



HAL
open science

L'assistant médical : connaissances des médecins généralistes. Étude quantitative auprès des médecins généralistes du sud des Hauts-de-France

Anaïs Vincent

► **To cite this version:**

Anaïs Vincent. L'assistant médical : connaissances des médecins généralistes. Étude quantitative auprès des médecins généralistes du sud des Hauts-de-France. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03229588

HAL Id: dumas-03229588

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03229588>

Submitted on 19 May 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.

UNIVERSITÉ DE PICARDIE JULES VERNE

FACULTÉ DE MÉDECINE D'AMIENS

Année 2021

N°2021-18

**L'assistant médical : connaissances des
médecins généralistes**

**Étude quantitative auprès des médecins généralistes du sud des
Hauts-de-France**

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE GÉNÉRALE

-DIPLÔME D'ÉTAT-

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE 1^{er} AVRIL 2021

PAR

Anaïs VINCENT

Présidente du jury : Professeur Catherine BOULNOIS

Juge : Professeur Gabriel CHOUKROUN

Juge : Docteur Christophe CARTON

Directeur de thèse : Docteur Jean-Christophe GUILLET

A ma présidente de jury,

Madame le Professeur Catherine BOULNOIS

Professeur des Universités (Médecine Générale)
Directeur du Département de Médecine Générale
Assesseur du 3ème cycle
Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Votre engagement auprès des étudiants de médecine générale nous est précieux. Soyez assurée de ma reconnaissance.

A mes juges,

Monsieur le Professeur Gabriel CHOUKROUN

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier (Néphrologie)
Doyen, Directeur de l'Unité de Formation et de Recherche de Médecine d'AMIENS
Chef du service de Néphrologie, Médecine interne, Dialyse, Transplantation (Pôle D.R.I.M.E)

Vous avez volontiers consenti à participer à ce jury. Soyez assuré de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Christophe Carton

Maître de Conférence Associé
Département de Médecine Générale

Vous avez accepté de juger ce travail. Veuillez recevoir mes remerciements respectueux.

A mon directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Jean-Christophe GUILLET

Médecin généraliste

Vous avez accepté avec enthousiasme de diriger cette thèse. Merci pour vos précieux conseils et votre disponibilité.

Remerciements :

Je remercie ma mère et mes sœurs pour leur aide et leur soutien durant toutes ces années.

Merci à Delphine et Florian pour leurs conseils.

Merci à David pour son aide en informatique et à son collègue Anglais pour la traduction du résumé.

Merci à Agathe pour ses encouragements et à Elodie pour la relecture.

Merci au docteur Joseph Hage pour son implication dans la réalisation de ce travail.

Liste des abréviations	6
I- Introduction	7
1- Contexte de la démographie médicale.....	7
1.1- Bilan du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM).....	7
1.2- Situation dans le Sud des Hauts-de-France.	10
2- Loi « Ma santé 2022 ».....	11
2.1- Les assistants médicaux.....	11
2.2- Les infirmiers en pratique avancée.....	13
2.3- Les communautés professionnelles territoriales de santé.....	14
2.4- Autres mesures	15
3- Question de recherche et objectifs de l'étude.....	15
II- Matériel et Méthodes	16
1- Population étudiée	16
2- Etude.....	16
2.1- Type d'étude.....	16
2.2- Description du questionnaire.....	16
2.3- Méthode de diffusion du questionnaire	16
2.4- Méthode d'analyse de données.....	17
III- Résultats	17
1- Taux de participation.....	17
2- Caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée.....	17
2.1- Sexe et âge.....	17
2.2- Mode et lieu d'exercice	18
3- Connaissances des médecins généralistes au sujet des assistants médicaux	20
3.1- Information des médecins généralistes.....	20
3.2- Formation de l'assistant médical	23
3.2.1- Les médecins peuvent-ils embaucher un assistant médical depuis le mois de septembre 2019 ?.....	23
3.2.2- Qui peut assurer cette fonction ?.....	23
3.2.3- Les médecins peuvent-ils recruter un assistant médical dès à présent, sans qualification professionnelle ?.....	24
3.2.4- L'assistant médical doit-il s'engager à suivre une formation spécifique dans les 2 ans suivants son recrutement ?	25
3.2.5- La qualification de l'assistant médical est-elle toujours en cours d'élaboration ?	25
3.3- Recrutement d'un assistant médical	26
3.3.1- Les médecins généralistes sont-ils les seuls à pouvoir embaucher un assistant médical ?	26

3.3.2-	Pour embaucher un assistant médical, faut-il s'inscrire dans une démarche d'exercice coordonné, quelle que soit sa forme ou s'engager à le faire dans les 2 ans ?	27
3.3.3-	La CPAM participe-t-elle au financement de façon annuelle, dégressive à partir de la 2ème année, puis de façon pérenne ?	27
3.3.4-	La durée du contrat est-elle de 5 ans renouvelable ?	28
3.3.5-	En contrepartie le médecin doit-il s'engager à augmenter sa patientèle adulte médecin traitant et sa file active ?	28
3.4-	Missions de l'assistant médical	29
3.4.1-	L'assistant médical pourra-t-il créer et gérer le dossier médical ?	29
3.4.2-	L'assistant médical pourra-t-il prendre les constantes, aider à la préparation et à la réalisation d'actes techniques (ECG, strepto-test) ?	30
3.4.3-	L'assistant médical pourra-t-il prescrire des examens complémentaires ?	30
3.4.4-	L'assistant médical pourra-t-il renouveler ou adapter certaines prescriptions médicales ?	31
3.5-	Attractivité de cette nouvelle mesure.	31
IV-	Discussion	32
1-	Critique de l'étude.	32
1.1-	Faiblesses de l'étude.....	32
1.2-	Forces de l'étude	33
2-	Résultats principaux	33
2.1-	Population étudiée	33
2.2-	Etat des lieux des connaissances des médecins généralistes.	34
2.2.1-	Information.....	34
2.2.2-	Formation de l'assistant médical	34
2.2.3-	Recrutement d'un assistant médical	35
2.2.4-	Missions de l'assistant médical	35
2.2.5-	Attractivité.....	36
V-	Conclusion	38
VI-	Bibliographie	39
VII-	Annexes	41
1-	Annexe 1 : Aide aux financements par la CPAM :	41
2-	Annexe 2 : Questionnaire	43

Liste des abréviations :

IPA : Infirmier en Pratique Avancée

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

IADE : Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat

IBODE : Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat

RNCP : Répertoire National des Certifications Professionnelles

ARS : Agence Régionale de Santé

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

I- Introduction

La France connaît depuis plusieurs années une baisse de sa démographie médicale, associée à une augmentation des demandes et des besoins en matière de santé, principalement en lien avec le vieillissement de la population. Dans ce contexte, l'accès aux soins devient difficile pour une partie de la population, notamment dans les régions en difficultés socio-économiques.

Tour à tour, les gouvernements ont tenté de freiner ce phénomène avec différentes mesures dites « attractives » : création de maison de santé pluridisciplinaire, contrat de praticien territorial, contrat d'engagement service publique, etc. Le gouvernement actuel, avec la loi « Ma santé 2022 », a créé deux nouveaux métiers : assistant médical et infirmier en pratique avancée (IPA). Il souhaite regrouper les différents professionnels de santé au sein de structures collectives : les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Nous avons souhaité nous intéresser à la nouvelle profession d'assistant médical.

1- Contexte de la démographie médicale

1.1- Bilan du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM)

Au premier janvier 2018, on recense 296 755 médecins (toutes spécialités) inscrits au tableau de l'ordre, soit 5781 de plus qu'en 2017 (+ 1,9%) et 35 377 de plus qu'en 2010 (+ 11,9%) [1]. Mais la proportion de médecins en activité régulière tend à diminuer avec 66,7 % soit 198 081 médecins inscrits au premier janvier 2018 (Figure 1), contre 68% en 2017 soit 197 859 [2] (Figure 2), et 76,5% en 2010 [1].

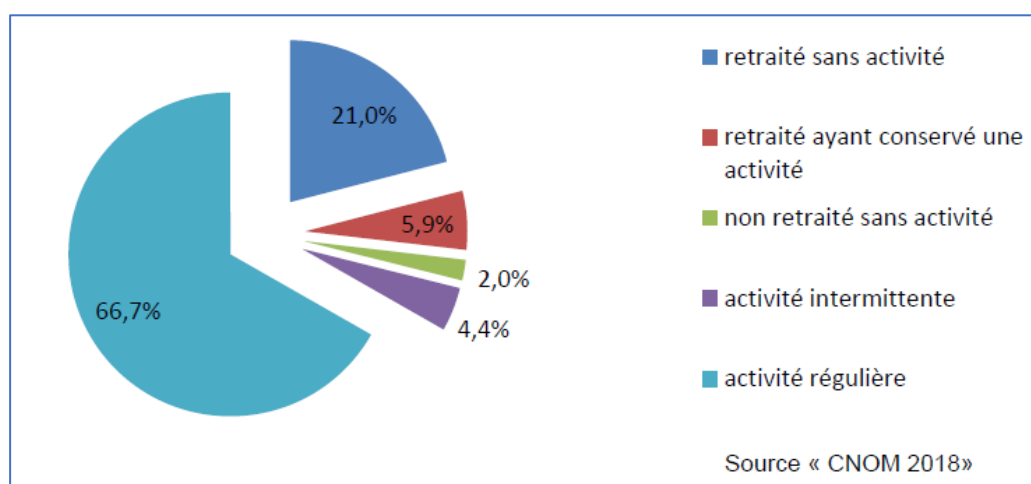


Figure 1 : Activité générale en 2018 (CNOM 2018)

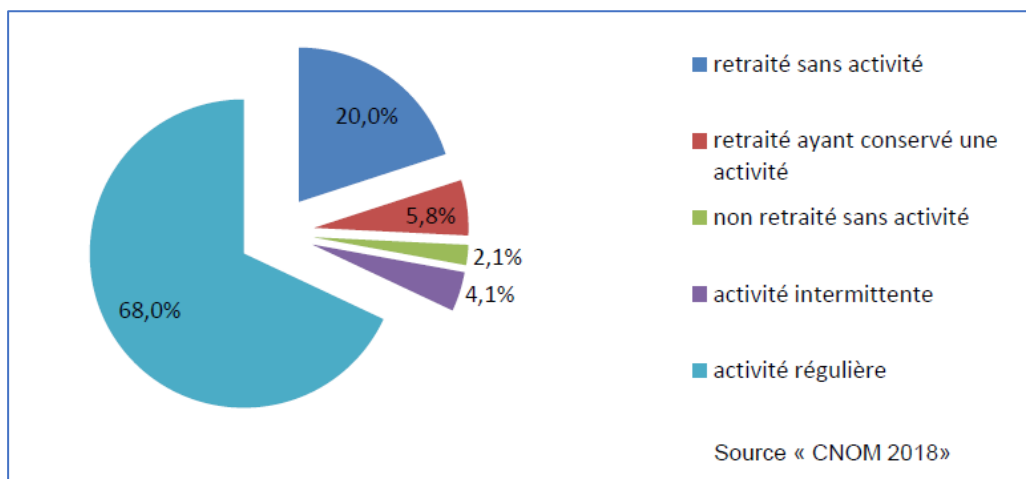


Figure 2 : Activité Générale en 2017 (CNOM 2018)

Cette tendance à la baisse concerne en premier lieu les médecins généralistes. L'ordre recense 87 801 médecins généralistes en activité régulière en 2018, contre 94 261 en 2010 soit une baisse de 7% et de 0,4% depuis 2017. D'après les analyses du CNOM, la tendance à la baisse a une forte probabilité de se confirmer jusqu'en 2025 pour atteindre 81 804 médecins généralistes en activité régulière (figure 3).

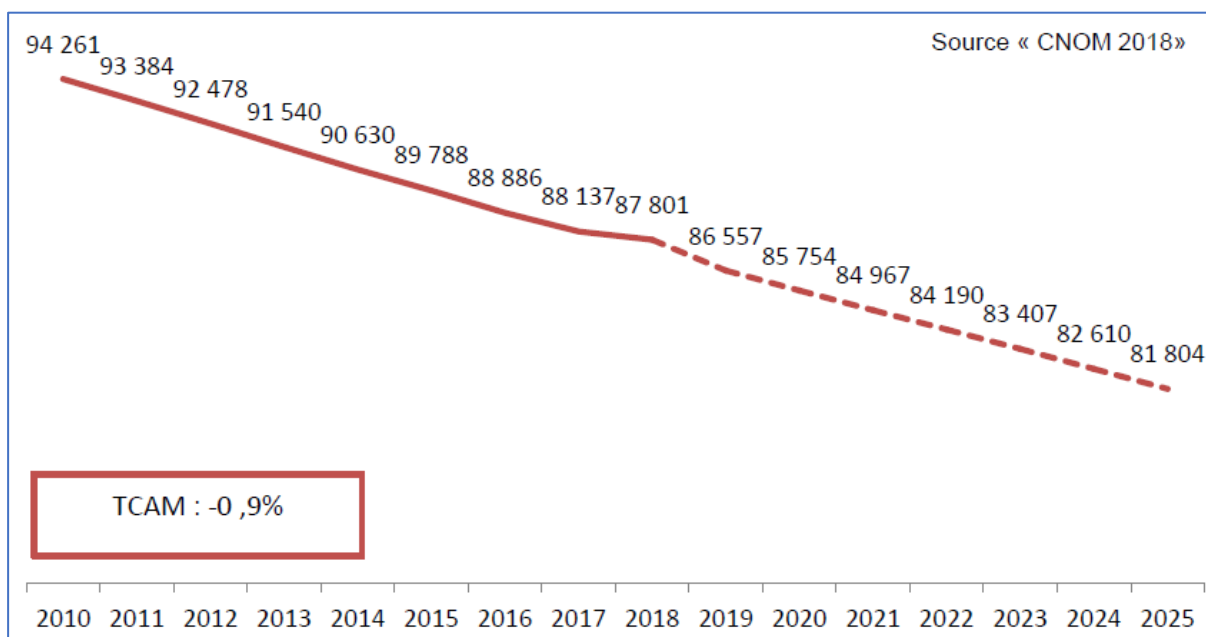


Figure 3 : projection, en valeurs absolues, des médecins généralistes en activité régulière jusqu'en 2025 (CNOM 2018)

Parallèlement à la baisse des effectifs en activité régulière, on observe une progression des médecins retraités et retraités actifs. Depuis 2010, la part de l'activité régulière a baissé de 9

points et celles des retraités actifs augmenté de 3,7 points, tandis qu'en 2017, la part des retraités actifs enregistre un gain de 0,1 point et celle de l'activité régulière une baisse de 1,3 points [1].

L'activité intermittente, essentiellement représentée par les médecins remplaçants, a augmenté de 22,7% depuis 2010 et de 7,2% depuis 2017.

Par ailleurs, la féminisation du corps médical se poursuit, 11 départements ont une majorité de femmes parmi les médecins inscrits (Figure 4). Cette féminisation du corps médical se retrouve chez les jeunes médecins généralistes, en effet 64,1 % des moins de 40 ans sont des femmes. Entre 2010 et 2018, leur part a augmenté de 39,2% (2010) à 48,2% (2018) soit une augmentation de 9 points en 8 ans. Cette proportion de plus en plus importante de femmes est également observée dans les autres spécialistes passant de 40,8% en 2010 à 46,8% en 2018.

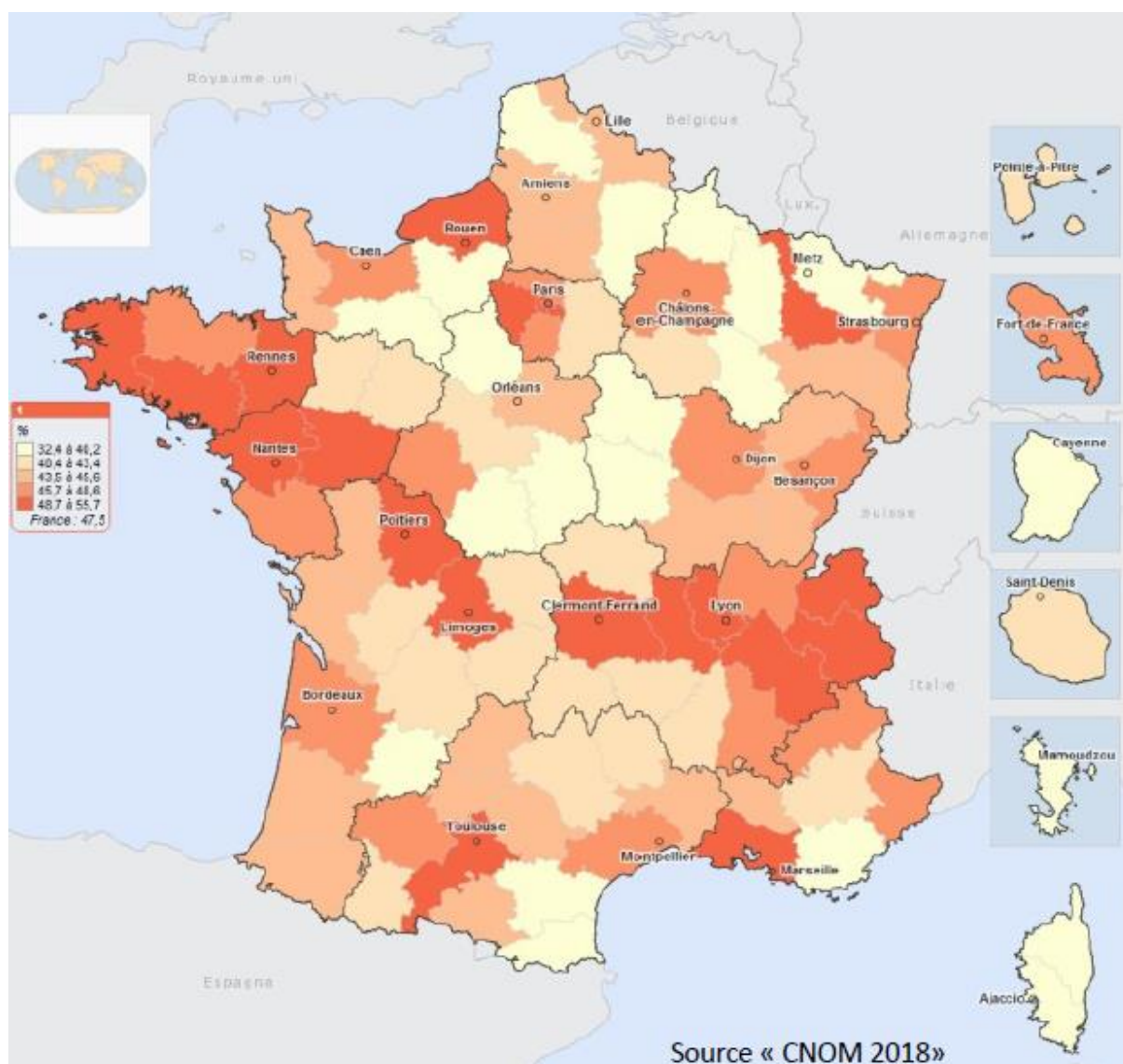


Figure 4 : Part de femmes inscrites en 2018 (CNOM 2018)

L'âge moyen des médecins actifs réguliers en France est de 50,7 ans. Les départements hospitalo-universitaires sont ceux où l'âge moyen est significativement le plus faible. (À l'exception de la Seine Saint Denis). En ce qui concerne les médecins généralistes en activité régulière, l'âge moyen est stable, entre 2010 (50,3 ans) et 2018 (50,6 ans), alors que l'on note un léger rajeunissement pour les autres spécialités. (Figure 5)

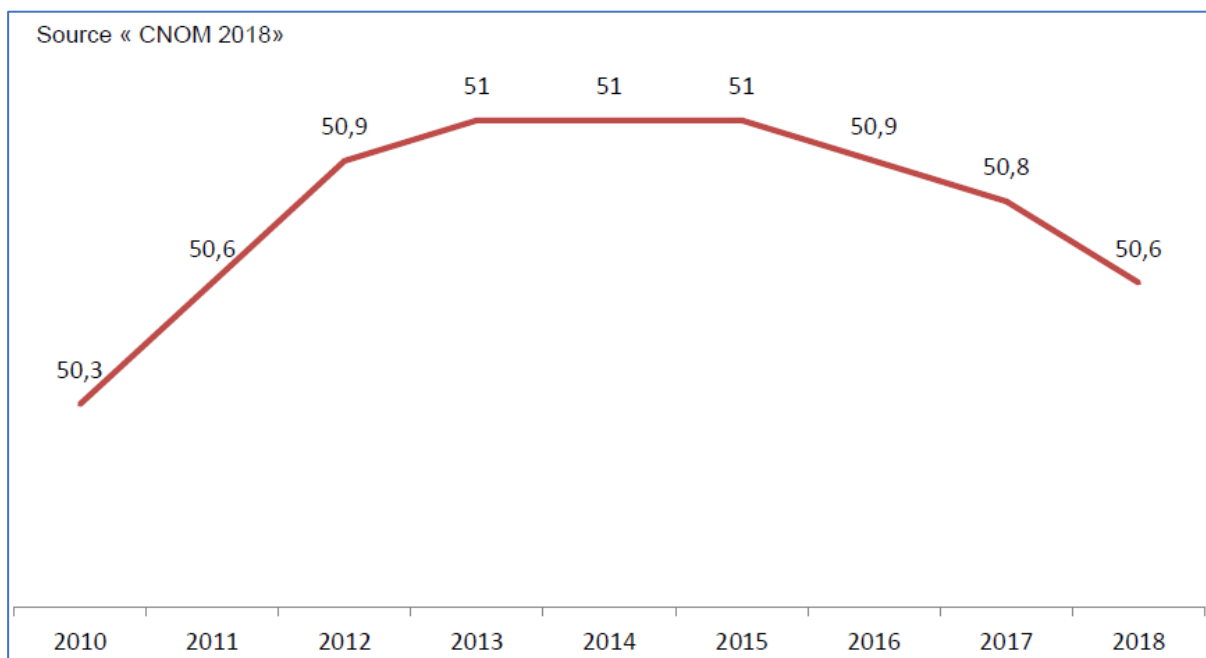


Figure 5 : Age moyen des médecins généralistes en activité régulière entre 2010 et 2018 (CNOM 2018)

Le choix des médecins pour l'exercice libéral est toujours en baisse, ils sont 42,6% à avoir choisi ce mode d'exercice en 2018, soit une baisse de 10,9% depuis 2010. La tendance à la hausse pour l'exercice salarié se poursuit, 47,1% des actifs réguliers exercent en salarié soit une augmentation de 9,6% depuis 2010 [1].

1.2- Situation dans le Sud des Hauts-de-France.

Au 1^{er} janvier 2018, on compte 22 958 médecins (toutes spécialités) inscrits à l'Ordre dans les Hauts-de-France. Si on regarde la densité médicale, elle est de 270,3 médecins pour 100 000 habitants en métropole et DOM. Les départements de l'Aisne, l'Oise et la Somme qui composent le Sud des Hauts-de-France sont en dessous avec une densité de 227,3 médecins pour 100 000 habitants, le Nord-Pas-de-Calais est au-dessus avec 279,7 (figure 6).

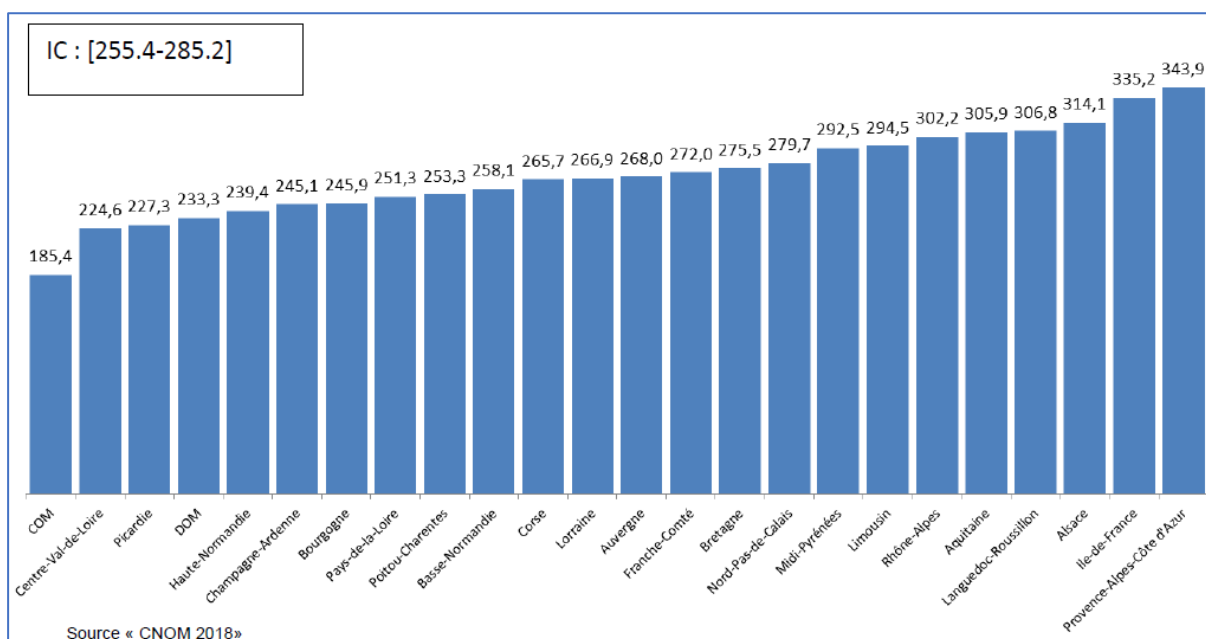


Figure 6 : Densités régionales en activité régulière (CNOM 2018)

On constate également de fortes disparités à l’intérieur des régions. Les départements, de l’Aisne et l’Oise ont une densité médicale plus faible (entre 62,2 et 198,8 pour 100 000 habitants), tandis que le Nord et la Somme ont une densité départementale parmi les plus hautes (de 265,9 à 312,8 pour 100 000 habitants). Il s’agit des départements ayant un centre hospitalo-universitaire et une activité socio-culturelle plus attractive. Pour la médecine générale, l’Aisne et l’Oise perdent respectivement 5,56% et 3,08% de médecins généralistes entre 2017 et 2018. En revanche la Somme perd 0,82% de médecins généralistes et le Nord 0,44%. Les effectifs sont en hausse pour les autres spécialités médicales.

2- Loi « Ma santé 2022 ».

La loi « Ma santé 2022 » a pour but de recentrer les soins sur le patient en luttant contre les déserts médicaux. Pour cela, des nouvelles professions sont créées comme les assistants médicaux et les infirmiers en pratique avancée, associées à une réorganisation du système de soins.

2.1- Les assistants médicaux

La création du métier d’assistant médical a pour objectif de réduire le temps de consultation du médecin et d’augmenter le flux journalier de patients. Cette fonction existe déjà dans plusieurs pays comme les Etats-Unis et l’Allemagne. Elle consiste à déléguer les tâches médicales simples à du personnel moins qualifié. En Australie et aux Etats-Unis, leurs missions au sein d’un cabinet de médecine générale est administrative et technique. En effet, ils peuvent [3] [4] :

- Effectuer des pansements, faire des analyses d'urine, des tests de grossesse, et des prises de sang, retirer des points de suture
- Collecter et gérer les prélèvements, gérer le stock et stériliser le matériel médical
- Planifier des rendez-vous, facturer les consultations
- Assister le médecin pour les interventions simples
- Mesurer la glycémie capillaire, mesurer la pression artérielle, le pouls, la température et la fréquence respiratoire
- Mesurer le poids, la taille, l'acuité visuelle, faire des tests auditifs
- Laver les conduits auditifs externes, réaliser un électrocardiogramme et des explorations fonctionnelles respiratoires (EFR)

Dans plusieurs pays comme l'Allemagne, il est question d'élargir leurs domaines de compétences en leur donnant plus de responsabilités. Ils pourraient ainsi prescrire des examens complémentaires dans le cadre du suivi de maladies chroniques ou réaliser les visites à domicile pour des renouvellements d'ordonnance [5].

En France, les médecins peuvent embaucher un assistant médical depuis le mois de septembre 2019. Les missions confiées à l'assistant médical relèvent de 3 domaines essentiellement, à titre indicatif et non limitatif qui sont [6] :

- Des tâches administratives : elles consistent en des missions sans lien direct avec le soin, comme l'accueil du patient, la création et la gestion du dossier informatique du patient, recueil et enregistrement des informations administratives et médicales, accompagnement de la mise en place de la télémédecine au sein du cabinet.
- Des missions en lien avec la préparation et le déroulement de la consultation : comme aider au déshabillage, à l'habillage du patient, à la prise de constantes, à mettre à jour le dossier patient concernant les dépistages, les vaccinations, participer au recueil d'informations utiles sur les modes de vie pour alerter le médecin si nécessaire, délivrer des tests de dépistage, mais aussi préparer et aider à la réalisation d'actes techniques (électrocardiogramme, par exemple).
- Des missions d'organisation et de coordination, notamment avec les autres acteurs intervenants dans la prise en charge des patients [6].

Les domaines d'intervention d'un assistant médical sont donc multiples, c'est au médecin de décider quelles missions il souhaite confier à son assistant médical. Cette nouvelle profession est accessible à des profils soignants comme les infirmiers, les aides-soignants mais aussi à des profils non soignants comme les secrétaires médicales. Dans un premier temps, c'est au

médecin d'assurer sa formation. En effet, au 14 août 2019, date de l'arrêté 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, la qualification de l'assistant médical est toujours en cours d'élaboration. L'assistant médical devra être formé ou s'engager à suivre une formation spécifique dans les 2 ans, après son recrutement, et avoir obtenu cette qualification dans les 3 ans [6]. La formation sera adaptée au profil du futur assistant médical, plutôt soignant ou administratif [6].

Une aide financière, délivrée par l'Assurance Maladie (AM), est prévue pour l'embauche d'un assistant médical. Pour en bénéficier, les médecins généralistes doivent s'engager à augmenter leur patientèle adulte médecin traitant et leur file active. Ils doivent également s'inscrire dans une démarche d'exercice coordonné, dans un cabinet composé d'au moins 2 médecins. La hausse de la patientèle demandée est en fonction de la densité de médecin sur le lieu d'exercice et de l'activité préalable du médecin. Le médecin doit également exercer en secteur 1 ou en secteur 2 et être adhérent à l'Optam ou à l'Optam-Co. (Annexe 1)

Les autres spécialités médicales sont également éligibles au dispositif sur tout le territoire, les spécialités chirurgicales, les anesthésistes et les radiologues sont éligibles dans 30% des départements les plus faibles en termes de densité médicale. Pour bénéficier du dispositif, ils doivent s'engager à augmenter leur file active. Une application « Ameli Mémo » est disponible gratuitement, cette application mise en place par la sécurité sociale, aide les médecins qui souhaitent recruter un assistant médical à évaluer rapidement leur éligibilité et de connaître le montant des aides annuelles versées par l'AM [7]. Les médecins salariés en centre de santé peuvent aussi prétendre au recrutement d'un assistant médical et aux aides de l'AM [8].

4000 assistants médicaux étaient attendus d'ici 2022.

2.2- Les infirmiers en pratique avancée

Pour pallier le déficit de médecin, l'état propose un transfert de compétence vers les IPA. Il existe, déjà en France, des infirmiers spécialisés : les infirmiers anesthésistes diplômés d'Etat (IADE) et les infirmiers de bloc opératoire diplômés d'Etat (IBODE) en milieu hospitalier.

Ce modèle d'infirmier spécialisé existe dans de nombreux pays. Aux Etats-Unis et en Australie, par exemple, les IPA peuvent prescrire une vaste gamme de médicaments sans supervision de médecins, dont les opiacés [9]. En général, ils sont davantage impliqués dans les soins cliniques directs des maladies chroniques comme l'asthme, les pathologies cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux, le diabète, l'oncologie, le VIH, les hépatites et les maladies rénales.

En France, la profession est définie selon le Répertoire National des Certifications Professionnelles (RNCP) [10] : « L'IPA dispose de compétences élargies par rapport à celles de l'infirmier diplômé d'Etat. Il participe à la prise en charge globale des patients dont le suivi lui est confié par un médecin. La conduite diagnostique et les choix thérapeutiques sont définis par le médecin. » L'IPA peut conduire un entretien et réaliser un examen clinique, réaliser des actes techniques sans prescription médicale et en interpréter les résultats, demander des actes de suivi et de prévention pour les pathologies dont il assure le suivi, prescrire des médicaments non soumis à prescription obligatoire et des dispositifs médicaux ou des examens biologiques. Il peut également, renouveler, en les adaptant si besoin, des prescriptions médicales dont il assure le suivi [11]. C'est au médecin de décider de confier ou non ses patients à l'IPA.

Ils ont 4 domaines d'intervention :

- Les pathologies chroniques stabilisées, prévention et polypathologies courantes en soins primaires.
- L'oncologie et l'hémo-oncologie
- La psychiatrie et santé mentale
- Les maladies rénales chroniques, dialyse, transplantation rénale

2.3- Les communautés professionnelles territoriales de santé

Autre mesure phare de la loi « Ma santé 2022 », les CPTS, ont pour rôle de coordonner les professionnels d'un même territoire qui souhaitent s'organiser, à leur initiative, autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes : organisation des soins non programmés, coordination ville-hôpital, attractivité médicale du territoire, coopération entre médecins et infirmiers pour le maintien à domicile.

Elles associent des professionnels de santé de toutes spécialités, du premier et du second recours, exerçant en structure d'exercice coordonné (maisons et centres de santé), en cabinet de groupe ou individuel voire en établissement médico-social. Les professionnels des établissements hospitaliers publics ou privés, peuvent participer ou contractualiser avec les CPTS. Leur déploiement doit permettre l'entrée d'une majorité de professionnels dans l'exercice coordonné, quelle que soit sa forme pour que l'exercice isolé devienne progressivement l'exception. Les CPTS n'impliquent pas de regroupement géographique des professionnels dans un même lieu d'exercice [12].

Les CPTS ont pour mission d'améliorer l'accès aux soins des patients en leur facilitant l'accès à un médecin traitant. Pour cela, les professionnels des CPTS choisiront parmi leur communauté un médecin qui sera désigné médecin traitant pour les patients qui en ont besoin. Elles ont

également pour mission de permettre aux patients du territoire concerné d'obtenir un rendez-vous le jour même ou dans les 24 heures, en s'appuyant sur les médecins du territoire, libéraux ou hospitaliers, en fonction du besoin du patient. Le but de ces structures est aussi d'assurer une meilleure coordination entre les acteurs de soins afin d'éviter les ruptures de parcours et de maintenir autant que possible les patients à domicile, par la mise en place d'annuaire des acteurs de santé, réunions pluriprofessionnelles régulières, outils de partage autour des patients etc.... L'autre champ d'intervention des CPTS est la prévention portant entre autres sur les risques iatrogènes, la perte d'autonomie, l'obésité, les violences intra-familiales, la vaccination. Elles peuvent se mettre au service de la promotion de recommandations délivrées par les autorités sanitaires en cas de risque particulier [12].

Les professionnels de santé regroupés, l'AM et l'Agence Régionale de Santé (ARS), signent un accord sous la forme d'un contrat. Le contrat est construit pour chaque communauté pour permettre de répondre aux spécificités locales. Une aide financière est versée, elle a pour but de contribuer au fonctionnement des CPTS, dont le recrutement d'un coordonnateur et la rémunération des missions menées.

2.4- Autres mesures

Parmi les autres mesures, on peut citer la suppression du numerus clausus à la rentrée 2020. Les effectifs des étudiants sont fixés par les universités en accord avec les ARS, selon les capacités et les besoins des territoires. Les dirigeants politiques souhaitent également diversifier les profils en permettant des passerelles entre les cursus [13].

L'Etat souhaite réinvestir dans les hôpitaux de proximité, pour cela les hôpitaux doivent obtenir un label. Ils ont pour mission d'assurer le premier niveau de gradation des soins hospitaliers et participent à la bonne orientation des patients vers d'autres établissements adaptés à leurs besoins, d'apporter un appui au professionnel de santé de ville, de favoriser la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité et leur maintien dans leur lieu de vie, exercer une activité en soins palliatifs, participer à la prévention et à la mise en place d'action de promotion de la santé [14].

3- Question de recherche et objectifs de l'étude

Ces différentes mesures semblent être une solution pour faciliter l'accès aux soins en France selon les pouvoirs publics. Le métier d'assistant médical est mis en place pour aider les médecins dans leur pratique. Je me suis demandé si les médecins étaient informés sur ce nouveau dispositif.

L'objectif de cette étude était d'effectuer un état des lieux des connaissances des médecins généralistes au sujet des assistants médicaux et dans un deuxième temps de déterminer s'il existait un lien entre le niveau de connaissance et l'attractivité de cette mesure.

II- Matériel et Méthodes

1- Population étudiée

La population cible de l'étude comprenait les médecins généralistes exerçant en Picardie (Sud des Hauts-de-France), seul ou en groupe, en activité libérale ou salariée.

2- Etude

2.1- Type d'étude

Nous avons mené une étude quantitative, descriptive et comparative à partir de données issues d'un questionnaire adressé à la population cible.

2.2- Description du questionnaire

Le questionnaire a été réalisé et diffusé par l'intermédiaire de la plateforme Google Forms, afin qu'il puisse être envoyé par mail et garantir l'anonymat des réponses. Il comportait 22 questions. La première partie visait à recueillir les données épidémiologiques, la deuxième testait les connaissances des médecins généralistes concernant les assistants médicaux. La troisième partie évaluait l'attractivité de cette mesure et enfin, il restait un commentaire libre.

2.3- Méthode de diffusion du questionnaire

Le questionnaire a été diffusé par mail. Nous avons sollicité les secrétariats des médecins généralistes qui nous ont communiqué les adresses emails. Nous avons demandé à l'URPS des Hauts-de-France s'il était possible de diffuser le questionnaire aux médecins généralistes, notre demande a été refusée. Le questionnaire a été envoyé une première fois en janvier 2020, mais une erreur technique dans les réponses est survenue. Il a été envoyé une seconde fois le 18 juin 2020, après correction puis une dernière fois le 9 août 2020. Le questionnaire a été diffusé aux maîtres de stage de médecine générale par l'intermédiaire de la secrétaire du département de médecine générale d'Amiens. L'étude était clôturée le 10 septembre 2020. Au total, le questionnaire a été envoyé à 255 médecins à partir des adresses emails que nous avons recueillies et à 207 maîtres de stage universitaires.

2.4- Méthode d'analyse de données

Les réponses ont été analysées à partir d'un tableau Excel.

Nous avons séparé les participants en deux groupes pour les analyses comparatives, un groupe comprenant les médecins qui ont répondu être bien informés et ceux qui ont répondu être mal informés.

III- Résultats

1- Taux de participation

Au total, 114 médecins ont répondu au questionnaire, soit un taux de participation de 24,67%.

2- Caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée.

2.1- Sexe et âge

Les répondants étaient majoritairement des hommes à 56,1% (n=64) contre 43,9 % de femmes (n= 50).

Sur l'ensemble des répondants, 48,2 % avaient entre 35 et 55 ans (n= 55), 34,2% étaient âgés de plus de 55 ans (n= 39) et 17,5 % d'entre eux avaient moins de 35 ans (n = 20).

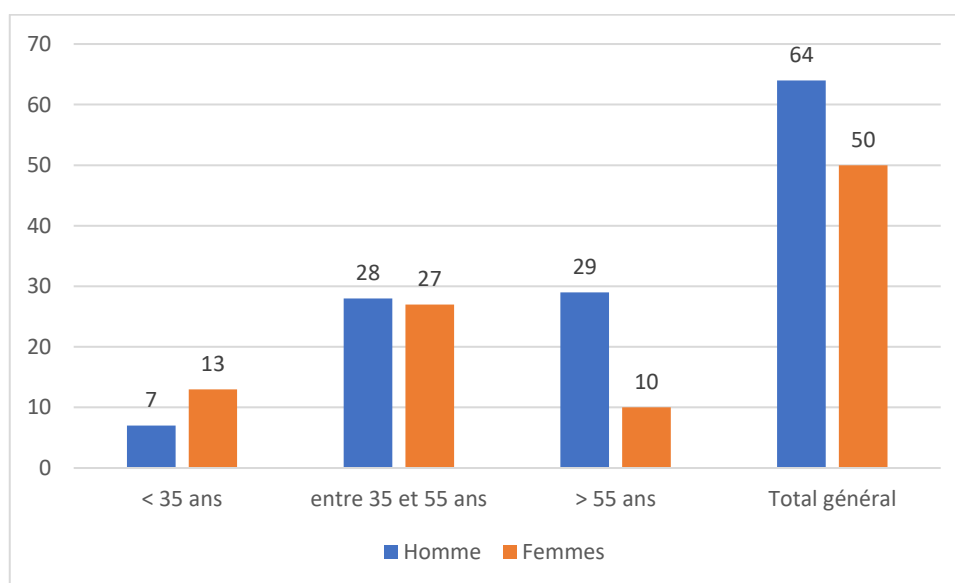


Figure 7 : Répartition des participants selon le sexe et par tranche d'âge

Dans la tranche d'âge des moins de 35 ans, les répondants étaient principalement des femmes soit 65% (n=13) contre 35% d'hommes (n=7). Entre 35 et 55 ans, les participants étaient à part égale des hommes et des femmes soit 50,91% (n=28) et 49,09% (n=27). En revanche, chez les plus de 55 ans, les hommes étaient majoritaires soit 74 % (n=29) contre 26% de femmes (n=10).

2.2- Mode et lieu d'exercice

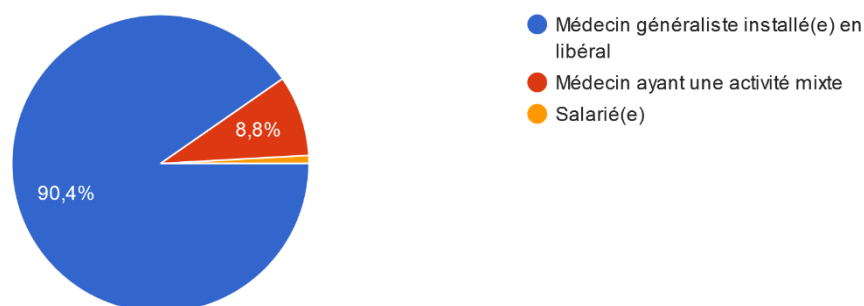


Figure 8 : Mode d'exercice

Une importante majorité des répondants exerçaient en libéral, soit 90,4% (n= 103), 8,8 % d'entre eux avaient une activité mixte (n= 10) et nous avons recueilli la réponse d'1 médecin salarié soit 0,9%.

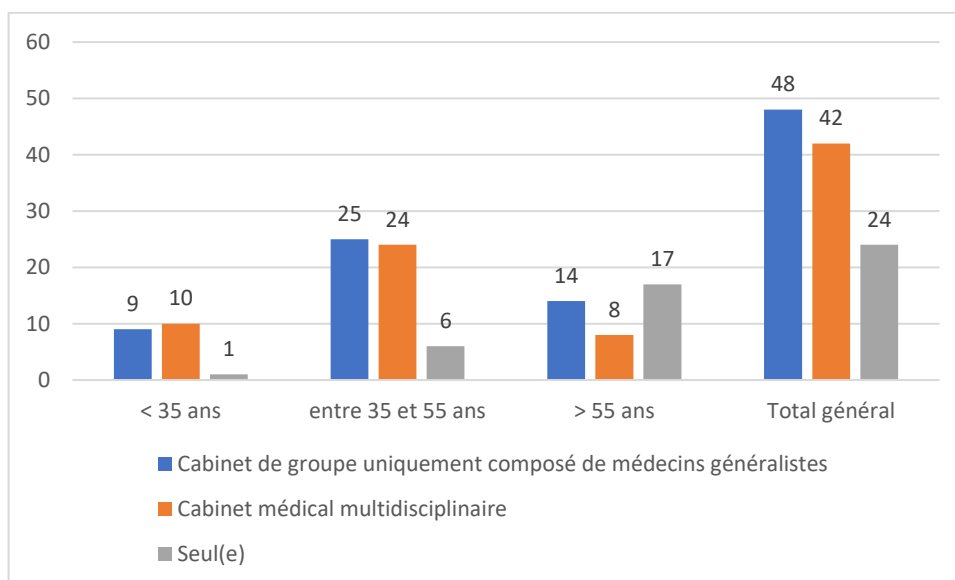


Figure 9 : Répartition des répondants selon l'âge et le mode d'installation

Dans la tranche d'âge des plus de 55 ans, les répondants exerçaient seul à 43% (n=17), 36% en cabinet médical composé uniquement de médecins généralistes (n=14) et 21% en cabinet

médical multidisciplinaire (n=8). Entre 35 et 55 ans, les répondants exerçaient en majorité en groupe, soit 45% entre médecins généralistes uniquement (n=25) et 44% en cabinet multidisciplinaire (n=24). Chez les moins de 35 ans, nous avons recueilli le témoignage d'un médecin exerçant seul (soit 5%), 45% d'entre eux étaient regroupés entre médecins généralistes (n=9) et 50% en cabinet multidisciplinaire (n=10).

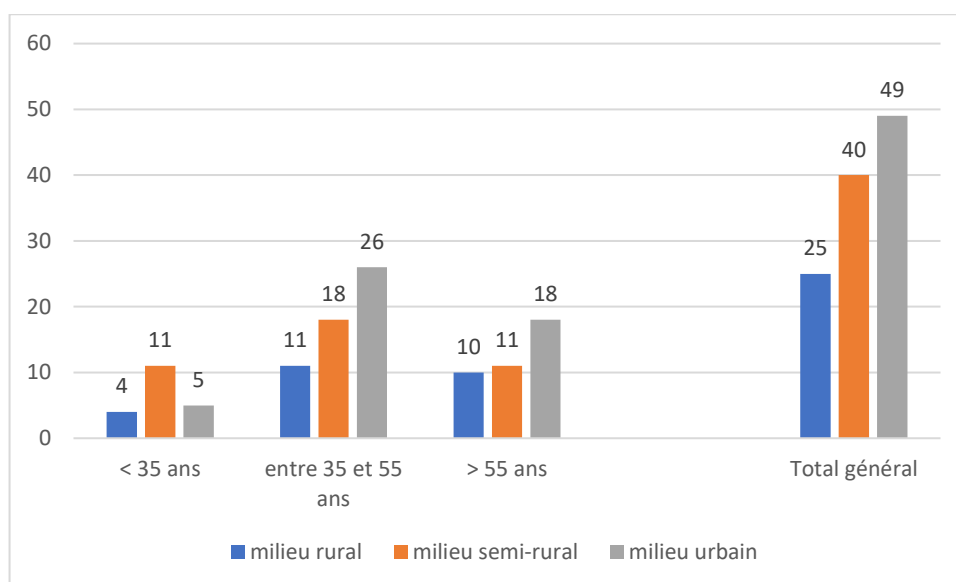


Figure 10 : Répartition des répondants selon l'âge et le lieu d'installation

Chez les moins de 35 ans, 20% d'entre eux travaillaient en milieu rural (n=4), 55% en milieu semi-rural (n=11) et 25% d'entre eux en milieu urbain (n=5). En revanche dans la tranche d'âge des 35-55 ans, ils étaient 47% à exercer en zone urbaine (n=26) contre 33% en zone semi-rurale (n=18) et 20% en zone rurale (n=11). Chez les plus de 55 ans, l'exercice en zone urbaine était majoritaire également soit 46% (n=18), 28% travaillaient en milieu semi-rural (n=11) et 26% en milieu rural (n=10).

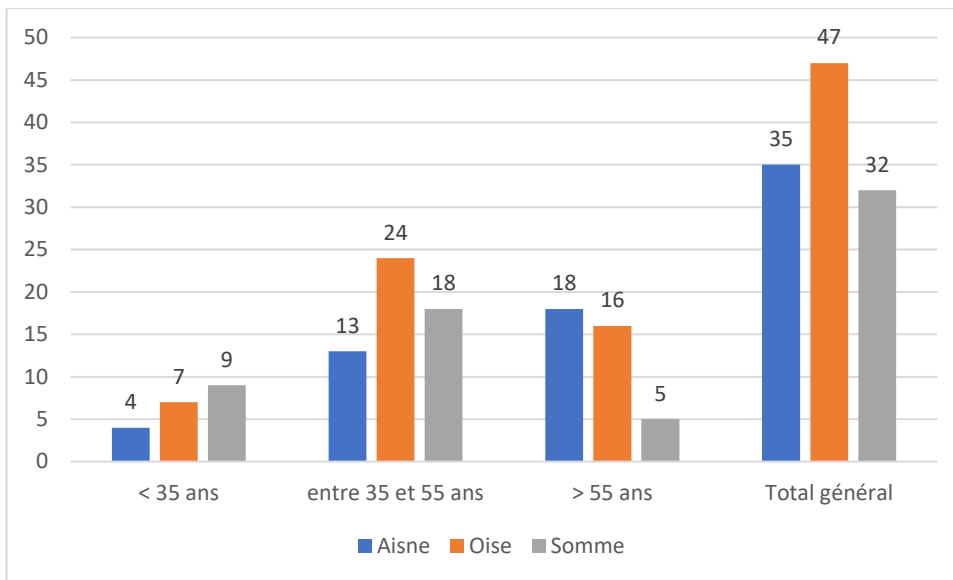


Figure 11 : Répartition des répondants selon l'âge et le département d'installation

41,2% des participants à l'étude étaient installés dans le département de l'Oise (n= 47), contre 30,7% dans le département de l'Aisne (n= 35), et 28,1 % d'entre eux dans la Somme (n= 32).

Dans la tranche d'âge des moins de 35 ans, 20% d'entre eux exerçaient dans l'Aisne (n=4), 35% dans l'Oise (n=7) et 45% dans la Somme (n=9). Entre 35 et 55 ans, ils étaient 33% à travailler dans le département de la Somme (n=18), 43,5% dans l'Oise (n=24) et 23,5% dans l'Aisne (n=13). Chez les répondants de plus de 55 ans, ils étaient 46% à exercer dans le département de l'Aisne (n=18), 41% dans l'Oise (n= 16) et 13% dans la Somme (n=5).

3- Connaissances des médecins généralistes au sujet des assistants médicaux

3.1- Information des médecins généralistes

62,3 % des répondants estimaient n'être pas assez informés sur la mise en place des assistants médicaux (n= 71), contre 37,7 % qui avaient répondu être suffisamment informés (n= 43).

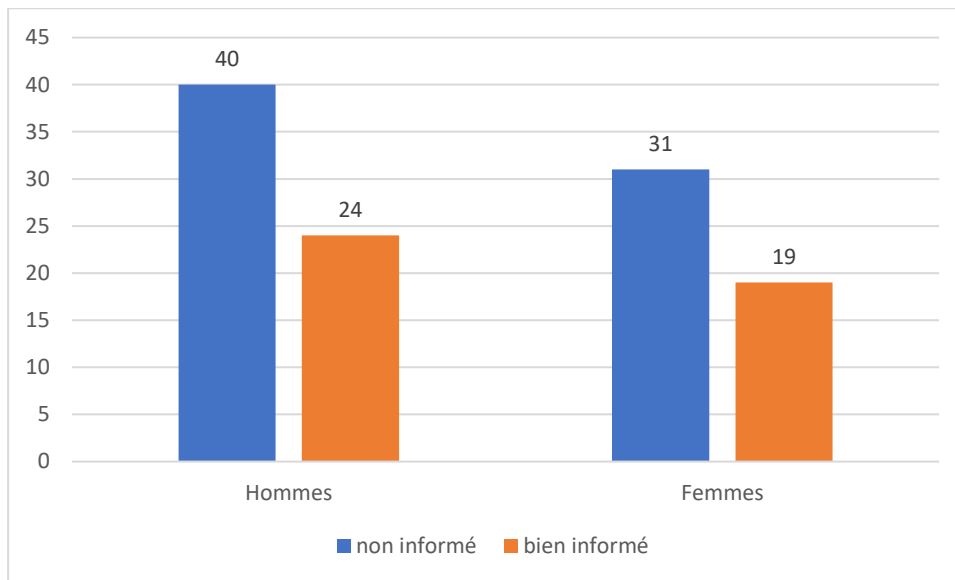


Figure 12 : Répartition des participants selon le sexe et le groupe informé ou non.

Parmi les hommes, ils étaient 37% à avoir répondu être bien informés (n=24) et 63% non (n=40). Quant aux femmes, elles avaient répondu être suffisamment informées à 38% (n=19) contre 62% non (n=31).

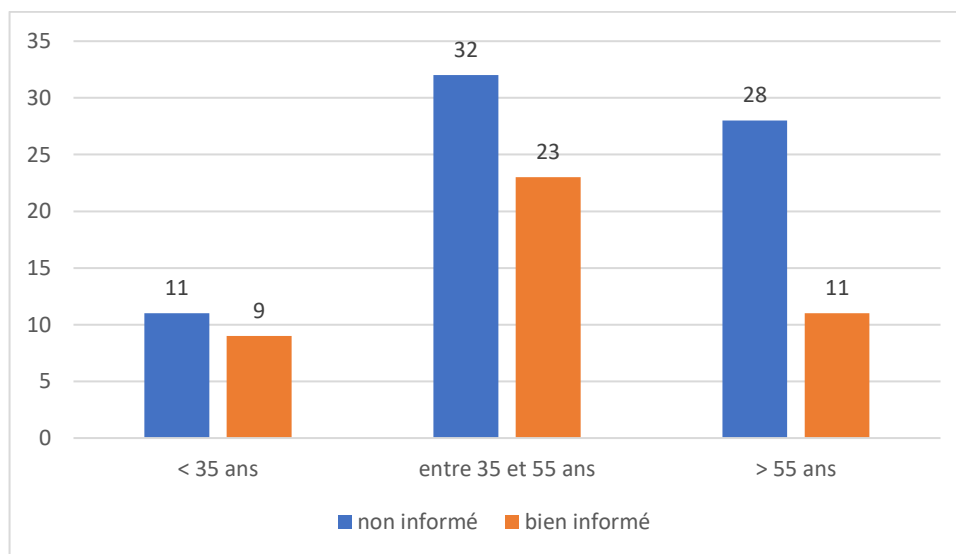


Figure 13 : Répartition des participants entre l'âge et le groupe informé ou non.

Les plus jeunes participants avaient répondu être bien informés à 45% (n=9), contre 55% qui avaient répondu non (n=11). Entre 35 et 55 ans, 42% des répondants étaient bien informés (n=23) contre 58% non (n=32). Chez les plus de 55 ans, ils étaient 28% suffisamment informés (n=11) et 72% non (n=28).

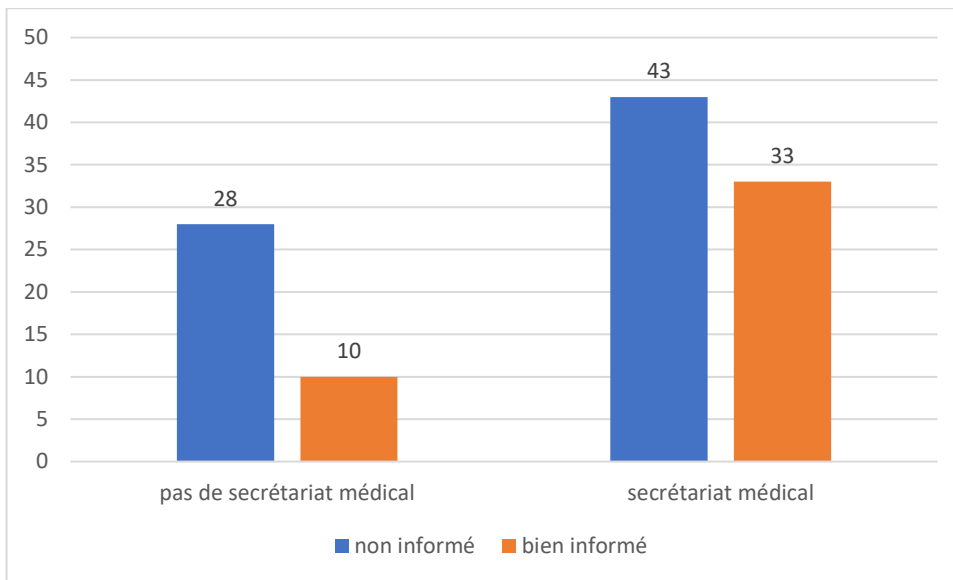


Figure 14 : Répartition des participants selon l'accompagnement par un secrétariat médical et le groupe bien informé ou non.

43% des médecins qui travaillaient avec un secrétariat médical connaissaient bien la mise en place des assistants médicaux (n=33), contre 57% non (n=43). Ils étaient 26% (n=10) sans secrétariat médical à bien connaître la profession d'assistant médical contre 74% non (n= 28).

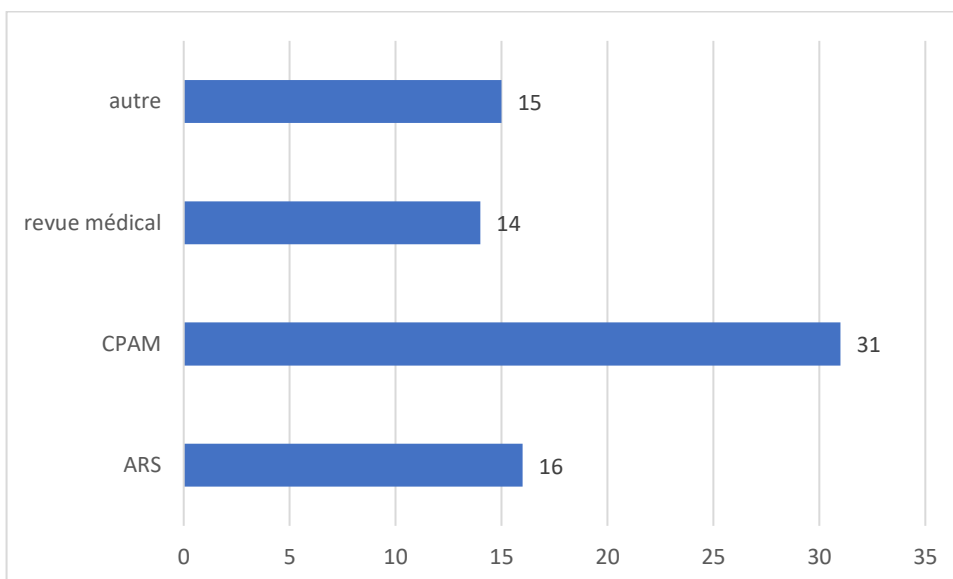


Figure 15 : Principales sources d'information

43 médecins avaient répondu être bien informés. Leurs sources d'informations étaient la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) à 72%, l'ARS à 37% ensuite les revues médicales à 32%, par d'autres moyens à 34%. Plusieurs réponses étaient possibles à cette question.

3.2- Formation de l'assistant médical

3.2.1- Les médecins peuvent-ils embaucher un assistant médical depuis le mois de septembre 2019 ?

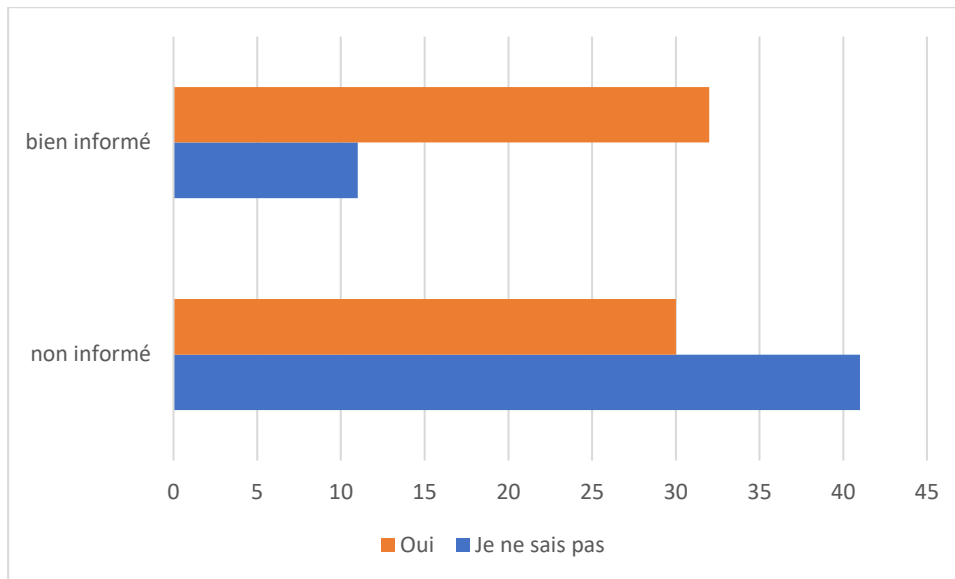


Figure 16 : Répartition des bonnes réponses en fonction des groupes bien informés ou non.

Les médecins informés avaient la bonne réponse : oui dans 74,5% des cas (n=32), ceux qui étaient mal informés avaient bien répondu à 42% (n=30).

3.2.2- Qui peut assurer cette fonction ?

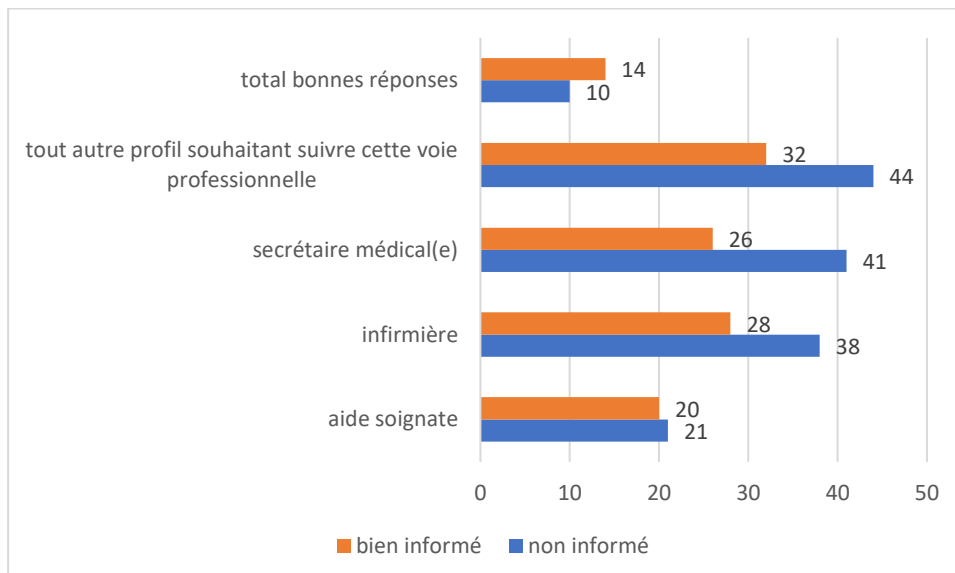


Figure 17 : Répartition entre le groupe informé ou non et les bonnes réponses à la question qui peut suivre cette formation ?

Toutes les réponses étaient bonnes à cette question. C'était une question à choix multiples. Les participants informés avaient bien répondu à toutes les propositions à 32,5% (n=14) contre 14% chez les répondants non informés (n= 10). Les professions ayant obtenu le plus de réponses étaient les infirmières avec 26% de réponses dans les 2 groupes, les secrétaires médicales avec 25% dans le groupe bien informé et 28% dans le groupe non informé. Les participants avaient répondu en majorité : tout autre profil souhaitant suivre cette nouvelle voie professionnelle, 30% pour le groupe bien informé et 31% pour le groupe non informé.

3.2.3- Les médecins peuvent-ils recruter un assistant médical dès à présent, sans qualification professionnelle ?

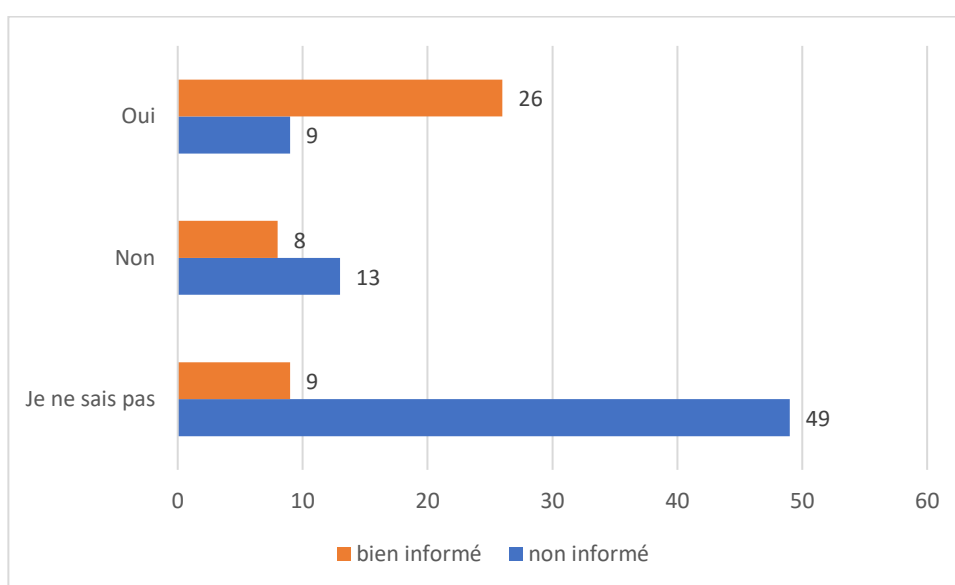


Figure 18 : Répartition selon les groupes bien informés ou non et les réponses à la question : les médecins peuvent-ils embaucher un assistant médical dès à présent, sans qualification professionnelle ?

60,4% des informés avaient la bonne réponse : oui soit (n= 26), 18,6% avaient répondu non (n=8) et 21% avouaient ne pas savoir (n=9). Pour le second groupe, 12,7% avaient bien répondu (n=9), 18, 3% avaient répondu non (n=13) et 69% (n=49) ne savaient pas.

3.2.4- L'assistant médical doit-il s'engager à suivre une formation spécifique dans les 2 ans suivants son recrutement ?

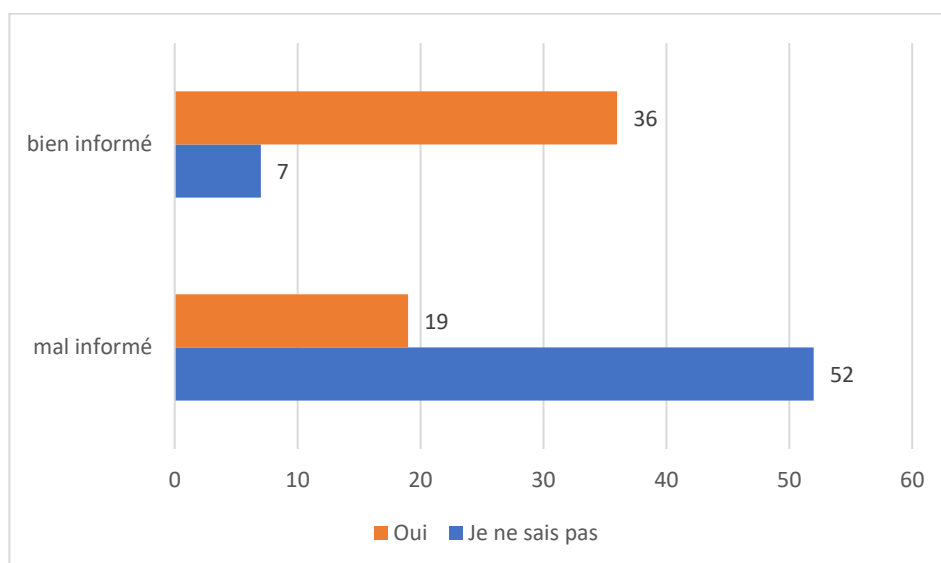


Figure 19 : Répartition selon le groupe informé ou non et les réponses à la question : l'assistant médical doit-il s'engager à suivre une formation spécifique dans les 2 ans suivants son recrutement ?

83,7% des informés avaient la bonne réponse, oui (n=36), 16,3% ne savaient pas (n=7). Dans l'autre groupe, 26,7% avaient bien répondu (n=19), 73,3% ne savaient pas (n=52). Nous avons une réponse non dans chaque groupe que nous avons comptabilisé dans les réponses « je ne sais pas ».

3.2.5- La qualification de l'assistant médical est-elle toujours en cours d'élaboration ?

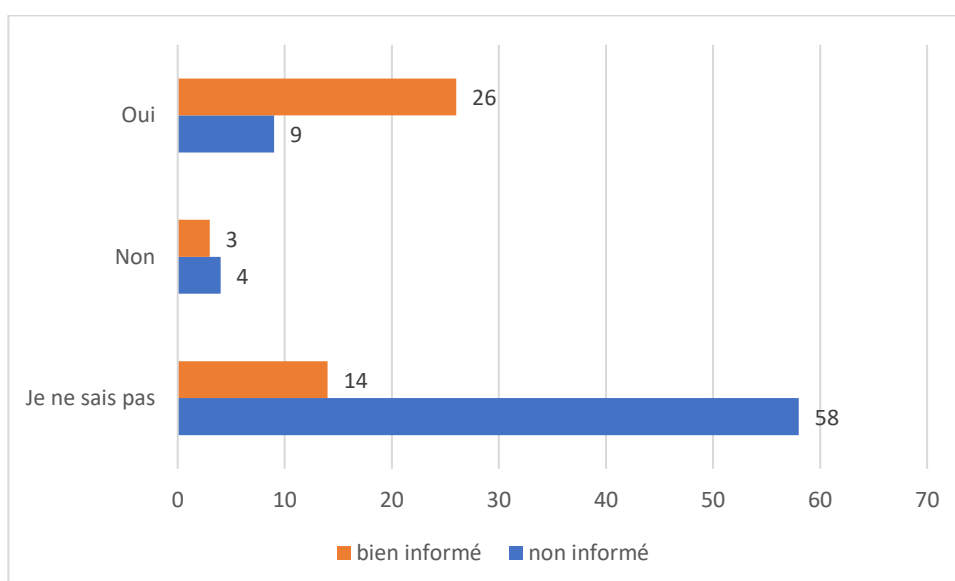


Figure 20 : Répartition entre le groupe informé ou non et les réponses à la question : la qualification est-elle toujours en cours d'élaboration ?

Dans le groupe bien informé, 60,5% avaient la bonne réponse : oui (n=26), 7% avaient mal répondu (n=3) et 32,5% ne savaient pas (n= 14). Dans le groupe non informé, 81,7% avouaient ne pas savoir (n=58), 12,7% avaient la bonne réponse (n=9) et 5,6% avaient mal répondu (n=9).

3.3- Recrutement d'un assistant médical

3.3.1- Les médecins généralistes sont-ils les seuls à pouvoir embaucher un assistant médical ?

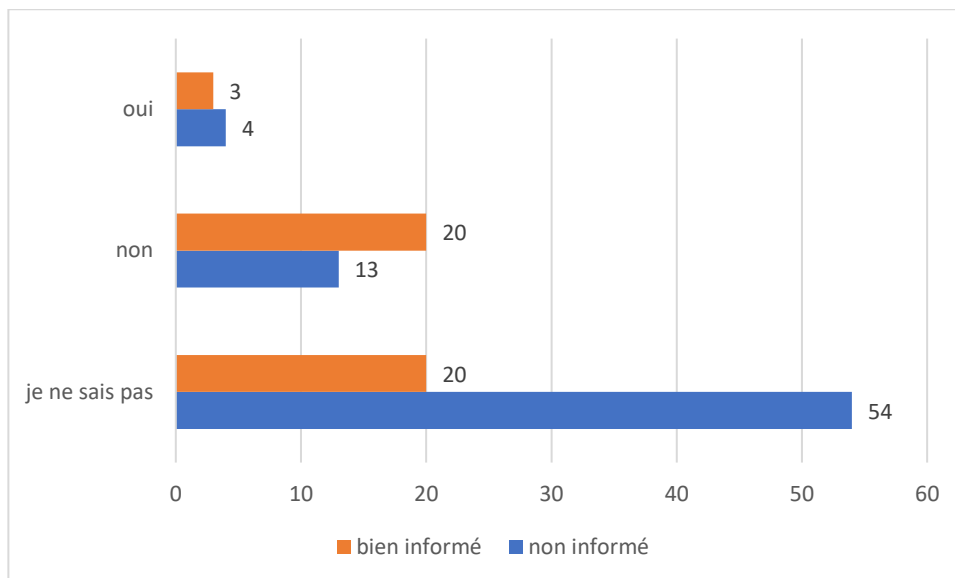


Figure 21 : Répartition entre le groupe informé ou non et les réponses à la question : seuls les médecins généralistes peuvent embaucher un assistant médical.

Dans le groupe informé, 46,5% d'entre eux avaient la bonne réponse : non soit (n=20), 46,5% ne savaient pas (n=20) et 7% avaient mal répondu (n= 3). Dans le second groupe, 18,3% avaient bien répondu (n=13), 76% ne savaient pas (n=54) et 5,7% avaient faux (n=4).

3.3.2- Pour embaucher un assistant médical, faut-il s'inscrire dans une démarche d'exercice coordonné, quelle que soit sa forme ou s'engager à le faire dans les 2 ans ?

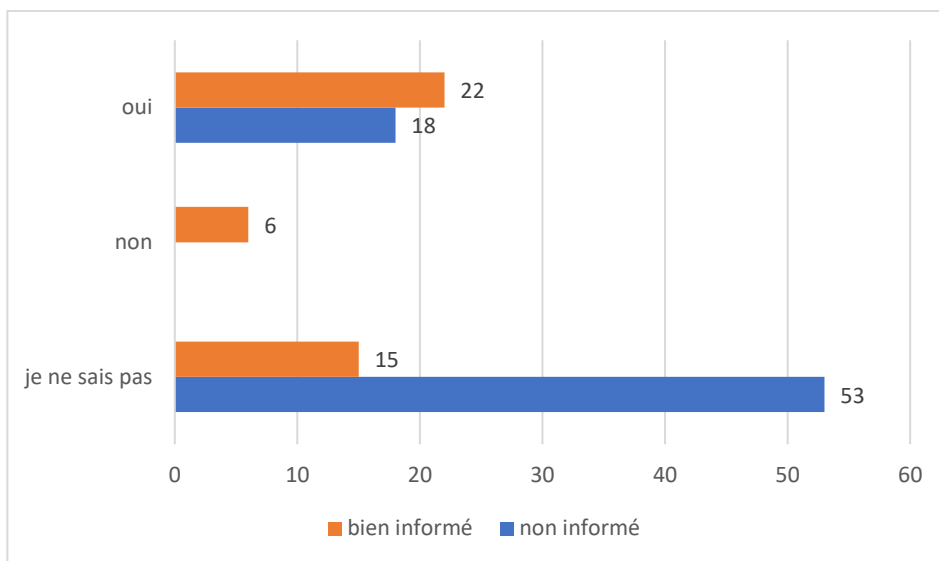


Figure 22 : Répartition entre le groupe informé ou non et les réponses à la question concernant l'embauche d'un assistant médical et l'exercice coordonné.

51,2% des participants du groupe informés avaient bien répondu : oui (n=22), 34,8% ne savaient pas (n=15) et 14% avaient faux (=6). Dans le groupe non informé, 25,4% avaient bien répondu (n=18), 74,6% avouaient ne pas savoir (n=53).

3.3.3- La CPAM participe-t-elle au financement de façon annuelle, dégressive à partir de la 2ème année, puis de façon pérenne ?

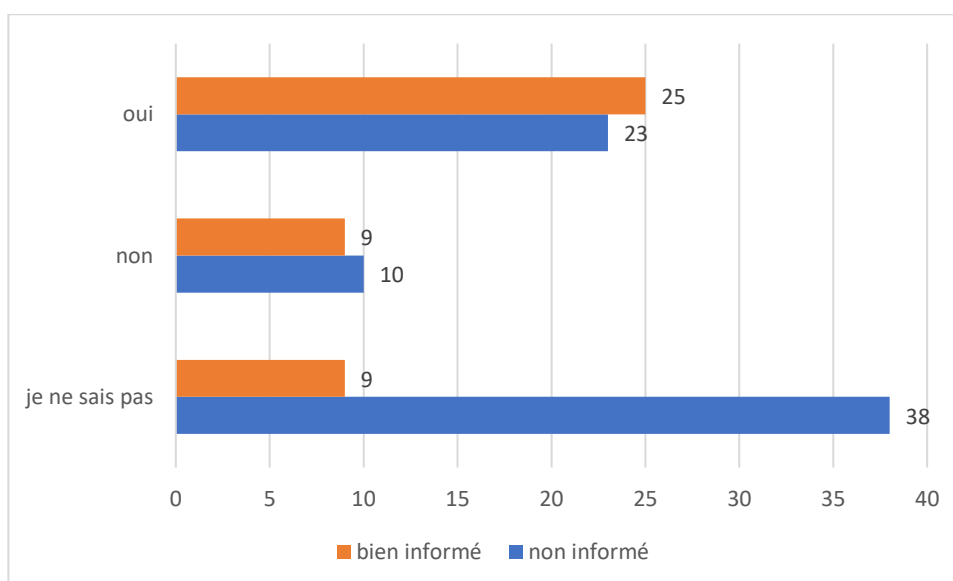


Figure 23 : Répartition entre les groupes informés ou non et les réponses à la question concernant le financement de la CPAM.

58% des bien informés avaient la bonne réponse : oui (n=25), 21% ne savaient et 21% avaient faux (n=9). 32,4% des participants mal informés avaient bien répondu (n= 23), 53,5% ne savaient pas (n= 38) et 14,1% avaient faux (n=10).

3.3.4- La durée du contrat est-elle de 5 ans renouvelable ?

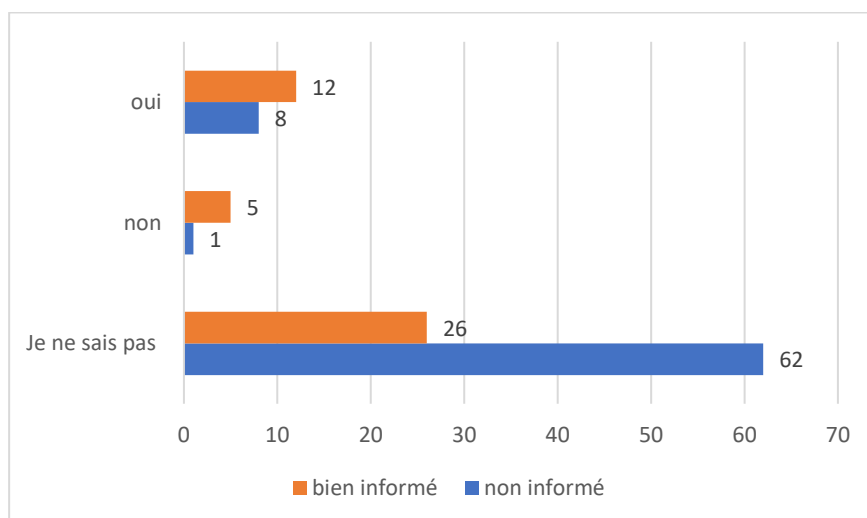


Figure 24 : Répartition entre le groupe informé ou non et les réponses concernant la durée du contrat d'un assistant médical.

28 % des bien informés avaient la bonne réponse : oui, (n=12), 60,4% avouaient ne pas savoir (n=26), et 11,5% avaient mal répondu (n=5). Chez les participants mal informés, 11,3% avaient juste (n=8), 88,7% ne savaient pas (n= 63). Nous avons comptabilisé la seule réponse non du groupe mal informé dans les réponses « je ne sais pas ».

3.3.5- En contrepartie le médecin doit-il s'engager à augmenter sa patientèle adulte médecin traitant et sa file active ?

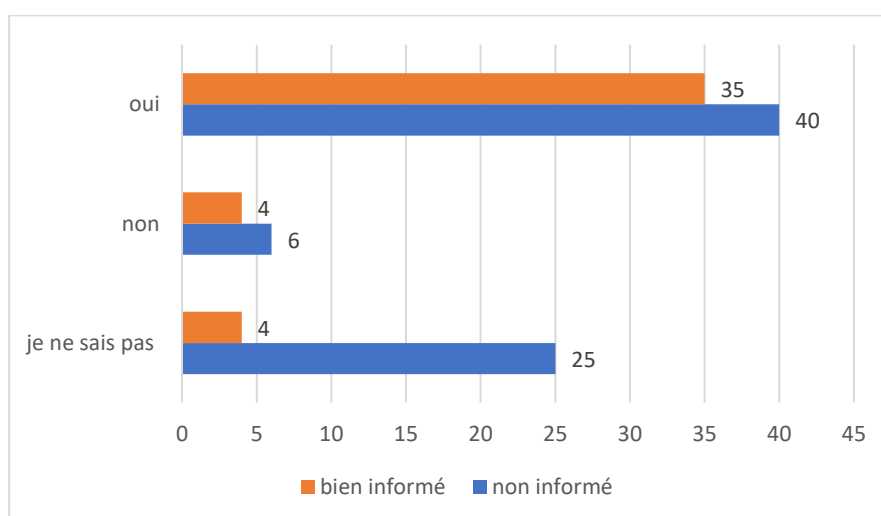


Figure 25 : Répartition entre le groupe informé ou non et les réponses concernant l'augmentation de la file active et la patientèle médecin traitant.

Ils étaient 81,4% dans le groupe informé à avoir bien répondu : oui soit (n= 35), 9,3% ne savaient pas et avaient faux soit (n=4) pour chacune de ces deux réponses. Les répondants moins informés avaient la bonne réponse à 56,4% (n= 40), 35,2% ne savaient pas (n=25) et 8,4% (n=6) avaient mal répondu.

3.4- Missions de l'assistant médical

3.4.1- L'assistant médical pourra-t-il créer et gérer le dossier médical ?

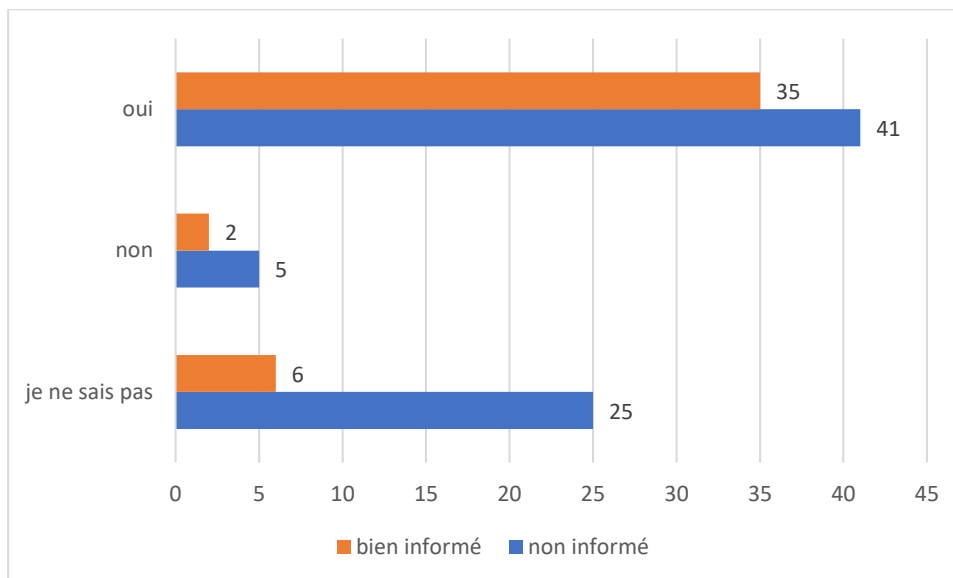


Figure 26 : Répartition entre le groupe informé ou non et les réponses concernant la gestion et la création du dossier médical par l'assistant médical.

81,4% des médecins du groupe bien informé avaient bien répondu à la question : oui (n=35), 18,6% ne savaient pas (nous avons inclus les 2 réponses non). Dans le second groupe, 57,8% avaient la bonne réponse (n=41), 7% avaient faux (n=5) et 35,2% ne savaient pas (n=25).

3.4.2- L'assistant médical pourra-t-il prendre les constantes, aider à la préparation et à la réalisation d'actes techniques (ECG, strepto-test) ?

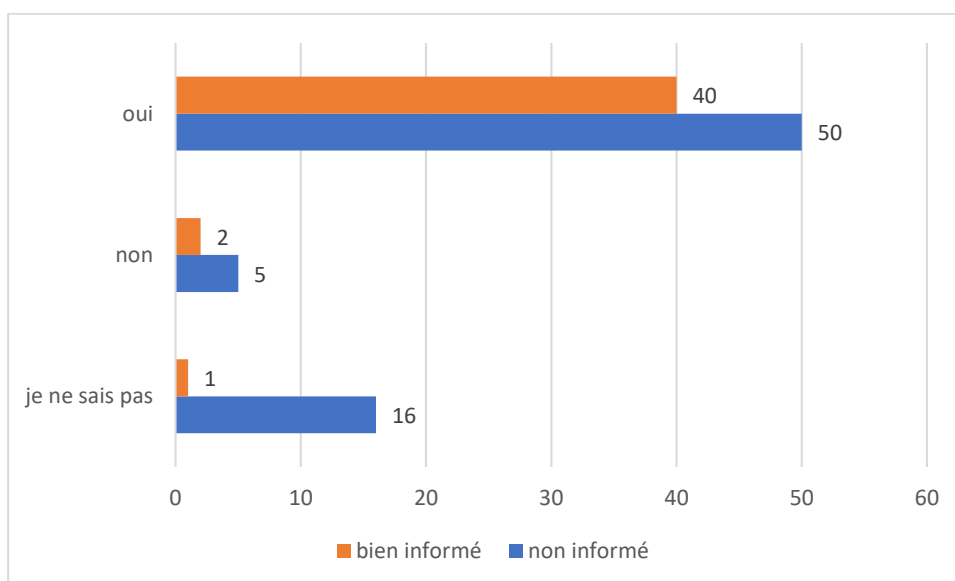


Figure 27 : Répartition entre le groupe informé ou non et les réponses concernant l'aide ou la réalisation d'actes techniques par l'assistant médical.

93% des participants bien informés avaient bien répondu (n=40), au total 7% avaient faux ou ne savaient pas (n=3). Dans le groupe moins informé, 70,5% avaient la bonne réponse (n=50), 22,5% avouaient ne pas savoir (n=16) et 7% avaient mal répondu (n=5).

3.4.3- L'assistant médical pourra-t-il prescrire des examens complémentaires ?

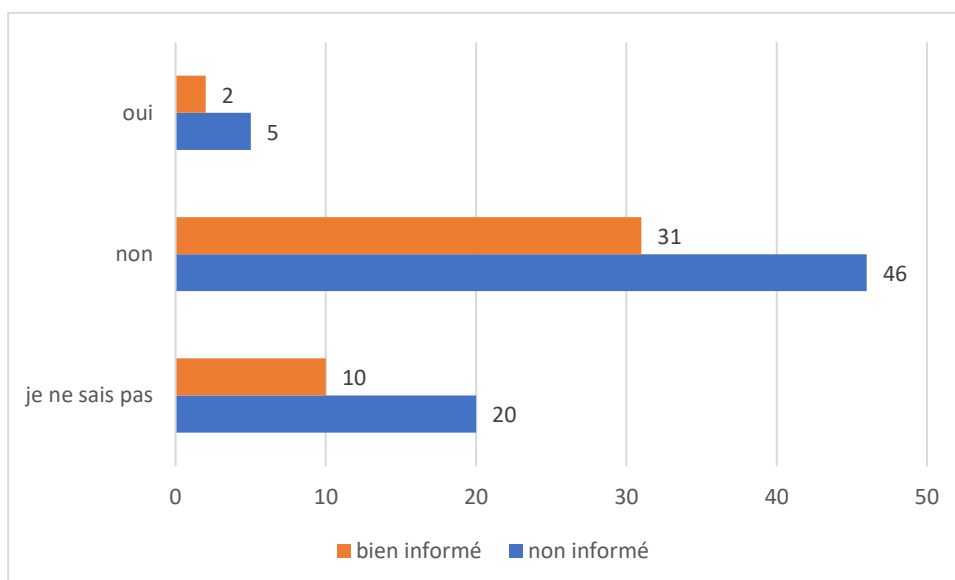


Figure 28 : Répartition entre le groupe informé ou non et les réponses concernant le droit ou non de prescription d'examen complémentaire par l'assistant médical.

Dans le groupe bien informé, 73% des participants avaient bien répondu : non soit (n=31), 28% ne savaient pas ou avaient mal répondu (n=12). Dans le second groupe, 64,8% avaient bien répondu (n=46), 28,2% ne savaient pas (n=20) et 7% avaient faux (n=5).

3.4.4- L'assistant médical pourra-t-il renouveler ou adapter certaines prescriptions médicales ?

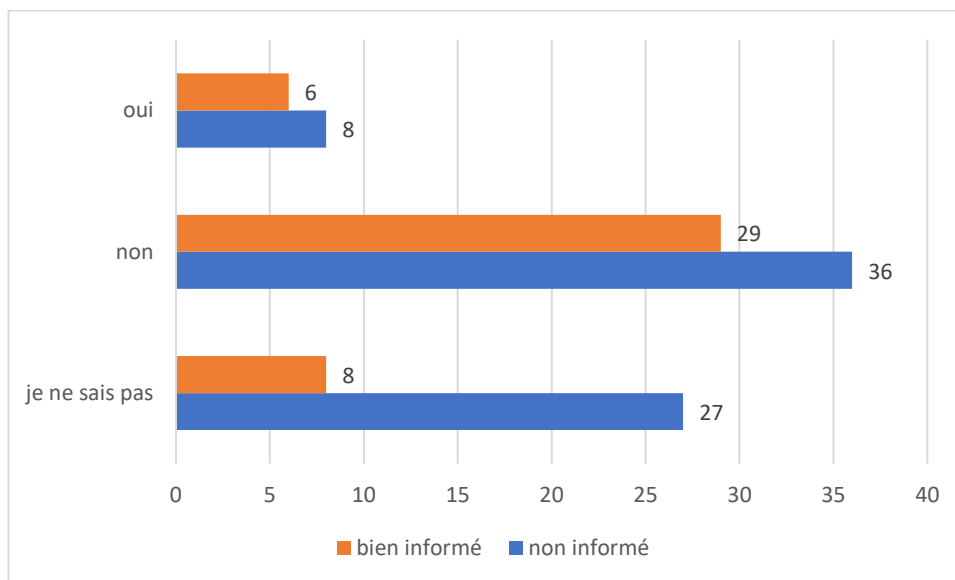


Figure 29: Répartition entre le groupe informé ou non et les réponses concernant le droit ou non de prescription médicamenteuse par un assistant médical.

67,4% des répondants du groupe informé avaient la bonne réponse : non soit (n=29), 14% avaient faux (n=6) et 18,6% avouaient ne pas savoir (n=8). Dans l'autre groupe, 50,7% des participants avaient bien répondu (n=36), 38% ne savaient pas (n=27) et 11,3% avaient faux.

3.5- Attractivité de cette nouvelle mesure.

Durant l'étude, seul un des participants avait recruté un assistant médical, soit 0,9%, contre 99,1% qui ne travaillaient pas avec un assistant médical.

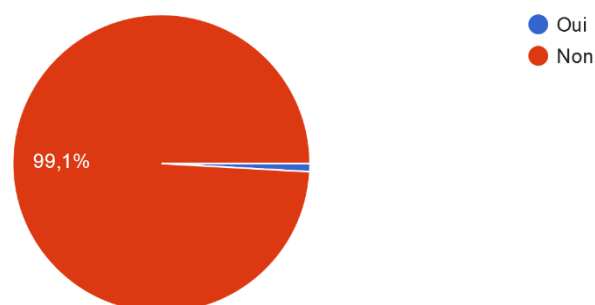


Figure 30: Recrutement d'un assistant médical.

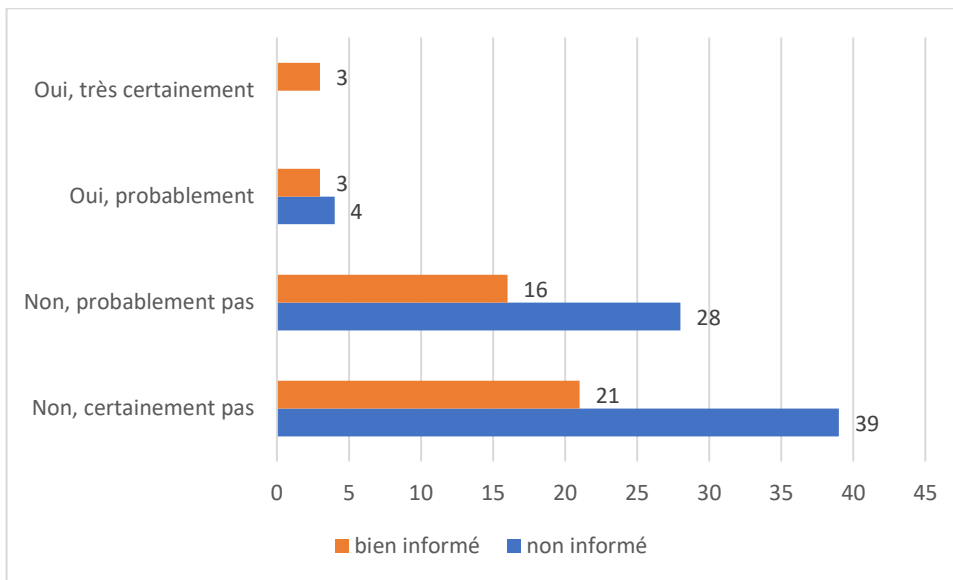


Figure 31 : Répartition entre le groupe informé ou non et le recrutement d'un assistant médical.

Dans le groupe bien informé, ils étaient 86% à ne pas envisager l'embauche d'un assistant médical (n= 37), et 94,4% dans le groupe moins informé (n= 67). Ils étaient 14% à envisager cette possibilité dans le groupe informé (n=6) et 5,6% dans le second groupe (n=4).

IV- Discussion

1- Critique de l'étude.

1.1- Faiblesses de l'étude

Nous avons choisi d'évaluer et de comparer les connaissances des médecins généralistes au sujet des assistants médicaux, cela nécessitait donc des questions précises et similaires pour tous les médecins interrogés. Le but de l'étude était d'établir un état des lieux des connaissances des médecins généralistes et l'analyse quantitative était plus adaptée à la question posée.

Il existe plusieurs biais dans notre étude. Notre étude comporte un biais de sélection lié à la difficulté de recueillir un mailing des médecins généralistes dans le Sud des Hauts-de-France. De plus, l'étude était limitée à la Picardie qui n'est peut-être pas représentative du reste du territoire. Les médecins étaient nombreux à ne pas avoir répondu aux questionnaires, amenant un biais de non-réponse. Peut-être que certains d'entre eux n'étaient pas intéressés par le sujet ou qu'ils n'avaient pas répondu par manque de temps, le questionnaire a été envoyé pendant l'épidémie de covid-19. L'étude peut également comprendre un biais déclaratif par une possible incompréhension de certaines questions des participants.

1.2- Forces de l'étude

La lutte contre les déserts médicaux est un sujet d'actualité depuis plusieurs années. La loi « Ma santé 2022 » a pour but d'y remédier. C'est un sujet toujours médiatisé et la création du métier d'assistant médical a alimenté les informations. C'est donc un sujet nouveau encore peu étudié notamment dans la région du sud des Hauts-de-France. Il existe quelques études qualitatives, mais nous n'avons pas trouvé d'étude sur l'état des connaissances des médecins généralistes.

2- Résultats principaux

2.1- Population étudiée

Les répondants étaient des hommes à 56,1% et des femmes à 43,9%. En 2018, les médecins en activité régulière étaient composés de 53% d'hommes et de 47% de femmes [1]. Ce qui est plutôt en accord avec nos résultats. Nous constatons, également, une féminisation du corps médical, elles sont 65 % à avoir moins de 35 ans et à part égale homme-femme dans la tranche d'âge 35-55 ans, soit respectivement 50,01% et 49,09%. D'après le recensement du CNOM [1], en 2018, on compte 64,1% de femmes de moins de 40 ans en médecine générale.

L'exercice libéral reste le mode d'exercice préféré, puisqu'ils étaient 90,4% médecins installés en libéral dans notre étude. L'exercice regroupé se confirme quel que soit l'âge avec tout de même une majorité chez les plus jeunes puisqu'ils étaient 95% des moins de 35 ans à exercer en groupe, 89% entre 35 et 55 ans et 57% avaient plus de 55 ans.

Nous remarquons, dans notre étude que les plus jeunes exerçaient en majorité en milieu semi-rural (55%), par rapport au plus de 55 ans et la tranche d'âge intermédiaire qui travaillaient majoritairement en milieu urbain (respectivement 46% et 47%). Alors que la plupart des études tendent à montrer que les jeunes médecins sont réticents à s'installer en milieu rural, avec pour principales raisons, la peur d'un isolement global (socio-culturel, manque de structures publiques), mais aussi un isolement professionnel, la peur d'une surcharge de travail et la proximité avec la population, comme l'ont décrit les docteurs Clémence Arnaud et Pierre Thiron dans leur thèse [15]. Ces données sont nuancées dans la thèse du docteur Cindy Veauvy [16], en effet les jeunes généralistes interrogés faisaient valoir une meilleure qualité de vie familiale en milieu rural et le choix d'exercer en groupe leur permettaient de concilier vie professionnelle et vie privée, certains évoquaient même l'intérêt d'éloigner le lieu d'habitation du lieu de travail pour préserver leur vie privée.

Cependant, dans notre étude, les jeunes médecins exerçaient essentiellement dans le département de la Somme (45%) où l'on trouve le Centre Hospitalo-Universitaire, les recherches montrent que les jeunes médecins s'installent souvent proche de leur lieu d'étude

[17]. Dans le département de l'Aisne, nous constatons effectivement un vieillissement de la démographie médicale, comme décrit dans l'Atlas du CNOM [1]. Dans notre étude, nous comptons 46% de médecins de plus de 55 ans et 13% avaient moins de 35 ans.

2.2- Etat des lieux des connaissances des médecins généralistes.

2.2.1- Information

Nous avons divisé la population en deux groupes et comparé leur niveau de connaissance au sujet des assistants médicaux. Un groupe a répondu être bien informé et l'autre non. Ce qui nous a permis d'établir un état des lieux des connaissances des médecins généralistes et de répondre à notre objectif principal.

37,7% ont répondu être bien informés, ce qui est peu sur notre population d'étude. Il y avait peu de différence selon le sexe et l'âge dans les deux groupes, sauf pour les plus de 55 ans qui étaient 72% à se déclarer peu informés. Peut-être est-ce en raison d'un âge proche de la retraite. Ces médecins sont sans doute peu enclins à changer leur mode de travail, leurs locaux et ils ont peut-être une patientèle conséquente. Une majorité des médecins peu informés étaient accompagnés par un secrétariat médical, c'est probablement une des raisons qu'ils ne se soient pas intéressés à cette mesure puisqu'une des missions d'un assistant médical est de diminuer la charge de travail administrative des médecins, comme certains l'ont déclaré dans les commentaires libres : « En tant que médecin avec une secrétaire perso qui me décharge à plein de niveau pour une rémunération modeste, je n'en vois pas l'intérêt », « Je travaille en msp 4 médecins + 2 secrétaires qui se relaient... aucun intérêt d'avoir un assistant »

La principale source d'information était la CPAM et l'ARS, les médecins ont pu être sollicités par courrier, email ou par téléphone par ces administrations publiques pour leur présenter ce nouveau métier destiné à les aider dans leur pratique.

2.2.2- Formation de l'assistant médical

Le groupe bien informé connaissait bien la date d'embauche d'un assistant médical (74,5%). Pour la question « qui peut assurer cette fonction ? », nous pensons que la question a pu être mal comprise. En effet, la réponse « tout autre profil souhaitant suivre cette voie professionnelle » aurait pu être interprétée comme « toutes les réponses sont correctes ». Les deux groupes ont répondu à toutes les réponses dans les mêmes proportions.

Concernant les questions sur la qualification professionnelle et la formation de l'assistant médical, nous notons une différence entre les deux groupes, les mieux informés connaissaient les réponses en majorité. Nous supposons que les médecins qui ne se sont pas intéressés à cette mesure, ne se sont pas informés sur les qualifications d'un assistant médical. De plus, la

qualification de l'assistant médical était toujours en cours d'élaboration et ce flou de la formation de l'assistant médical peut poser un problème aux médecins généralistes, comme le soulève, dans sa thèse, le docteur Raphaël Abt [18]. Certains médecins n'ont peut-être pas souhaité poursuivre leur recherche sur le sujet.

2.2.3- Recrutement d'un assistant médical

Au sujet des modalités de recrutement d'un assistant médical, nous constatons que dans les deux groupes, les répondants étaient nombreux à ne pas savoir que plusieurs spécialités médicales peuvent prétendre à l'embauche d'un assistant médical, avec une plus forte proportion dans le groupe peu informé soit 81,7%, contre 53,5% dans l'autre groupe. Concernant la condition d'obligation de l'exercice coordonné, le groupe bien informé n'avait pas une nette proportion de bonne réponse (51,2%), idem à propos du financement par la CPAM puisque 58% d'entre eux ont bien répondu. Les deux groupes ne connaissaient pas la durée du contrat qui est de 5 ans renouvelable, seulement 28% des participants bien informés et 11,3% dans le second groupe avaient bien répondu. En revanche, en ce qui concerne l'obligation d'augmenter sa file active, nous notons que la plupart des médecins connaissaient cette condition car, ils étaient respectivement dans le groupe informé et le groupe non informé, 81,4% et 56,4% à avoir bien répondu. On peut supposer que les médecins de façon générale, ne se sont pas d'avantage renseignés sur les conditions de recrutement d'un assistant médical à la suite de la condition d'augmenter sa patientèle médecin traitant et sa file active, une majorité d'entre eux ayant sans doute une patientèle importante, et ils pouvaient craindre une surcharge de travail. Certains commentaires vont dans ce sens : « voir encore plus de patient ??? même avec aide de l'assistante médicale je ne comprends pas comment c'est possible », « Patientèle déjà conséquente ... je me vois mal l'augmenter dans les proportions que la CPAM demande »

2.2.4- Missions de l'assistant médical

Les deux groupes étaient bien renseignés à propos des missions qui peuvent être confiées à un assistant médical. Ils étaient 81,4% dans le groupe bien informé et 57,8% dans le second groupe, à savoir que l'assistant médical peut avoir un rôle administratif (tenu des dossiers médicaux, accueil du patient, prise de rendez-vous...) et respectivement 93% et 70,5% qu'il peut avoir un rôle soignant (installation du patient, prise de constante, réalisation d'actes techniques). Nous remarquons un résultat similaire concernant les questions à propos d'un rôle médical que pourrait avoir un assistant médical (prescription d'examen complémentaire, renouvellement et adaptation des traitements). Les médecins avaient répondu en majorité non, ce qui est vrai, c'est le rôle qui sera confié aux IPA.

Nous constatons que les médecins qui avaient répondu être peu informés, ont bien connaissance des missions qui peuvent être confiées à l'assistant médical. Il est possible que le rôle que peut jouer l'assistant médical ne les intéressaient pas et qu'ils n'ont pas poursuivi leurs recherches.

2.2.5- Attractivité

Nous notons que le niveau d'information a peu d'impact sur le recrutement d'un assistant médical, puisqu'un seul médecin a recruté un assistant médical pendant la réalisation de notre étude. Ils étaient seulement 14% à envisager d'embaucher un assistant médical chez les médecins bien informés.

Dans sa thèse, le docteur Raphaël Abt a mis en évidence que les médecins généralistes et les internes de médecine générale interrogés, étaient favorables au principe de l'assistant médical et qu'ils souhaiteraient déléguer des tâches, mais seulement 28% d'entre eux envisageaient de travailler avec un assistant médical [18]. Les principaux freins mis en évidence sont la perte de contact avec le patient, l'adaptation des locaux, la formation de l'assistant médical qui n'était toujours pas définie comme décrit plus haut dans notre étude [18]. Nous trouvons les mêmes remarques dans nos commentaires : « la configuration de mon cabinet médical ne me permet pas d'employer un assistant médical », « Je n'ai pas de place pour faire un autre bureau », « L'objectif derrière ? Faire de l'abattage ? Créer une médecine inhumaine ? Ne plus connaître son patient ? ».

Ces freins à l'embauche d'un assistant médical se retrouvent dans la thèse du docteur Jean-François Colmas [9], les médecins interrogés craignaient de travailler à la chaîne, de perdre en qualité au profit de la quantité, de perdre la communication privilégiée qu'ils avaient avec leur patient et de perdre leur liberté [9]. Les médecins ne souhaitaient pas non plus devenir « un patron », pour eux le salariat s'apparentait à une contrainte. Ils ne voulaient pas engager de nouveaux frais de cabinet pour l'aménagement des locaux, achat de matériel informatique [9]. On retrouve également la crainte de ne pas pouvoir tenir les objectifs d'augmentation de la patientèle et de perdre l'aide financière de la CPAM et de peut-être devoir licencier l'assistant médical [18] [9]. Le même ressenti est décrit dans la thèse des docteurs Chloé Raguideau et Laetitia Levesque, elles relèvent également dans leur thèse la difficulté pour les médecins de déléguer des tâches médicales, ils étaient plus enclins à déléguer des tâches administratives [19]. La peur d'engager leur responsabilité était aussi exprimée. Dans leur thèse, les médecins déclaraient vouloir continuer à faire des tâches simples comme la prise de pression artérielle qui est souvent un moment calme où le médecin peut prendre un temps de réflexion et de souffler un peu [19]. Certains de nos participants ont exprimé le fait qu'ils ne voulaient pas voir que des patients polyopathologiques non stabilisés : « à nous les polyopathologies lourdes et

chronophages », « Seul les cas complexes et chronophages seront gérés par le médecin pour des honoraires ridicules et indécents ».

Ces réticences sont peut-être liées à un manque d'information des médecins. Dans notre étude, ils sont seulement 37,7% à se déclarer bien informés, mais dans ce groupe le niveau d'information est inégal, ils étaient globalement bien informés au sujet de la formation et des missions de l'assistant médical mais ce n'était pas le cas concernant les modalités de recrutement et de financement par la CPAM. Comme l'a relevé dans sa thèse le docteur Raphaël Abt, ces leviers à l'embauche pourraient être levés si les médecins étaient mieux informés [18]. En effet, c'est le médecin qui décide quelle mission confier à l'assistant médical, il peut donc être uniquement administratif, il peut être embauché à temps partiel, il existe plusieurs financements possibles (cf. annexe 1) le contrat a une durée de 5 ans et peut être renouvelé, l'aide est effectivement dégressive mais pérenne par la suite.

A noter que dans leur thèse, les docteurs Chloé Raguideau et Laetitia Levesque [19] ont interrogé les patients, certains étaient favorables à cette mesure, ils exprimaient le fait que cela leur permettrait d'échanger avec quelqu'un d'autre sans forcément déranger le médecin, que le médecin pourrait être aussi plus disponible. Dans la thèse du docteur Laure Vigouroux [20], les patients étaient également favorables à être accueillis par un assistant médical et que leur médecin soit aidé d'un assistant médical. Ils pensaient ainsi qu'il serait plus disponible, que cela faciliterait l'accès aux soins et diminuerait le délai en salle d'attente.

D'autres études seraient intéressantes pour évaluer à l'avenir, si les médecins seront plus favorables à changer leur pratique, si la transformation de la médecine générale attendue par les pouvoirs publics s'opère. En effet, la création du métier IPA et des CPTS pourraient modifier l'exercice des médecins libéraux. Le médecin généraliste pourrait avoir un rôle de coordination des soins s'il accepte de confier ses patients à un IPA.

Sur l'ensemble du territoire national, 1729 contrats ont été signés au 19 février 2021 [21].

V- Conclusion

La région Picardie, maintenant rattachée aux Hauts-de-France, est une région touchée par le phénomène de désertification médicale avec des inégalités territoriales.

La création du métier d'assistant médical a pour but de faciliter l'accès aux soins des patients en déchargeant les médecins de certaines tâches administratives ou soignantes.

Notre étude avait pour but d'évaluer les connaissances des médecins généralistes à propos des assistants médicaux et dans un deuxième temps d'estimer s'il existait un lien entre le niveau de connaissance et le projet de recruter un assistant médical.

Les médecins dans l'ensemble, sont peu renseignés sur cette mesure. Les missions de l'assistant médical sont bien connues mais le recrutement et le mode de financement par la CPAM beaucoup moins.

Une grande majorité des médecins n'envisageaient pas d'embaucher un assistant médical, peut-être justement par un manque d'information, la délégation de tâche semble aussi difficile pour les médecins généralistes. La peur de perte de lien avec le patient et d'une médecine d'abattage est présente dans les commentaires des médecins. D'autres études pourraient être intéressantes pour évaluer les attentes et les intérêts des médecins envers les assistants médicaux dans la région.

VI- Bibliographie

1 : Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France : Situation au 1er Janvier 2018 [En ligne]. [Cité le 28 mai 2020]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medicale>.

2 : Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France : Situation au 1er Janvier 2011 [En ligne]. [Cité le 28 mai 2020]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medicale>.

3: Anderson A, Proudfoot JG, Harris M. Medical assistants: a primary care workforce solution?. Aust Fam Physician. Aug 2009; 38(8) :623-626.

4: AAMA. American Association of Medical Assistants. What is a Medical Assistant [En ligne]. [Cité 10 aout 2020]. Disponible sur : <https://www.aama-ntl.org/medical-assisting/what-is-a-medical-assistant>.

5: Karola Mergenthal, Martin Beyer, Ferdinand M Gerlach, Corina Guethlin. Sharing Responsibilities within the General Practice Team - A Cross-Sectional Study of Task Delegation in Germany. PloS One. Jun. 2016 ;11(6) : e0157248.

6 : Ministère des solidarités et de la santé. 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. Journal officiel n° 1292 du 20 aout 2019.

7 : L'Assurance Maladie. Assistant médical : un simulateur pour vérifier son éligibilité au dispositif. [En ligne]. [Cité le 25 aout 2020]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/assistant-medical-un-simulateur-pour-verifier-son-eligibilite-au-dispositif>.

8 : Ministère des solidarités et de la santé. Arrêté du 7 novembre 2019 relatif à l'exercice de l'activité d'assistant médical signé le 25 aout 2016. Journal officiel n°0263 du 13 novembre 2019.

9 : Colmas J-F. La pratique avancée en soins infirmiers : mise au point et perspectives pour la médecine générale. Thèse de médecine. Université de Nice Sophia-Antipolis ; 2019, 75 p.

10 : France compétences. RNCP, Résumé descriptif de la certification Diplôme d'Etat Diplôme d'état d'infirmier en pratique avancée reconnu au grade universitaire de master. Code RNCP : 31191. [En ligne]. [Cité le 28 août 2020]. Disponible sur : <https://www.francecompetences.fr/recherche/rncp/31191>.

11 : Ministère des solidarités et de la santé. Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée signé le 18 juillet 2018. Journal officiel n°0164 du 19 juillet 2018.

12 : Ministère des solidarités et de la santé. Arrêté du 21 août 2019 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé signé le 20 juin 2019. Journal officiel n°0196 du 24 août 2019.

13 : ARS. Agence Régionale de Santé. Ma Santé 2022 : les grandes mesures inscrites dans la loi. [En ligne]. [Cité le 10 août 2020]. Disponible sur : <https://www.ars.sante.fr/ma-sante-2022-les-grandes-mesures-inscrites-dans-la-loi>.

14 : Ministère des solidarités et de la santé. Hôpitaux de proximité : La reconnaissance de leur rôle et de la nécessité d'un financement adapté à leurs spécificités. [En ligne]. [Cité le 10 août 2020]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/hopitaux-proximite>.

15 : Arnaud C, Thiron P. Médecine générale en milieu rural : freins à l'installation : étude qualitative nationale auprès d'internes et de médecins installés. Thèse de médecine. Université Grenoble 1 ; 2013, 167 p.

16 : Veauvy C. L'installation des jeunes médecins en zone rurale. Thèse de médecine. Université de Tours ; 2014, 83 p.

17 : Delattre E, Samson AL. Stratégies de localisation des médecins généralistes français : mécanismes économiques ou hédonistes ? Econ Stat. 2012 ;455(1) :115-42.

18 : Abt R. Assistant médical en France : l'opinion des médecins généralistes et internes de médecine générale sur la délégation de tâches : les freins concernant son intégration au système de santé. Thèse de médecine. Université Limoges ; 2020, 99 p.

19 : Raguideau C, Levesques 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. Université Aix-Marseille ; 2019, 134 p.

20 : Vigouroux L. Les patients accepteraient-ils d'être reçus en préconsultation par un(e) assistant médical(e) avant une visite chez leur médecin généraliste ? : enquête auprès de 3 cabinets de la région Occitanie. Thèse de médecine. Université Montpellier ; 2017, 95 p.

21 : Foul M. Assistants médicaux : 1729 contrats signés, hausse de la patientèle déjà constatée. Le quotidien du médecin. Mars 2021. [En ligne]. [Cité le 10 mars 2021]. Disponible sur : <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/gestion-cabinet/assistants-medicaux-1729-contrats-signes-hausse-de-la-patientele-deja-constatee>.

VII- Annexes

1- Annexe 1 : Aide aux financements par la CPAM :

Quelles options pour quels financements et quelles contreparties ?

Le cas du docteur A : médecin généraliste, avec une file active de 1300 patients et une patientèle de 700 patients MT adulte

Option 1 : le médecin choisit d'être aidé pour 1/3 ETP (1) d'assistant médical.

La première année, il recevra une aide de 12 000 €, la 2e année, il recevra 9 000 €, la 3e année et les suivantes, il recevra jusqu'à 7 000 €, en fonction de l'atteinte de ses objectifs. En contrepartie, il doit augmenter sa patientèle MT et file active de 20 % : + 260 patients dans sa file active, dont 140 patients supplémentaires en tant que médecin traitant

Option 2 : il choisit d'être aidé pour 1/2 ETP d'assistant médical.

La première année, il recevra une aide de 18 000 €, la 2e année, il recevra 13 500 €, la 3e année et les suivantes, il recevra jusqu'à 10 500 €, en fonction de l'atteinte de ses objectifs. En contrepartie, il doit augmenter sa patientèle MT et file active de + 25 % : + 325 patients dans sa file active, dont 175 patients supplémentaires en tant que médecin traitant.

Option 3 : comme le Dr A est installé en zone sous-dense, il peut choisir d'être aidé totalement pour 1 ETP d'assistant médical. La première année, il recevra une aide de 36 000 €, la 2e année, il recevra 27 000 €, la 3e année et les suivantes, il recevra jusqu'à 21 000 €, en fonction de l'atteinte de ses objectifs. En contrepartie, il doit augmenter sa

patientèle MT et file active + 35 % : + 455 patients dans sa file active, dont 245 patients supplémentaires en tant que médecin traitant.

Le cas du docteur B, médecin généraliste, avec une file active de 2081 patients et une patientèle de 1259 patients MT adulte.

Option 1 : le médecin choisit d'être aidé pour 1/3 ETP (1) d'assistant médical. La première année, il recevra une aide de 12 000 €, la 2e année, il recevra 9 000 €, la 3e année et les suivantes, il recevra jusqu'à 7 000 €, en fonction de l'atteinte de ses objectifs. En contrepartie, il doit atteindre un objectif de + 7,5 % (file active et patientèle) : + 156 patients dans sa file active, dont 94 patients supplémentaires en tant que médecin traitant

Option 2 : il choisit d'être aidé pour 1/2 ETP d'assistant médical.

La première année, il recevra une aide de 18 000 €, la 2e année, il recevra 13 500 €, la 3e année et les suivantes, il recevra jusqu'à 10 500 €, en fonction de l'atteinte de ses objectifs. En contrepartie, il doit atteindre un objectif de + 12,5 % (file active et patientèle) : + 260 patients dans sa file active, dont 157 patients supplémentaires en tant que médecin traitant.

Option 3 : comme le Dr C est installé en zone sous-dense, il choisit d'être aidé pour 1 ETP d'assistant médical.

La première année, il recevra une aide de 36 000 €, la 2e année, il recevra 27 000 €, la 3e année et les suivantes, il recevra jusqu'à 21 000 €, en fonction de l'atteinte de ses objectifs. En contrepartie, il doit atteindre un objectif de + 20 % (file active et patientèle) : + 416 patients dans sa file active, dont 252 patients supplémentaires en tant que médecin traitant.

Le cas du docteur C, médecin spécialiste en cardiologie, avec une file active de 2 800 patients.

Option 1 : le médecin choisit d'être aidé pour 1/3 ETP (1) d'assistant médical. La première année, il recevra une aide de 12 000 €, la 2e année, il recevra 9 000 €, la 3e année et les suivantes, il recevra jusqu'à 7 000 €, en fonction de l'atteinte de ses objectifs. En contrepartie, il doit augmenter sa file active de 7,5 % : + 210 patients dans sa file active.

Le cas du docteur D, médecin spécialiste en pédiatrie, avec une file active de 1 720 patients.

Option 2 : il choisit d'être aidé pour 1/2 ETP d'assistant médical.

La première année, il recevra une aide de 18 000 €, la 2e année, il recevra 13 500 €, la 3e année et les suivantes, il recevra jusqu'à 10 500 €, en fonction de l'atteinte de ses objectifs. En contrepartie, il doit augmenter sa file active + 12,5 % (file active) : + 215 patients dans sa file active.

Le cas du docteur E, médecin spécialiste en ophtalmologie, avec une file active de 5 500 patients.

Option 3 : comme le Dr E est installé en zone sous-dense, il choisit d'être aidé pour 1 ETP d'assistant médical. La première année, il recevra une aide de 36 000 €, la 2e année, il recevra 27 000 €, la 3e année et les suivantes, il recevra jusqu'à 21 000 €, en fonction de l'atteinte de ses objectifs. En contrepartie, il doit augmenter sa file active 20 % (file active) : + 1 100 patients dans sa file active.

2- Annexe 2 : Questionnaire

- 1) Etes-vous ?
 - a. Une femme
 - b. Un homme
- 2) Quel est votre âge ?
 - a. < 35 ans
 - b. Entre 35 et 55 ans
 - c. > 55 ans
- 3) Etes- vous ?
 - a. Médecin généraliste installé(e) en libéral
 - b. Médecin ayant une activité mixte
 - c. Salarié(e)
- 4) Exercez-vous ?
 - a. Seul(e)
 - b. En cabinet de groupe, composé uniquement de médecins généralistes
 - c. En groupe, en cabinet multidisciplinaire
- 5) Exercez-vous ?
 - a. En milieu urbain

- b. En milieu rural
 - c. En milieu semi-rural
- 6) Dans quel département exercez-vous votre activité ?
- a. 02
 - b. 60
 - c. 80
- 7) Avez-vous un(e) secrétaire médical(e) ?
- a. Oui
 - b. Non
- 8) Pensez-vous avoir été suffisamment informé(e) sur la mise en place des assistants médicaux ?
- a. Oui
 - b. Non
- 9) Si oui, précisez comment (plusieurs réponses possibles)
- a. Agence régionale de santé (ARS)
 - b. Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM)
 - c. Revue médicale
 - d. Autre
- 10) Les médecins peuvent embaucher un assistant médical depuis le mois de septembre 2019 ?
- a. Oui
 - b. Non
 - c. Je ne sais pas
- 11) Cette fonction peut être assurée par : (plusieurs choix possibles)
- a. Aide-soignant(e)
 - b. Infirmier(e)
 - c. Secrétaire médical(e)
 - d. Tout autre profil souhaitant suivre cette nouvelle voie professionnelle
- 12) Les médecins peuvent recruter un assistant médical dès à présent, sans qualification professionnelle ?
- a. Oui
 - b. Non
 - c. Je ne sais pas
- 13) L'assistant médical doit s'engager à suivre une formation spécifique dans les 2 ans suivants son recrutement ?

- a. Oui
 - b. Non
 - c. Je ne sais pas
- 14) La qualification d'assistant médical est toujours en cours d'élaboration ?
- a. Oui
 - b. Non
 - c. Je ne sais pas
- 15) Seuls les médecins généralistes peuvent embaucher un assistant médical ?
- a. Oui
 - b. Non
 - c. Je ne sais pas
- 16) Il faut s'inscrire dans une démarche d'exercice coordonné, quel que soit sa forme ou s'engager à le faire dans les 2 ans ?
- a. Oui
 - b. Non
 - c. Je ne sais pas
- 17) La CPAM (caisse primaire d'assurance maladie) participe au financement de façon annuelle, dégressive à partir de la 2^{ème} année, puis de façon pérenne ?
- a. Oui
 - b. Non
 - c. Je ne sais pas
- 18) La durée du contrat est de 5 ans renouvelable ?
- a. Oui
 - b. Non
 - c. Je ne sais pas
- 19) En contrepartie le médecin doit s'engager à augmenter sa patientèle adulte médecin traitant et sa file active ?
- a. Oui
 - b. Non
 - c. Je ne sais pas
- 20) L'assistant médical pourra :
- a. Créer et gérer le dossier médical ?
 - i. Oui
 - ii. Non
 - iii. Je ne sais pas

- b. Prendre les constantes, aider à la préparation et réalisation d'actes techniques (ECG, strepto-test) ?
 - i. Oui
 - ii. Non
 - iii. Je ne sais pas
- c. Prescrire des examens complémentaires ?
 - i. Oui
 - ii. Non
 - iii. Je ne sais pas
- d. Renouveler ou adapter certaines prescriptions médicales ?
 - i. Oui
 - ii. Non
 - iii. Je ne sais pas

21) Avez-vous recruté un assistant médical ?

- a. Oui
- b. Non

22) Pensez-vous faire appel à un assistant médical ?

- a. Oui, très certainement
- b. Oui, probablement
- c. Non, probablement pas
- d. Non, certainement pas

23) Commentaire libre :

L'assistant médical : connaissances des médecins généralistes

Étude quantitative auprès des médecins généralistes du sud des Hauts-de-France

Introduction : La loi «ma santé 2022 », a mis en place le poste d'assistant médical pour diminuer la charge de travail des médecins et favoriser l'accès aux soins de la population. Matériel et méthode : Il s'agissait d'une étude quantitative, descriptive et comparative menée auprès de médecins généralistes installés dans le Sud des Hauts-de-France. L'objectif principal était d'évaluer le niveau de connaissance des médecins généralistes au sujet des assistants médicaux. L'objectif secondaire était d'estimer s'il existait un lien entre le niveau de connaissance et le projet de recruter un assistant médical. Résultats : 114 médecins ont répondu au questionnaire. 37,7% des participants ont déclaré être suffisamment informés dont 60,4% que l'embauche était possible sans qualification professionnelle. Concernant le recrutement : 46,5% d'entre eux savaient que plusieurs spécialités pouvaient embaucher un assistant médical ; 51,2% qu'il fallait s'inscrire dans un exercice coordonné ; 28% que le contrat était de 5 ans renouvelable. 81,4% connaissaient l'obligation d'augmenter la patientèle médecin traitant. Pour les missions de l'assistant médical : 81,4% des médecins savaient qu'il pouvait avoir un rôle administratif ou soignant à 93%. 14% envisageaient de recruter un assistant médical. Discussion : Les médecins étaient peu renseignés sur cette mesure, peu d'entre eux pensaient à embaucher un assistant médical, les raisons évoquées étaient, l'aménagement des locaux, la dégradation de la relation médecin-malade, l'augmentation de la patientèle. Conclusion : Le niveau de connaissance ne semble pas influencer le choix de recruter un assistant médical.

Mots clés : médecine générale, assistant médical, démographie médicale, réforme de santé, Hauts-de France.

Medical assistant: knowledge of general practitioners

quantitative study with the general practitioners located in the South of « Hauts-de-France ».

Abstract:

Objectives: The main objective was to test the level of knowledge of general practitioners about medical assistants. The secondary objective was to assess whether there was a link between the level of knowledge and the plan to recruit a medical assistant. Study design, methods: It was about a quantitative, descriptive and comparative study carried out with general practitioners located in the South of « Hauts-de-France ». Results: 114 doctors responded to the survey. 37,7% of the participants declared that they were sufficiently informed, 60,4% of whom said that hiring was possible without professional qualification. Regarding recruitment: 46,5% of them knew that several specialists could hire a medical assistant; 51,2% needed to be part of a coordinated exercise; 28% that the contract was for 5 years renewable. 81,4% were aware of the obligation to increase the number of patients per doctors. For the missions of the medical assistant: 81,4% of doctors knew that they could have an administrative or nursing role at 93%. 14% were considering hiring a medical assistant. Conclusions: Doctors had not much information about this measure, few of them thought of hiring a medical assistant, the reasons given were, the layout of the premises, the deterioration of the sick doctor relationship, the increase of patient numbers. The level of knowledge does not seem to influence the choice to recruit a medical assistant.

Keywords: general medicine, medical assistant, medical demography, health reform, Hauts-de-France.