, Carrier H, Chaput H, et al. Le panel de médecins généralistes de ville : éclairages sur les enjeux de la médecine de premier recours d'aujourd'hui. *Revue française des affaires sociales*. 2017;(3):213-35.
5. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
6. Vergier N, Chaput H, Lefebvre-Hoang I. Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ?. *Les Dossiers de la DREES*. 2017 mai;17.
7. Institut National de la Statistique et des études économiques. Statistiques locales [Internet]. [consulté le 3 juin 2020]. Disponible sur : <https://statistiques-locales.insee.fr/#c=report&chapter=compar&report=r01&selgeo1=dep.24&selgeo2=fe.1>
8. Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine. Les premières Assises de la démographie médicale en Dordogne [Internet]. 2019 [consulté le 3 juin 2020]. Disponible sur : https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2019-12/CP_Assises_Demographie_Medicale_24_30_11_2019.pdf
9. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Étude sur l'installation des jeunes médecins [Internet]. 2019 [consulté le 3 juin 2020]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1thxouu/cnom_enquete_installation.pdf
10. Coppolani E. Je peux m'installer mais je ne le fais pas, pourquoi ?. Thèse de médecine, Toulouse: Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2014.
11. Chaput H, Monziols M, Fressard L, Verger P, Ventelou B, Zaytseva A. Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine. *Études et Résultats*. 2019 mai;1113.

12. URPS Médecins Libéraux de Bourgogne. Enquête sur les freins et leviers à l'installation [Internet]. 2011 [consulté le 24 mai 2020]. Disponible sur: <http://www.urps-ml-bfc.org/wp-content/uploads/2014/11/rapport-etude-freins-et-leviers-a-l-installation-2011.pdf>
13. BVA/ GSK. Burn out des médecins : une souffrance au travail [Internet]. 2013 [consulté le 24 mai 2020]. Disponible sur : <https://toute-la.veille-acteurs-sante.fr/files/2013/09/Dossier-de-Pressel.pdf>
14. Ghorob A, Bodenheimer T. Sharing the Care to Improve Access to Primary Care. *N Engl J Med*. 24 mai 2012;366(21):1955-7.
15. Grumbach K., Bodenheimer T. Can Health Care Teams Improve Primary Care Practice ?. *JAMA*. 10 mars 2004;291(10):1246-51.
16. Midy F. Efficacité et efficience de la délégation d'actes des médecins généralistes aux infirmières. Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé. 2003 mars;65.
17. Mergenthal K, Beyer M, Gerlach FM, Guethlin C. Sharing Responsibilities within the General Practice Team - A Cross-Sectional Study of Task Delegation in Germany. *PloS One*. 2016;11(6):e0157248.
18. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens en Ontario et au Québec. Institut de recherche et de documentation en économie de la santé. 2005 juin;95.
19. Loussouarn C, Franc C, Videau Y, Mousquès J. Impact de l'expérimentation de coopération entre médecin généraliste et infirmière Asalée sur l'activité des médecins. Institut de recherche et de documentation en économie de la santé. 2019 avril;77.
20. Syndicat National des Ophtalmologistes de France. Quelles avancées pour résoudre les délais d'attente et améliorer le parcours de soins des patients ? [Internet]. 2018 [consulté le 24 mai 2020]. Disponible sur : <https://www.snof.org/sites/default/files/pictures/Photos/Quelles%20avancées%20pour%20résoudre%20les%20délais%20d%27attente%20et%20améliorer%20le%20parcours%20de%20soins%20des%20patients.pdf>
21. Ministère des Solidarités et de la Santé. Ma santé 2022 : un engagement collectif. Dossier de presse [Internet]. [consulté le 8 septembre 2020]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf
22. Arrêté du 14 août 2019 portant approbation de l'avenant n° 7 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016.
23. Assurance Maladie. Communiqué de presse - Déploiement des assistants médicaux [Internet]. 2019 [consulté le 8 septembre 2020]. Disponible sur : https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CP_Assistants_medicaux.pdf
24. Aubin-Auger I, Mercier A, et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;84.

25. Blanchet A, Gotman A. L'entretien. 2ème édition. Paris: Armand Colin; 2015. p 25.
26. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. Cahiers de recherche sociologique. 1994;(23):147-81.
27. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 4ème édition. Paris: Armand Colin; 2016.
28. Loi n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine.
29. Mathieu-Fritz A. La télémédecine et les nouvelles formes de coopération entre médecins et soignants. Soins. 2016 novembre;61(810):31-4.
30. Assurance Maladie. Téléconsultation et Covid-19 : croissance spectaculaire et évolution des usages Internet [Internet]. 2020 [consulté le 8 octobre 2020]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/gironde/medecin/actualites/teleconsultation-et-covid-19-croissance-spectaculaire-et-evolution-des-usages>
31. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (J.O. 22 juillet 2009)
32. Osborn R, Moulds D, Schneider EC, et al. Primary care physicians in ten countries report challenges caring for patients with complex health needs. Health Aff. 2015;34:2104–12.
33. Mercer SW, Hasegawa H, Reilly D, et al. Length of consultations. Time and stress are limiting holistic care in Scotland. BMJ. 2002;325:1241.
34. Irving G, Neves AL, Dambha-Miller H, et al. International variations in primary care physician consultation time : a systematic review of 67 countries. BMJ Open. 2017;7:e017902. doi: 10.1136/bmjopen-2017-017902.
35. Moreau A, Boussageon R, Girier P, Figon S. Efficacité thérapeutique de « l'effet médecin » en soins primaires. Presse Médicale. 1 juin 2006;35(6, Part 1):967-73.
36. Breuil-Genier P, Goffette C. La durée des séances des médecins généralistes. Études et Résultats. 2006 avril;481.
37. Assurance maladie. Déploiement des assistants médicaux : les médecins vont pouvoir bénéficier d'une aide financière à leur embauche [Internet]. 2019 [consulté le 12 juin 2020]. Disponible sur : https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CP_Assistants_medicaux.pdf
38. Conseil départemental de la Dordogne. Schéma départemental d'accès aux soins de proximité de la Dordogne 2016 – 2020 [Internet]. 2018 [consulté le 1 octobre 2020]. Disponible sur : https://france3-regions.francetvinfo.fr/nouvelle-aquitaine/sites/regions_france3/files/assets/documents/2018/04/09/20180403_dp_schemasant-e-3599307.pdf

39. Aulagnier M, Obadia Y, Paraponaris A, et al. L'exercice de la médecine générale libérale : premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises. *Études et Résultats*. 2007 novembre;610.
40. Vigouroux L. Les patients accepteraient-ils d'être reçus en préconsultation par un(e) assistant médical(e) avant une visite chez leur médecin généraliste ?. Thèse de médecine, Montpellier: Université de Montpellier; 2017.
41. Raguideau C, Levesque L. Le nouveau métier d'assistant médical en cabinet de médecine générale : représentations des médecins généralistes et des patients, une étude qualitative en miroir. Thèse de médecine, Marseille: Université d' Aix-Marseille; 2019.
42. HAS. Les protocoles de coopération art 51- Bilan du dispositif - Évaluation 2014 [Internet]. 2015 [consulté le 2 octobre 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-01/rapport_d_activite_article_51_2014_post-college_vf.pdf
43. Giles H. Enquête de satisfaction auprès des patients atteints d'hépatite chronique C suivis par une infirmière : expérimentation sur le transfert de tâches au centre hospitalier de Montélimar. Thèse de médecine, Lyon: Université de Lyon; 2007.
44. Rakotoarivonina S. Impact du travail administratif sur la qualité d'exercice médical libéral ; étude observationnelle sur 674 consultations de médecins généralistes des Alpes-Maritimes. Thèse de médecine, Nice: Université de Nice Sophia Antipolis; 2017.
45. Falcoff H, Doumenc M, Lafont-Picton M. La tenue du dossier médical en médecine générale : état des lieux et recommandations - Rapport de recherche [Internet]. Paris: ANAES; 1996 [consulté le 12 octobre 2020]. Disponible sur: <https://www.yumpu.com/fr/document/read/51602353/la-tenue-du-dossier-medical-en-medecine-generale-haute-autorite->
46. Direction de la Sécurité Sociale. Les certificats médicaux [Internet]. [consulté le 28 septembre 2020]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/331_annexe_certifs_medicaux.pdf
47. Chaput H, Monziols M, Ventelou B, Zaytseva A, Fressard L, Verger P et al. Plus de 8 médecins généralistes sur 10 s'organisent au quotidien pour prendre en charge les soins non programmés. *Études et Résultats*. 2020 janvier;1138.
48. Delamaire M-L, Lafortune G. Les pratiques infirmières avancées : Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés [Internet]. [consulté le 25 septembre 2020]. Disponible sur : <https://dx.doi.org/10.1787/5km4hv77vw47-fr>
49. Nagy A. Partage de suivi de leurs patients par les médecins généralistes avec d'autres professionnels de santé : freins et conditions facilitatrices. Thèse de médecine, Montpellier: Université de Montpellier; 2016.
50. Agamaliyev E, Mikol F, Prost T. Les déterminants de l'opinion des médecins généralistes sur la délégation de tâches vers les infirmiers de leur cabinet. *Revue française des affaires sociales*. 2016;(1):375-404.

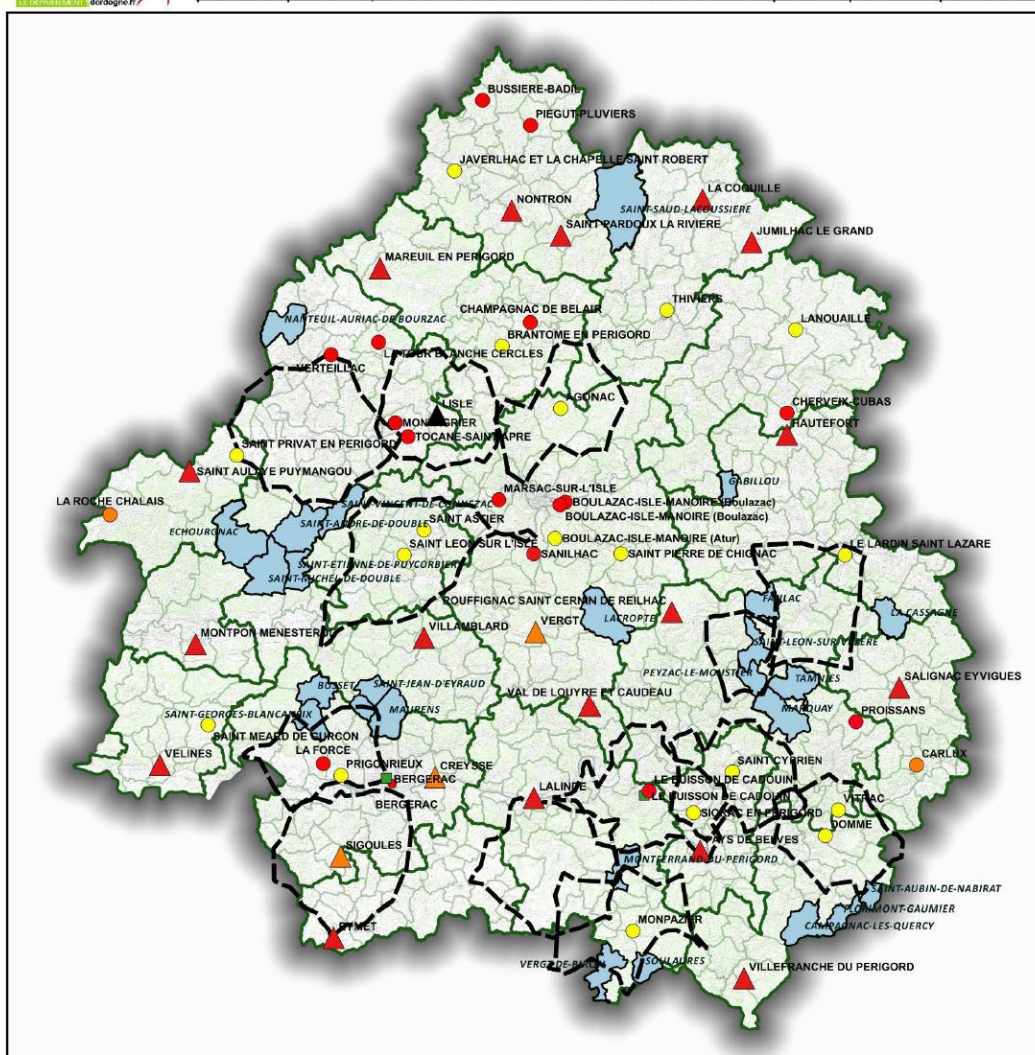
51. Bras P-L. Peut-on réformer l'organisation des soins de premier recours ? Les Tribunes de la santé. 2011;30(1):113-26.

7 ANNEXES

7.1 Annexe 1 – Le maillage de la Dordogne en MSP



Le maillage de la Dordogne en maisons de santé pluridisciplinaires, pôles de santé pluridisciplinaires, centres de santé et cabinets médicaux publics pluridisciplinaires.



21 Maisons de santé pluridisciplinaires 36 Cabinets médicaux publics pluridisciplinaires

- ▲ En fonctionnement (17)
- ▲ En cours de réalisation (3)
- ▲ En projet et en attente de labellisation (1)
- En fonctionnement (15)
- En cours de réalisation (2)
- En projet (19)
- En fonctionnement et labellisé

1 Pôle de santé pluridisciplinaire

- En fonctionnement et labellisé

▬ Zones à couvrir en priorité (11)

■ Communes non couvertes en médecins à 15 minutes (26)

□ EPCI 2017

□ Communes 2017

Source : CD 24 / ARS

Réalisation : CD 24 - Service des Politiques Territoriales et Européennes (MAJ 20/12/2017)

7.2 Annexe 2 – Extrait de l’avenant 7

Article 9-5-2-1

*Principes : un financement pérenne et des engagements modulés
selon la taille de patientèle des médecins*

Modalités de financement

La participation de l’assurance maladie au recrutement d’un assistant médical est versée dans le cadre du forfait structure, conformément aux dispositions de l’article 20 de la convention, dès lors que le médecin a bien rempli les conditions posées au titre du volet 1 du forfait structure.

20 août 2019

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 13 sur 130

Engagements du médecin en contrepartie du financement

En contrepartie de l’aide au recrutement d’un assistant médical, le médecin s’engage à consacrer une partie du temps dégagé par l’assistant médical pour accueillir et assurer la prise en charge de davantage de patients.

L’effort de progression n’étant pas de même ampleur entre plusieurs médecins ayant des niveaux de patientèle initiale différents, le niveau d’engagement d’accueil et de prise en charge de patients supplémentaires est défini selon la taille de la patientèle du médecin lors de l’embauche de l’assistant médical.

Des niveaux d’engagement ont ainsi été définis par effectifs de patientèle en classant en percentiles, selon une distribution nationale, l’ensemble des médecins d’une même spécialité selon le niveau d’effectifs de patients pris en charge pour chacune des spécialités.

Au regard de l’objectif d’amélioration de l’accès aux soins, les engagements des médecins sont fixés de la manière suivante.

- Pour ce qui concerne les médecins généralistes et spécialistes en médecine générale, deux engagements complémentaires sont fixés pour les médecins souhaitant engager un assistant médical :
 - une augmentation de la patientèle adulte médecin traitant : cet indicateur mesure le nombre total de patients de plus de 16 ans ayant choisi le médecin généraliste comme médecin traitant,
 - une augmentation de la file active : la notion de file active correspond au nombre de patients différents tout âge confondu vus dans l’année par le médecin.

Ces deux indicateurs sont pris en compte simultanément, car ils sont très corrélés. En cas d’écart significatif entre les indicateurs pour un médecin, l’indicateur le plus favorable au médecin sera pris en compte pour fixer son niveau d’engagement. Le suivi des objectifs sera ensuite réalisé sur les deux indicateurs.

Les objectifs de progression à atteindre pour chacun des deux indicateurs sont modulés selon 5 tranches d’activité, adaptées selon la distribution des médecins au titre de leur patientèle Médecin Traitant adulte et de leur file active.

Article 9-5-2-2

1^{re} option de financement et d'engagement

La participation de l'assurance maladie, selon cette option, est définie de la manière suivante :

- la 1^{re} année de l'embauche de l'assistant médical : le montant de l'aide est de 12 000 euros,
- la 2^e année de l'embauche de l'assistant médical : le montant de l'aide est de 9 000 euros,
- à partir de la 3^e année de l'embauche de l'assistant médical, l'aide maximale est maintenue de manière pérenne à 7 000 euros maximum.

Pour les médecins dont la patientèle médecin traitant et/ou file active se situe entre le 90^e percentile et le 95^e percentile, l'aide maximale versée à partir de la 3^e année est de 8 350 euros par an.

Pour les médecins dont la patientèle médecin traitant et/ou file active se situe au-dessus du 95^e percentile, l'aide maximale est de 12 000 euros par an pendant toute la durée du contrat.

Objectifs fixés pour cette option

- Si la patientèle médecin traitant adulte et/ou file active du médecin se situe entre le 30^e percentile et le 50^e percentile : l'objectif attendu est de + 20 %.
- Si la patientèle médecin traitant adulte et /ou file active du médecin se situe entre le 50^e percentile et le 70^e percentile : l'objectif attendu est de + 15 %.
- Si la patientèle médecin traitant adulte et/ou file active du médecin se situe entre le 70^e percentile et le 90^e percentile : l'objectif attendu est de + 7,5 %.
- Si la patientèle médecin traitant adulte et/ou file active du médecin se situe entre le 90^e percentile et le 95^e percentile : l'objectif attendu est de + 4 %.
- Si la patientèle médecin traitant adulte et/ou file active du médecin se situe au-delà du 95^e percentile : l'objectif attendu est un maintien de son effectif de patientèle au regard de son niveau initial.

Pour bénéficier de cette option, le médecin devra justifier de l'embauche d'au moins 1/3 d'ETP d'assistant médical.

Article 9-5-2-3

2^e option de financement et d'engagement

La participation de l'assurance maladie, selon cette option, est répartie de la manière suivante :

- la 1^{re} année de l'embauche de l'assistant médical : le montant de l'aide est de 18 000 euros par médecin,
- la 2^e année de l'embauche de l'assistant médical : le montant de l'aide est de 13 500 euros.
- à partir de la 3^e année, l'aide maximale est maintenue de manière pérenne à 10 500 euros.

Pour les médecins dont la patientèle médecin traitant et/ou file active se situe entre le 90^e percentile et le 95^e percentile, l'aide maximale versée à partir de la 3^e année est de 12 500 euros par an.

Pour les médecins dont la patientèle médecin traitant et/ou file active se situe au-dessus du 95^e percentile, l'aide maximale est de 18 000 euros par an pendant toute la durée du contrat.

Objectifs fixés pour cette option

- Si la patientèle médecin traitant adulte et/ou file active du médecin se situe entre le 30^e percentile et le 50^e percentile : l'objectif attendu est de + 25 %.
- Si la patientèle médecin traitant adulte et/ou file active du médecin se situe entre le 50^e percentile et le 70^e percentile : l'objectif attendu est de + 20 %.
- Si la patientèle médecin traitant adulte et/ou file active du médecin se situe entre le 70^e percentile et le 90^e percentile : l'objectif attendu est de + 12,5 %.
- Si la patientèle médecin traitant adulte et/ou file active du médecin se situe entre le 90^e percentile et le 95^e percentile : l'objectif attendu est de + 6 %.
- Si la patientèle médecin traitant et/ou file active du médecin se situe au-delà du 95^e percentile : l'objectif attendu est un maintien de son effectif de patientèle suivie au regard de son niveau initial.

Pour bénéficier de cette option, le médecin devra justifier de l'embauche d'au moins 1/2 d'ETP d'assistant médical.

7.3 Annexe 3 – Extrait de l’avenant 7

Article 9-3-2

Critère d’éligibilité lié à la pratique tarifaire

Le bénéfice de l’aide conventionnelle pour le recrutement d’un assistant médical est réservé aux médecins de secteur 1 et aux médecins de secteur 2 ayant souscrit à l’OPTAM ou à l’OPTAM CO.

Article 9-3-3

Critère d’éligibilité lié à l’exercice coordonné

L’engagement du médecin dans une démarche d’exercice coordonné constitue une condition d’éligibilité à l’aide conventionnelle au recrutement d’un assistant médical.

L’exercice coordonné s’entend au sens de la définition actée dans l’article 3 de l’accord cadre interprofessionnel signé le 10 octobre 2018.

Ce mode d’exercice peut prendre diverses formes : maisons de santé pluri-professionnelles centres de santé, équipes de soins primaires, équipes de soins spécialisées, ou d’autres formes d’organisations pluri-professionnelles capables d’apporter une réponse coordonnée de proximité aux besoins de prise en charge des patients. Cette coordination implique aussi que les professionnels de santé organisent, à une échelle territoriale plus large, une réponse collective aux besoins de santé de la population, notamment au sein de communautés professionnelles territoriales de santé.

Le déploiement d’assistants médicaux permet aux médecins bénéficiaires de contribuer aux missions en faveur de l’accès aux soins qui sont confiées notamment aux communautés professionnelles territoriales de santé. A mesure de leur mise en œuvre progressive, les médecins bénéficiaires participeront, quand ils existent, aux dispositifs territoriaux visant à améliorer l’accès aux soins de la population de leur territoire, dans le cadre d’une communauté professionnelle territoriale de santé ou d’une autre forme d’organisation territoriale reconnue par la commission paritaire locale.

Compte tenu de la montée en charge des différentes modalités d’organisation de l’exercice coordonné, notamment des communautés professionnelles territoriales de santé, un délai de deux ans à compter du recrutement de son assistant médical est laissé au médecin pour s’engager dans cette démarche.

Article 9-3-4

Critère d’exercice regroupé et d’activité minimale

Le principe est de réserver le bénéfice de l’aide à l’embauche d’un assistant médical à des médecins regroupés dans un cabinet composé d’au moins 2 médecins. Les maisons de santé pluriprofessionnelles multi sites répondent à cette condition de cabinet regroupé.

Ceux-ci doivent enregistrer chacun un nombre significatif de patients médecin traitant adultes s’ils sont médecins généralistes ou spécialistes en médecine générale, ou de file active de patients pour les autres spécialités médicales, c’est à dire un nombre de patients différents vus dans l’année, tout âge confondu.

Le seuil minimal d’activité se situe au moins au 30^e percentile en termes de distribution nationale au 31/12/2018 pour chaque spécialité.

Le 30^e percentile correspond au nombre de patients pour lequel 70 % des médecins se situent au-dessus de celui-ci, lorsque l’on classe par effectifs égaux les médecins selon leur niveau de patientèle.

La patientèle minimale prise en compte dans ce critère d’éligibilité est celle calculée au 31 décembre de l’année précédente ou celle au 30 juin de l’année en cours, selon la date de recrutement de l’assistant médical dans le cabinet.

7.4 Annexe 4 – Guide d’entretien

Je vous remercie d’avoir accepté de participer à cet entretien. Dans le cadre de ma thèse de médecine générale, je souhaite recueillir le ressenti des médecins généralistes de Dordogne à propos de la création du poste d’assistant médical.

L’objectif de cette étude est de savoir si les médecins pensent que les assistants médicaux peuvent apporter une réponse concrète aux difficultés qu’ils rencontrent, tant sur le plan de la démographie médicale que sur la prise en charge des patients.

Votre expérience personnelle me sera utile dans ma recherche. Vous êtes libre de ne pas répondre à une question ou d’interrompre l’entretien quand vous le souhaitez. Les propos recueillis seront anonymisés. L’entretien sera enregistré.

A/ PROFIL PROFESSIONNEL ET CONDITIONS DE TRAVAIL

1) Comment vous présenteriez-vous sur le plan professionnel ? Quelles sont vos conditions d’exercice ?

Quel âge avez-vous ?

Date d’installation ?

Quel est votre lieu d’exercice ? Rural, semi-rural, urbain ?

Quel est votre mode d’exercice ? Seul, groupe, MSP ?

2) Pouvez-vous me décrire le déroulement selon vous d’une journée parfaite dans votre cabinet de médecine générale ou à l’inverse ce qui fait que vous passez une mauvaise journée, qui vous stresse ou qui vous énerve ?

3) Quels sont selon vous les aspects de la médecine générale qu’il est important de préserver ?

Ce travail s’intéresse particulièrement au nouveau métier d’assistant médical. Le but de ces assistants serait de « décharger les médecins des tâches pouvant être faites par d’autres » pour « libérer du temps médical ». Ils seront salariés du médecin généraliste qui pourra recevoir une aide financière à l’embauche en contrepartie de laquelle il devra s’engager à accueillir un plus grand nombre de patients. L’assistant médical sera formé en deux ans à mi-temps ou un an à temps plein. L’avenant 7 stipule que l’assistant médical pourrait remplir des fonctions administratives, préparer le déroulement de la consultation ou organiser et coordonner sa prise en charge. Il pourra réaliser des tâches simples sous la responsabilité du médecin : accueil des patients, tenue du dossier médical, prise des constantes et des antécédents, gestion des stocks du cabinet, prise de rendez-vous avec les spécialistes... Son rôle précis sera déterminé par le médecin qui l’emploie.

B/ MISSIONS DE L’ASSISTANT MEDICAL

4) Pour vous à quoi ressemblerait l’assistant médical idéal, que pourrait-il faire pour améliorer vos journées de consultation ? Quelles tâches quotidiennes aimeriez-vous déléguer ?

Administratif : accueil/création et gestion du dossier/mise en place de la télémédecine/répondre aux demandes téléphoniques des patients

Consultation : déshabillage/constantes/vaccination/tests de dépistage/préparation ou aide pour les gestes techniques/éducation thérapeutique/lecture des biologies/certificat

Organisation/coordination : liaison avec les paramédicaux/acteurs sociaux
Délègueriez-vous des tâches que vous ne faites pas par manque de temps ?

5) Quelles sont vos craintes quant à la délégation de tâches ou quant à l'intégration d'un nouvel intermédiaire dans la relation médecin/malade ?

Responsabilité

Compétence

Formation

Relation médecin/malade

C/ CONDITIONS D'ENGAGEMENT

Le médecin généraliste s'engage à prendre davantage de patients, de façon proportionnelle à la taille initiale de sa patientèle, plus elle est conséquente, moins il aura à accueillir de nouveaux patients. L'aide perçue par l'assurance maladie sera attribuée pendant 3 ans selon ces mêmes objectifs d'augmentation de patientèle.

6) Comment percevriez-vous le fait de recevoir un financement de l'assurance maladie selon des objectifs à atteindre (accueillir de nouveaux patients) ?

Liberté d'exercer

Temps de travail moyen par semaine

Durée de consultation moyenne

Refus de patient

E/ EVOLUTION

8) Que vous évoque l'idée de la création de ce métier sur l'évolution de l'exercice de la médecine générale ?

Je vous remercie d'avoir participé à cet entretien. Il va me permettre d'avancer sur mon étude. Je peux vous faire parvenir les résultats si vous le souhaitez.

7.5 Annexe 5 – Note de consentement

NOTE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT DESTINEE AUX MEDECINS PARTICIPANT A L'ETUDE QUALITATIVE SUR LES ASSISTANTS MEDICAUX
--

Titre de la recherche :

Ressenti des médecins généralistes sur la création du poste d'assistant médical. Étude qualitative par entretien semi-dirigé parmi les médecins généralistes de Dordogne.

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de participer à une étude de recherche.

Le but de cette étude est de recueillir le ressenti des médecins généralistes sur la création du poste d'assistant médical et de déterminer si les assistants médicaux pourront répondre aux attentes des médecins généralistes pour améliorer leur pratique et la prise en charge des patients ainsi que pour répondre à la problématique des zones sous denses.

L'étude se fera par entretien individuel semi dirigé d'environ 20 minutes, par téléphone, visioconférence ou par contact direct. Il s'agit d'une étude qualitative permettant d'explorer des émotions, des sentiments, ainsi que des expériences personnelles.

L'entretien individuel semi-dirigé permet de recueillir des données dans un spectre plus large qu'un questionnaire. Pour obtenir des réponses sincères et authentiques, les entretiens sont réalisés de façon individuelle afin de respecter l'anonymat et d'établir un cadre personnalisé propice à la confiance.

L'entretien va se faire par le biais d'un guide d'entretien qui reste souple et adaptable au cours de l'entretien, l'idéal étant de déclencher une dynamique de conversation.

L'objectif est de recueillir des données les plus diversifiées et authentiques possibles.

Ces entretiens seront enregistrés et retranscrits par l'investigatrice de l'étude. Ils seront conservés pour une durée maximale de 12 mois, temps nécessaire à l'établissement de la thèse. L'investigatrice de l'étude et son directeur de thèse (Dr Cugerone Arnaud) seront les seules personnes amenées à accéder aux données collectées.

Les données personnelles seront anonymisées.

Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la limitation des informations figurant dans ces entretiens. Vous pouvez retirer votre consentement à la collecte des données à tout moment de l'étude.

Chloé Dunikowski

Je soussigné(e), déclare avoir pris connaissance de la note d'information et donne mon consentement à l'utilisation des données que je vais transmettre par l'investigatrice de l'étude dans le cadre de sa recherche.

Signature

7.6 Annexe 6 – Article soumis à la publication

Ressenti des médecins généralistes sur la création du poste d'assistant médical.

**Étude qualitative par entretien semi-dirigé parmi les médecins généralistes de
Dordogne.**

**General practitioner's feelings about the medical assistant. Qualitative study based on
Dordogne general practitioners.**

C. Dunikowski, A. Cugerone

Département de médecine générale, Université de Bordeaux

Correspondance :

Arnaud Cugerone, Médecin généraliste - Chef de clinique, Département de médecine
générale, Université de Bordeaux

43, rue Ernest Renan 24100 Bergerac

arnaud.cugerone@u-bordeaux.fr

05 57 57 46 20

Chloé Dunikowski

Résumé en français

Introduction : En France, de plus en plus de patients ne parviennent pas à trouver de médecin traitant. En effet, l'accès au soin est très inégalitaire selon les territoires mais de façon générale, le nombre de médecins généralistes installés en libéral est en constante diminution. Dans l'optique de permettre aux médecins d'accueillir plus de patients en leur libérant du temps de soin, l'assistant médical, nouvel acteur de santé, voit actuellement le jour dans les cabinets de médecine générale. Le but de cette étude est d'explorer les représentations des médecins généralistes de Dordogne concernant l'arrivée de l'assistant médical.

Méthode : Réalisation d'une étude qualitative portant sur des médecins généralistes libéraux de Dordogne, par entretiens individuels semi-dirigés et analyse par la méthode de théorisation ancrée.

Résultats : L'arrivée de l'assistant médical fait craindre chez les médecins une révolution de leur façon de travailler et un changement profond de leurs habitudes.

Les médecins appréhendent l'avenir de la relation avec le patient du fait d'une diminution potentielle du temps qu'ils auraient à leur consacrer. Ils redoutent de perdre leur place d'interlocuteur privilégié et leur indépendance en tant que praticien libéral. Selon eux, l'aide apportée par l'assistant médical serait intéressante pour les libérer du poids des charges administratives mais leur donner un rôle médical ne serait possible qu'à condition de leur assurer une formation adaptée.

Les médecins déjà bénéficiaires de l'assistant médical ont quant à eux peu d'objections du fait de la souplesse de ce travail et des missions qu'ils peuvent leur confier. Ils constatent même une amélioration de leur qualité de vie et de la prise en charge des patients, c'est pourquoi la pérennité des aides est capitale à leurs yeux pour maintenir le poste.

Conclusion : L'assistant médical étant encore méconnu en France, son déploiement peut effrayer et ne fait donc actuellement pas l'unanimité. Certains aspects sont à perfectionner

pour garantir au médecin le maintien d'une médecine intimiste et centrée sur le patient. Les médecins déjà bénéficiaires d'un assistant médical pourraient permettre de rassurer les autres en rapportant leur expérience positive. Des suggestions émises par l'ensemble de la profession peuvent être à explorer.

1. INTRODUCTION

La démographie médicale en France inquiète l'opinion publique et les gouvernements. En effet, le nombre de médecins généralistes libéraux en activité décroît depuis de nombreuses années. Au 1^{er} janvier 2019, le tableau de l'Ordre des Médecins recense 87801 médecins généralistes en activité régulière ; soit une diminution de 7% des effectifs depuis 2010 et une diminution de 0,4% depuis 2017 (1).

Le territoire de la Dordogne est particulièrement touché par la baisse des effectifs des médecins généralistes en activité régulière. En 2019, on dénombre 343 généralistes libéraux installés ce qui représente 8,3 médecins pour 10 000 habitants, classant près de la totalité du territoire comme zone où l'offre de soins est insuffisante (2).

Ces lacunes dans l'accès aux soins peuvent être expliquées par la réticence des médecins généralistes à s'installer. En effet, seuls 12% des nouveaux inscrits à l'Ordre des médecins de toutes spécialités en 2018 exercent en libéral, et 62 % sont salariés (3). Dorénavant, avant de s'installer les jeunes médecins prennent davantage en considération les conditions d'exercice comme le regroupement avec d'autres professionnels de santé mais ils recherchent aussi un meilleur équilibre entre vie privée et vie professionnelle (3). La gestion des tâches administratives se constitue également comme un frein à l'installation (4).

L'accès rapide à un médecin généraliste de proximité pour tous est une des priorités des nouvelles réformes de santé. C'est dans ce contexte que le nouveau métier d'assistant médical a vu le jour. Le 20 juin 2019, caisses d'assurance maladie et syndicats signent l'avenant 7 à la convention médicale d'août 2016 (5). Cette loi prévoit une aide financière pour les médecins généralistes qui souhaiteraient sous certaines conditions, embaucher un assistant, apte à les libérer de certaines tâches administratives et médicales leur permettant d'accueillir davantage de malades (6).

Cette mesure prend exemple sur des modèles étrangers comme au Canada ou au Royaume-Uni où il existe déjà un professionnel auquel le médecin généraliste peut transférer certains actes comme la promotion de la santé ou le suivi des pathologies chroniques (7).

L'objectif de ce travail est de recueillir le ressenti des médecins généralistes de Dordogne sur le déploiement des assistants médicaux par un entretien semi dirigé.

2. MATERIELS ET METHODES

2.1. Type d'étude

Pour traiter cette problématique, l'étude qualitative à partir d'entretien semi dirigé semblait la méthode la plus adaptée.

Les entretiens ont été réalisés par téléphone, enregistrés sur dictaphone puis retranscrits intégralement sur ordinateur. Les sujets étaient anonymisés dès la retranscription et une lettre ainsi qu'un chiffre ont été attribués à chaque entretien.

Les principaux thèmes abordés par le guide d'entretien ont donc été :

- Les conditions de travail et les difficultés rencontrées
- Les tâches que le médecin généraliste serait prêt à déléguer à l'assistant médical
- L'aide financière
- La capacité à prendre en charge un plus grand nombre de patients

Ce guide a évolué au fur et à mesure des entretiens par l'ajout ou la suppression de certains thèmes selon l'importance accordée par les interrogés.

2.2. Échantillon

Nous avons choisi d'interroger des sujets sélectionnés parmi une population de médecins généralistes de Dordogne installés en cabinet libéral. Leur sélection s'est effectuée de manière à obtenir un panel le plus divers possible, concernant l'âge, le sexe, le lieu et le mode d'exercice. Conformément à la méthodologie de la recherche qualitative, le nombre de

personnes interrogées n'a pas été déterminé a priori. Il s'est défini de lui-même lorsque la saturation des données a été atteinte.

Le recrutement s'est fait soit, à l'aide du site <https://annuaire.sante.ameli.fr> de façon aléatoire, soit par connaissance directe. Pour élargir les points de vue, il a été jugé intéressant d'interroger des médecins signataires du contrat ou en cours de signature. Un médecin généraliste recruté de façon aléatoire par l'annuaire Ameli était lui-même en cours de signature pour l'embauche d'un assistant médical. Nous avons donc, par son biais, contacté un délégué de l'assurance maladie qui nous a mis en relation avec 2 autres médecins généralistes signataires.

2.3.Méthode d'analyse

Nous avons fait le choix de réaliser une analyse qualitative des données en utilisant la méthode de la théorisation ancrée telle que la décrit Pierre Paillé (8). L'analyse de chaque entrevue au cours du recueil de données a permis de faire évoluer le questionnement et de réorienter le guide d'entretien et notre échantillonnage selon nos interrogations.

2.4.Éthique

Cette recherche biomédicale constitue une évaluation des modalités d'exercice des professionnels de santé et n'entre pas dans la catégorie des recherches couvertes par la loi Jardé.

3. RESULTATS

3.1.Caractéristiques des médecins

Nous avons recruté 9 participants de juin 2020 à octobre 2020.

Un tableau rapportant les caractéristiques des médecins est reporté en annexe 6.

3.2.Description des résultats

Nous verrons dans un premier temps les difficultés que les médecins généralistes rencontrent au quotidien et quels moyens ils mettent en œuvre pour les amoindrir et améliorer le quotidien. Cela permettra d'évoquer également les aspects qui font de la médecine générale

une médecine à part qu'il faut préserver. Ensuite, nous détaillerons quel rôle les médecins souhaitent attribuer à l'assistant médical et selon quelles modalités ils imaginent la coopération. Enfin, nous verrons que cette étude a permis de mettre en exergue l'environnement incertain dans lequel la médecine générale évolue et comment les médecins voient l'avenir.

3.3. Des difficultés identifiées

A. Gestion du temps

Une bonne gestion du temps est capitale, ainsi les urgences et tout ce qui perturbe l'emploi du temps initial compliquent la pratique, notamment pour M4 « *Ce qui me stresse c'est quand il y a des urgences, c'est la surcharge de travail* » et ce d'autant plus quand les motifs de consultation sont multiples d'après M3 « *Je peux me sentir un peu envahi par les multiples demandes de certains patients* ».

B. Communication

On note des difficultés à joindre les spécialistes et M2 décrit que « *la communication avec les hôpitaux, c'est catastrophique* ».

C. Charge administrative

Tous les médecins évoquent la charge de travail administratif comme prenant une part non négligeable des difficultés rencontrées voire la plus grande part puisque d'après M5 « *Ma principale difficulté c'est la charge des documents administratifs* ».

D. Plannings surchargés

La patientèle des médecins généralistes est souvent volumineuse et peut pousser certains médecins comme M2 à refuser de nouveaux malades « *Vue déjà l'intensité des journées, j'en vois déjà 30-35 par jour, je ne prends plus de nouveaux patients, je fais du 8h-20h donc je pense que c'est déjà saturé* ».

C'est justement cette saturation actuelle qui a encouragé M8 à avoir recours à un assistant médical « *Je lui ai proposé de devenir mon assistant médical, pour résoudre un peu, pas complètement, le problème de notre emploi du temps un peu dément quoi* ».

E. Un travail éprouvant

M3 décrit très bien cette profession difficile, demandant une certaine concentration et pouvant limiter la possibilité de faire plus « *Mon cerveau il est limité, moi, quand j'y réfléchis, à partir de 25 cas dans la journée je commence à être fatigué (...) discuter avec les gens et réfléchir à la solution des problématiques, ça c'est éprouvant* ».

3.4. Astuces pour se ménager

A. Éduquer ses patients

Le médecin M6 a évoqué l'importance de responsabiliser sa patientèle afin de ne pas se laisser submerger par des demandes excessives « *Donc moi, dès que je suis arrivé, j'ai direct mis un papier stipulant tout ça, c'est-à-dire effectivement une consultation c'est un motif et puis effectivement, une consultation c'est une personne* ».

B. Organiser son emploi du temps

Les médecins évoquent la nécessité d'organiser avec rigueur l'emploi du temps comme M8 « *Je donne un rendez-vous tous les quarts d'heure mais sans donner le quatrième pour anticiper justement les imprévus* ».

Il peut également être utile, d'après M1 d'établir à l'avance des consultations à 2 vitesses « *J'ai certaines consultations qui sont plus longues, par exemple les nourrissons, c'est toujours ½ heure, les frottis, examen gynéco aussi* ».

Faire le tri des demandes afin de prendre en compte uniquement ce qui est justifié semble également être une bonne méthode pour ne pas se laisser déborder selon M3 qui peut dire aux patients « *ça fait pas partie du tableau général, on verra ça dans un autre temps* ».

C. Bien tenir ses dossiers

Une bonne tenue des dossiers médicaux peut permettre de gagner du temps en se concentrant sur l'essentiel pour M1 « *Je vais plutôt vite grâce au dossier qui est extrêmement bien tenu, donc en 10 secondes, je regarde les informations du dossier et je sais tout le suivi que je **dois faire*** ».

D. Avoir un secrétariat

L'aide d'une secrétaire efficace comme celle de M4 peut s'avérer inestimable en le déchargeant de certaines tâches « *On a une secrétaire en or donc elle me débrouille déjà absolument tout* ».

E. Privilégier sa vie personnelle

La qualité de vie choisie en s'installant à la campagne est à préserver d'après M3 « *On vient à la campagne pour profiter, pour la qualité de vie, pour la famille, pour les activités à côté qu'on a envie de poursuivre un peu* ».

3.5. Les caractéristiques de la médecine générale à préserver

A. Médecine de proximité

La médecine générale doit être accessible rapidement d'après M8, « *Que les gens ne s'entendent pas dire « le docteur il a pas de place avant 15 jours », parce qu'on est des généralistes et qu'on n'a pas le droit de pas avoir de place dans un délai convenable* »

B. Relation médecin-malade

La dimension humaine de la médecine générale ressort comme le véritable atout de cette spécialité notamment pour M1 « *Ce que j'aime moi dans ce métier, c'est le contact et l'écoute auprès des patients c'est ça qui prime pour moi en médecine générale* ».

C. Besoin de temps

Les médecins s'accordent sur la nécessité de consacrer du temps à l'écoute des malades à l'image de M6 « *Souvent 15 minutes si y'a quelque chose de vraiment important, ça suffit pas, si ils vont pas bien, on peut pas le faire en 10 minutes quoi* » mais aussi pour faire le cœur

du métier selon M1 « *Prendre du temps pour faire des diagnostics. Il faut que j'aie le temps de faire des examens cliniques, de réfléchir, de chercher* ».

D. Volonté de bien faire

Les médecins généralistes interrogés partagent l'envie d'exercer une médecine de qualité comme M3 « *Je préfère continuer comme ça enfin moi j'aimerais avoir juste 20 patients par jour, faire bien mon métier et puis voilà* ».

3.6. Rôle de l'assistant médical

A. Travail en équipe

Les médecins généralistes tendent à se regrouper entre eux et entre paramédicaux, c'est le cas de M3 « *Oui le travail en équipe c'est intéressant ... d'avoir des intervenants de toutes professions, de pas être tout seul, isolé, dans un coin à la campagne* ». Cela permet également l'entraide dans la démarche diagnostique, par exemple pour M1 « *On se demande régulièrement des avis* ».

La relation avec l'assistant médical va même solidifier la formation d'une véritable équipe de travail d'après M8 « *L'assistant, il va vraiment travailler avec moi et ça fera comme un binôme en fait* », ce qui peut contribuer à rompre la solitude du médecin, en tête à tête avec son patient pour M5 « *C'est intéressant aussi parfois de travailler à 2, parce que cette idée de travailler tout le temps seul, c'est pesant aussi* ».

B. Donner un rôle administratif

Tous les médecins généralistes interrogés aimeraient déléguer des tâches administratives comme par exemple pour M3, l'encaissement des honoraires « *Mais ça serait quelque chose que moi j'aimerais bien, ne pas avoir à m'occuper du paiement* », ou encore pour M6, la gestion et mise à jour des dossiers médicaux sur le logiciel « *Vérifier que tout soit bien à jour, les dossiers etc. ...* ».

L'assistant médical pourrait élaborer une ébauche de comptabilité, en vérifiant le règlement des actes comme le suggère M2 « *La partie comptabilité du cabinet par exemple, vérifier qu'on soit bien payé des retours de CMU, des ALD* ».

C. Donner un rôle médical

Les médecins imaginent une pré-consultation par l'assistant médical avec vérification systématique des vaccinations etc : M3 « *Vérifier aussi, parce que bah pareil, j'y pense pas à chaque fois, mais les vaccinations, voir si le patient est à jour* ».

La pré-consultation peut être vue comme un moment dédié à la préparation de la consultation afin de dégager les éléments essentiels aussi bien pour M4 « *Il pourrait recevoir les gens, noter éventuellement les données de base, c'est-à-dire le poids, la tension, la température* », que pour M9 « *L'assistant médical verra tous les patients avant chaque consultation, moi j'arrive je veux que le patient soit installé, qu'il soit prêt sur la table d'examen* ».

Néanmoins, ces moments répétitifs des consultations sont appréciés par certains médecins comme M1 qui les considère comme faisant partie intégrante de la consultation : « *Si c'est pour me prendre la tension, me faire l'interrogatoire du patient, ça ne m'intéresse pas parce que moi j'en apprend beaucoup* ».

L'assistant médical pourrait apporter une aide pour recevoir les urgences, c'est cette vision que soumet M9 « *L'assistant médical va me permettre de faire du soin non programmé. Aujourd'hui, c'est difficile de répondre à la demande des patients qu'on suit de façon chronique et en plus de répondre à la demande des urgences* » et qui pense même, grâce à lui, étendre sa pratique « *Ça rend service au patient mais ça permet aussi de faire des actes d'urgence et de se diversifier pour le médecin, par exemple de faire une suture, de gérer une crise d'asthme* ».

Les actes techniques prenant du temps dans leur réalisation pourraient être aussi délégués selon M7 « *Tout ce qui est électro, actes techniques où en fait on demande simplement à une personne de le faire* ».

Une autre tâche à déléguer pourrait être la communication avec les hôpitaux et les appels aux correspondants pour des rendez-vous ou avis comme aimerait M3 « *Ils peuvent gérer le contact avec les autres professionnels, ça peut être intéressant parfois surtout dans notre coin où il faut attendre longtemps au téléphone* ».

D. Un allègement global du stress

Le recours à un assistant médical peut permettre au médecin d'être moins sous tension, ce qu'illustre bien M5 « *Moi je suis moins fatiguée à faire que de la médecine, je me suis pas pris la tête avec la messagerie sécurisée, je me suis pas pris la tête à essayer de faxer les courriers, je me suis pas agacée* ».

E. Intégrer un intervenant supplémentaire

La présence d'un professionnel qui ne serait pas médecin pourrait même rassurer les patients d'après M5 « *Et ça peut aussi décontracter certaines personnes, ça peut quand même amener plus d'humanité dans ce qu'on fait, de pas être dans une relation paternaliste, tout seul avec son patient. Le fait d'avoir quelqu'un qui n'est pas médecin, c'est moins impressionnant pour les gens et puis ils peuvent se dire que c'est quelqu'un qui les comprend mieux aussi* ».

Le bon fonctionnement de la coopération est possible, selon certains médecins, qu'à condition d'une homogénéité des informations : M1 « *C'est compliqué de mettre plein d'intermédiaires différents, il faut pas trop mélanger les intermédiaires, les discours et tout ça parce que les patients ils ne s'y retrouvent plus.* »

F. Doute sur le consentement du patient

D'après les médecins généralistes, certains patients seraient réfractaires à l'idée de devoir confier sa santé et sa vie privée aux mains d'un inconnu comme en a déjà fait

l'expérience M6 « *Parfois avoir quelqu'un en plus ça aide pas, on le voit bien avec les secrétaires, quand ils disent « non ça vous regarde pas », ça dépend des gens. »*

Un autre médecin trouve qu'à l'inverse, les patients apprécient être plus écoutés : M9 « *Le patient a l'impression d'être écouté 2 fois. Et là il trouve qu'on s'occupe de lui en fait. Et donc au contraire je pense que le patient apprécie vraiment ».*

3.7. Réorganisation majeure à envisager

A. Rôles des intervenants actuels

Pour les médecins généralistes interrogés, les missions de l'assistant médical se rapprocheraient beaucoup de celles du secrétaire à l'image de M4 « *Je vois pas bien la place de ces assistants médicaux qui seraient entre guillemets des super secrétaires en capacité d'aider un peu. J'ai du mal à les situer en fait sur la réalité ».*

B. Organisation architecturale

L'intégration de l'assistant médical au sein du cabinet nécessite un lieu dédié selon M4 « *Ça impliquerait qu'il y'ait plusieurs bureaux en réalité de façon à ce que quand je suis dans un, l'assistant est dans un autre ».* C'est justement le cas pour M9 qui a créé son cabinet avec 2 salles de façon à intégrer pleinement l'assistant médical « *Je m'installe sur 2 salles d'examen identiques. Et donc c'est pour optimiser au mieux le travail que, si j'ai un assistant médical »*

C. Ajustement du planning

Certains médecins imaginent réadapter leur mode de fonctionnement en intégrant des consultations libres comme M8 « *Créer aussi une consultation sans rendez-vous ce qui n'existe plus ».*

3.8. Assurer la compétence des soins

A. Formation

Les médecins généralistes s'interrogent sur la formation des assistants médicaux qui peut sembler floue pour M7 « *On ne sait pas exactement quelle formation leur donner donc*

c'est un peu compliqué ». Pourtant, un médecin signataire assure que son assistant recevra une formation adaptée, prévue et obligatoire dans le contrat : M9 « *Dans le contrat, on doit aussi s'engager à ce que l'assistant reçoive une formation sous 2 ans ».*

Pour renforcer les compétences de l'assistant médical, sa formation peut être assurée par le médecin lui-même, ce que fait M5 « *Donc c'est moi qui assure complètement sa formation et qui lui montre comment faire les choses ».*

B. Responsabilité

La question de la responsabilité semble primordiale et déléguer peut être vu comme un risque supplémentaire, ce qui inquiète M6 « *Alors oui déjà y'a la responsabilité, si y'a une erreur. Souvent on dit qu'on est mieux servi que par soi-même ».* Néanmoins, tous les patients seront vus systématiquement par le médecin assure M8 « *Mais il y aura toujours derrière, de toutes façons, un temps médical mais qui sera, j'espère, raccourci ».*

C. Cadre légal

Les médecins généralistes pensent qu'un cadre légal est nécessaire pour encadrer les compétences et capacités des assistants médicaux ainsi que pour partager le secret médical, en effet, pour M4 « *Il faudrait un statut légal aussi parce que, est-ce que cette personne va pouvoir partager le secret médical, est-ce qu'elle est en droit de voir des gens déshabillés ? ».*

3.9. Craintes liées à l'assistant médical

A. Augmenter la patientèle

Les médecins généralistes sont réticents à l'idée de devoir augmenter la patientèle à l'image de M6 « *Mon autre gros frein, c'est vraiment la contrepartie, c'est OK y'a une aide mais sous réserve que vous augmentiez votre patientèle, donc ça c'est le gros frein ».*

De plus, certains voient en cela une manipulation de l'État qui appâte le médecin pour combler le manque sans prendre en considération l'intérêt du patient, comme le craint M4 « *Je pense que ça ira à l'encontre de la relation médecin-malade et que en même temps c'est vouloir*

augmenter la charge de travail du médecin en déléguant certaines choses mais finalement le but principal c'est de faire plus de consultations, ça on l'a bien compris ».

Pourtant, M5 ne semble pas gêné par l'augmentation du flux de patient et arrive mieux à recevoir les demandes urgentes : *« Là, en travaillant sur 2 bureaux avec un assistant j'ai pu recevoir tout le monde. Et je peux monter jusqu'à 10 consultations de plus par jour ».*

B. Diminution du temps de consultation

L'augmentation de la patientèle et la nécessité de voir plus de patients entraîneraient une diminution de la durée de consultation et selon M7, une prise en charge moins personnalisée *« Donc en 10 minutes, vous rentrez, vous faites le diagnostic, vous dites à l'assistant médical « bah allez hop faut lui sortir l'ordonnance » et vous partez dans un autre box et hop et ainsi de suite, donc c'est moins personnalisé »* et qu'il considère même comme une évolution vers une médecine d'urgence *« Je pense que ce qui arrivera ça sera justement, si tout le monde a un assistant médical, comme des petites urgences voilà ».* C'est en cela que M3 craint que cela devienne trop expéditif : *« Les bazarder, et puis dire voilà c'est bon, vous êtes vus en 5 minutes et hop, on fait le métier, merci l'ARS de nous fournir les outils pour faire du travail à la chaîne quoi ».*

Pour autant, M8 considère que l'accélération du temps médical est une solution au flux de patients abondant *« Entre les patients, j'irai voir les rendez-vous urgents qu'a pris mon assistant et finaliser avec lui ce qu'il a pu faire. Et ça, ça se ferait j'espère en 4/5 minutes et pas en un quart d'heure ».*

C. Régression

La multiplication des actes peut faire craindre chez certains comme M4 une augmentation des erreurs et une régression de la qualité *« J'ai l'impression que c'est quand même un peu de la régression tout ça. Une régression sur la qualité de travail, une régression sur la relation médecin-patient ».*

D. Faire uniquement du médical pur

Les médecins généralistes à l'image de M7 craignent de ne plus prendre en charge le patient dans sa globalité « *On a peur qu'avec l'assistant médical on tombe que dans le médical qu'on demande au médecin, faites l'acte médical, on s'occupe pas du social, on s'occupe pas trop du psychologique* ».

Tandis que les plus réticents imaginent perdre du temps dévoué au patient, M5 qui bénéficie d'un assistant médical, étant déchargé du travail administratif, peut davantage créer du lien « *C'est difficile d'être derrière un ordinateur et de parler au patient sans avoir la possibilité de le regarder, d'analyser ses réactions aussi parce que c'est vrai que le contact visuel c'est important, on se prive de toute une forme de communication, donc je pense que tout le monde apprécie. Et comme je gagne du temps médical moi je pense que la relation avec le patient elle est renforcée* ».

E. Salarier quelqu'un

L'assistant médical serait salarié des médecins généralistes qui l'emploient. Ce statut d'employeur peut freiner certains praticiens comme M6 « *Mon gros frein, c'est l'histoire du salariat, avec les arrêts de travail, un accident de travail, une grossesse, j'ai l'impression que c'est un peu galère à gérer* ». M9 a évoqué ce même besoin de souplesse pour justifier son choix d'embaucher un membre de sa famille : « *Mon assistant médical ça sera ma femme, que je vais former donc ça aura des avantages. Déjà on va pas compter les heures, c'est plus souple* ».

Il existe également une crainte financière partagée par des médecins qui considèrent qu'il faut des revenus suffisants pour assurer le financement de l'assistant, tel que M6 « *Donc salarier quelqu'un ça veut dire qu'il faut vraiment avoir une activité, donc à temps plein et être sûr de son activité, on n'est jamais sûr de rien* ».

De plus, les médecins généralistes à l'image de M2, se sentent souvent accaparés par les charges salariales et ont peur de ne pas pouvoir couvrir les frais supplémentaires « *Et pour le bénéfice qu'on en aura, au niveau financier là pour le coup, je pense que ça couvrira pas et qu'on pourra pas assumer en fait. On est une micro-entreprise on peut pas assumer plusieurs employés au niveau des charges* ».

Pourtant, cela semble être nuancé par M5 du fait de l'augmentation de l'activité « *Et puis c'est quand même vite rentabilisé puisque quand il est là je vois jusqu'à 10 patients de plus par jour* ».

F. Entrer en concurrence

M7 a évoqué le risque de concurrence qui apparaît en multipliant la délégation d'actes et donc en en supprimant au médecin « *Les médecins libéraux, ils se méfient toujours que les actes délégués nous soient pas non plus retirés* ».

G. Schématique de rendement

L'émergence de l'assistant fait craindre chez certains comme M4 l'apparition de notion de rentabilité dans le domaine de la santé « *L'idée de l'assistant pour dégager du temps pour finalement, voir encore d'autres malades, moi je trouve que c'est pervers et que ça nous amène à un supermarché de la médecine quoi* ». Beaucoup ressentent cette politique du rendement comme étant éloignée de la réalité, notamment pour M3 « *Cette culture du chiffre, là, de l'ARS ou de la Sécu, ça convient pas à la réalité des choses sur le terrain* ».

H. Atteinte à la liberté

Il ressort une crainte de perte de liberté d'après M7 « *C'est un peu ça qui peut être vexant c'est imposer cette vision aux médecins et qu'on perde un peu de notre liberté d'exercer dans nos pratiques* ».

De plus, les médecins appréhendent d'avoir des contraintes supplémentaires en devant rendre des comptes comme l'explique M6 « *Plus on a d'aides, plus il faut se justifier de ceci ou cela* ».

Néanmoins, il est important que toutes les conditions soient bien connues par le médecin avant d'y adhérer prévient M9 « *En fait avant de signer le contrat, il faut bien définir les tenants et les aboutissants pour savoir exactement dans quoi tu t'engages. Et comme on reçoit de l'argent forcément on a des obligations donc il fallait que ça soit bien défini* ».

I. Douter de la pérennité des aides

Certains médecins redoutent que la subvention soit temporaire à l'image de M4 « *Parce qu'au départ la Sécu va nous donner 4 sous et après ils donneront plus rien c'est bien connu, ça marche comme ça* ».

3.10. L'environnement autour de la création du poste d'assistant médical

Le métier d'assistant médical fait irruption dans un contexte d'évolution sociétale touchant aussi les pratiques de santé. La société s'urbanise et les inégalités en matière d'accès aux soins se creusent.

A. Baisse de l'offre de soins

Les médecins regrettent la limitation de l'accès aux études de médecine que M8 considère à l'origine de la situation actuelle « *La première cause c'est qu'on n'a pas formé assez de médecins* ». Cela rend aussi l'accès aux spécialistes compliqué, avec des délais déraisonnables selon M1 « *C'est souvent très compliqué, fatigant, quand avoir une écho ça prend 3 semaines enfin voilà, c'est pas normal* ».

Aujourd'hui, l'assistant médical peut être une solution pour pallier ce manque selon M5 « *C'est venu parce qu'il y a pénurie de médecins, maintenant la situation elle est ce qu'elle est, ça sert à rien de râler, il faut trouver des solutions* ».

B. Changement du temps de travail

La nouvelle génération privilégie sa vie personnelle et adapte ses horaires de travail comme l'a remarqué M8 « *La nouvelle génération est peut-être un peu différente, qu'elle veut un peu moins travailler qu'on l'a fait nous, elle veut faire moins de garde ou être moins disponible* ».

C. Pas de sollicitation des médecins généralistes

Les médecins généralistes interrogés regrettent de ne pas avoir été consulté au préalable, en effet d'après M6, « *Je pense pas qu'il y ait eu une quelconque prise de température, je peux attester en tout cas que j'ai pas été sollicité* ».

Ils ne se sentent pas écoutés ni compris devant cette réforme que M1 juge inadéquate : « *Ça veut dire qu'encore une fois le gouvernement n'a rien compris voilà ! C'est encore une fois une réponse qui n'est pas adaptée* ».

D. Fin du système libéral

Devant de telles réformes quelques médecins ont l'impression de voir la fin du système libéral comme M2 « *Clairement moi je me demande si on n'arrive pas au bout du système libéral* ».

E. Pas de revalorisation de la consultation

Les médecins généralistes comme M4 regrettent de ne pas avoir de revalorisation de leur rémunération, d'autant plus s'il faut salarier du personnel supplémentaire « *Parce qu'on est les médecins les moins payés d'Europe donc à un certain moment il va falloir prendre en compte aussi le fait de la rémunération de l'acte* ».

F. Le déclin de la ruralité

Les médecins généralistes constatent surtout un délaissement des campagnes et l'avenir de la ruralité inquiète M8 « *Pour moi, c'est pas le métier de médecin généraliste que je vois en danger, c'est la vie en milieu rural s'il y a pas de soignant autour des gens qui y habitent* ». Ce déclin rural dans le domaine de la santé s'explique par un exercice en ville plus confortable

selon M1 « *Je vois mes amis, ils sont sur Bordeaux. Je pense que c'est beaucoup plus facile de faire tout, c'est moins stressant* ».

4. DISCUSSION

4.1.Limites de l'étude

Malgré notre rigueur scientifique, certains biais sont à noter. Premièrement, on relève un biais de sélection, les médecins étaient recrutés de façon aléatoire mais beaucoup de médecins sollicités ont décliné la requête et nous pouvons penser que seuls ceux plus ouverts sur le sujet ont accepté de répondre. D'autre part, lors des entretiens, nous avons pu influencer les réponses d'après notre propre opinion bien qu'en ayant conscience, nous avons essayé de rester neutre. Enfin, l'interprétation des données est subjective, ce qui est inhérent au travail d'enquête qualitative et une triangulation des données n'a pas été réalisée.

4.2.Relation médecin-malade

Bien que les médecins généralistes subissent la perturbation de la démographie médicale que subit un département comme la Dordogne, et bien qu'ils soient conscients que le système de soin doit évoluer, l'assistant médical n'est pas forcément la réponse attendue. Or, face à la diminution du temps médical disponible, la substitution de certains actes à d'autres professionnels a souvent été une solution envisagée. L'article 51 de la loi HPST (9) prévoyait déjà une démarche de coopération entre professionnels de santé. Aujourd'hui, il est admis par les médecins généralistes que les infirmiers et même les pharmaciens peuvent vacciner par exemple.

La première cause des doutes des médecins est la crainte d'un appauvrissement du lien humain puisqu'ils s'imaginent perdre l'intimité de la consultation qui deviendrait impersonnelle. Pourtant, les médecins déjà équipés d'un assistant médical considèrent à l'inverse que la relation peut être renforcée puisque certains patients peuvent être plus réceptifs ou plus enclins à la confiance avec un personnel moins qualifié, plus facile d'accès. D'ailleurs, dans la

littérature, grâce à des enquêtes de satisfaction (10) notamment concernant le système ASALEE (Action de Santé Libérale En Équipe), il ressort un sentiment positif sur la coopération, avec des patients déclarant une bonne écoute, un dialogue intéressant, un soutien dans la prise en charge de leur pathologie chronique.

4.3. Temps de consultation

Les médecins redoutent de ne plus pouvoir prendre en charge les patients dans toutes les dimensions de la santé, sociale, psychologique et médicale du fait d'une potentielle diminution du temps passé avec eux. D'ailleurs, selon les médecins ce temps est jugé incompressible et l'importance de la durée de consultation a été retrouvée dans une enquête récente auprès des médecins généralistes dans 10 pays développés dont la France, qui a montré qu'ils sont plus d'un tiers à être insatisfaits du temps disponible par patient (11). Par ailleurs, les médecins généralistes pensent que la diminution du temps de consultation et la multiplication des actes pourraient nuire à la qualité de leur travail en majorant le risque d'erreur ce qui a déjà été suggéré dans une étude témoignant que des consultations plus courtes compromettent les soins fournis (12).

4.4. Formation

Une autre crainte des médecins réside dans la formation qu'aura cet assistant médical. Pour le moment, elle n'est pas prévue de façon précise et c'est ce qui dérange les médecins qui voient pourtant beaucoup d'avantages à la coopération avec l'assistant médical à qui ils imaginent facilement déléguer plusieurs missions de gestion, de préparation à la consultation, de liaison avec les autres professionnels. Seulement ils ont besoin d'avoir confiance en leur personnel. Dans de nombreux pays comme le Canada ou la Suisse (13) où les médecins travaillent depuis de nombreuses années en collaboration avec un équivalent de notre assistant médical français, le niveau d'étude requis est au minimum de 5 ans, avec des tâches et des compétences bien définies.

4.5.Salariat

Les médecins généralistes sont réticents à l'embauche d'un salarié à cause des contraintes et des charges. D'ailleurs, dans notre étude, tous les médecins signataires ont décidé de contourner ce problème en embauchant un membre de la famille. Ils justifient ce choix pour des raisons d'opportunité ou de changement de vie, mais ils considèrent également qu'il est bien plus aisé de salarier un proche.

Bien que cela n'ait pas été imaginé par les médecins, les résultats d'une étude de 2016 (14) confirment qu'ils seraient d'autant plus favorables au transfert d'activité si l'infirmier est rémunéré par l'assurance maladie (60 % d'entre eux), alors que lorsqu'il est intégralement rémunéré par les revenus du cabinet, seuls 17 % des avis seraient favorables.

Références

1. Bouet P, Mourgues J-M. Atlas de la démographie médicale en France [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2018 [consulté le 2 mai 2020]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf
2. Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine. Les premières Assises de la démographie médicale en Dordogne [Internet]. 2019 [consulté le 3 juin 2020]. Disponible sur : https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2019-12/CP_Assises_Demographie_Medicale_24_30_11_2019.pdf
3. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Étude sur l'installation des jeunes médecins [Internet]. 2019 [consulté le 3 juin 2020]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1thxouu/cnom_enquete_installation.pdf

4. Coppolani E. Je peux m'installer mais je ne le fais pas, pourquoi ?. Thèse de médecine, Toulouse: Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2014.
5. Arrêté du 14 août 2019 portant approbation de l'avenant n° 7 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016.
6. Assurance maladie. Déploiement des assistants médicaux : les médecins vont pouvoir bénéficier d'une aide financière à leur embauche [Internet]. 2019 [consulté le 12 juin 2020]. Disponible sur :
https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CP_Assistants_medicaux.pdf
7. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens en Ontario et au Québec. Institut de recherche et de documentation en économie de la santé. 2005 juin;95.
8. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. Cahiers de recherche sociologique. 1994;(23):147-81.
9. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (J.O. 22 juillet 2009)
10. HAS. Les protocoles de coopération art 51- Bilan du dispositif - Évaluation 2014 [Internet]. 2015 [consulté le 2 octobre 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-01/rapport_d-activite_article_51_2014_post-college_vf.pdf
11. Osborn R, Moulds D, Schneider EC, et al. Primary care physicians in ten countries report challenges caring for patients with complex health needs. Health Aff. 2015;34:2104–12.
12. Mercer SW, Hasegawa H, Reilly D, et al. Length of consultations. Time and stress are limiting holistic care in Scotland. BMJ. 2002;325:1241.

13. Delamaire M-L, Lafortune G. Les pratiques infirmières avancées : Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés [Internet]. [consulté le 25 septembre 2020]. Disponible sur : <https://dx.doi.org/10.1787/5km4hv77vw47-fr>

14. Agamaliyev E, Mikol F, Prost T. Les déterminants de l'opinion des médecins généralistes sur la délégation de tâches vers les infirmiers de leur cabinet. *Revue française des affaires sociales*. 2016;(1):375 404.

7.7 Annexe 7 – Caractéristiques des médecins interrogés

SEXE	AGE	DUREE DE L'ENTRETIEN	MODE D'EXERCICE	LIEU D'EXERCICE
H	38	26	MSP	Rural
H	33	28	Groupe	Urbain
F	45	34	Groupe	Semi-rural
F	41	37	Groupe	Semi-rural
H	51	40	Groupe	Semi-rural
H	47	24	Seul	Rural
F	36	20	Groupe	Semi-rural
H	37	35	MSP	Rural
H	75	32	MSP	Rural

7.8 Annexe 8 – Les entretiens

Entretien M1

Comment vous présenteriez-vous sur le plan professionnel ? Quelles sont vos conditions d'exercice ?

Je suis installée depuis 12 ans, j'ai 41 ans. Je suis en semi rural dans un cabinet médical où nous sommes 2 pour l'instant et après en janvier on se regroupe avec l'autre médecin de la commune donc on sera 3 dans une structure maison médicale créée par la mairie.

Quels sont les intérêts pour vous de travailler en groupe ?

Ah bah moi je sais même pas comment ça serait envisageable si j'étais toute seule et en plus nous on a un mode de fonctionnement qui est très atypique parce que on travaille vraiment en collaboration c'est-à-dire qu'on est n'est pas juste 2 cabinets l'un à côté de l'autre, c'est-à-dire qu'on se demande régulièrement des avis, on s'interpelle de temps en temps pendant la conversation pour aller regarder un truc dermato par exemple, pour aller jeter un coup d'œil. Les patients, on a chacun nos patients mais ils savent très bien que si y'a plus de place sur un emploi du temps ils basculent sur le collègue pour dépanner. Et même avec le 3eme médecin du village, si parfois on a des urgences ou des choses comme ça, même pour les visites, ça nous arrive déjà d'appeler pour demander à ce qu'il y aille à notre place donc on a vraiment un fonctionnement en vraie collaboration.

On travaille avec un télé-secrétariat et quand on sera 3 je pense qu'on aura un secrétariat sur place.

Pouvez-vous me décrire le déroulement selon vous d'une journée parfaite dans votre cabinet de médecine générale ou à l'inverse ce qui fait que vous passez une mauvaise journée, qui vous stresse ou qui vous énerve ?

Une journée parfaite c'est une journée où j'arrive le matin et tous mes rendez-vous ne sont pas blindés, où ça se remplit petit à petit, gentiment et que les patients sont à l'heure. J'ai même pas besoin de savoir si y'a des urgences, des complications, des hospitalisations, c'est juste si ils arrivent à l'heure et que ça se blinde pas, moi après je gère.

Mes consultations ce sont des créneaux de 15 minutes. Et 15 minutes pour moi ça me semble bien parce que je vais plutôt vite grâce au dossier qui est extrêmement bien tenu, c'est-à-dire que dès que je reçois un courrier avec la colo de contrôle par exemple bah ça je le marque, donc en 10 secondes, je regarde les informations du dossier et je sais tout le suivi que je dois faire.

Et après j'ai certaines consultations qui sont plus longues, par exemple les nourrissons de moins de 2 ans, c'est toujours ½ heure, les frottis, examen gynéco c'est ½ heure. Après si j'ai des patients que moi je veux revoir parce qu'ils vont pas bien par exemple et que je sais que ça va me prendre du temps je les mets aussi sur ½ heure donc je m'arrange pour avoir le temps pour les consultations potentiellement plus longues ou compliquées, avec une annonce par exemple, j'hésite pas à bloquer plus de temps pour ne pas me retrouver dans une situation où je vais avoir du retard et courir et ne pas être détendue pour voir les gens.

J'ai un emploi du temps où j'ai des plages d'urgences qui ne peuvent pas être remplies avant le jour-même et j'en ai beaucoup, en hiver je peux en avoir le lundi, jusqu'à 17 par exemple. Parce que je sais que je fais beaucoup de pédiatrie, que je vais avoir beaucoup d'appels et que je refuse de doubler tous mes rendez-vous et de terminer à pas d'heure. Donc là en ce moment je dois avoir une dizaine de plages par jour qui ne peuvent être remplies que le jour même pour ne pas me faire submerger. Après les certificats, les renouvellements, bah ils attendent,

ils anticipent, ça c'est pas mon problème. Donc si j'arrive à 8h30 et que malgré le fait d'avoir laissé des plages urgentes, c'est plein quand même, là la journée je sais que je vais pas l'aimer. Ce qui me stresse c'est si j'ai l'impression que je ne pourrais pas voir une urgence si le patient a besoin d'être vu.

Vous auriez l'impression de pas faire complètement votre travail ?

Alors je la verrais quand même l'urgence, je la rajouterais en plus mais si je sens que je peux pas voir les gens correctement parce que je me dépêche, parce que j'en mets 3 au lieu d'en mettre 1, j'ai l'impression que je rends service à aucun des 3 et à moi non plus.

J'ai passé 3 ans où mon associé est parti avant d'en trouver un autre et donc je me suis retrouvée à avoir 2 patientèles au lieu d'une et j'ai pas du tout aimé, j'ai pas du tout aimé ce que ça a donné et j'ai pas du tout aimé la façon dont j'avais à faire ce métier. Mon but, c'est de ne plus jamais me retrouver dans cette situation. J'essaie du coup de tout anticiper, les urgences etc, je suis connue pour être une psychopathe là-dessus. J'ai mis en place des dizaines de choses pour me préserver, par exemple je vais aussi donner des renouvellements de traitement pour les patients âgés 3 mois à l'avance, pour faire en sorte qu'ils n'attendent pas le dernier moment et qu'ils se retrouvent pas tous à appeler le vendredi en catastrophe parce qu'ils n'ont plus de traitement. Moi je peux anticiper et comme ça j'étale les rendez-vous, je gère. Mes visites, je fais des demi journées, une fois par semaine pour les renouvellements et donc je m'organise parce que je suis sur un secteur semi-rural et j'ai des visites ça peut être dans un rayon de 20 kilomètres donc ça peut pas partir dans tous les sens. C'est moi qui organise le circuit, j'ai organisé par coin, par région et comme ça c'est calé, c'est moi qui leur donne la date et ils ont pas le choix, c'est le jour où j'ai décidé que je venais que je viens, de toute façon si je les vois en visite c'est qu'ils peuvent pas faire autrement. La gestion de l'emploi du temps c'est primordial, c'est ça qui me fait dire que je serai pas trop en retard pour mes patients parce que j'arriverai à gérer, je pourrais me prendre du temps si j'ai des urgences et je n'aurais pas l'impression d'avoir une salle d'attente qui est pleine et faire les choses un peu en les bâclant parce que je me dis c'est pas possible j'en ai trop dans la salle d'attente et ça c'est pas supportable.

Quels sont selon vous les aspects de la médecine générale qu'il est important de préserver ?

Ce que j'aime moi dans ce métier, c'est le contact et l'écoute auprès des patients. C'est-à-dire que pendant la période où j'étais toute seule, si je voyais que les gens allaient pas bien, parfois j'avais peur de leur poser la question parce que je me disais que de toutes façons j'avais pas le temps de les écouter, et c'est pas possible de faire ça quoi. C'est pas possible de voir que quelqu'un va pas bien et de dire je vais pas lui poser la question parce que si il commence à pleurer etc il va me prendre du temps et je vais pas pouvoir prendre ce temps. Donc voilà, moi je veux écouter les patients pour pouvoir être là pour eux et puis après prendre du temps pour faire des diagnostics, des choses comme ça. Moi je fais pas de la médecine générale pour faire des courriers aux spécialistes. Donc voilà ça veut dire qu'il faut que j'ai le temps de faire des examens cliniques, de réfléchir, de chercher. Et si je pouvais avoir moins de papier à faire et plus de médecine.

La relation médecin malade c'est ça qui prime pour moi en médecine générale et je suis contente d'être un vrai médecin de famille.

Ce travail s'intéresse particulièrement au nouveau métier d'assistant médical. Le but de ces assistants serait de « décharger les médecins des tâches pouvant être faites par d'autres » pour « libérer du temps médical ». Ils seront salariés du médecin généraliste qui pourra recevoir une aide financière à l'embauche en contrepartie de laquelle il devra s'engager à accueillir un plus grand nombre de patients. L'assistant médical sera formé

en deux ans à mi-temps ou un an à temps plein. L'avenant 7 stipule que l'assistant médical pourrait remplir des fonctions administratives, préparer le déroulement de la consultation ou organiser et coordonner sa prise en charge. Il pourra réaliser des tâches simples sous la responsabilité du médecin : accueil des patients, tenue du dossier médical, prise des constantes et des antécédents, gestion des stocks du cabinet, prise de rendez-vous avec les spécialistes... Son rôle précis sera déterminé par le médecin qui l'emploie.

Pour vous à quoi ressemblerait l'assistant médical idéal, que pourrait-il faire pour améliorer vos journées de consultation ? Quelles tâches quotidiennes aimeriez-vous déléguer ?

Moi le problème, c'est que je vois pas à quoi il sert. C'est-à-dire que si c'est pour me décharger de l'administratif pur, c'est-à-dire les trucs qui me gonfle, les 50 milliards de certificats médicaux qu'on me demande, les papiers d'accident de travail, d'arrêt de travail, de machin, le problème c'est qu'il pourra pas les faire puisque ça demande un examen ou du moins un avis médical. Même une secrétaire elle aura pas la possibilité de faire ça. Donc à part le fait qu'on arrête de nous demander de faire des trucs qui servent à rien je vois pas comment ça peut être enlevé au médecin. Et si c'est pour me prendre la tension, me faire l'interrogatoire du patient, ça ne m'intéresse pas parce que moi j'en apprend beaucoup quand je le fais, et je sais ce que j'ai posé comme question. Donc si c'est pour m'enlever du médical comme ça, honnêtement je vois pas dans un cabinet de médecine générale, l'utilité. C'est pas comme chez un cardiologue où effectivement là il peut y avoir eu la prise de tension, l'ECG qui peut faire gagner du temps. Je vois pas très bien sur quelles consultations un assistant me ferait gagner du temps, je vois pas ce qu'il pourrait faire. Ce qui me ferait gagner le plus de temps c'est une secrétaire qui rangerait mes courriers, qui passerait 15 minutes à essayer d'appeler un spé quand moi j'essaye de l'appeler enfin voilà, c'est pas un assistant médical qui va faire ça parce que pour le coup c'est plutôt du secrétariat et y'a pas besoin de compétences médicales du tout. Et en compétence médicale, si c'est pour m'enlever de la médecine, bah ça m'intéresse pas, au contraire, je veux la garder. Quand je vais prendre la tension je vais en profiter pour discuter avec le patient, regarder comment il va, comment il respire, regarder sa peau, discuter de ses enfants enfin voilà. Moi le temps d'examen, même la tension ou la saturation par exemple, c'est pas du temps perdu, voilà. Je me dis effectivement si j'avais des actes techniques comme le cardiologue par exemple, là oui ça ferait gagner du temps et ça ferait des consultations plus courtes. Mais pour moi, non.

Et quand vous parliez des certificats par exemple ?

Alors oui les certificats, forcément ça m'énerve, si vous me trouvez un médecin que ça embête pas (rires), je pense qu'il faudra lui donner un prix parce que c'est juste insupportable d'être le larbin des autres quoi. C'est-à-dire que moi ça me dérange pas de faire des papiers qu'il faut que je fasse moi, mais quand je dois faire les bons de transport des spécialistes, les arrêts de travail parce que le spécialiste il a décidé qu'au bout d'un mois c'était au médecin traitant de le faire ou quand je dois faire la prolongation d'un mi-temps parce que j'attends qu'à l'hôpital ils aient une réunion ou qu'on attend une décision de congé longue maladie et que ça prend 4 mois. Et c'est souvent à moi de faire toutes les prolongations et bah ça pour moi c'est pas de la médecine.

Moi je trouve qu'il y a déjà beaucoup de papiers qui devraient même plus exister déjà. Dans les trucs administratifs, le pire c'est les congés longue maladie de la fonction publique, c'est juste la fonction publique qui fait ça et on perd des mois et des mois sans avancer. Et dans tous les papiers j'aimerais bien que les spécialistes ils fassent un peu leur part aussi, ce qui les concerne quoi. Parce que y'a quand même des spécialistes qui disent à leur patient, « vous pouvez pas reprendre, allez voir votre médecin traitant pour qu'il vous prolonge... » Donc ça c'est insupportable, mais la nouvelle génération ça va mieux, les jeunes chirurgiens, les jeunes

spé, ils font tout ce qu'il faut donc y'a quand même de l'amélioration sur ça.

Après les demandes de certificats médicaux qui sont complètement injustifiés, alors là le problème c'est qu'il faut refaire toute l'administration française alors là on est mal barré (rires), ça va prendre du temps si on commence à faire le listing de tous les certificats qui ne servent à rien...

Quelles sont vos craintes quant à la délégation de tâches ou quant à l'intégration d'un nouvel intermédiaire dans la relation médecin/malade ?

J'ai peur de m'ennuyer quand je délègue, parce que, je vois avec mon interne, quand je le laisse bosser tout seul, après je m'ennuie, parce que si je fais pas de médecine dans la journée de travail ça m'ennuie.

Si le médecin salarié quelqu'un c'est qu'il a quand même un peu vérifier la compétence de la personne. Après c'est sûr que c'est compliqué de mettre plein d'intermédiaires différents. Moi je le vois bien avec les internes, ça change tous les 6 mois, juste quand les patients venaient de s'y habituer. Le rôle du médecin généraliste de famille, c'est aussi dans le suivi, donc on obtient ça parce qu'on les connaît et qu'ils ont confiance. Je le vois quand je rentre de vacances, je pars 3 semaines, j'ai l'impression que je suis partie 8 mois et qu'il s'en remettent pas parce qu'ils ont attendu. C'est ce qui m'agace aussi parce que je prends des remplaçants donc c'est pour qu'il travaille et que les patients les voient mais en même temps c'est ça que j'aime aussi dans mon métier c'est être au courant, c'est que les patients aient mon avis et que je les suive, c'est ça qui compte aussi. Un interne c'est bien parce que je l'ai pas tout le temps quoi, pas souvent. Et évidemment, il faut pas trop mélanger les intermédiaires, les discours et tout ça parce que les patients ils ne s'y retrouvent plus et en plus ils ont pas forcément envie de répéter 15 fois la même chose.

Le médecin généraliste s'engage à prendre davantage de patients, de façon proportionnelle à la taille initiale de sa patientèle, plus elle est conséquente, moins il aura à accueillir de nouveaux patients. L'aide perçue par l'assurance maladie sera attribuée pendant 3 ans selon ces mêmes objectifs d'augmentation de patientèle.

Comment percevriez-vous le fait de recevoir un financement de l'assurance maladie selon des objectifs à atteindre (accueillir de nouveaux patients) ?

Si c'est des objectifs de nombre de consultations, ça fait pas partie des trucs que j'apprécie (rires). C'est-à-dire que les revenus qu'on a sur objectifs de santé publique, au début je trouvais que c'était une bonne idée parce que c'était des éléments de santé publique. Mais la Sécu a réussi à transformer ça en objectif économique, ce qui est dommage parce que c'était bien quand c'était de la santé publique et beaucoup plus délicat quand c'est économique. Et si c'est juste savoir combien de consultation je fais par jour, non. Pour moi c'est pas parce que j'en aurais fait 40 que j'aurais fait du bon boulot. Et c'est un peu le problème aussi des assistants puisque c'est juste pour en faire plus, et il faudrait qu'ils comprennent un jour que si on en fait moins mais qu'on le fait mieux on soignera bien les gens. J'ai un peu peur de rentrer dans de l'abattage quoi... Le problème c'est que effectivement là y'a plein de gens qui demandent des consultations et qu'ils n'en ont pas donc que ça serait forcément qu'il faut qu'on travaille plus alors que je pense qu'à un moment la réponse elle peut être dans « est-ce qu'ils en ont vraiment besoin, de voir le médecin ? » C'est-à-dire que les patients, ça s'éduque mais moi ça fait 12 ans que j'essaie d'éduquer mes patients en leur disant qu'un nez qui coule et une fièvre qui dure depuis moins de 3 jours, on vient pas me voir, que la bronchite on tousse pendant 15 jours et que si on n'est pas essoufflé on vient pas me revoir. Donc si on éduque correctement les patients et qu'on ne répond pas immédiatement à une consultation parce que les gens ils ont la gorge qui gratte un peu euh, est-ce qu'on a besoin de rajouter une plage de consultation pour la gorge qui gratte ou est-ce que ça serait pas mieux de dire aux

gens que non ils n'ont pas besoin de voir un médecin ? Après c'est sur l'éducation elle est du ressort de chaque médecin mais c'est plus facile à faire quand on n'est pas débordé. Je sais pas si c'est le gouvernement, si c'est l'école, si c'est les parents qui doivent faire cette éducation mais ça serait bien que quelqu'un s'en occupe. En même temps les médecins qui sont débordés et pour qui les patients mettent 5 jours à avoir un rendez-vous bah ils se rendent bien compte qu'au bout de 5 jours ils n'ont plus mal à la gorge donc je me dis qu'à force ils vont bien comprendre le message (rires) donc c'est une autre façon de faire, c'est pas de l'éducation, c'est de la pratique.

Voilà après je sais aussi quand j'ai besoin de vraiment voir les gens rapidement. Mais c'est vrai que l'éducation ça demande du temps et ça demande de l'énergie et je sais pas si tout le monde a encore cette énergie-là. Mais je pense que ça serait bien parfois de rappeler aux gens que c'est pas toujours grave d'être malade quoi. Mais à force de rabâcher, ça marche et je suis moins débordée. Petit à petit, on fait moins de consultations inutiles, je dis pas que je fais pas de consultations qui servent à rien mais j'ai l'impression que j'en fais moins qu'au début, j'ai donné les consignes. J'ai l'impression que les consultations sont plus cadrées.

Comment vous considérez le problème des refus de nouveaux patients en tant que médecin traitant ?

Alors oui moi je refuse des nouveaux patients mais parce que j'ai une associée depuis 2 ans et que je pense que c'est bien qu'elle fasse sa patientèle.

Et je vis très bien financièrement avec ce que je gagne, j'ai des journées qui sont plus agréables et j'ai une vie maintenant à côté donc je vois pas pourquoi je changerai ça, quand on y goutte.

Comment vous vous situez vous par rapport à la démographie médicale de votre territoire ?

Alors moi dans le village là on est 3 et y'a pas grand-chose autour. J'ai calculé depuis 12 ans, y'a 9 médecins qui sont partis et 1 qui est arrivé donc ça donne à peu près une petite idée. Après sur ça aussi, moi je trouve qu'en Dordogne, je reste convaincue qu'on manque pas spécialement de généralistes mais qu'il manque surtout de spécialistes et que s'il y avait plus de spécialistes je verrais moins les patients que je dois surveiller en attente de rendez-vous par exemple chez le cardiologue, donc ça c'est des trucs tout bêtes. Après, le fait d'avoir des délais qui sont hyper longs, moi je connais quelques spécialistes donc ça permet d'accélérer les choses et aussi ils savent que si je les adresse c'est qu'il y a une raison et que ça doit être fait assez rapidement. Sinon, l'avantage que j'y trouve dans le fait qu'on soit pas très nombreux, c'est qu'à un moment ou un autre il faut chercher donc une découverte d'hirsutisme bah on cherche un peu on fait le bilan etc, comme ça quand on envoie le patient chez le spécialiste il aura rien d'autres à faire que ce que lui peut faire. Je pars du principe que si j'envoie chez le spé, si il fait un truc que j'aurais pu faire c'est que j'ai mal fait mon boulot parce que le truc c'est de perdre le moins de consultation possible chez lui vu qu'on n'en a pas beaucoup. Mais en même temps c'est intéressant, ça fait réfléchir, ça forme.

Mais vraiment c'est souvent très compliqué, fatiguant, parce que là on n'a quasiment plus de gastro, les cardio, bah c'est stressant de devoir gérer soi-même les FA qui décompensent par exemple parce qu'il y a personne pour vous aider bah c'est pas rassurant, quand avoir une écho ça prend 3 semaines enfin voilà, c'est pas normal. C'est vraiment l'accès aux spécialistes qui pose problème, je pense que si on avait plus de spé et qu'on pouvait avoir plus facilement des réponses, la vie serait quand même vachement plus cool.

Comment expliquez-vous justement que les 9 médecins partis n'aient pas été remplacés ? Pourquoi les médecins ne s'installent pas selon vous ?

Je comprends pas trop pourquoi ils ne s'installent pas, surtout ici, on est à 10 kilomètres de

Périgueux donc ça va, le village est sympa.

Après je vois mes amis ils sont sur Bordeaux, parce qu'ils font pas de garde, parce qu'ils ont fait leur patientèle en 2 minutes, parce que quand ils ont pas le temps c'est SOS Médecins qui s'en occupe, quand ils veulent un rendez-vous rapide ils l'ont le lendemain donc c'est sûr que c'est plus facile, tout est à disposition. Je pense que c'est beaucoup plus facile de faire tout, c'est moins stressant.

En plus moi je suis pas au fin fond de la Dordogne où là on est loin de tout, on fait encore des gardes en nuit profonde, je pense qu'il y a des grands moments de solitude quand même. Ça pour le coup, ça fait pas rêver (rires). Ici, je pense que ça attire quand même un peu la localisation en tout cas.

Que vous évoque l'idée de la création de ce métier sur l'évolution de l'exercice de la médecine générale ?

Bah, ça veut dire qu'encore une fois le gouvernement n'a rien compris (rires), voilà ! Il créé un métier qui va prendre du médical, alors que les médecins ils veulent pas qu'on leur retire du médical ils veulent qu'on leur retire de l'administratif, voilà. C'est encore une fois une réponse qui n'est pas adaptée. Après je sais pas si on a été sollicité, je suis pas syndiquée. Mais voilà, la seule chose, quand j'entends ça, je me dis pffff bah non c'est pas ça. Si l'assistant médical il fait les consultations et que moi il me reste les papiers pénibles de cerfa et autres bah non j'arrête hein, je vais faire assistant médical quoi, c'est pas intéressant de faire l'administratif. Ils veulent nous décharger de quelque chose mais c'est pas le bon truc. Ça répond pas à ce dont j'ai besoin. Mais je sais pas en même temps si y'a quelqu'un qui voudrait faire que l'administratif, motiver quelqu'un pour faire ça... parce que bon c'est pas intéressant. A part simplifier un nombre de prise en charge administrative, même si en étant tout à fait un honnête il y a beaucoup de choses qui ont été améliorées, avec la dématérialisation déjà, sans vouloir taper tout le temps sur la Sécu. Par exemple les demandes de protocole de soins, c'est tellement plus simple. Il faut pas non plus dire que rien a été fait mais il reste encore des aberrations.

La solution ça serait de supprimer tout ce qui inutile plutôt que de trouver quelqu'un pour le faire parce que encore une fois l'assistant médical on va pas lui dire tu vas faire des bons de transport et des arrêts de travail et les dossiers MDPH et les papiers pour les prêts de la banque, il part en courant l'assistant médical, on fait pas rêver en vendant ça mais malheureusement c'est ça qui pourrait la vie du médecin. Moi faire le renouvellement d'un diabétique, je trouve pas ça insupportable, même si sil est insuffisant rénale, insuffisant cardiaque, si la consultation va être compliqué, bah le médecin c'est ça qu'il aime quoi, c'est pour ça qu'il est médecin, par contre les dossiers de prêt... Si ils trouvent des gens qui ont envie de faire ça, chapeau, le recrutement va être compliqué.

Entretien M2

Comment vous présenteriez-vous sur le plan professionnel ? Quelles sont vos conditions d'exercice ?

Alors j'ai 36 ans et ma date d'installation c'était en décembre 2013 donc ça va bientôt faire déjà 7 ans que je suis installée. Je suis en cabinet de groupe, en milieu semi-rural, avec 2 autres médecins dont un médecin installé très récemment, depuis 1 an à peu près.

Pouvez-vous me décrire le déroulement selon vous d'une journée parfaite dans votre cabinet de médecine générale ou à l'inverse ce qui fait que vous passez une mauvaise journée, qui vous stresse ou qui vous énerve ?

Le déroulement parfait d'une journée, c'est quand tout le monde arrive à l'heure, qu'on est pas trop embêté par les urgences, enfin les urgences y'en a toujours mais qu'on ait pas de grosses urgences enfin que ce soit le 15 qui gère les grosses urgences et qu'on soit pas appelé pour après le transfert des patients quoi et ça ça peut encore arriver. Bon après il y a toujours des rebondissements mais voilà en gros. La pire journée bah c'est quand on a plusieurs urgences, qu'on est obligé de se déplacer chez les patients, qu'on est obligé d'hospitaliser en urgence enfin des choses comme ça quoi. C'est tout ce qui relève de l'urgence et qui met en retard, c'est surtout ça.

Après bon c'est sûr que la paperasse tout ça c'est toujours embêtant, ça fait suer mais bon c'est pas ça qui me stresse et qui me pourrit la journée, parce que bon faire des papiers, voilà c'est pas intéressant mais c'est pas stressant à part pour la perte de temps ouais ça peut mettre en retard mais sinon ça demande pas trop de se concentrer et ça me se stresse pas comme pour une prise en charge d'un patient, des décisions importantes à prendre etc quoi...

Ce travail s'intéresse particulièrement au nouveau métier d'assistant médical. Le but de ces assistants serait de « décharger les médecins des tâches pouvant être faites par d'autres » pour « libérer du temps médical ». Ils seront salariés du médecin généraliste qui pourra recevoir une aide financière à l'embauche en contrepartie de laquelle il devra s'engager à accueillir un plus grand nombre de patients. L'assistant médical sera formé en deux ans à mi-temps ou un an à temps plein. L'avenant 7 stipule que l'assistant médical pourrait remplir des fonctions administratives, préparer le déroulement de la consultation ou organiser et coordonner sa prise en charge. Il pourra réaliser des tâches simples sous la responsabilité du médecin : accueil des patients, tenue du dossier médical, prise des constantes et des antécédents, gestion des stocks du cabinet... Son rôle précis sera déterminé par le médecin qui l'emploie.

Pour vous à quoi ressemblerait l'assistant médical idéal, que pourrait-il faire pour améliorer vos journées de consultation ? Quelles tâches quotidiennes aimeriez-vous déléguer ?

Ça serait surtout pour l'orientation vers les spécialistes par exemple, la prise de rendez-vous urgents par exemple. Ou après tout ce qui est avis par exemple, si j'ai un avis chirurgical en urgence, enfin voilà les avis auprès des spécialistes en urgence, ça déjà c'est le premier truc parce qu'on perd un temps fou à attendre à téléphoner, à avoir le standard, puis la secrétaire etc, ça dure des plombes... Et moi j'aimerais que ça soit pas moi qui appelle.

Et puis après c'est aussi, en fait c'est un peu tout ce que fait notre secrétaire déjà, c'est les papiers par exemple enfin les bons de transport, tous les papiers cerfa, les trucs comme ça. Pour moi c'est tout ce qui est paperasse, administratif.

Et après bon ça je sais pas si c'est possible mais la partie comptabilité du cabinet par exemple vérifier qu'on soit bien payé des retours de CMU, des ALD etc, ça ça serait pas mal aussi.

Et puis pour ce qui est de vraiment médical, moi tout ce qui est prise de tension, des constantes tout ça, moi je me vois pas déléguer à quelqu'un ça.

Après oui par exemple, mais nous on en a pas pour l'instant mais si on avait un ECG, bah ça serait intéressant effectivement de lui faire faire l'ECG pour un patient dans une autre salle pendant que je vois quelqu'un d'autre en attendant.

Mais c'est tout pour le médical je pense, parce que tout ce qui serait de la pré consultation par exemple, je vois pas trop l'intérêt. Pour moi c'est pas une perte de temps, j'aime bien ça, prendre la tension, les constantes. Moi ça me dérange pas de faire ça parce que de toute façon je suis toujours en train de poser les questions, de faire l'interrogatoire quand je prends le

poids ou des trucs comme ça donc ça c'est pas quelque chose qui me ... non, ça je veux le garder, ça fait vraiment partie de la consultation. Et vraiment c'est pas ça qui me bouffe mes journées. Ce qui pourrait jouer sur ma charge mentale et la réduire ça serait vraiment tout cet administratif qui est trop chronophage et barbant.

Le problème c'est qu'il faudrait vraiment une salle à part donc ça c'est forcément un frein parce que nous là on n'a pas la possibilité d'installer quelqu'un dans une pièce et qu'il fasse tout ça avant la consultation. Sinon ça serait pas une mauvaise chose hein.

Quelles sont vos craintes ou hésitations quant à la délégation de tâches ? Avez-vous des peurs à confier vos patients à une tierce personne ?

Moi j'ai plus peur quand je demande des choses à faire aux patients que ça soit pas fait. Par exemple je le vois très régulièrement ça quand je leur demande de prendre des rendez-vous chez tel ou tel spécialiste, ils les prennent pas donc ils y vont pas donc on perd du temps et voilà. C'est vrai que ça j'aimerais bien que ça soit fait par un assistant médical parce que là non j'aurais pas peur de déléguer, je sais que ça serait fait, j'aurais plus confiance. Et en plus si le rendez-vous est pris par quelqu'un d'autre ça les obligerait plus à y aller je pense, ils se sentiraient plus obligés d'honorer le rendez-vous je pense.

Et la délégation, le fait de ne pas tout gérer soi-même par exemple ?

Bah sur le plan de la délégation, j'ai confiance je pense et en plus si c'est que les tâches administratives et ce qu'on a vu ensemble ça me gêne pas du tout de déléguer. Et en plus ils auront une formation pour tout ça donc j'aurais pas de mal à faire confiance. Pareil aussi sur le plan relationnel, je pense que ça sera des personnes formées aussi sur le plan relationnel donc ça devrait passer quoi. Et puis la relation médecin malade elle est déjà créée avec le patient et on la retrouve après en faisant l'interrogatoire ou même avec l'examen qui est quelque chose de plus intime que de remplir des papiers ou des dossiers avec le patients quoi.

Dans quelles mesures pensez-vous que la présence d'une personne supplémentaire au sein du cabinet / de l'assistant médical pourrait améliorer la prise en charge et l'accès aux soins du patient ? En quoi l'assistant médical pourrait avoir une influence sur l'accès aux soins du patient ?

Moi je pense effectivement que les patients peuvent être vus en urgence plus facilement grâce à l'assistant médical mais sur des médecins qui ont pas une grosse patientèle à la base, qui voient moins de patients par jour. Moi, vue déjà l'intensité des journées, j'en vois déjà 30-35 par jour donc même si y'a un assistant médical je peux pas augmenter et en voir plus ça c'est pas possible. Je vois pas comment je peux gagner du temps. Moi là je prends plus de nouveaux patients, je fais du 8h-20h donc je pense que c'est déjà saturé. Donc ouais ça peut aider les médecins qui en voient 20 par jour par exemple peut-être qu'ils pourraient en voir 5 de plus avec l'assistant médical et du coup prendre des urgences et des nouveaux patients. Ça peut aider les médecins qui ont pas une grosse patientèle, je pense qu'il pourrait en voir plus sur le même temps avec l'assistant médical mais quand tu en vois déjà 35 par jour même si tu fais des consultations plus courtes je vois pas comment tu peux en voir plus que ça quoi, ou bien tu finis la journée avec une migraine donc bon ...

Donc bon ça peut aider les patients que je refuse si il y a un assistant médical dans le cabinet à côté par exemple oui. Dans la région c'est sûr que beaucoup de médecins refusent de prendre en charge de nouveaux patients mais parce qu'on est déjà au taquet, qu'on veut conserver notre jour de repos dans la semaine parce que les journées sont déjà très chargées donc à un moment tu dis stop quoi. Et dans ce sens là je vois pas vraiment en quoi l'assistant médical, à moi qui me trouve déjà débordée, je vois pas comment il pourrait faire en sorte que j'accepte des nouveaux patients. Il pourrait me décharger du travail administratif, ça oui mais pas me faire consulter plus de patients, tout simplement parce que je suis au max. Et au cabinet on a

quelqu'un qui s'est installé récemment et donc qui prend des nouveaux patients donc on a toujours une solution pour les patients que je refuse.

Le médecin généraliste s'engage à prendre davantage de patients, de façon proportionnelle à la taille initiale de sa patientèle, plus elle est conséquente, moins il aura à accueillir de nouveaux patients. L'aide perçue par l'assurance maladie sera attribuée pendant 3 ans selon ces mêmes objectifs d'augmentation de patientèle. Comment percevriez-vous le fait de recevoir un financement de l'assurance maladie selon des objectifs à atteindre (accueillir de nouveaux patients) ?

Pour m'aider à employer quelqu'un moi je vois pas où est le problème de recevoir un financement, je serais pas contre voilà. Moi je pense que c'est même plutôt logique si ils veulent nous aider à améliorer l'accès aux soins. Je pense que c'est normal que l'état participe financièrement à ça puisque là c'est bouché. Et puis la contrepartie, bah c'est normal qu'en échange d'argent on nous impose entre guillemets des conditions. En fait tant que les conditions sont bien définies dès le départ, que tu les connais et que tu y adhères, y'a pas de problème à recevoir un financement pour ça.

Que vous évoque l'idée de la création de ce métier sur l'évolution de l'exercice de la médecine générale ?

Ça m'évoque surtout que la médecine générale est en grande difficulté et que je sais pas trop vers quoi on va se diriger en fait. Clairement moi je me demande si on n'arrive pas au bout du système libéral, je sais pas, c'est ça qui me fait peur. Je suis plutôt pessimiste moi sur l'évolution de la médecine générale libérale.

Vous trouvez que ça s'est dégradé depuis votre installation en 2013 ?

Ah oui ! Clairement, moi je trouve que ça c'est vraiment dégradé. Déjà la communication avec les hôpitaux c'est catastrophique. Par exemple un truc, pour les décès des patients. On apprend qu'ils sont décédés 3 semaines plus tard, ça c'est pas quelque chose que j'ai connu au début, avant on nous appelait rapidement enfin on nous tenait plus informé je trouve.

Donc problème de communication, après l'accès aux différentes spécialités, même quand nous on appelle, même le fait de faire partie de la CPTS etc..., pour avoir des rendez-vous pour nos patients assez urgents, on n'y arrive pas, on n'y arrive plus. Et sinon c'est passé par les urgences quoi, donc ça c'est sûr que c'est pas une prise en charge optimale. Donc je sais pas en quoi ça l'assistant médical pourrait changer ça en médecine générale. Peut-être que justement si les spécialistes libéraux en avaient ça libérerait du temps pour qu'ils reçoivent les urgences qu'on leur adresse, ça oui.

Et l'accès aussi, alors en gériatrie par exemple ça s'est amélioré, mais certaines spécialités comme neurologie etc, les accès directs, quand moi j'appelle le médecin c'est toujours la croix la bannière pour faire hospitaliser mon patient, ou faut connaître personnellement pour qu'il arrive à faire une place pour ton patient rapidement mais sinon c'est très compliqué, en aval quand tu veux faire hospitaliser quelqu'un et que tu as pas de place et ça on le voit assez régulièrement et ça complique énormément la pratique parce que tu sais que tu gardes un patient à domicile en attendant sa place et qu'il est un peu juste quoi... t'y penses... Parce que bon j'essaye d'éviter au maximum de faire hospitaliser mon patient en passant par les urgences quand ça se justifie pas.

Ce qui est compliqué aussi et qui se détériore c'est bien sûr tout l'administratif et le côté charges, on a l'impression de pas s'en sortir parfois avec tout ça. Donc oui pour les tâches administratives comme y'en a de plus en plus l'assistant médical il pourrait aider quand même.

Pour conclure est-ce que vous voulez rajouter quelque chose que nous n'avons pas abordé au sujet de l'assistant médical ?

Nous on avait eu au cabinet un délégué de l'assurance maladie qui était venue nous présenter un peu le projet. Mais bon nous on avait vu déjà que vue l'importance de notre patientèle ça aurait été un peu compliqué de voir encore plus de monde quoi. Y'avait aussi le problème du local dédié qu'on n'a pas au cabinet. Et aussi l'autre gros soucis c'est le côté financier parce que ce qu'elle nous avait expliqué c'est que les premières années d'après ce que j'ai compris l'aide est quand même assez conséquente mais après ça diminue et clairement on va pas augmenter nos revenus avec un assistant médical et du coup ça va être encore une charge supplémentaire en fait, enfin moi je le ressens aussi comme ça. Et c'est là où ça va coïncider parce que je suis incapable, et je pense mes collègues pareil, de financer un employé supplémentaire à l'heure actuelle, avec toutes les charges que cela implique en plus. Et pour le bénéfice qu'on en aura, au niveau financier là pour le coup, je pense que ça couvrira pas et qu'on pourra pas assumer en fait. Moi je pense pas augmenter forcément mes revenus puisque j'ai pas l'intention d'augmenter ma file active en tout cas pas suffisamment ça c'est sûr. Moi je trouve que l'idée est bonne mais que la faisabilité est compliquée et aujourd'hui, si ils nous baissent pas les charges au niveau notamment patronal par exemple. On est une micro entreprise on peut pas assumer plusieurs employés au niveau des charges. Et employer quelqu'un ça serait pas rentable pour la suite, si on parle vraiment d'argent, on fera pas beaucoup plus de chiffres pour pouvoir assumer, c'est ça le problème. L'idée est pas mauvaise.

Entretien M3

Comment vous présenteriez-vous sur le plan professionnel ? Quelles sont vos conditions d'exercice ?

J'ai 38 ans, 39 bientôt. Je suis installé en Dordogne depuis février 2018 en médecine générale standard et depuis juin 2019 en MSP. Avant on était 2 médecins dans un cabinet médical transitoire en attendant la création de la MSP, où on est toujours 2 mais il y a de la place pour 3 médecins. Après y'a des infirmières, y'a des kinés, une podologue, une psychomotricienne, y'a pas mal de monde, c'est une belle petite maison de santé de campagne quoi.

C'est ce mode d'exercice que vous recherchez ?

Oui, alors une MSP, pas forcément, oui le travail en équipe c'est intéressant. Après le côté MSP formel, c'est pas forcément ce qui m'attire le plus quoi. Mais sinon, voilà, d'avoir des intervenants, de toute profession, de pas être tout seul, isolé, dans un coin à la campagne

De quelles aides humaines ou matérielles estimez-vous disposer à l'heure actuelle pour vous libérer du temps médical ?

J'ai, mon aide humaine, c'est ma secrétaire. Donc j'ai une secrétaire sur place 3 jours par semaine. Je suis le seul à l'avoir, enfin mon collègue il n'en a pas. Parce qu'après on a un secrétariat téléphonique hein. Donc elle je l'ai prise en plus pour gérer tout ce qui est administratif, classer et scanner les courriers, tout ce qui peut être gérer voilà. Elle prend les rendez-vous, c'est 50/50 par elle et par le secrétariat téléphonique. Le mieux c'est quand ils passent par elle parce que le secrétariat téléphonique c'est pas toujours euh voilà quoi... Mais y'a pas que ça si j'ai pris une secrétaire c'est que ça aide sur beaucoup de points, disons enfin voilà ne serait-ce que de mettre les courriers dans les dossiers informatisés, ça prend du temps quoi. On a une femme de ménage aussi qui vient. Ce qui me libère du temps médical, bah en

humain c'est tout. Matériel, bah, l'informatisation quoi, c'est plus ou moins, parfois ça fait gagner du temps et parfois ça en fait perdre ça dépend.

Pouvez-vous me décrire le déroulement selon vous d'une journée parfaite dans votre cabinet de médecine générale ou à l'inverse ce qui fait que vous passez une mauvaise journée, qui vous stresse ou qui vous énerve ?

En général pour que je sois stressé, il a fallu que je sais pas, qu'il y ait eu beaucoup d'accumulation de retard. Alors après ça dépend aussi parce qu'il y a des jours où je tolère plus ou moins mon retard, ça dépend de mon état déjà dès le matin. Si je suis bien reposé, je vais voilà, mieux encaissé le retard et puis voilà les gens ici sont patients, ils gueulent pas, donc ça va j'ai vraiment pas de pression de ce côté-là. Non, après c'est vrai que de temps en temps je peux me sentir un peu envahi par les multiples demandes de certains patients qui attendent le renouvellement pour parler des 4 ou 5 problèmes qu'ils ont rencontrés et qui sont toujours là au moment du renouvellement quoi, voilà, ils sont pas venus avant, ils viennent avec leur petite liste, ça c'est vrai que c'est des choses, enfin qui me stressent un peu parce que parfois j'ai pas envie quoi d'enchaîner 3 ou 4 motifs de consult. Parfois je leur dis « bon bah ça, ça fait pas partie du tableau général, on verra ça dans un autre temps » enfin voilà, j'essaie de faire le tri mais de temps en temps c'est délicat quoi, parce que les gens sont pas toujours..., ils comprennent pas. Alors moi j'ai beaucoup d'Anglais aussi et parfois ils comprennent pas très bien ce mode de fonctionnement là. Pour eux, pour pas déranger ils viennent le moins possible quoi. Le problème, c'est que forcément ils accumulent. Donc voilà et en plus il y a la barrière de la langue, bon moi je parle anglais correctement mais c'est vrai que y'a des moments ça me fatigue quoi, ça me fatigue un peu donc au bout de 5 ou 6 consults en anglais, je commence à saturer. Ça aussi ça fait partie des choses qui font que c'est pas forcément la meilleure fin de journée. Après une journée parfaite ça va être ouais, quand euh, quand j'ai le temps, quand je prends le temps de parler aux gens et que j'ai l'impression d'avoir fermé tous les problèmes quoi. Ce qui est pas le cas quand ils ont des listes et qu'ils ont toujours l'impression d'avoir oublié quelque chose. C'est plutôt par rapport à ça.

C'est surtout la gestion du temps j'ai l'impression ?

Oui, bah bien sûr, de toute façon c'est notre problématique hein. C'est-à-dire que, une consultation, on met des créneaux de 15 minutes mais bah, parfois en 10 minutes ça se passe, bon c'est très rare en général, mais sinon bah parfois il faut ½ heure et si y'en a plusieurs, si plusieurs patients ont besoin d'1/2 heure bah au bout d'un moment ça commence à bloquer quoi. Voilà, c'est plus cette situation là effectivement.

Ce travail s'intéresse particulièrement au nouveau métier d'assistant médical. Le but de ces assistants serait de « décharger les médecins des tâches pouvant être faites par d'autres » pour « libérer du temps médical ». Ils seront salariés du médecin généraliste qui pourra recevoir une aide financière à l'embauche en contrepartie de laquelle il devra s'engager à accueillir un plus grand nombre de patients. L'assistant médical sera formé en deux ans à mi-temps ou un an à temps plein. L'avenant 7 stipule que l'assistant médical pourrait remplir des fonctions administratives, préparer le déroulement de la consultation ou organiser et coordonner sa prise en charge. Il pourra réaliser des tâches simples sous la responsabilité du médecin : accueil des patients, tenue du dossier médical, prise des constantes et des antécédents, gestion des stocks du cabinet... Son rôle précis sera déterminé par le médecin qui l'emploie.

Quelle est votre expérience personnelle de délégation de tâches et quelles sont vos craintes ou hésitations à ce sujet ?

La délégation de tâches, non j'ai pas vraiment d'expérience personnelle, bah j'en faisais quand je travaillais à l'hôpital en tant qu'interne éventuellement. Mais sinon, ici, la seule délégation de tâches que j'ai c'est avec la secrétaire effectivement, voilà. Parfois les infirmières, effectivement, ça peut être une demande, ouais de prendre la tension à un patient qu'elle voit en visite, des petites choses comme ça quoi, c'est des délégations, disons ponctuelles, c'est pas de la délégation à proprement parler, c'est plus du travail d'équipe quoi. La délégation, moi c'est ma secrétaire, j'essaie de lui faire faire le maximum d'administratif, voilà, c'est tout hein. Je veux dire, je délègue même pas la carte vitale, parce que, simplement c'est pas possible dans l'état actuel des choses mais ça serait quelque chose que moi j'aimerais bien, ne pas avoir à m'occuper du paiement, parce que c'est vraiment un truc qui est pas médical pour le coup et puis du coup si un jour j'ai une secrétaire tous les jours, je me dis que ça pourrait passer, elle pourrait faire les encaissements, ça, ça serait intéressant. Après pour ce qui est de taper à la machine, faire les dossiers, ça me dérange pas, je suis habitué. Mais non je vois pas ce que je peux déléguer, en tant que, enfin dans ma consultation quoi. Non parce que voilà c'est vrai que dans l'idée, on parle de ils peuvent aider les gens à se déshabiller ou prendre des tensions, prendre le poids tout ça, avant que moi je puisse les voir donc ça veut dire qu'il faut que l'organisation dans le cabinet médical soit bien particulière du coup, enfin adaptée. Ça veut dire aussi, en fait moi tout de suite j'ai dit non à cette possibilité, parce que je vais le dire carrément mais la contrepartie c'est de voir plus de patients quoi. Donc en gros on dit bah oui on va vous donner des aides, on va vous décharger de certaines tâches qui sont pas médicales mais par contre bah faudra voir encore plus de patients quoi. Je suis désolé mon cerveau il est limité moi quand j'y réfléchis à partir de 25 cas dans la journée je commence à être fatigué et donc euh qu'on prenne les tensions à ma place ou pas, finalement ça changera rien. Mon cerveau fera toujours ce qu'il est capable de faire quoi. Ça c'est des tâches qui sont chronophages mais c'est pas ça qui me fatigue, au contraire parfois ça me repose, le fait d'écouter des poumons, d'écouter un cœur, de prendre une tension, voilà de faire mon métier clinique, effectivement ça en général je suis pas fatigué et après c'est vrai que discuter avec les gens et réfléchir à la solution des problématiques qui se présentent, voilà, ça c'est beaucoup plus éprouvant. Mais je vois pas, enfin dans une consultation, moi personnellement, je vois pas ce qu'un assistant pourrait faire pour moi.

Parfois on entend parler de préconsultation, si je comprends bien, ça ça ne solutionnerait pas vos problèmes actuels ?

Concrètement, vue la diversité des cas qu'on a, ça voudrait dire qu'il faudrait organiser le planning d'une façon par exemple, voir un matin tous les diabétiques par exemple et qu'on fasse systématiquement, test au monofilament sur les pieds, la prise de tension, le poids, le machin, donc ça faut que ça soit fait par l'assistant donc une organisation bien spécifique. Mais à la fois un spécialiste peut le faire, moi c'est plus compliqué. Enfin je sais pas, peut-être que je reste un peu sur le côté très diversifié de la médecine générale où dans une matinée on voit plein de choses différentes. Mais en même temps, j'ai pas, enfin même dans notre belle maison de santé toute neuve là, euh, je peux pas faire ça quoi. J'ai pas la place, en fait il faut 2 salles quoi.

Vous n'auriez pas de local à mettre à la disposition de l'assistant médical pour qu'il voit les patients etc ?

Bah on a un 3^e bureau mais je préfère avoir un 3^e médecin qu'un assistant médical. Je préfère continuer comme ça enfin moi j'aimerais avoir juste 20 patients par jour, tranquillement, voilà, faire mon truc, faire bien mon métier et puis voilà, qu'on soit pas débordé en fait, c'est ça que je veux, c'est pas juste faire du chiffre. C'est pas les bazarder, et puis dire voilà c'est bon, vous êtes vus en 5 minutes et hop, on fait le métier, merci l'ARS de nous fournir les outils pour faire du travail à la chaîne quoi.

Vous, ça serait plutôt le côté administratif ?

Oui et pour ça la secrétaire me convient très bien.

En regardant vos consultations de la semaine passée, y a-t-il une ou des situations particulières que vous pourriez me décrire pour laquelle vous auriez eu besoin d'un assistant médical ?

Si pour certaines choses qui pourraient être intéressantes, quelque chose de plus médical ça serait de mettre à jour les dossiers effectivement, euh les antécédents des trucs comme ça. Parfois on passe un peu à côté parce que bah on a pas toujours le temps de tout vérifier. Euh vérifier aussi, parce que bah pareil j'y pense pas à chaque fois, mais les vaccinations, voir si le patient est à jour. Donc des choses comme ça quoi, qui viennent pas forcément à chaque consultation. D'avoir un truc peut-être systématique, ça ça pourrait être intéressant. C'est-à-dire avoir quelqu'un qui avant chaque consultation fasse un point avec les patients, je pourrai leur filer un questionnaire en même temps, ça serait la même chose. Faire un point sur les vaccinations, ça peut être quelque chose qui se met en place donc c'est vrai qu'un assistant pourrait penser à ce genre de choses, dans ce cadre là, c'est bien pour faire de la prévention, le côté préventif ça peut être intéressant. Donc prévention et mise à jour des dossiers médicaux. Ça permettrait de mieux prendre en charge les patients, de rien oublier. On est content quand on écrit un courrier qu'il y ait les antécédents qui apparaissent correctement. Enfin, on reçoit des courriers et on a pas toujours le temps de mettre à jour les dossiers avec les courriers donc voilà c'est la gestion du dossier au quotidien. C'est toujours une histoire de temps aussi.

Je reviens sur les courriers aux spécialistes, comment ça se passe vous au cabinet la coordination et l'organisation du parcours de soin ?

Pour l'organisation, ouais les assistant médicaux ils peuvent gérer le contact avec les autres professionnels, ouais ça peut être intéressant parfois surtout dans notre coin où on passe du temps, on n'a pas beaucoup, enfin c'est compliqué d'avoir des rendez-vous, il faut attendre longtemps au téléphone. Et ça, c'est pour ça aussi que j'ai pris une secrétaire, elle le fait. Elle appelle quand j'ai besoin.

Le médecin généraliste s'engage, pour percevoir l'aide financière, à prendre davantage de patients, de façon proportionnelle à la taille initiale de sa patientèle, plus elle est conséquente, moins il aura à accueillir de nouveaux patients.

Comment percevriez-vous le fait de recevoir un financement de l'assurance maladie selon des objectifs à atteindre ? Dans quelles mesures pensez-vous pouvoir accueillir de nouveaux patients si vous bénéficiez de l'aide d'un assistant médical ?

Ouais bah voilà, je sais pas moi je...

C'est ça qui vous freine le plus ?

Ah bah complètement, ouais, ouais, parce que je sais plus exactement ce qu'elle m'avait dit la délégué, il fallait avoir une patientèle d'au moins 1500 patients pour qu'il n'exigent pas qu'on augmente et simplement qu'on stabilise. Sinon il faut augmenter et non moi ce genre de chose je suis pas favorable. J'en prends encore des nouveaux patients après voilà moi je me suis fixé 1000 max après non c'est bon. Là déjà je commence à saturer je suis à 915, enfin 915 c'est officiel, je pense qu'il y en a plus. Mais non non, pour moi, c'est voilà, pour la pratique que j'ai envie d'avoir ça me semble suffisant parce que déjà là les gens ils attendent 8 à 10 jours pour avoir un rendez-vous, pour un rendez-vous disons programmé après il y a forcément des créneaux d'urgence des choses comme ça mais voilà ça commence un peu à s'étaler dans le temps donc j'ai pas envie qu'ils attendent 15 jours pour pouvoir consulter. Physiquement je peux plus là, je suis au max. Franchement là, en plus on trouve pas de remplaçants, donc ça devient voilà... Cette culture du chiffre, là, de l'ARS ou de la Sécu, ça convient pas à la réalité des choses sur le terrain. Nous on voudrait, on veut, en tout cas pour

ma part, essayer de bien faire. Avec l'équipe qu'on a ici, on se dit, voilà on vient à la campagne pour profiter, pour la qualité de vie, pour la famille, pour les activités à côté qu'on a envie de poursuivre un peu. On a une vie sociale, on a tout ce qui faut autour, on n'a pas besoin d'être riche quoi, juste de vivre bien et puis faire au mieux notre métier quoi c'est pas faire du chiffre, remplir des quotas, des machins. Enfin voilà, je pense que c'est les politiques de santé qui sont comme à l'hôpital, toujours remplir des chiffres, des critères, des trucs. J'adhère plus à ça quoi. J'ai pas fait médecine pour ça voilà. Donc si on m'offre un assistant médical, je le prends y'a pas de soucis et si on me demande de bosser plus pour ça, non.

Entretien M4

Comment vous présenteriez-vous sur le plan professionnel ? Quelles sont vos conditions d'exercice ?

J'ai 51 ans et je suis installé depuis le 1^{er} janvier 1997. Je suis en cabinet de groupe, en milieu semi-rural, avec 2 autres médecins dont un médecin installé très récemment, 1 an à peu près.

Pouvez-vous me décrire le déroulement selon vous d'une journée parfaite dans votre cabinet de médecine générale ou à l'inverse ce qui fait que vous passez une mauvaise journée, qui vous stresse ou qui vous énerve ?

Alors, une journée parfaite c'est quand tous les rendez-vous qui sont programmés sont honorés. Donc en partant de là, une journée parfaite c'est une journée pendant laquelle je suis pas trop dérangé par ma secrétaire pour des appels téléphoniques ou des renseignements, des changements de posologie par exemple des choses comme ça. Voilà une journée parfaite c'est une journée sans imprévu, ça c'est ce qui me plaît.

Et ce qui me stresse dans la journée c'est quand il y a des urgences, c'est la surcharge de travail en fait.

Ce travail s'intéresse particulièrement au nouveau métier d'assistant médical. Le but de ces assistants serait de « décharger les médecins des tâches pouvant être faites par d'autres » pour « libérer du temps médical ». Ils seront salariés du médecin généraliste qui pourra recevoir une aide financière à l'embauche en contrepartie de laquelle il devra s'engager à accueillir un plus grand nombre de patients. L'assistant médical sera formé en deux ans à mi-temps ou un an à temps plein. L'avenant 7 stipule que l'assistant médical pourrait remplir des fonctions administratives, préparer le déroulement de la consultation ou organiser et coordonner sa prise en charge. Il pourra réaliser des tâches simples sous la responsabilité du médecin : accueil des patients, tenue du dossier médical, prise des constantes et des antécédents, gestion des stocks du cabinet, prise de rendez-vous avec les spécialistes... Son rôle précis sera déterminé par le médecin qui l'emploie.

Pour vous à quoi ressemblerait l'assistant médical idéal, que pourrait-il faire pour améliorer vos journées de consultation ? Quelles tâches quotidiennes aimeriez-vous déléguer ? Qu'est-ce qui pourrait réduire votre charge mentale au travail ?

Alors l'assistant médical idéal, il pourrait gérer euh..., alors le problème c'est que moi j'ai déjà une secrétaire donc la secrétaire elle me fait les courriers. Donc déjà on est bien d'accord que normalement c'est quelqu'un qui ne fait pas le travail de la secrétaire, c'est comme ça que ça m'a été précisé.

Donc il pourrait recevoir les gens, noter éventuellement les données de base, c'est-à-dire le poids, la tension, la température si besoin enfin la biométrie. Je pense qu'on pourrait lui faire faire la biométrie, de façon à ce que moi je puisse avoir juste un rôle d'expertise. C'est-à-dire passer quand c'est fait et qu'il ait déjà commencé à dégager le motif de consultation, préparer un peu le terrain. Mais ça impliquerait que y'ait plusieurs bureaux en réalité de façon à ce que quand je suis dans un l'assistant est dans un autre.

Donc le problème majeur, avec l'assistant enfin y'en a 2 à mon sens. Le premier c'est qu'il va falloir dégager un salaire et des charges et que c'est les postes qui nous coutent le plus cher, en échange il va falloir faire beaucoup plus d'actes euh enfin moi personnellement ça m'intéresse pas du tout hein, on va être très clair avec ça. Parce qu'au départ la Sécu va nous donner 4 sous et après ils donneront plus rien c'est bien connu, ça marche comme ça. Et disons que le rôle de l'assistant ça va être d'essayer de nous faire gagner du temps mais finalement ce temps ça va pas être du temps dont on va pouvoir disposer puisqu'il va falloir le donner à d'autres patients.

Donc si je devais avoir un assistant médical il faudrait que j'ai des locaux supplémentaires, ça c'est une chose.

Et ensuite je pourrais lui donner comme rôle celui de me préparer les patients on va dire et éventuellement à la fin de manager le côté administratif du règlement des honoraires, admettons. Plutôt pour tout ce qui est en dehors de la consultation en elle-même. Parce que si on doit dégager du temps médical il faut que tout ce qui n'est pas du temps médical soit fait par quelqu'un d'autre. Donc c'est-à-dire effectivement je pense qu'au minimum les biométries d'un côté et l'administratif d'un autre.

Après l'administratif nous on est pas vraiment débordé par ça parce que l'outil informatique nous a quand même bien aidé et on a une secrétaire en or donc elle me débrouille déjà absolument tout, jusqu'à me faire des courriers pour les correspondants en reprenant les antécédents du malade et en me demandant « est-ce que le courrier vous va ? ». Elle a des connections partout pour prendre des rendez-vous pour les patients, c'est elle qui gère. J'ai la chance d'avoir une secrétaire qui a 20 ans d'expérience et qui maîtrise à peu près tout ce qu'on peut faire dans un secrétariat médical. Ce qui fait que je ne fais plus que de la médecine, donc elle a déjà pratiquement les 2 rôles en fait. Ça ferait double emploi finalement, je pense qu'avec une très bonne secrétaire on n'a pas besoin de l'assistant médical.

Moi ma philosophie, c'est pas d'assistants médicaux dont j'aurais besoin, si j'avais besoin de quelqu'un ça serait plutôt des infirmiers qui soient formés en pratique avancée, ça oui ça m'intéresserait. Pour moi on pourrait considérer qu'un infirmier en pratique avancée soit capable de gérer le renouvellement d'un hypertendu, le renouvellement d'un diabétique enfin toutes ces choses et que nous on ait un rôle d'expertise au-dessus de ça. Mais je vois pas bien la place de ces assistants médicaux qui seraient entre guillemets des super secrétaires en capacité d'aider un peu. J'ai du mal à les situer en fait sur la réalité. Parce que là ils auront pas la formation nécessaire pour faire des renouvellements d'ordonnance même chez un patient pour qui tout va bien. Moi de ce qu'on m'a dit de la formation de ces assistants, ce sont des gens qui vont être issus éventuellement du secrétariat ou éventuellement des aides soignants qui sont sur du recyclage. Pour moi ça cadre pas avec tout ce qui finalement pourrait être de la prise de décision de quoique ce soit. Parce que bon le renouvellement tous les 3 mois ça pourrait être fait une fois sur 2 par quelqu'un d'autre mais au minimum il faut quand même que ça soit quelqu'un qui ait des notions médicales quoi. Donc là l'assistant c'est plus son rôle pour moi.

Moi j'ai connu un médecin qui a pris sa retraite quand je suis arrivé, il avait 4 box avec une secrétaire et il passait d'un box à l'autre et il faisait 100 consults par jour, oui vu comme ça, effectivement tu passes d'une pièce à l'autre, on te débrouille le terrain, tu as juste à donner

ton avis après si tu es avec quelqu'un d'un peu futé qui se débrouille. Mais il a fini par faire des bêtises, forcément, c'est le risque en surmultipliant les actes. Mais est-ce que vraiment nous on a besoin de faire ça en médecine générale, ça enlève un peu le côté confidentiel de la consultation malgré tout.

Et en plus on fait déjà pas mal d'actes quand même. L'idée d'un assistant médical qui permettrait de dégager du temps de formation par exemple pourquoi pas, mais en fait l'idée de l'assistant pour dégager du temps pour finalement voir encore d'autres malades, moi je trouve que c'est pervers et que ça nous amène à un supermarché de la médecine quoi.

On a envie de leur dire, former plus de médecins quoi c'est bon, c'est pas en nous pilonnant, en faisant plus d'actes, qu'on va améliorer je pense, ni la relation médecin malade, ni la qualité du travail. Bien sûr l'assistant médical ça coûte moins cher que le médecin, c'est ça leur justification. Mais bon dans ce cas-là on revient au Moyen-Âge avec les officiers de santé qui allaient dans les campagnes là où les médecins voulaient pas aller mais ils faisaient office quoi, ils étaient pas médecins, ils avaient une vague formation. Et au final on retrouve ça en Afrique, à Dakar, tu avais des gens qui venaient se former quelques semaines à l'hôpital et qui après partaient dans les campagnes, dans les dispensaires, soigner les gens et ils se disaient soignants quoi, sans avoir de statut particulier... Donc voilà moi j'ai l'impression que c'est quand même un peu de la régression tout ça. C'est comme ça que je le ressens.

Quelles sont vos craintes ou hésitations quant à la délégation de tâches ?

Déléguer je le fais déjà à mes étudiants. Je fonctionne avec des SASPAS, ils ont toute la journée mes patients et j'ai pas ce côté fermé du médecin qui veut absolument tout gérer tout seul avec ses patients donc j'ai pas de craintes à déléguer. Après si on délimite bien les compétences il y a pas de raison de ne pas laisser à un assistant des responsabilités à partir du moment où on sait qu'il maîtrise. Mais je pense que du coup ça fait de nous en plus des formateurs. Ça fait aussi partout de mes remontrances dans le sens où ils nous envoient des gens et qu'en plus on va devoir les former, donc ça rajouterait un peu de travail quand même de formation, du moins au début. Et puis quand on regarde parce que je me suis penché un peu dessus, et quand on regarde la formation qui est prévue, ce qu'on demande à ces gens pour obtenir le diplôme c'est quand même très light même si c'est très flou pour le moment ce qui est d'ailleurs un problème aussi mais ce qu'on en lit pour le moment c'est clairement léger et court.

Moi je reste très critique par rapport à tout ça parce que je pense que ça ira à l'encontre de la relation médecin malade et que en même temps c'est vouloir augmenter la charge de travail du médecin en déléguant certaines choses mais finalement le but principal c'est de faire plus de consultations ça on l'a bien compris. Le temps il est pas extensible non plus à foison hein, et la durée de consultation elle est pas réductible non plus quoi.

Balint disait qu'une consultation de médecine générale pouvait se gérer en 7 minutes mais bon ça c'est sa conception de la médecine générale mais il faut quand même se rappeler qu'il y a des gens qui viennent avec plusieurs motifs, on peut pas dire bon bah ça y est le temps imparti est écoulé enfin. Tout ça, ça fait de nous, une médecine qui me convient pas. Moi je suis peut-être un dinosaure hein mais pendant la covid j'ai pas fait une seule téléconsultation par exemple parce que j'ai besoin d'examiner mes patients et tant que je mets pas mon stétho sur le dos de quelqu'un c'est pas avec ce qu'il va me décrire que je vais savoir ce qui se passe dans ses poumons quoi.

Donc voilà, j'ai besoin d'examiner mon patient et il y a certains examens que je ne délèguerai pas ni à un ordinateur ni à un assistant.

Dans quelles mesures pensez-vous que la présence d'une personne supplémentaire au sein du cabinet / de l'assistant médical pourrait améliorer la prise en charge et l'accès aux soins du patient ?

Déjà je pense pas que ça soit l'arrivée d'un assistant médical qui permettra d'intégrer beaucoup plus de patients dans le panel que nous avons, ça j'en suis pas convaincu du tout. Alors plus de consultations, sûrement mais pas forcément plus de patients dans la patientèle. Parce que à partir du moment où l'offre de soins augmente, avec le même nombre de patients, on va faire plus de consultations.

Par exemple, quand je me suis installé, mon associé était tout seul à l'époque puisque c'est une création, l'année qui suivait on avait doublé le nombre de consultations, mais on avait pas doublé le nombre de patients. C'est jusque que comme y'avait plus d'offre et qu'on était plus facilement accessible et bien à partir de là les gens venaient plus.

Et ce qu'on peut dire, qui était le but de la manœuvre, c'est que la réflexion de l'état, ça était de dire, plus il y aura de médecins, plus il y aura d'offres et plus il y aura d'offres, plus il y aura de dépenses et donc l'état a inversé le processus et a fait en sorte qu'il y ait de moins en moins de médecins pour que l'accès soit de plus en plus compliqué et que ça revienne moins cher. Sauf qu'aujourd'hui ils sont pris à leur propre piège parce que y'en a tellement peu que maintenant ça ne marche plus, on n'arrive plus à répondre à la demande de base.

L'assistant médical pour moi c'est un pansement sur une jambe de bois. Moi je vois bien la philosophie qui est derrière toutes ces décisions et c'est pas ce dont on a besoin en réalité. Pour moi la base c'est d'augmenter le numerus clausus donc d'augmenter le nombre de médecins en formation de façon de retrouver un nombre de médecins qui permette aux médecins qui sont en place de ne pas s'étouffer et à ceux qui vont arriver de travailler aussi. Après je pense qu'il faut un numerus clausus quand même parce qu'on voit bien avant qu'il soit mis en place il y avait trop de concurrence entre les médecins, ils se marchaient dessus, mais bon il faut pas qu'il soit aussi restrictif. Mais le problème aujourd'hui en réalité c'est qu'on est plus assez nombreux pour les former parce qu'on a été tellement réduit en nombre et que du coup on peut pas ouvrir les portes.

Gouverner c'est prévoir, et on nous a fait une politique de balançoire, un coup y'en a trop, un coup y'en a pas assez.

Aujourd'hui la solution pour moi n'est pas du tout dans ces assistants médicaux mais elle est dans l'augmentation du nombre de médecins. Et pour ce qui est de la charge de travail la solution elle est dans la médecine de groupe. Nous là au cabinet on se sent pas particulièrement en difficulté parce qu'on est 3 médecins et honnêtement on a besoin de personne en plus.

Parce que rajouter quelqu'un c'est aussi rajouter, obligatoirement des charges dès que tu as un salarié, mais c'est prendre le risque aussi éventuellement d'une mésentente parce que tout le monde ne s'entend pas toujours bien sur le plan humain avec les gens avec qui on travaille c'est pas toujours facile.

Au cabinet tu as déjà une secrétaire, une femme de ménage et rajouter un poste de plus à 25 euros la consultation, un moment donné ça va coïncider. A moins d'en faire un nombre incalculable mais est-ce que c'est vraiment ce qu'on veut de notre métier ? Moi je crois pas. Moi j'aurais l'impression qu'on me presse comme un citron, encore un peu plus parce que déjà je trouve que c'est pas mal. Donc partant de là je vois pas l'intérêt en ce qui me concerne d'un assistant médical.

Le médecin généraliste s'engage à prendre davantage de patients, de façon proportionnelle à la taille initiale de sa patientèle, plus elle est conséquente, moins il aura à accueillir de nouveaux patients. L'aide perçue par l'assurance maladie sera attribuée pendant 3 ans selon ces mêmes objectifs d'augmentation de patientèle.

Comment percevriez-vous le fait de recevoir un financement de l'assurance maladie selon des objectifs à atteindre (accueillir de nouveaux patients) ?

Recevoir un financement de l'assurance maladie pour un assistant médical, ça dans l'absolu ça me pose pas de problème. On reçoit déjà des financements pour plein de raisons de l'assurance maladie, ça n'en ferait qu'un de plus. L'assurance maladie elle nous verse de l'argent pour l'organisation du cabinet, par rapport au nombre d'inscrits. On a l'habitude d'être rémunéré, avec le ROSP etc donc en soi philosophiquement ça changerait pas grand-chose. Ce ne serait qu'une rémunération de plus sur des objectifs qu'ils auront fixé.

Moi j'ai déjà 2000 personnes en file active donc je me vois mal en prendre 200 ou 300 de plus parce que déjà je trouve qu'à 2000 je suis au max. Les plannings sont déjà plein à 2 semaines donc j'ai du mal à percevoir comment on pourrait améliorer ça en recevant plus de patients.

Moi je vois surtout ce que ça m'apporterait sur la plan financier parce que il faut que je fasse des bureaux supplémentaires, y'a pas le choix. On peut pas considérer que la personne qui va venir travailler avec nous puisse travailler dans le même bureau, c'est pas possible, parce que sinon on gagne du temps de rien du tout.

Et après il faudrait un statut légal aussi parce que est-ce que cette personne va pouvoir partager le secret médical, est-ce que elle est en droit de voir des gens déshabillés enfin voilà il faut établir aussi un statut juridique à cet assistant médical qui a mon avis n'est pas encore mis en place. Et en plus je pense qu'il y aura des patients qui seront pas d'accord donc ça peut compliquer aussi le relationnel et je pense que ça peut vraiment déplaire à certains patients, est-ce que ils seront tous favorables à cela ? Alors évidemment, si on va chercher ceux qui ont pas de médecin traitant ils vont prendre tout ce qu'on veut bien leur donner, voilà.

Que vous évoque l'idée de la création de ce métier sur l'évolution de l'exercice de la médecine générale ?

Une régression, une régression sur la qualité de travail, une régression sur la relation médecin-patient et j'irais même jusqu'à dire une régression moyenâgeuse puisque ça m'évoque les officiers de santé. Je suis très très très en colère avec ce type de décision.

Quand on prend un peu de recul sur les choses on se dit mais pour qui nous prend-t-on ? Nous on est censé être des médecins libéraux à qui on va imposer une charge de travail supplémentaire, de quel droit ? On nous envoie pour nous convaincre des délégués de l'assurance maladie, des DAM, qui sont bien gentils mais qui ne sont même pas des médecins, qui sont des administratifs et ils viennent discuter de tes prescriptions, en te disant c'est comme ça qu'il faut faire et pas différemment, je trouve que c'est quand même un peu lourd.

Alors d'accord on devient petit à petit dépendant et entre guillemets salarié de l'assurance maladie mais il y a quand même un minimum de choses qu'on peut encore avoir pour soi et c'est d'ailleurs la raison pour laquelle moi j'ai refusé aussi l'appellation de pôle de santé pluridisciplinaire pour le cabinet, parce que ça m'imposait un cahier des charges dans lequel je devais finir à 20h mes journées etc, de prendre des patients sans rendez-vous qui auraient été envoyés par les ou les autres. Tout ça moi je le refuse parce que je veux essayer de garder un minimum de libéralité et de liberté, enfin c'est très compliqué.

Donc c'est encore une façon encore une fois de nous maîtriser, voilà je pense que ça va pas chercher plus loin.

Moi ça me fait penser au carnet de santé, que la sécu a voulu nous imposer, à remplir pour chaque patient, en plus du dossier papier et du dossier informatique qui venait d'arriver mais qui n'était pas suffisant. Mais sans jamais avoir demandé l'avis des médecins avant. Et du coup pour une consultation il nous fallait 3 supports. Donc qu'est ce qui est arrivé au carnet de santé, il est parti au bouillon parce que il était inapproprié. Et j'ai l'impression que

aujourd'hui on veut essayer de nous vendre des assistants médicaux sans avoir d'abord demandé aux médecins de quoi ils avaient besoin, c'est toujours la même problématique. Eux ils se sont appuyés sur ce qui se fait un peu à l'étranger, mais attention, on ne peut pas comparer. Il y a des pays où un médecin génère 7 emplois mais ce qu'il faut voir c'est le revenu aussi du médecin parce que on est les médecins les moins payés d'Europe donc à un certain moment il va falloir prendre en compte aussi le fait de la rémunération de l'acte. Moi je veux bien faire des actes qui seraient spécialisés avec un niveau d'expertise plus élevé mais enfin on va pas pouvoir rester à 25 euros non plus à un moment il faut savoir ce qu'on veut. Donc oui effectivement il y a des pays où les gens fonctionnent différemment, mais voyons le revenu, voyons le niveau de vie, voyons le nombre d'heures qu'ils font, parce que en Angleterre ils font 35 heures hein. Et quand on voit aux Pays-Bas ou autres, on parle de pôle technique avec de la radiologie etc nous on est très très loin de tout ça. Et le niveau de revenus la bas c'est en million d'euros le chiffre d'affaire. Un médecin génère 7 salariés dans les pays nordiques donc ils sont plus chefs d'entreprise en fait. Donc à mon sens la comparaison là elle n'est pas licite.

Nous on est des petits artisans à qui on veut imposer une masse salariale supplémentaire. Et là si on se laisse faire on va se retrouver à travailler comme des mulets dans des bureaux avec des assistants médicaux plus ou moins formés et à faire du chiffre et de l'acte mais est-ce que c'était ça qu'on cherchait au départ, moi je crois pas. Moi je pense que l'assistant médical ça va faire comme le carnet de santé, ça va finir au bouillon.

Pour les spécialistes, là pourquoi pas, je serai cardiologue, franchement, me faire tous les électros, je trouve ça d'une bêtise totale. Donc là effectivement l'assistant qui ferait tous les électros, qui déshabilleraient les gens etc là c'est intéressant mais nous on fait pas assez de gestes techniques. Et eux ils gagneraient vraiment du temps.

En médecine générale les actes techniques ils sont de l'ordre du ponctuel, c'est vraiment pas la majorité. Donc l'assistant ne sert pas à grand chose et encore une fois le niveau de rémunération me paraît important.

Et aussi quand tu prends un salarié supplémentaire il faut penser au remplaçant pendant les congés payés, parce qu'après comment on fait quand il part en vacances ? Il faudrait en trouver un autre en remplacement mais c'est ce que c'est que cette histoire encore ? Parce que à partir du moment où tu as augmenté ton potentiel après c'est fini, tu es pieds et mains liés. Et il peut tomber malade et être en congé maternité, et là qu'est ce que tu fais ? Bah tu fais des journées qui en finissent pas quoi. Parce qu'il faut penser que l'assistant médical il est pas tout le temps là, non plus, il a le droit comme tout le monde à des vacances. Et donc quand tu dois te retrouver à travailler sans lui bah c'est la double peine. À mon avis c'est un cauchemar quoi parce que le remplaçant déjà du médecin c'est difficile à trouver et le remplaçant de l'assistant tu fais quoi, en plus si il faut le former à ta façon de faire etc...

La philosophie de la politique médicale ça a été de dire moins il y aura d'accès aux médecins et moins ça coûtera cher. On a minimisé les frais de santé en diminuant l'offre et aujourd'hui l'offre est trop basse. Donc du coup on va charger la mule de ceux qui sont déjà à saturation !

Entretien 5

Comment vous présenteriez-vous sur le plan professionnel ? Quelles sont vos conditions d'exercice ?

J'ai 45 ans, je suis installée en Dordogne depuis janvier 2013, avant j'ai exercé en Charente Maritime. Je suis à la MSP, nous sommes 4 médecins, sur les classifications de la caisse c'est du semi-rurale.

Pourriez-vous me décrire les difficultés que vous rencontrez dans un cabinet de médecine générale ?

Ma principale difficulté c'est la charge des documents administratifs.

Voilà ce qui m'a motivée à prendre un assistant, c'est déjà, il faut être honnête, les aides qui nous sont proposées actuellement, sinon je sais pas si je l'aurais fait, mais là financièrement c'est quand même très intéressant ce que nous propose actuellement la CPAM. Donc le contrat était motivant. Et puis on a beaucoup, beaucoup, quand même d'administratif donc c'est compliqué de répondre, et à la charge des consultations, et à toutes ces sollicitations administratives à côté, et je dois dire que ce n'est pas ce que je préfère non plus.

Donc j'ai vu une opportunité de me débarrasser d'une partie de tout cet administratif et puis d'avoir un peu plus de temps à consacrer à mes patients.

Donc vous lui donnez plutôt une fonction administrative à votre assistant médical ?

Alors, ça dépend un peu des jours, c'est vraiment la souplesse de ce travail, donc c'est vrai que déjà à la base il va m'intégrer dans les dossiers tous les courriers qui arrivent, parce que comme ça arrive sur messagerie sécurisée, c'est pas un travail que je peux faire faire à mes secrétaires. Tout ce qui arrive sur messagerie sécurisée, donc les biologies ou les courriers des confrères qui n'arrivent pas par la poste, pour l'instant c'est pas possible de déléguer ce travail à ma secrétaire parce qu'il faut le faire depuis ma carte CPS donc ça je le réserve à mon assistant médical.

Après ça arrive aussi qu'il prenne des rendez-vous urgents pour les patients, qu'il me pré-remplisse les bons d'IRM, de scanner etc.

Quand il y a beaucoup de monde, je le laisse gérer tout ce qui est facturation donc les feuilles de soin il les passe pendant que je suis en train de discuter avec les patients, pendant que je leur explique l'ordonnance, pendant que je leur explique où et quand faire les examens complémentaires.

Et quand le planning est très, très chargé, je me mets à travailler sur 2 salles, donc lui il fait l'accueil des patients, il m'ouvre le dossier médical, moi j'arrive pour faire la consultation et voilà, on se croise et je le laisse facturer en plus, donc ça permet de travailler sur 2 salles et de prendre plus de monde. Avec les logiciels, je peux connecter 2 ordinateurs en même temps sur mon accès logiciel puisque c'est un logiciel multi-site.

Donc en fait sa fonction est complètement adaptable en fonction de la demande et de la disponibilité aussi des locaux dans la MSP.

J'ai l'assistant à mi-temps, les autres médecins pour le moment ne sont pas intéressés. En plus j'ai 2 collègues qui sont à la retraite dans 3 ans donc ils peuvent pas en bénéficier parce qu'il faut s'engager sur 5 ans. Il est là presque tous les matins.

Depuis qu'il est là, quelles sont les petites choses que vous ne faisiez pas avant par manque de temps, que vous pouvez faire aujourd'hui ?

Quand je lis mes courriers médicaux je lui souligne ce qu'il doit ajouter dans le dossier, des notes, des rappels, des antécédents et donc ça c'est intégré dans les dossiers, chose que avant je ne prenais pas forcément le temps de mettre à jour donc les dossiers sont beaucoup mieux tenus puisque l'intégration des courriers est faite au jour le jour, les antécédents sont mis à jour beaucoup plus régulièrement donc les dossiers sont vraiment plus carrés qu'avant, ça c'est certain.

Pour l'instant, il a commencé il y a 1 mois et il est pleine formation, c'est pas son domaine à la base, j'ai recruté mon mari qui était dans le milieu équestre donc ça n'a rien à voir. Mais l'opportunité s'est présentée. Moi je suis tranquille parce que je sais qu'il va pas raconter ailleurs tout ce qui se passe au cabinet, donc je sais que le côté secret médical j'ai pas de soucis à me faire. J'ai pas de soucis non plus quand je lui confie la facturation et une partie de ma comptabilité parce qu'il va pas répéter à tout le monde combien je gagne donc c'est un

vrai confort parce que j'ai une totale confiance. Donc pour moi c'était un bon timing, c'est bien tombé et ça m'a permis de sauter le pas facilement.

Et donc au niveau de la formation, qu'est-ce qu'il fait justement ?

Alors la formation d'assistants médicaux, elle est pas encore sur le marché, donc c'est moi qui assure complètement sa formation et qui lui montre comment faire les choses. C'est d'autant plus facile pour moi que pour l'instant on est encore 4, que mes collègues sont pas encore partis à la retraite donc j'ai encore le temps de former quelqu'un. Et en cas de besoin si mes collègues ne sont pas remplacés quand ils partiront à la retraite, on passera de 4 médecins à 2 médecins sur la structure donc ça va faire un gros choc en volume de travail, au mieux il y aura peut-être un médecin qui viendra pour succéder mais bon au moins je sais que, dans 3 ans, mon assistant médical il sera autonome, opérationnel et je pourrai lui demander beaucoup plus de tâches.

La formation, on l'attend, elle est pas ouverte et pour l'instant j'ai pas trouvé d'autres supports pour le former.

A l'avenir quelles tâches vous aimeriez qu'il fasse ?

Bah à termes, pourquoi pas lui confier tout ce qui est renouvellement d'ALD, d'autres tâches par exemple les prises de constantes chez les patients qui arrivent en urgence, l'enregistrement des ECG. Mais ça se fera au fil du temps puisque pour le moment j'ai pas de formation toute faite donc je le forme au fil des opportunités qui se présentent.

Quel retour avez-vous des patients ?

Bah déjà j'explique bien aux patients que c'est mon assistant médical, je leur explique qu'il est là pour que je puisse passer plus de temps avec eux en me déchargeant de tout ce qui est administratif et pour l'instant j'ai pas de mauvais accueil.

Après bien évidemment pour tout ce qui est un peu intime, je lui demande de sortir du bureau et comme ça il peut faire une tâche administrative ailleurs. Mais ce ne sont pas la majorité des consultations non plus.

Les patients sont vraiment positifs, j'ai pas eu de mauvaise réflexion. Et en plus je pense qu'ils apprécient que j'aie plus de temps, que je sois pas constamment derrière l'ordinateur à cliquer, que je puisse les regarder dans les yeux aussi, que je puisse leur réexpliquer plus en détail l'ordonnance alors qu'avant j'avais moins le temps de le faire. Là je peux reprendre point par point ce que je leur ai prescrit, pourquoi, quand et comment les prendre pendant que lui il fait la facturation par exemple, ça je trouve que c'est un vrai confort. Je fais plus de pédagogie.

C'est difficile d'être derrière un ordinateur à cliquer à droite à gauche et de parler au patient sans avoir la possibilité de le regarder, d'analyser ses réactions aussi parce que c'est vrai que le contact visuel c'est important, on se prive de toute une forme de communication, donc je pense que tout le monde apprécie.

L'ordinateur, c'est une barrière qui est nécessaire puisqu'on a les dossiers mais c'est pas très agréable pour le patient qui doit se dire que je suis plus intéressée par mon ordi que par ce qu'il me raconte au final.

Moi mon cabinet médical est en 2 parties, il y a une partie accueil au bureau et une partie totalement à côté, cloisonnée, pour examiner les patients en toute intimité. Donc une fois que le dossier est ouvert, moi je les prends à part dans la pièce d'à côté, donc j'ai une partie intime avec mon patient à laquelle mon assistant médical n'assiste pas. Et puis après je reviens au bureau où il y a l'assistant.

Mais les patients, ils apprécient que quelqu'un leur prenne les rendez-vous, ils apprécient que je sois disponible pour plus de contact aussi. Et comme je gagne du temps médical moi je pense que la relation avec le patient elle est renforcée. Parce que le temps que je leur demande ce qui leur arrive, bah l'assistant a ouvert le dossier. Et le temps de facturation, de passer la

carte vitale, de rentrer les informations dans le logiciel de compta, moi je le passe à discuter avec mon patient alors ça paraît pas grand-chose, 3 minutes de gagner pour faire ça. Moi je trouve que c'est plus agréable de prendre le temps, d'expliquer. Il leur marque les noms des spécialistes, les numéros de téléphone. Donc ça c'est des choses que je fais pas et en attendant ça me libère du temps pour le patient. Je fais plus de médecine finalement, plus de relationnel et moins d'écriture, moins de paperasse. Et il rend service aux patients parce que les spécialistes, au lieu d'aller chercher sur internet, bah là ils ont tout, c'est plus simple pour prendre le rendez-vous donc c'est un confort en plus et même parfois c'est nous qui prenons le rendez-vous si le patient est pas francophone par exemple. Donc pour moi c'est du temps que je ne perds pas et c'est une qualité de plus donnée au patient.

Par rapport à l'aide financière, comment vous l'avez perçue vous de recevoir une aide de l'assurance maladie ?

Ah bah ça m'a pas du tout embêté, je considère ça comme un échange de services. Je m'engage à recevoir plus de monde et on me facilite la vie d'un autre côté. Je suis tout à fait favorable à ça dans le sens où on me permet de me consacrer plus à la médecine et on me paye en partie quelqu'un pour m'aider dans les tâches administratives, je trouve ça très bien.

Et le fait d'accueillir plus de patients ?

Effectivement, voilà, j'ai eu 2 après-midi problématiques où les gens ne rentraient plus sur mon planning et avant ça j'aurais été obligée de les reporter au lendemain et là en travaillant sur 2 bureaux avec un assistant j'ai pu recevoir tout le monde, j'ai pu augmenter mon nombre de consultation par jour tout en ayant un accueil correct sans bâcler les consultations donc je trouve ça plutôt satisfaisant, surtout que ça c'est en gardant les mêmes horaires de travail, tout en économisant sur ma fatigue et sur mon stress parce que j'arrive, les patients sont déjà installés, donc j'ai plus qu'à voir le motif de consultation et vraiment à faire ma consultation et ensuite je change de patient. J'ai plus besoin de me prendre la tête à facturer etc, voilà c'est un petit temps de gagner, donc même si c'est 5 minutes d'économiser avec chaque patient, bah au fil de la journée, c'est pas négligeable. Et je peux monter jusqu' 10 consultations de plus par jour que ce que j'aurais pu faire toute seule. Ça commence vraiment à être plus fluide. Bien évidemment il faut que le matériel suive, donc 2 ordinateurs, 2 imprimantes mais ce n'est pas infaisable.

Pour l'instant en plus je lui laisse pas faire grand-chose comme je suis en train de le former mais à terme il en fera un petit peu plus. Donc c'est sûr qu'on gagne un temps assez précieux. Et puis c'est quand même vite rentabiliser puisque quand il est là je vois jusqu'à 10 patients de plus par jour.

Et en quel sens cela joue aussi sur votre stress ?

J'ai quelqu'un sur qui m'appuyer. Si je dois joindre l'hôpital et que je dois perdre 10 minutes, c'est pas grave, c'est pas moi qui les perd. Je suis moins en train de m'agacer au téléphone à me dire qu'ils ne vont pas répondre aujourd'hui. Parce que mes secrétaires elles ont pas le temps de faire ça, c'est pas possible, le téléphone il sonne non-stop, elles ont 6 lignes téléphoniques donc elles peuvent pas bloquer les lignes pour prendre le temps d'appeler à droite, à gauche intel ou intel. Et l'assistant si j'ai besoin d'appeler quelque part il est disponible pour faire ça, de rappeler si ça ne répondait pas etc. Après si je dois expliquer il vient avec le téléphone et c'est moi qui explique. Mais au moins c'est pas moi qui me suis embêtée sur toute l'attente téléphonique.

Donc ce sont des petits détails, mais ça simplifie la vie quand même, c'est plus confortable. Mais bien sûr ça ne peut pas convenir à tous les médecins, y'en a qui aime pas. Mais moi ça me correspond bien.

Que vous évoque l'idée de la création de ce métier sur l'évolution de l'exercice de la médecine générale ?

Quelque part, c'est venu parce qu'il y a pénurie de médecins, s'il y avait pas eu de pénurie de médecins y'aurait pas eu besoin de créer ce poste d'assistants médicaux, maintenant la situation elle est ce qu'elle est, ça sert à rien de râler, il faut trouver des solutions, donc pourquoi pas. C'est une solution qui me permet de me consacrer à la médecine pure. J'ai travaillé plusieurs mois aux urgences, bah aux urgences, on passe de box en box, en faisant que de la médecine et y'a l'infirmière qui pallie à tout cet administratif aussi donc au final ça ne me choque pas plus que ça.

Après ça peut être sympa aussi, après coup, à la fin de la consultation, d'échanger aussi en disant « qu'est-ce que t'en as pensé, il avait l'air pas bien moralement ». C'est intéressant aussi parfois de travailler à 2, d'avoir un autre avis plus neutre, parce que parfois on peut penser des trucs, et en fait on se fait des idées, c'est une idée perso, est-ce que vraiment on a bien détecté le malaise du patient ou quelque chose comme ça. Donc ça peut être intéressant aussi, parce que cette idée de travailler tout le temps seul, c'est pesant aussi. Ça permet de discuter des dossiers et même hors contexte médical, ça peut apporter aussi sur le côté social puisqu'on en fait beaucoup. Et puis les gens ils se sont déjà habitués, ça fait qu'un mois qu'il travaille avec moi mais il est pas là tout le temps et les gens l'ont remarqué, ils m'ont dit « ah bah il est pas là aujourd'hui ? ». Donc voilà en amont les gens, ils aiment bien aussi, ça fait quelqu'un en plus pour discuter. Par exemple quand j'ai un couple, que je suis en train d'examiner un dans la salle d'examen, bah l'autre patient se retrouve pas finalement seul, il y a un dialogue qui peut s'instaurer avec l'assistant médical. Et ça peut aussi décontracter certaines personnes, faut pas voir que le côté conflictuel, ça peut quand même amener plus d'humanité dans ce qu'on fait, de pas être dans une relation paternaliste, tout seul avec son patient, d'être celui qui commande et au final ça créé un fossé avec les gens. Le fait d'avoir quelqu'un qui n'est pas médecin, c'est moins impressionnant pour les gens et puis ils peuvent se dire que c'est quelqu'un qui les comprend mieux aussi. Ça peut être intéressant étant donné que parfois, socialement, on peut se confier plus facilement à une personne plutôt qu'à une autre, le feeling peut mieux passer avec l'assistant médical par exemple. C'est pas parce qu'on est médecin qu'on comprend mieux que d'autres, faut rester un petit peu humble aussi. Sur une période de facturation par exemple, si y'a des gens qui peuvent être mal à l'aise face à moi, bah là face à mon assistant ils peuvent dire « je m'excuse, j'ai des problèmes financiers », quelque chose qu'ils n'auraient pas osé me confier à moi. Tous les cas de figure sont possibles.

Vous avez eu un retour d'expérience sur les assistants médicaux avant de vous lancer ?

Non, pas du tout, je suis comme ça, je me lance. L'opportunité était là, j'étais fatiguée, un peu à bout de nerf aussi avec cette période de covid. On m'a dit est-ce que vous voulez de l'aide, j'ai pas réfléchi plus loin, j'ai dit oui. Je me suis complètement lancée, j'ai pas eu d'hésitation. J'essaye, on fait tout pour que ça fonctionne et on verra bien.

Effectivement prendre plus de patients, ça peut faire peur, mais moi, faire plus de médecine dans la journée, ça me dérange pas, du moment que je lâche l'administratif, au final je fais pas plus d'heure. Moi ce qui m'intéresse, comme en plus je déteste faire les papiers, c'est pas mon truc, donc là ce qui m'intéresse c'est que je fais plus de médecine quoi.

Mais ça dépend du caractère il y a des gens qui aiment bien la dualité et pas tout le temps faire de la médecine toute la journée, voilà il faut que ça corresponde à chacun. Moi je suis moins fatiguée à faire que de la médecine, je me suis pas pris la tête avec la messagerie sécurisée, je me suis pas pris la tête à essayer de faxer les courriers, je me suis pas agacée donc je suis moins fatiguée à la fin de ma journée. Mais il y a des médecins qui peuvent se dire, je vois

plus de monde, on me soumet plus de problèmes, ça me soule plus. On est tous différent dans le travail.

L'assistant médical, c'est modulable, c'est ça qui est agréable donc on fait en fonction des besoins.

Vous ne preniez plus de nouveaux patients avant ?

Oui j'avais limité mais là j'ai rouvert. J'ai surtout voulu anticiper le départ à la retraite de mes confrères, parce que c'est pas quand ils vont être partis que j'aurais le temps de former quelqu'un. Si je le fais pas maintenant alors que mon emploi du temps est encore vivable, je le ferai pas dans 3 ans, c'est pas possible, c'est pas une fois qu'on est débordé, sous l'eau, qu'on peut prendre le temps de former quelqu'un.

Je me suis dit puisqu'on peut commencer maintenant avec les aides financières, autant que je le prenne maintenant, et puis si les aides s'arrêtent et que je peux plus garder mon mari bah on arrêtera, c'est plus facile parce qu'après je sais qu'il va falloir répondre à un besoin lors du départ à la retraite de mes confrères et que ça risque d'être très difficile à gérer. Et trouver quelqu'un d'opérationnel à ce moment-là alors que y'a pas d'expérience dans ce domaine, au moins là je saurais qu'il est formé, ça permettait de pas être dans une situation d'urgence dans 3 ans quand ça sera le bazar. Toute aide est bonne à prendre aujourd'hui parce que c'est pas si évident que ça.

Et les gens ils ont quand même l'impression qu'on n'est jamais disponible, combien de fois j'ai entendu « les médecins avant on pouvait les joindre facilement ils étaient tout le temps là... » bon ça fait pas plaisir de se prendre ça dans la figure alors que tu fais je sais pas combien d'heures par semaine. Déjà les gens pensent qu'on s'occupe moins bien d'eux qu'avant donc on a des efforts peut-être à faire et toute aide peut être intéressante dorénavant.

Entretien 6

Comment vous présenteriez-vous sur le plan professionnel ? Quelles sont vos conditions d'exercice ?

J'ai beaucoup remplacé dans le cabinet où je suis collaborateur actuellement. Je m'y suis installé après 2 départs à la retraite consécutifs. Je suis installé depuis novembre 2019. J'ai 37 ans. On est 3 généralistes dans une MSP rurale avec IDE, psychologue, podologue. Avant ils étaient 4 généralistes à temps plein et il y avait du boulot à en plus pouvoir.

De quelles aides humaines ou matérielles estimez-vous disposer à l'heure actuelle pour vous libérer du temps médical ?

Bah la secrétaire qui est là en physique, elle fait de la paperasse, du rappel de patients. Elle fait pas mal de choses, donc elle scanne les courriers, ce qui était pas le cas avec mes prédécesseurs qui étaient en retard sur les dossiers alors là elle est en train de rattraper le retard. Elle oriente de temps en temps quand j'ai pas trop le temps donc elle donne les coordonnées d'autres intervenants par exemple. Là j'ai voulu avoir un avis dermato donc je fais passer par elle pour qu'elle appelle les autres médecins. Elle fait plein de choses, j'ai du mal à bien tout énumérer. Sa présence est indispensable, je ferais pas sans secrétariat, pour tout l'administratif. Elle fait les contrats pour les remplaçants tout ça oui. Il y a aussi un télésecrétariat qui est en complément mais il y a pas de prise de rendez-vous par internet.

Pouvez-vous me décrire le déroulement selon vous d'une journée parfaite dans votre cabinet de médecine générale ou à l'inverse ce qui fait que vous passez une mauvaise journée, qui vous stresse ou qui vous énerve ?

Alors, ce qui me stresse ou qui m'énerve, c'est comme tout le monde, c'est quand il y a des urgences, forcément pas prévues, ce qui peut arriver quand même relativement souvent. Il y a aussi beaucoup qui se pointent sans rendez-vous. Ce qui est pénible aussi c'est quand ils viennent pour une seule consultation avec plusieurs personnes à voir en fin de compte, ils sont parfois 2 ou 3. Donc moi par contre pour ça dès que je suis arrivé, j'ai direct mis un papier stipulant tout ça, c'est-à-dire effectivement une consultation c'est un motif, bon ça on dépasse toujours, c'est 2/3 mais au moins c'est cadré un peu et puis effectivement, une consultation c'est une personne. Sinon ce qui me fait dégoutiller que j'en ai viré pour ça, c'est aussi les renouvellements par téléphone si sous prétexte que je suis pas là, ce que je comprends hein je suis quand même très compréhensif, parce que peut-être que c'est dur d'avoir un rendez-vous donc on fait des consultations par téléphone quoi, avant qu'il y ait la téléconsultation etc ... « ah bah il me faudrait le renouvellement de ci,ça, ah mais je peux pas venir, et vous avez vu mon ECBU ? etc ». Ce que je fais en tant normal, mais y'en a qui très clairement abusent et là ça part en clash donc ça peut faire une mauvaise journée. Après pour les urgences, si c'est des urgences justifiées voilà, on râle mais on y va, c'est pas, enfin ça fait partie du travail. Euh ce qui m'énerve effectivement, c'est les urgences ressenties qui n'en sont pas, quand on me dit qu'on a appelé le 15 parce qu'on s'étouffe et qu'en fait on a après la personne en face qui respire comme vous et moi. Bon j'ai pas le réflexe encore mais ouais il va falloir, j'aime pas trop, mais peut-être appliquer un dépassement exceptionnel ou autre parce que mis bout à bout...

Pouvez-vous revenir sur les demandes par téléphone, comment vous les gérez ?

En fait on a un double système, y'a le télésecrétariat qui laisse des messages donc tous les matins, je les regarde, je trie un peu et y'en a auxquels je réponds pas en fin de compte. Je regarde ce qui me paraît le plus urgent et là je réponds et ce qui me paraît pas du tout urgent ou déplacé, en règle générale, pas de réponse, je laisse couler et puis voilà. Et puis il y a la secrétaire physique, qui en règle générale, qui les contacte sinon.

Quand vous parliez aussi des imprévus, c'est tout ce qui peut vous mettre en retard ?

Ouais, sachant que je suis d'un naturel déjà en retard donc je prends du temps effectivement. Après c'est les consultations à tiroir, multi motifs à plus de 5 motifs etc donc euh j'ai toujours du mal en fin de consult à dire « non, là c'est bon, stop, il aurait fallu en parler avant », mais c'est vrai que ça, ça m'énerve. Et après c'est pas forcément de mon ressort mais comme y'a un double secrétariat, parfois il y a des couacs, donc des rendez-vous en doublon ou des erreurs de jour ou d'heure. Alors ça, ça dépend comme je suis, des fois je les vois, des fois je les vois pas. Mais y'en a qui sont un peu habitués de ce genre de problème donc bon, quand ils ont vraiment le papier là je les vois mais sinon...

Ce travail s'intéresse particulièrement au nouveau métier d'assistant médical. Le but de ces assistants serait de « décharger les médecins des tâches pouvant être faites par d'autres » pour « libérer du temps médical ». Ils seront salariés du médecin généraliste qui pourra recevoir une aide financière à l'embauche en contrepartie de laquelle il devra s'engager à accueillir un plus grand nombre de patients. L'assistant médical sera formé en deux ans à mi-temps ou un an à temps plein. L'avenant 7 stipule que l'assistant médical pourrait remplir des fonctions administratives, préparer le déroulement de la consultation ou organiser et coordonner sa prise en charge. Il pourra réaliser des tâches simples sous la responsabilité du médecin : accueil des patients, tenue du dossier médical, prise des constantes et des antécédents, gestion des stocks du cabinet... Son rôle précis sera déterminé par le médecin qui l'emploie.

En regardant vos consultations de la semaine passée, y a-t-il une situation particulière que vous pourriez me décrire pour laquelle vous auriez eu besoin d'un assistant médical ?

Peut-être les prises de constantes à la rigueur, c'est un truc tout bête hein, mais pour l'histoire de l'effet blouse blanche etc, ils arrivent ils sont un peu hypertendus, mais du coup je le laisse toujours 5 minutes, je fais autre chose en attendant, je remplis le dossier etc et je la reprends. Peut-être sur cet aspect-là, quand vraiment il y a des tensions un peu limites donc ça pourrait me laisser un peu plus de temps pour faire baisser la pression quoi mais sinon après. L'administratif ça oui, les courriers. Je vois pas véritablement en fait non.

Pour vous à quoi ressemblerait l'assistant médical idéal, que pourrait-il faire pour améliorer vos journées de consultation ?

Dégrossir la consultation éventuellement, prendre les constantes etc, rentrer le côté administratif, le règlement des choses comme ça effectivement, ce sont des choses qui prennent du temps. Comme on peut voir ce qui se fait à l'étranger, dans les centres anglais par exemple, où le médecin finalement il a que le temps médical pur quoi. Ça ça pourrait m'intéresser, après je pense que c'est un peu complexe à envisager. Je pense qu'il faut une structure, des locaux dédiés etc, parce que je pense que je vois pas trop comment il le ferait en restant dans la consult. Il faudrait un local à part etc pour qu'il puisse voilà, accueillir de manière indépendante, qu'on se marche pas sur les pieds dans le même bureau parce que là je pense que ça serait contre-productif. Mais ça permettrait de gagner du temps globalement. En ce moment, à la MSP, mon collègue de 74 ans dit qu'il va embaucher son fils, salarier son fils en tant qu'assistant médical pour lui pour gagner du temps alors c'est pas mon optique à moi, mais il disait que ça serait pour remplir correctement les dossiers, pour les ROSP etc, il a une file d'attente de patients qui seraient pas enregistrés en tant que médecin traitant, donc c'est entre guillemets un manque à gagner. Mais lui il le voit vraiment pour l'apport administratif pur donc je m'étais dit, bon je vais profiter de l'expérience, voir justement comment ça allait se passer avec son fils.

Enfin pour moi l'idée principale que j'en avais c'était vraiment pour l'administratif et aussi un peu à l'exemple des centres médicaux à l'étranger, les dispensaires etc, prendre les constantes et puis voilà.

Dans l'avenant 7, ils donnent aussi comme exemple la liaison avec les paramédicaux etc ?

En général quand on a besoin des paramédicaux, avec le système des MSP, on fait pas mal de réunions, je trouve ça un peu pénible, mais on se connaît du coup. Donc en règle générale c'est moi qui appelle, si j'ai besoin de quelque chose d'une info ou autre, oui je le fais. Après si c'est pour prendre un rendez-vous sans urgence c'est la secrétaire par exemple.

Peut-être que ça peut faire gagner du temps mais bon, c'est un intermédiaire supplémentaire, je pense que des fois on perd un peu en qualité d'infos quoi. C'est toujours mieux que ça soit fait de manière directe, j'ai pas besoin que ce soit formalisé par une réunion ou autre. Pour certains détails pourquoi pas mais j'en ferai peut-être pas un usage récurrent. Après, l'appétit vient en mangeant donc on peut changer ses habitudes parfois.

En ce qui concerne les tâches administratives, les dossiers à remplir etc, comment vous les appréhendez ?

Alors ça clairement, les dossiers, c'est pas ma tasse de thé, j'y connais rien donc, mais bon on en fait pas tant que ça des dossiers MDPH et tout ça, c'est de temps en temps. Mais là c'est pareil, je suis quelqu'un d'assez lent donc quand je suis à une trentaine de patients, après je fais l'administratif donc c'est rapatrié les courriers, les dossiers etc. Mais maintenant j'essaie de faire différemment et je le fais pendant les consultations, j'arrête de déborder parce que sinon je rentre chez moi à 9h30/10h donc c'est beaucoup de paperasses le temps de faire un peu redescendre la pression de la journée, de faire la compta, la télétransmission. C'est pas des choses qui prennent énormément de temps, mais c'est la multiplication des tâches, revoir les dossiers, rappeler les gens qu'il faut rappeler pour les biologies pour ceci, pour cela. Tout

ça ça prend du temps et c'est pas rémunérer ou autre. Et encore que maintenant quand je rappelle les gens et que je trouve que c'est justifié, parce que ça a pris du temps, que c'était comme une consultation par téléphone bah j'utilise la téléconsultation. Parce que effectivement c'est du temps médical qui est utilisé...

Et donc pour les dossiers MDPH etc maintenant je prends plus sur mon temps personnel pour les remplir, les patients qui disent « ah oui j'ai ce dossier aussi mais ça vous avez qu'à le faire en fin de journée » je dis non non, ça prend le temps que ça prend, le rendez-vous sera quand il sera mais je bloque une consultation pour le faire.

Quelles sont vos craintes ou hésitations quant à la délégation de tâches ?

Alors oui déjà y'a la responsabilité, si y'a une erreur. Souvent on dit qu'on est mieux servi que par soi-même.

Y'a aussi le problème de la compétence mais je vois pas encore très bien quelle formation ils auront. J'imagine que pour le moment ils sont formés sur le tas quoi. Pour reprendre l'exemple de mon collègue, son fils est infirmier je sais pas si il devra suivre une formation spéciale. Hormis l'administratif même si je pense qu'ils savent le gérer, je pense qu'un infirmier ça serait quand même une perte enfin il serait surqualifié et puis il faudrait vraiment que ça lui plaise, qu'il ait décidé de ralentir un peu parce que bon c'est pas très stimulant non plus.

Mais sinon moi mon gros frein, c'est l'histoire du salariat. Donc salarié quelqu'un ça veut dire qu'il faut vraiment avoir une activité, donc à temps plein et être sûr de son activité, on est jamais sûr de rien. Après c'est comme tous les salariés, avec l'histoire des arrêts de travail etc. Dès qu'on a un arrêt de travail, un accident de travail, une grossesse j'ai l'impression que c'est un peu galère à gérer.

Et mon autre gros frein, c'est vraiment la contrepartie, c'est OK y'a une aide mais sous réserve que vous augmentiez votre patientèle, donc ça c'est le gros frein.

Et pour augmenter ils disent de faire des consultations de 10 minutes donc bon même en enlevant beaucoup d'administratif, compresser une consultation à 10 minutes c'est dangereux, voire pas faisable du tout. Bon on le fait bien en 15 avec l'administratif mais bon le but c'est pas de perdre ce qu'on a gagné.

Dans quelles mesures pensez-vous que la présence de l'assistant médical pourrait améliorer la prise en charge et l'accès aux soins du patient ?

Tout reste à définir dans son rôle, parce que pour de l'administratif pur, oui vérifier que tout soit bien à jour, les dossiers etc..

Et puis pour l'accès aux soins, on a les tarifs les plus bas d'Europe, si vraiment y'a des soucis y'a la CMU, et si quelqu'un est dans le besoin je le fais pas régler donc tout est déjà en place. Parfois avoir quelqu'un en plus ça aide pas, on le voit bien avec les secrétaires, quand ils disent « non ça vous regarde pas », ça dépend des gens y'a des bavards et puis y'en a qui parlent moins. Mais pour moi je vois pas ça comme un élément qui rentrerait en compte dans la prise de décision.

Après nous on est en milieu vraiment rural hein, avec une patientèle qui est parfois gonflée l'été, beaucoup d'Anglais. Et les gens ont pris l'habitude de venir pour des trucs, des chocs anaphylactiques, un gars qui s'est pointé avec un bout de sa baie vitrée dans la carotide. Ce genre de truc c'est l'horreur, on se dit mais qu'est-ce qu'on fait avec ça. Du coup le réflexe des gens c'est que même si ils sont pas du cabinet ou que leur médecin est pas dispo ils viennent. Les urgences c'est 40 minutes donc c'est peut-être ça qui détériore leur accès aux soins, je sais pas.

Et en fait avec la présence de l'assistant médical il est prévu d'augmenter la patientèle pour permettre à tout le monde d'avoir un médecin traitant

C'est vrai que moi j'ai des demandes tous les jours de déclaration de médecin traitant mais parfois je dis non parce que je pense rester ici 2 ans, je sais pas si je vais prolonger donc je veux pas m'engager avec des patients qui retomberont sur le dos de mes confrères après. Je pourrais dire oui à tout le monde mais j'ai pas envie d'être pieds et poings liés. En sachant qu'ici on a une population vieillissante donc c'est pas facile tous les jours mais j'essaye de pas faire de visite, donc passer un certain âge ça devient compliqué donc moi je freine des 4 fers, déjà je fais des renouvellements de 6 mois, sinon on est débordé. Après je refuse pas les gens, j'accepte de les voir mais je les déclare pas tant pis pour les 40 euros de ROSP, j'en suis pas là. Mais bon je freine des 4 fers parce que je veux pas me faire bouffer, justement j'ai l'exemple des autres médecins qui se font bouffer par la patientèle. Donc voilà en cas d'urgence je les vois, je fais des renouvellements longs. Et de toute façon on est obligé de faire un tri donc on dit non. Après quand j'accepte je dis bien mes conditions mais du coup forcément ils disent oui oui parce que de toutes façons ils ont pas d'autres choix. C'est sûr qu'il y a plein de patients qui se sont retrouvés sans médecin avec le départ de 2 médecins récemment, plus les villages aux alentours, et c'est pareil on a un médecin à côté qui a fait un infarctus, un autre qui a un cancer ... Donc c'est sûr que c'est le gros soucis dans le coin mais je veux pas me mettre la pression par rapport à ça. Moi pour l'instant clairement je suis pas pour augmenter la patientèle après si je décide de rester ça pourra changer. Et je pense que c'est à moi de mettre le cadre, de cadrer les consultations, d'éduquer les gens et ça peut très bien se passer. Mais justement j'attendais avec intérêt l'expérience de mon collègue qui embauche son fils comme assistant médical. Mais aussi très clairement moi j'en été resté sur le fait que bah y'a toujours une contrepartie. On finance l'assistant mais sous réserve de... d'augmenter le nombre de patients, donc de diminuer encore le temps et ça c'est difficile pour moi de ne pas faire pire en 10 minutes. J'imagine que c'est ce que les syndicats avaient comme argument dans les négociations.

Et pour la relation-médecin malade, souvent 15 minutes si y'a quelque chose de vraiment important, ça suffit pas, si ils vont pas bien, on peut pas le faire en 10 minutes quoi. On peut déjà pas le faire en 15 donc forcément on déborde. Non, non, pour moi c'est impossible, 6 patients par heure c'est non. C'est plus la médecine comme je l'entendais, je suis pas vieux hein, mais c'est pas la médecine que je veux faire.

Comment percevriez-vous le fait de recevoir un financement de l'assurance maladie selon des objectifs à atteindre à savoir, accueillir de nouveaux patients ?

Ouais (rires), bah c'est un peu passer un pacte avec le diable, alors voilà. Après, j'apprends à changer mon fusil d'épaule hein, mais bon pour moi c'est quand même un peu être pieds et poings liés, c'est l'impression que j'en ai pour l'instant, si ça se trouve dans 2 ans je parlerai autrement. Ouais, quelque part je trouve que c'est un peu une entrave à la liberté quoi. Donc effectivement, y'aura toujours une contrepartie donc c'est vraiment un gros frein pour moi. Après je dis ça mais bon je suis en train de voir avec l'ARS pour m'aider à financer l'achat d'un échographe pour le cabinet. C'est un peu faites ce que je dis mais pas ce que je fais, mais pour ça je sais pas si il y aura des contreparties, à voir. Mais bon ouais je suis totalement frileux par rapport à ça, à tort ou à raison hein. Mais quand je vois que en règle générale, plus on a d'aides, plus il faut se justifier de ceci ou cela. Je le vois déjà dans les réunions pour la MSP, que de temps pour ça, et encore on essaye de le faire rapidement. Mais bon moi j'ai pas besoin de réunion pluridisciplinaire pour dire que madame intel, il faut faire ci ou ça enfin voilà, moi je prends mon téléphone. On se voit parce que effectivement c'est une MSP, ça fonctionne très bien comme ça. C'est toujours la peur de la contrepartie qui va avec et de toute façon moi je vois ça comme une entrave donc. Après à voir comment il faut respecter ce qui est imposé, c'est-à-dire augmenter le nombre de patients mais de combien quoi. En plus par rapport au financement, il faut rajouter en plus. Mais bon on est censé faire venir du

monde alors peut-être que ça s'équilibre. Mais pour moi c'est se refouttre encore un boulet au pied quoi. C'est encore un truc pour faire gagner de l'argent, pour travailler plus etc pour au final voilà, je pense qu'il y a d'autres manières de faire. Moi je pense pas qu'ils ont consulté le terrain, parce que une consultation en 10 minutes, on sait que c'est pas possible, ils font leur truc dans leur coin. Enfin je pense pas qu'il y ait eu une quelconque prise de température, je peux attester en tout cas que j'ai pas été sollicité.

Entretien 7

Comment vous présenteriez-vous sur le plan professionnel ? Quelles sont vos conditions d'exercice ?

Alors, donc moi j'ai 33 ans. Je suis installé depuis, ça va faire 3 ans que je suis installé. Je suis installé en libéral. J'ai une activité de médecine générale et de médecine du sommeil. J'exerce dans un cabinet de groupe où on est 5 médecins. Je me suis installé à la suite de mon SASPAS dans ce cabinet. C'était une création de poste. Ils étaient 3 puis avec moi 4 et maintenant 5 avec la nouvelle associée.

De quelles aides humaines ou matérielles estimez-vous disposer à l'heure actuelle pour vous libérer du temps médical ?

Bah aujourd'hui, l'aide qu'on a nous, c'est euh la secrétaire à qui on fait faire notre pose de MAPA, enfin de holter tensionnel. Voilà, ça va être les secrétaires. Elle est présente sur place tous les jours de 8h30 à 18h30. Il y a même 2 secrétaires.

Elle fait aussi des actes médicaux, pas uniquement de l'administratif ?

Pour l'instant, non la seule chose qu'elle fait c'est les poses de holter. Parce que après justement il y avait une question de savoir si on la faisait évoluer vers un poste d'assistant médical mais aujourd'hui c'est compliqué de définir un assistant médical.

Et donc tout cela ça permet de vous libérer du temps médical ?

Oui bah parce qu'elle prend les appels, courriers. Bon voilà, après on a un secrétariat téléphonique et internet et ça nous a permis de dégager du temps de secrétariat pour qu'elles soient moins au téléphone et qu'elles puissent être bah dans tout ce qui est dossiers médicaux et nous aider plus concrètement quoi.

Pourriez-vous me décrire le déroulement selon vous d'une journée parfaite dans votre cabinet de médecine générale ou à l'inverse ce qui fait que vous passez une mauvaise journée, qui vous stresse ou qui vous énerve ?

Ah bah à chaque fois c'est simple, ce qui énerve un médecin euh bah c'est les imprévus, c'est-à-dire que bah si on respectait à chaque fois le type de consultation sur les créneaux prévus, on finirait à la date voulue. C'est l'imprévu, bah c'est comme la semaine dernière, des gens qui arrivent parce que leur enfant s'est ouvert la jambe et qu'il faut faire des points. Oui bah là on le met en salle d'urgence, on attend mais on sait qu'après les consults ou entre 2 il va falloir le recoudre, donc perdre, enfin pas perdre mais ça va nous prendre 30 minutes, ça va décaler les consultations et voilà. Ou une visite parce que un patient est tombé. Voilà c'est l'imprévu qui va bah manger du temps, chambouler la journée alors qu'on aurait pu avoir une journée confortable comme on l'aurait voulue bah finalement non, c'est un stress en plus. Sinon après, mais ça fait partie de la médecine générale, sinon on ferait urologue, cardiologue et voilà.

Mais du coup c'est plutôt en fait la question de gestion de l'urgence et du temps ou du retard ?

Oui à chaque fois c'est ça, c'est le retard après ça dépend quel médecin, y'a des médecins même quand ils ont 2 heures de retard... Nous on travaille avec un médecin, c'est les anciens médecins, même si ils ont du retard c'est pas grave pour eux, c'est normal, y'a des gens, nous on essaye d'être un peu plus à cheval, mais y'a des médecins ça les gêne pas d'avoir ½ heure ou 1 heure de retard.

Moi ce que j'aime pas c'est une journée qui, où finalement y'a plein d'imprévus, ça nous mange du temps. Le soir on a envie de rentrer chez soi ou de rentrer le midi retrouver sa famille et voilà c'est en coup de vent, c'est ce qui est le plus agaçant, voilà.

Ce travail s'intéresse particulièrement au nouveau métier d'assistant médical. Le but de ces assistants serait de « décharger les médecins des tâches pouvant être faites par d'autres » pour « libérer du temps médical ». Ils seront salariés du médecin généraliste qui pourra recevoir une aide financière à l'embauche en contrepartie de laquelle il devra s'engager à accueillir un plus grand nombre de patients. L'assistant médical sera formé en deux ans à mi-temps ou un an à temps plein. L'avenant 7 stipule que l'assistant médical pourrait remplir des fonctions administratives, préparer le déroulement de la consultation ou organiser et coordonner sa prise en charge. Il pourra réaliser des tâches simples sous la responsabilité du médecin : accueil des patients, tenue du dossier médical, prise des constantes et des antécédents, gestion des stocks du cabinet... Son rôle précis sera déterminé par le médecin qui l'emploie.

Pourriez-vous me décrire si vous avez eu une expérience personnelle de délégation de tâches et quelles sont vos craintes ou hésitations à ce sujet ? Je pense par exemple aux infirmières, aux étudiants en médecine etc.

Alors nous on a des internes qui consultent, voilà, mais la délégation de tâches on en fait pas trop encore nous dans le cabinet, on délègue pas trop les tâches. Euh que dire, ce qu'on pourrait faire après plus tard, parce que même sur Bergerac, partout il y a des projets de MSP, pour travailler avec des infirmières, l'idée c'est de faire de la délégation de tâche derrière. C'est, euh bah c'est tout ce qui est justement ECG, EFR, des actes techniques où en fait on demande simplement à une personne de le faire et après c'est au médecin de l'interpréter pour finir la consultation médicale, un peu comme les ophtalmo avec les orthoptistes. L'orthoptiste fait la partie technique et l'ophtalmo vient interpréter. Bah l'assistant médical aujourd'hui, c'est cette vision là que nous on a, c'est mâcher, pré-mâcher la consultation, commencer le travail.

Et personnellement, vous parliez de votre secrétaire qui fait la pose de holter ?

Oui alors on l'a formée, après poser un holter tensionnel c'est pas trop dur, c'est nous qui l'avons formée. Elle s'en sort très bien et maintenant elle sait mieux les poser que nous, bah parce que c'est elle qui les pose.

Et au sein du cabinet il y a eu des hésitations à lui confier cette mission ?

Non, non, non pas du tout parce que c'est quelqu'un de très compétent, même nous on est frustré qu'elle fasse que ça parce que c'est une secrétaire qui est vraiment une amie. Et c'est pour ça qu'on avait pris du secrétariat téléphonique, pour lui dégager du temps, parce qu'on quand on a des gens qui sont très compétents, si c'est juste pour décrocher un téléphone et dire « oui », « non », c'est pas non plus super. On veut qu'elle fasse plus.

Sinon, à Bergerac donc y'a le pôle de santé, y'a la CPTS et aujourd'hui, donc c'est vrai que la CPTS c'est très très gros. Mais donc les cabinets en dessous, par exemple nous, on va peut-être s'organiser en MSP pour justement travailler avec les infirmières et faire de la délégation d'actes.

Alors après au niveau des craintes, y'a toujours, les actes délégués, quand on en parle avec les médecins libéraux, ils se méfient toujours que les actes délégués nous soient pas non plus

retirés. Y'a beaucoup de médecins, notamment bah si on prend par exemple l'histoire des gynécos, les gynécos ils trouvent qu'on a délégué les actes au départ aux sages-femmes et maintenant elles peuvent le faire et ils ont l'impression d'être en concurrence. C'est que finalement elles font sans forcément avoir toutes les compétences. On peut le voir par exemple nous avec des sages-femmes qui sont censées s'occuper de la contraception, dès qu'il y a un problème elle vous appelle, un problème sur un bilan lipidique elle vous appelle alors on a envie de leur dire, bah vous prescrivez, vous faites, au bout d'un moment il faut assumer, il faut aller jusqu'au bout. Mais après la crainte qu'on peut avoir, c'est certaines consultations, ce sont des actes qui sont réservés aux médecins, bah de dire un jour ces actes là ils sont délégués, bah vous voyez finalement les médecins ça peut être remplacé par les infirmières puis finalement bah elles peuvent aussi faire l'interprétation donc on n'a plus besoin de vous puisqu'on n'est plus obligé de passer par un médecin. C'est la même chose bah avec les ophtalmos qui veulent pas laisser les bilans optométriques aux opticiens, c'est voilà, c'est toujours la même chose. La crainte, je pense que, des médecins, même des syndicats de médecins libéraux, c'est exactement ça c'est que les gens soient squeezés, quoi. Les gens se diront bon bah y'a plus besoin de voir le médecin, qu'est-ce qu'on va faire chez le médecin, si on nous enlève tous les actes, l'interprétation... Euh déjà qu'on fait assez de paperasse, des fois on a l'impression qu'on nous fait faire beaucoup d'administratif donc si aujourd'hui, je parle des assistants médicaux, ça nous permettrait certainement de remplir, de faire cette partie-là administrative, qui est de plus en plus prenante.

Donc qu'est-ce que vous pourriez déléguer, vous comme tâches ?

C'est vrai que par exemple les tâches administratives, ça peut être bah remplir tous les bons, de scanner, d'IRM après faire les demandes par exemple Via Trajectoire pour les maisons de retraite, c'est remplir un dossier, hein, c'est pas forcément au médecin de le faire, recopier ce qu'il y a dans un logiciel c'est pas si dur que ça à faire. Euh c'est par exemple faire les renouvellements de demande d'ALD euh ou par quelqu'un qui est formé si il suit les dossiers on peut même faire un débrouillage sur les biologies médicales, quand y'a rien de particulier il classe et si il y a un soucis il met de côté, enfin voilà, c'est toutes ces choses-là qui peuvent nous prendre du temps notamment en fin de soirée, où on reste au cabinet, où quand la dernière consultation elle est finie, bah y'a tout ce travail administratif à faire, c'est là où l'assistant médical, dans la journée, bah il pourrait avancer le travail pour que le médecin il ait moins à faire. Donc ça c'est le côté administratif. Après sur le côté médical bah on peut déléguer certainement des actes comme les EFR, les ECG, comme moi je fais du sommeil, les polysomnographies, les polygraphies, voilà, faire l'examen technique. Après bien sûr c'est au médecin de faire l'interprétation. Et après dans l'acte quotidien, la possibilité bah c'est euh la prise de constantes, le motif, voilà faire comme on dit une pré-consultation comme quand on est étudiant qu'on est externe dans des services ou aux urgences où on mâche la consultation, le médecin arrive et voilà. C'est comme ça dans certains pays hein. Après si ça évolue vers cela c'est vrai que la relation médecin-patient ça risque d'évoluer parce qu'on aura peut-être moins le côté humain, ça sera plus le côté technique parce que on connaîtra plus forcément les gens, les gens viendront, bon c'est un problème médical, il vous a constaté, vous avez bien mal à l'oreille, ok, vous regardez l'oreille, c'est une otite, merci, au revoir bon c'est une otite donc euh voilà ... Et même nous enfin on y a pensé dans notre cabinet parce que le cabinet qu'on a fait il est assez récent. On s'est dit ça se trouve dans quelques temps bah les bureaux, on en fera un bureau et 2 box comme aux urgences. Dans la construction, ce qu'on a fait c'est quelque chose d'assez modulable, parce qu'on s'est dit ça se trouve un jour euh ça évoluera comme ça. Un peu plus comme des urgences, clairement aujourd'hui quand on nous propose des postes d'assistants médicaux on demande aux gens d'augmenter fois ... la patientèle médecin traitant ou leur file active de patients, c'est clairement qu'on veut faire plus de

passages. Au bout d'un moment il faut soit augmenter le nombre de bureaux soit changer l'architecture et je pense que ce qui arrivera ça sera justement, si tout le monde a un assistant médical, ils vont pas consulter ensemble dans le même bureau donc euh oui comme des petites urgences voilà.

Pour revenir sur la relation médecin-malade comment vous percevez le fait de perdre ce qui faisait un peu le « charme » de la médecine générale ?

Oui, forcément ça fait un peu peur parce que le temps de consultation sera moins long, si vous avez une personne à voir, parce qu'on départ ils avaient sorti des chiffres, 6 par heure, dans les négociations avec la CPAM, ils demandaient aux médecins à ce moment-là de voir 6 patients par heure, c'est 10 minutes. Donc en 10 minutes, vous rentrez, vous faites le diagnostic, vous dites à l'assistant médical bah allez hop faut lui sortir l'ordonnance et vous partez dans un autre box et hop et ainsi de suite donc euh c'est moins personnalisé.

Si on regarde les consultations que vous avez eu la semaine dernière par exemple, vous pouvez me décrire une situation où vous auriez pu avoir besoin d'un assistant médical ?

Euh, tous les jours on peut en avoir besoin euh pour constater, pour faire les papiers des fois à la sortie où quand il faut faire des courriers, des bons d'examens, ça nous ferait gagner du temps parce que vous passez à autre chose. Encore une fois c'est pas du temps médical, c'est du temps administratif, voilà donc euh il y a pas une consultation particulière, toutes. Ça serait comme une secrétaire on peut dire un peu personnalisée oui oui enfin moi je pourrais en avoir tout le temps besoin. Pour plein de motifs, enfin y'a pas de motif particulier, ça dépend de la fonction qu'on lui donne dans son cabinet.

Ces tâches-là que vous lui confieriez, vous considérez qu'elles ne font pas parties de votre formation de médecin ?

Ça fait forcément partie de notre formation, c'est pas non plus le plus passionnant dans le sens où l'administratif où nous l'apprend à notre passage à la CPAM pour remplir les demandes ALD, les arrêts de travail, ça fait partie du travail mais c'est ..., on préfère examiner les gens, faire les diagnostics donc voilà, c'est du travail médical, c'est pour ça qu'on appelle ça un assistant médical mais c'est voilà, c'est pas obligé que ça soit un médecin qui le fasse, c'est pas du soin. C'est pas le plus intéressant, bah moi j'ai pas fait médecine pour remplir des papiers. Ça nous ferait vraiment modifier les choses, l'assistant médical, faut pas qu'il soit là, à regarder les murs donc faut lui trouver une fonction, une salle euh voilà.

Le médecin généraliste s'engage, pour percevoir l'aide financière, à prendre davantage de patients, de façon proportionnelle à la taille initiale de sa patientèle, plus elle est conséquente, moins il aura à accueillir de nouveaux patients.

Comment percevriez-vous le fait de recevoir un financement de l'assurance maladie selon des objectifs à atteindre ? Dans quelles mesures pensez-vous pouvoir accueillir de nouveaux patients si vous bénéficiez de l'aide d'un assistant médical ?

Nous ils nous l'ont présenté, tout simplement les 3 premières années c'est une carotte et puis après une fois que l'assistant médical est là, qu'il y a plus de patients. Donc forcément plus de patients, plus de revenus après c'est à vous de le payer. C'est une carotte au départ pour aide à inciter les médecins à mettre en place un assistant médical mais encore une fois un petit frein c'est qu'aujourd'hui la grille des rémunérations, on sait pas exactement comment les payer, enfin sur quelle grille, on sait pas exactement euh quelle formation leur donner donc c'est un peu compliqué. Après forcément bah quand on vous donne des financements publics, derrière il y a des objectifs, enfin ce qui est normal. C'est comme la CPTS et tout aujourd'hui, au niveau public on vous donne de l'argent, c'est un engagement hein, c'est un engagement. Après aujourd'hui, nous le seul soucis c'est que si on prend un assistant médical pour

augmenter la patientèle dans le cabinet ça va être compliqué parce que déjà les plannings sont pleins donc euh la seule façon de faire plus c'est modifier au niveau architectural, ou en ayant plus de cabinet, ou faire consulter l'assistant médical dans un box d'urgence ou faire faire ouais des actes comme ça mais ça s'organise. Et pareil autre chose, aujourd'hui, y'a autre chose qui est compliqué dans l'assistant médical, notamment dans la définition de la sécurité sociale, c'est qu'il est rattaché à un médecin, c'est-à-dire que par exemple, nous, on s'était proposé dans le cabinet on est 5 médecins, de prendre 3 fois 1/3 temps donc embaucher un assistant médical à temps plein, ça c'était une option mais il est rattaché à un médecin, c'est-à-dire que le médecin touche je sais plus, 12 000 euros il me semble de mémoire. Donc du coup ça engage les médecins qui ont signé alors que, nous, le but d'avoir un assistant médical ça serait pour les 5 médecins et ça c'est pas possible, alors ça ça va peut-être évoluer parce que je sais qu'il y a des cabinets municipaux qui ont fait la demande d'assistant médical mais rattaché au cabinet ou à la maison de santé et pas spécialement aux praticiens. Donc on va voir parce que si ça se fait d'un côté, ça va permettre de l'étendre, pour l'instant c'est pas le cas. Et ça aussi c'est un frein, c'est un frein parce que si on est pas en partage d'honoraires, en SCP, ça c'est un frein et aujourd'hui, nous on l'a fait remonté à la CPAM. On peut pas avoir un assistant médical pour plus de 3 médecins, faire 1/4 temps ou 1/5 temps, euh ils ont fait plein temps, 1/2 et 1/3 temps et donc quand on est plusieurs c'est pas possible ou il faudrait dire on est 5 donc on en prend 2. Mais à la fin voilà il faut le payer donc faut vraiment augmenter ses consultations.

Vous dites que vous ne pensez pas pouvoir accueillir de nouveaux patients, c'est déjà le cas ?

Alors euh, là sur Bergerac c'est un peu particulier, il y a eu beaucoup d'installations donc on refuse pas de nouveaux patients dans le sens où, nous en plus y'a une collègue qui s'est juste installée, mais sur Bergerac aujourd'hui y'a plus beaucoup de refus parce que avec toutes les installations ça a absorbé tout le nombre de personnes qui étaient sans médecin traitant donc euh on n'a pas de demande particulière, on n'a pas de refus comme on n'a pu avoir il y a 2 ou 3 ans. Mais voilà dans quelques temps ça se trouve, l'assistant médical ça peut pourra peut-être nous permettre euh de régler peut-être le problème des médecins plutôt à la périphérie de Bergerac, qui travaillent à 10/15 kilomètres de Bergerac, qui arrivent à la retraite, qui trouvent pas de successeurs et peut-être que là ça pourrait être intéressant d'avoir un assistant médical, faire des actes délégués, peut-être de la téléconsultation avec des gens formés.

Tout à l'heure vous parliez de la durée de consultation qui serait réduite à 10 minutes, ça aussi c'est un moyen de prendre plus de patients...

Ouais, ouais mais ce qu'il faut c'est aussi doubler les consultations... Et c'est aussi un problème on va dire de philosophie, de la relation médecin/patients, qu'est-ce qu'on veut. Si on veut bah comme être aux urgences, hein, un urgentiste il connaît pas ses patients, ils viennent, ils ont un problème médical, on règle le problème médical, merci au revoir. Euh le truc quand on exerce la médecine générale souvent c'est plus bah pour connaître ses patients, leur histoire, leur vie, leur mode de vie, tout ce qui fait la médecine générale quoi. Quand un patient tombe malade, celui-là vous savez que vous pouvez le laisser à domicile parce qu'il est encadré, il a ses enfants qui sont là, mais celui-là non, ça va poser problème, il va falloir l'hospitaliser parce qu'il est isolé, il est tout seul et voilà c'est une prise en charge, comme on dit la médecine, l'art de la médecine, c'est une prise en charge psycho-sociale. On a peur qu'avec l'assistant médical on tombe euh que dans le médical et c'est aujourd'hui ce qui se passe un peu, c'est ce qu'on demande, c'est au médecin, faites l'acte médical, on s'occupe pas du social, on s'occupe pas trop du psychologique. C'est ce qui se passe dans les hôpitaux aujourd'hui hein, on met des œillères, on fait le médical, on est payé pour le médical, c'est ce qu'on demande aux médecins. Bah là on nous demande à peu près la même chose. On nous paye, pour voilà, parce que c'est un peu le discours aujourd'hui qu'à la sécurité sociale, on

vous paie, alors qu'en fait ils nous paient pas, ils remboursent des gens, pas en direct mais bon. Euh voilà c'est un peu ça qui peut être vexant c'est voilà, imposer la vision, enfin cette vision aux médecins et qu'on perde un peu de notre liberté d'exercer dans nos pratiques hein. Comme on peut le voir avec le ROSP, ou voilà comme quand on nous demandait de mettre les gens sous statines alors qu'il y avait trop de choses à dire. Voilà c'est là où le médecin peut avoir vraiment une perte de liberté, ouais.

Entretien 8

Comment vous présenteriez-vous sur le plan professionnel ? Quelles sont vos conditions d'exercice ?

Je suis installé dans un cabinet de médecine générale depuis 1972. J'ai 75 ans, donc ça va bientôt faire 50 ans que je suis installé. Le cabinet maintenant est devenu une maison de santé rurale avec pas mal d'évolution. Le problème c'est qu'on a été 5 médecins généralistes il y a 5/6 ans dans cette maison de santé et on est plus que 2 et demi. Les autres sont partis à la retraite et il y a un collaborateur qui est là 2 jours par semaine. Et l'autre médecin mon associé, il est plus jeune que moi mais il a quand même 62 ans. Donc bah ça veut dire que effectivement il faut trouver des solutions et que mon fils qui a 50 ans qui est infirmier libéral a décidé de changer de vie et de revenir dans la région donc je lui ai proposé de devenir mon assistant médical, tout ça pour résoudre un peu, pas complètement, le problème de notre emploi du temps un peu dément quoi.

Pouvez-vous me décrire le déroulement selon vous d'une journée parfaite dans votre cabinet de médecine générale ou à l'inverse ce qui fait que vous passez une mauvaise journée, qui vous stresse ou qui vous énerve ?

Alors une journée parfaite, c'est ce qui se passe à peu près comme prévu. C'est quand il y a pas trop d'urgences, pas trop d'imprévus dans les consultations, pas trop besoin de quitter la consultation pour aller sur place parce que ça ça arrive que le 15 nous appelle pour aller absolument sur un arrêt cardiaque etc... Parce que ça aussi on est quand même à 25/30 km du SMUR, que ça soit sur Bergerac en Dordogne sur Marmande dans le Lot et Garonne puisqu'on est à la limite des 2 départements.

Donc une journée qui se passe bien c'est une journée où il y a pas trop de pression, pas trop d'imprévu, où on arrive à peu près à respecter le planning qu'on a à l'avance parce qu'on consulte sur rendez-vous.

En gros je donne un rendez-vous tous les quarts d'heure mais sans donner le quatrième pour anticiper justement les imprévus et avoir un peu de marge ou bien même si j'ai pas rajouter de patient, je peux faire durer la consultation un peu plus longtemps et au final si elle dure 20 minutes ça me va mieux que 15 minutes parce que j'aime bien aussi prendre mon temps. Et 20 minutes pour une consultation ça me paraît bien le plus souvent.

Par contre une mauvaise journée, c'est peut-être d'abord et avant tout les agressions. Les agressions de la secrétaire parce que les gens peuvent pas voir de rendez-vous. Les agressions des gens qui s'imposent et qui peuvent être violents verbalement, ça ça arrive. Et c'est aussi quand tout est compliqué, on peut pas avoir les correspondants, on peut pas avoir les hôpitaux, on ne peut pas avoir de réponse à nos demandes. D'où justement l'intérêt pour les assistants médicaux de régler ces problèmes de communication et aussi que les gens ne s'entendant pas dure le docteur il a pas de place avant 15 jours, parce qu'on est des généralistes et qu'on n'a pas le droit de pas avoir de place dans un délai convenable.

Pour vous à quoi ressemblerait l'assistant médical idéal, que pourrait-il faire pour améliorer vos journées de consultation ? Quelles tâches quotidiennes aimeriez-vous déléguer ?

Alors moi ce que je vais surtout déléguer à mon assistant médical, c'est que je vais lui confier cet espace qui existe entre l'accueil du secrétariat et le médecin, c'est-à-dire tous ces gens qui se bousculent, qui veulent un avis médical, qui veulent un rendez-vous en urgence. J'aimerais qu'il gère un peu ce trop-plein, et que les gens s'entendent pas dire il y a pas de solution, parce que c'est pas la faute des gens non plus si y'a plus de médecin. Donc qu'on essaie de donner une réponse aux gens, que ce soit par le téléphone, que ce soit par la téléconsultation, de créer un sas et peut-être de créer aussi une consultation sans rendez-vous ce qui existe plus. Mais que les gens puissent savoir que tels jours ou telles matinées dans la semaine ils vont pouvoir venir, qu'il y aura de l'attente mais qu'on les recevra.

Les patients seraient vus d'abord par l'assistant médical qui examinerait, qu'est-ce qu'il ferait exactement ?

Donc l'assistant médical, si par exemple ce sont des gens qui sont jamais venus il fera la partie administrative, le dossier, les antécédents sur Hellodoc. Après si ils sont déjà venus ce qui sera plus souvent le cas, il ouvrira le dossier, il commencera un début d'observation le motif de consultation etc, mais il peut aussi prendre une tension, commencer un renouvellement éventuellement etc. Mais il y aura toujours derrière de tout façon un temps médical mais qui sera j'espère raccourci, un temps médical avec d'abord avis diagnostique, réalisation de l'ordonnance, conseils hygiéno-diététiques ou autres si besoin. Pour chaque patient vu par l'assistant médical il y aura un avis médical.

Et le bénéfice en fait de la raréfaction de médecin c'est quand dans notre maison de santé on a des locaux. Le bureau à côté du mien est vide donc d'avoir un assistant médical à côté de mon bureau ça permet effectivement une souplesse dans le fonctionnement. Les locaux font parties aussi de la façon de fonctionner. Ils permettent à ce que l'assistant interroge, commence à la fois le côté administratif et le côté médical.

Et comment vont se répartir les tâches entre l'assistant médical et la secrétaire ?

Bah la secrétaire elle gère vraiment tout ce qui est courrier, agenda, les gens à gérer au téléphone. L'assistant médical il aura surtout une fonction de consultation. Parce que le secrétariat peut pas régler totalement l'urgence et mon assistant médical pourrait gérer la part médical et il pourra un peu faire le tri de tout ce qui est urgent ou pas. Il sera en capacité de prendre les appels des patients que le secrétaire lui transférera et de juger si oui ou non la demande est urgente. Et pour ça on va développer aussi un peu plus la téléconsultation avec l'assistant et avec moi et je pense que effectivement la téléconsultation ça peut pas tout faire mais ça peut bien aider. Et puis là en ce moment ça peut éviter que les gens se déplacent, les suspicions de covid ou autres.

Et du coup quelles sont les circonstances qui vous ont fait prendre la décision de prendre un assistant et dans quel but en fait ?

Bah la première déjà c'est comme j'ai dit, le flux de patients qui devient trop important et qu'on n'arrive plus à gérer. Et puis j'ai entendu aussi le directeur de l'assurance maladie promouvoir ce métier.

Quelles sont vos craintes quant à la délégation de tâches ou quant à l'intégration d'un nouvel intermédiaire dans la relation médecin/malade ?

Ah bah mes craintes c'est forcément sur le plan de la responsabilité mais en même temps j'ai confiance. Les gens ils ont surtout besoin d'être reçus dans un premier temps, qu'on leur dise d'abord « oui on va pouvoir vous recevoir, vous écouter etc » Après forcément il est pas médecin mon assistant médical, mais il a une formation médicale qui peut aider. Vous savez

en Grande Bretagne, y'a longtemps qu'ils fonctionnent comme ça et contrairement à ce qu'on pense ça fonctionne pas si mal que ça. Mais dans un village du Pays de Galle j'avais lu une expérience intéressante sur un village de la même taille qu'ici, où il y avait un médecin mais il travaillait dans un structure avec 10 personnes, ensemble. Nous on a une maison de santé, bien sûr qu'il y a des paramédicaux mais chacun travaille plutôt dans son coin en fait, enfin on ne travaille pas ensemble pour le même compte quoi. Tandis que là c'est différent, c'est un début de, l'assistant il va travailler comme la secrétaire, il va vraiment travailler avec moi et ça fera un peu ... comme un binôme en fait. Donc moi j'y vois plein d'avantages. Et puis l'assistant médical va avoir une formation quand même. Il va faire une formation d'assistant médical avec un organisme, une formation à la téléconsultation et d'autres formations qui sont en train de se mettre en place.

Et sur la contrepartie du financement de recevoir plus de patients, d'augmenter sa patientèle, comment vous le percevez ça ?

Bah c'est surtout que j'ai l'impression déjà de faire un peu le max quoi et d'avoir l'aiguillon qui fait qu'il faut en voir 10 ou 15% de plus donc ça ça m'enquiquine un peu mais j'essaie de pas trop y penser, j'ai jamais travaillé pour le rendement et la rentabilité. Et ensuite je suis à peu près convaincu que j'ai beaucoup plus de patients réguliers que ceux qui sont vraiment inscrits dans ma liste médecin traitant au niveau de la sécurité sociale. Donc ça aussi mon assistant médical j'aimerais bien qu'il régularise ça en fait, et je pense que du coup ça va déjà bien augmenter le chiffre de patients déclarés. Donc moi je vais le voir comme ça et je vais pas tous les jours faire des calculs pour savoir si j'en ai vu plus ou pas et après on verra par la suite. J'ai pas l'intention, à mon âge d'être totalement sur les phares pour m'inquiéter du chiffre quoi.

Tout à l'heure, nous parlions du temps de consultation de 15/20 minutes qui seraient réduits avec l'assistant médical ?

Forcément, la durée de consultation serait moins longue, même si je reste moi sur une consultation de 15-20 minutes en fait, je vais pas changer ma façon de faire. Mais lui il va entre temps en faire donc j'aurais mes 3 consultations par heure et entre temps, entre les patients j'irai voir les consultations urgentes qu'a pris mon assistant et finaliser avec lui ce qu'il a pu faire. Et ça ça se ferait j'espère en 4/5 minutes et pas en un quart d'heure. Nous ce qu'on prévoit c'est vraiment des consultations en plus, urgentes, j'en verrais 3 par heure, mon programme habituel, et il faudrait que le quart d'heure qui reste j'en vois 3 de plus qui auront été déjà débrouillé par mon assistant médical par exemple. Moi je veux pas bouleverser complètement mon organisation par rapport à l'arrivée de l'assistant médical non, non, je vais juste apporter un soutien supplémentaire, c'est plutôt du dépannage quoi. J'espère que ça va pas changer grand-chose à mes habitudes.

Qu'est ce qui pourrait selon vous encourager les jeunes médecins généralistes à s'installer ?

La première cause c'est qu'on n'a pas formé assez de médecins tout court, c'est la première grande cause et la première grande responsabilité de tous les gouvernements depuis 30 ans. On pensait que moins on formait de médecins, moins on dépenserait d'argent pour la santé. Et c'est sûr que la responsabilité est énorme. Il y a des tas de jeunes qui auraient voulu faire médecine qu'on a barrés, qu'on a refusés au concours d'entrée et qui auraient fait de très bons médecins généralistes j'en suis sûr. Alors est-ce qu'il faut contraindre les médecins à s'installer là où il y a besoin, enfin c'est pas ça le problème. Le problème c'est que non seulement y'a pas de médecins généralistes, y'a pas de médecins pour les hôpitaux, enfin

c'est un fiasco dramatique. Mais c'est surtout un gâchis étonnant et donc c'est ça la première responsabilité.

Après les jeunes, c'est vrai que la nouvelle génération est peut être un peu différente, qu'elle veut un peu moins travailler qu'on l'a fait nous, elles veulent faire moins de gardes qu'on a pu le faire ou être moins disponible. Mais ce sont des fausses excuses, les premiers responsables ce sont les gouvernants depuis 30 ans, on aurait dû former 2 à 3 fois plus de médecins. On le paye aujourd'hui. Il faut arrêter de dire les jeunes veulent pas venir ici ou là, il y a beaucoup de jeunes qui recherchent aussi le milieu rural. Donc même si il y a des jeunes qui font le choix de s'installer en ville ou d'aller à l'hôpital, il y a pas de raison qu'il y en ait pas qui veulent venir à la campagne. Donc je crois que s'il y avait assez de médecins y'en aurait aussi dans les campagnes, ça c'est clair.

Que vous évoque l'idée de la création de ce métier sur l'évolution de l'exercice de la médecine générale ?

On joue les pompiers un peu, il faut éteindre le feu, là c'est l'urgence. Il faut combler des trous, il faut trouver des solutions. Et je pense qu'il vaut mieux que des gens à la campagne aient à faire à un assistant médical qui sera aidé, qui sera suivi, qu'à personne. C'est ça le problème encore une fois, on est en situation d'urgence. Donc il faut combler des lacunes que l'on a créée. Maintenant il faut trouver des solutions, donc je pense qu'il va falloir inviter, oui, est-ce qu'il va falloir inventer un métier d'officier de santé ou d'adjoint de santé petit à petit, peut-être mais de toute façon c'est mieux que rien. On ne peut pas attendre qu'on forme de nouveaux médecins, même si ça serait l'idéal mais là on est dans une situation urgente. On était 5 médecins et là on est 2,5 dont moi qui ait 75 ans et un autre de 62...

Et dans nos campagnes, moi j'interviens par exemple dans 3 maisons de retraite, j'ai une clientèle de personnes âgées que je suis à domicile, si un jour y'a plus personne pour aller voir ces gens, les accompagner pour les fins de vie, c'est dramatique quoi pour nos campagnes et là les gens vont à nouveau fuir le milieu rural pour se rapprocher de zones où il y a des médecins.

Donc pour moi c'est pas le métier de médecin généraliste que je vois en danger, c'est la vie en milieu rural si il y a pas de soignants autour des gens qui y habitent.

Si un jour y'0 médecin dans mon village je sais pas ce que va devenir le village sincèrement, c'est ça qui m'inquiète plus que le métier de médecin généraliste. Et le médecin généraliste bah il va falloir qu'il s'adapte comme il a toujours fait.

Entretien 9

Pouvez-vous vous présenter sur le plan professionnel ?

J'ai 47 ans.

Je suis installé seul en Dordogne, sur 2 communes en zone d'intervention prioritaire et en zone d'accompagnement complémentaire depuis le mois de septembre 2020. Avant j'étais installé en Guadeloupe. En Guadeloupe, je fonctionnais dans un cabinet de soins non programmés où nous étions 8 médecins et nous fonctionnions avec un personnel d'accueil depuis plus de 5 ans et ce personnel c'était en fait l'équivalent de l'assistant médical. Donc je fonctionnais déjà comme ça avant que le métier soit créé. Et en fait c'était des étudiants en médecine de 2^e et 3^e année, c'était comme me leur job étudiant en fait. Ils étaient impliqués comme des assistants médicaux, ils devaient garder le secret médical bien sûr. On savait qu'il ne restait pas parce que c'était en Guadeloupe et qu'ils allaient finir leur cursus en métropole donc on leur faisait des petits contrats de CDD pour que quand ils partent ils nous coûtent pas cher en résumé. On voulait pas d'infirmier ou de personnel régulier. C'est une mise en place

que moi j'ai créé là-bas pour le fonctionnement de notre centre d'accueil en fait. J'étais dans un centre médical de soins non programmés avec 38000 passages par an à 8 médecins et on avait un personnel toujours sur place de 9h à 21h, 7 jours sur 7. On partageait tout à 8 médecins dans le cabinet.

Aujourd'hui je suis en train de monter un statut d'assistant médical pour mes 2 projets d'installation et j'ai besoin d'un temps plein parce que j'ai une activité un peu particulière. En résumé, l'assistant médical va me permettre de faire du soin non programmé. Aujourd'hui, on ne peut pas répondre, enfin c'est difficile de répondre à la demande des patients qu'on suit de façon chronique pour des polyopathologies et en plus de répondre à la demande des urgences de patients. Je m'installe sur 2 sites distincts et en fait chaque site va comporter 2 salles d'examen identiques. Et donc ça c'est pour optimiser au mieux le travail et donc je pourrais travailler sur ces 2 salles que si j'ai un assistant médical.

Quel serait son rôle alors à l'assistant médical ?

En fait l'assistant médical il accueillerait le patient dans une salle pendant que moi je vois un autre patient dans une autre salle.

Il aide à l'accueil, au déshabillage, au côté administratif, il prend les constantes, il peut me faire un ECG, débiller ou même faire un pansement. Il peut me préparer des arrêts de travail, faire des saisies de la biologie sur le dossier médical, scanner des documents et aussi passer la carte vitale et faire l'encaissement de la consultation.

Pour la nouvelle configuration j'ai besoin de quelqu'un à plein temps parce que je veux travailler sur 2 salles, ça serait essentiellement pour voir des soins non programmés.

L'assistant médical verra tous les patients avant chaque consultation, moi j'arrive je veux que le patient soit installé, qu'il soit prêt sur la table d'examen.

Dans quelle mesure cela vous permettrait de voir plus de patients ?

Alors, il y a quand même la prise de tension, des électro etc, tout ce que fait l'assistant médical ça me fait gagner du temps puisque je n'ai pas à le faire moi. Donc ça permet de voir plus de patients automatiquement. Et ça moi je considère que c'est des tâches que n'importe qui peut faire, en tout cas que je n'ai pas besoin, moi, de faire. Évidemment la réponse c'est d'avoir plus de temps médical d'une part et à la fin de voir plus de patients aussi. Je peux gagner plus d'actes, faire plus d'actes techniques et voir plus de personnes, sans perdre du temps à faire des choses que quelqu'un d'autre pourrait faire sans problème.

En Guadeloupe, ça a toujours été votre mode de fonctionnement ?

Alors au départ, en Guadeloupe, on a travaillé avec des infirmières qui faisaient ce rôle. Le problème c'est qu'on a eu une infirmière qui était en arrêt de travail très fréquemment parce qu'elle avait des problèmes de santé, donc quand elle a voulu partir, elle a voulu ses indemnités. Et donc prendre des étudiants en médecine c'était beaucoup plus simple, ça évitait les contraintes liées au salariat.

Quel type de professionnel sera votre assistant médical ?

Bah mon assistant médical ça sera ma femme, que je vais former. Elle a un master en marketing, un bac + 5 donc je pense qu'elle sera capable de faire tout ça.

Je vais la former sur le tas pour accueillir les patients et les prendre en charge.

Apparemment dans les 2 ans qui suivent l'embauche de l'assistant médical il doit recevoir une formation spécifique mais pour le moment y'a rien mais ça va être fait.

Comment la présence de l'assistant médical sera perçue selon vous par les patients ?

Je pense qu'il peut mettre de l'ordre dans la salle d'attente, trier les patients et réguler un peu les demandes. En Guadeloupe c'était du soin non programmé donc sans rendez-vous donc le personnel d'accueil permettait de délivrer l'ordre de passage en fait des patients selon l'heure d'arrivée et l'urgence. En fait à ce moment-là l'assistant médical avait sa propre salle où il voyait les patients en premier lieu et ensuite le patient retournait en salle d'attente avant d'être vu par le médecin.

Le fonctionnement ici c'est sur rendez-vous avec des créneaux de consultation urgente, non programmée, pour avoir un rendez-vous dans les 24 heures.

Là je reviens à la médecine générale mais avant en Guadeloupe je faisais pas médecin traitant. La grosse difficulté c'est ça c'est d'être lié à la patientèle par le médecin traitant mais du coup pour voir les soins non programmés c'est compliqué quoi, les médecins ils peuvent plus prendre du soin non programmé.

L'assistant médical il va m'aider pour gagner du temps médical.

Quelle est votre expérience de la relation médecin malade avec l'intermédiaire de l'assistant médical ?

Les patients ont l'impression d'être écouté 2 fois. Avec les étudiants en médecine ça s'est très bien passé. Ils ont l'impression d'avoir une écoute parce que de toute façon c'est ça qu'il veut le patient aujourd'hui, il veut parler. Et là il trouve qu'on l'écoute et qu'on s'occupe de lui en fait. Nous on écoute, c'est une part importante de la consultation mais on a aussi beaucoup de choses à faire et à penser donc peut-être qu'on n'est pas assez à l'écoute. Et donc au contraire je pense que le patient apprécie vraiment.

Après je pense pas qu'il peut se confier plus, pas forcément. Parfois, il veut pas raconter ses histoires à l'assistant, il trie.

Vous aviez des craintes par rapport au contrat avant de signer ?

J'avais des petites interrogations avant de signer le contrat mais maintenant j'opte pour et donc je vais le signer.

En fait avant de signer le contrat, il faut bien définir les tenants et les aboutissants pour savoir exactement dans quoi tu t'engages. Et comme on reçoit de l'argent forcément on a des obligations donc il fallait que ça soit bien défini. Moi je suis nouvellement installé donc j'ai un objectif de patientèle avant la fin de la 3^{ème} année de 872 patients. Donc c'est pas les mêmes objectifs que pour quelqu'un de nouvellement installé. Après dans le contrat on doit aussi s'engager à ce que l'assistant reçoive une formation sous 2 ans.

Avoir un assistant c'est pouvoir répondre à la demande de soins donc l'inclusion de patients sans médecin traitant.

Et pour l'assistant comment ça se passe le contrat ?

Bah c'est un CDI le contrat mais c'est ma femme donc ça aura des avantages. Déjà on va pas compter les heures, c'est plus souple. La crainte, voilà, c'est que les revenus d'un médecin ne permettent pas de dégager complètement un salaire complet. Maintenant c'est une affaire qui n'est pas vendue pérenne donc je ne sais pas comment ça va évoluer d'ici quelques années.

Donc prendre quelqu'un de la famille c'est plus simple si on doit mettre fin au contrat si quand on aura plus d'aide de la CPAM on ne peut plus assumer le salaire et les charges. C'est plus simple de faire machine arrière. Mais c'est vrai que je me serai lancé tout seul, je l'aurais fait quand même mais le jour où je ne peux plus assumer, bah je me serai fait taper sur les doigts avec les indemnités de départ, de précarité etc. Moi mon installation a un montage un peu particulier puisque j'ai 2 salles donc j'aurais pris l'assistant dans tous les cas.

Moi j'avais pas envie pour une 2^e installation de faire un truc classique derrière un bureau, je veux que ça bouge. Je mets en place un cabinet innovant qui répond aux besoins de

consultations de soins d'urgence en zone rurale pour que les patients puissent voir un médecin dans les 24 heures.

Donc ça rend service au patient mais ça permet aussi de faire des actes d'urgence et de se diversifier pour le médecin, par exemple de faire une suture, de gérer une crise d'asthme, on reste sur des soins qu'un médecin généraliste peut faire et pour lesquels le patient n'a pas besoin d'aller encombrer les urgences.

L'assistant il sert à augmenter le temps médical, c'est de ça dont on a besoin.

Avez-vous quelque chose à rajouter ?

Je pense que les subventions, il faut absolument les maintenir, parce que ce projet c'est très sympa. Je pense que c'est ce vers quoi on se dirige aujourd'hui en médecine générale, le travail en coopération avec quelqu'un, et je pense que les médecins ont peur de ça, mais il faut se lancer dedans parce que c'est le futur. On manque de médecins et donc ça peut permettre de répondre à ce problème. Moi j'y crois beaucoup parce qu'on gagne énormément de temps médical. Ça nous permet d'être un peu plus serein sur la gestion médicale parce que nous on en a marre de faire de l'administratif. Bien sûr on n'a plus de patients mais on est plus dans la consultation que dans la paperasse parce que ça c'est usant et je pense qu'il y a des gens qui fuient la médecine générale libérale à cause de ça. Il faut vraiment que les subventions soient pérennes parce que sinon je sais pas si ça pourra continuer par contre, parce que ça va être des charges de plus en plus lourdes. Voilà, c'est facile quand c'est quelqu'un de la famille et je pense que sinon c'est vraiment plus compliqué.

On a besoin d'une aide ou au moins d'un soulagement sur les charges sociales ou patronales, parce que les charges ça bouffe.

La coopération, moi c'est un projet auquel je crois à fond.

7.9 Annexe 9 – Distribution du nombre de patients

Spécialité		Nombre de patients us au moins une fois par le PS dans l'année													Nombre de patients médecin traitant (vus ou non dans l'année)								
		Moyenne	P10	P20	P30	P40	P50	P60	P70	P80	P90	P95	P10	P20	P30	P40	P50	P60	P70	P80	P90	P95	
Distribution du nombre de patients vs FILE ACTIVE /MT en fonction de la spécialité du PS - année 2018																							
Filtre : PS libéraux exclusifs, actifs et conventionnés au 31/12/2018, avec au moins 5 000 Euros d'honoraires totaux dans l'année																							
Année 2018 en date de soins (+ 2 mois de liquidation)																							
France entière																							
MEDECINS SECTEUR 1 et 2 OPTAM libéraux exclusifs																							
01-Generalistes	1 620	784	1 042	1 223	1 375	1 521	1 676	1 854	2 081	2 476	2 944	889,927	245	488	640	762	872	981	1 107	1 259	1 502	1 721	
03-Anesthésistes	2 626	1 030	1 620	2 038	2 390	2 689	2 967	3 266	3 623	4 011	4 367												
04-Cardiologues	1 963	819	1 228	1 487	1 698	1 911	2 121	2 353	2 653	3 099	3 591												
05-Chirurgiens	1 232	452	641	798	958	1 114	1 283	1 486	1 737	2 121	2 551												
06-Dermatologues	2 704	1 325	1 758	2 056	2 319	2 577	2 865	3 183	3 555	4 265	4 919												
07-Médecins nucléaires	2 969	1 422	2 043	2 423	2 724	2 918	3 170	3 558	3 853	4 270	4 980												
08-Radiologues	7 832	3 877	5 480	6 352	7 078	7 833	8 440	9 115	10 040	11 511	13 104												
09-Radiothérapie	1 011	484	626	752	897	994	1 105	1 219	1 367	1 557	1 712												
10-1 Gynécologues médicaux	2 031	922	1 278	1 571	1 800	1 978	2 175	2 409	2 746	3 172	3 531												
10-2 Gynécologues obstétriciens	2 023	1 132	1 425	1 688	1 851	2 005	2 186	2 340	2 540	2 919	3 193												
11-Gastro-entérologues	1 610	807	1 098	1 292	1 442	1 583	1 735	1 888	2 089	2 378	2 746												
12-Internistes	1 013	342	552	663	797	922	1 072	1 237	1 400	1 724	1 938												
13-1 ORL médicaux	2 647	1 224	1 698	2 002	2 359	2 611	2 908	3 196	3 547	4 054	4 497												
13-2 ORL chirurgicaux	2 687	1 563	1 980	2 298	2 500	2 666	2 902	3 150	3 382	3 996	4 213												
14-Pédiatres	1 296	577	784	944	1 089	1 216	1 366	1 521	1 741	2 067	2 406												
15-Pneumologues	1 711	776	1 113	1 329	1 517	1 665	1 795	1 978	2 191	2 551	3 117												
16-Rhumatologues	1 667	698	983	1 218	1 411	1 586	1 780	2 009	2 260	2 685	3 130												
17-Ophthalmologues	4 740	2 059	2 781	3 288	3 739	4 165	4 751	5 335	6 285	7 685	9 201												
18-Stomatologues	1 134	288	455	680	866	1 059	1 282	1 499	1 692	2 081	2 325												
19-MPR	1 313	368	557	719	934	1 091	1 363	1 632	1 920	2 419	2 937												
20-Neurologues	1 570	712	990	1 175	1 350	1 493	1 645	1 819	2 057	2 411	2 920												
21-Psychiatres-neuro-psychiatres	361	80	127	174	226	282	346	446	568	747	924												
22-Néphrologues	615	266	354	432	541	614	672	742	828	972	1 086												
23-ACP	10 778	4 133	5 861	7 226	8 394	9 790	11 072	12 496	14 480	18 514	22 291												
24-Endocrinologues	1 453	588	828	1 054	1 228	1 385	1 528	1 709	1 996	2 311	2 863												
25-Gériatres	706	59	155	233	307	323	362	405	458	524	607												
84-Médecine Vasculaire	2 229	1 69	919	1 013	1 534	1 534	2 187	3 472	3 857	4 679	4 679												
85-Allergologie	1 636	1 138	1 196	1 371	1 439	1 546	1 697	1 815	2 074	2 314	2 375												
P90 : minimum pour éligibilité au dispositif																							

SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

RESUME EN FRANÇAIS

Introduction : En France, de plus en plus de patients ne parviennent pas à trouver de médecin traitant. En effet, l'accès au soin est très inégalitaire selon les territoires mais de façon générale, le nombre de médecins généralistes installés en libéral est en constante diminution. Dans l'optique de permettre aux médecins d'accueillir plus de patients en leur libérant du temps de soin, l'assistant médical, nouvel acteur de santé, est en train de voir le jour dans les cabinets de médecine générale. Le but de cette étude est d'explorer les représentations des médecins généralistes de Dordogne concernant l'arrivée de l'assistant médical.

Méthode : Réalisation d'une étude qualitative portant sur des médecins généralistes libéraux de Dordogne, par entretiens individuels semi-dirigés et analyse par la méthode de théorisation ancrée.

Résultats : L'arrivée de l'assistant médical fait craindre chez les médecins une révolution de leur façon de travailler et un changement profond de leurs habitudes. Les médecins appréhendent l'avenir de la relation avec le patient du fait d'une diminution potentielle du temps qu'ils auraient à leur consacrer. Ils redoutent de perdre leur place d'interlocuteur privilégié et leur indépendance en tant que praticien libéral. Selon eux, l'aide apportée par l'assistant médical serait intéressante pour les libérer du poids des charges administratives mais leur donner un rôle médical ne serait possible qu'à condition de leur assurer une formation adaptée. Les médecins déjà bénéficiaires de l'assistant médical ont quant à eux peu d'objections du fait de la souplesse de ce travail et des missions qu'ils peuvent leur confier. Ils constatent même une amélioration de leur qualité de vie et de la prise en charge des patients, c'est pourquoi la pérennité des aides est capitale à leurs yeux pour maintenir le poste.

Discussion : L'assistant médical étant encore méconnu en France, son déploiement peut faire peur et ne fait donc actuellement pas l'unanimité. Certains aspects sont à perfectionner pour garantir au médecin le maintien d'une médecine intimiste et centrée sur le patient. Les médecins déjà bénéficiaires d'un assistant médical pourraient permettre de rassurer les autres en rapportant leur expérience positive. Des suggestions émises par l'ensemble de la profession peuvent être à explorer.

Mots clefs : assistant médical, démographie médicale, médecine libérale, relation médecin-patient, durée de consultation, réforme de santé, délégation de tâches, qualité de vie

RESUME EN ANGLAIS

Title : General practitioner's feelings about the medical assistant. Qualitative study based on Dordogne general practitioners.

Introduction : In France, more and more patients are unable to find a family doctor. Indeed, access to care is very unequal, but in general, the number of general practitioners is constantly decreasing. In order to welcoming more patients by freeing up doctors' care time, the medical assistant, a new healthcare player, is emerging. The aim of this study is to explore the representations of general practitioners in Dordogne about the medical assistant.

Method: Qualitative study on independent general practitioners in Dordogne through semi-structured individual interviews.

Results: The arrival of the medical assistant can make the doctors concerned about a deep change of habits.

Doctors are apprehensive about the future of the relationship with the patient because of a potential decrease in the time they would have to devote to them. They fear losing their place as a privileged interlocutor and their freedom as an independant practitioner. According to them, the help provided by the medical assistant would be interesting to free them from administrative duties, but giving them a medical role would only be possible if the medical assistant were given appropriate background.

Doctors who are already benefiting from the medical assistant have few objections because of the flexibility of this work and the missions that they can entrust to them. They see an improvement in their quality of life and in patient's care, which is why the sustainability of the assistance is crucial to them to maintain the job position.

Discussion: As the medical assistant is still unknown in France, its deployment can be frightening and is therefore currently not unanimously accepted. Certain aspects need to be perfected to guarantee that the doctor maintains an intimate and patient-centered medicine. Doctors already benefiting from a medical assistant could reassure their peers by reporting their positive experience. Suggestions from the profession as a whole may be worth exploring.