



**HAL**  
open science

# Apport des assistants médicaux au médecin généraliste en cabinet : enquête auprès de huit médecins exerçant en Auvergne

Jean-David Broissiat

► **To cite this version:**

Jean-David Broissiat. Apport des assistants médicaux au médecin généraliste en cabinet : enquête auprès de huit médecins exerçant en Auvergne. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03676619

**HAL Id: dumas-03676619**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03676619>**

Submitted on 24 May 2022

**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 CLERMONT AUVERGNE  
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

BROISSIAT Jean-David

Présentée et soutenue publiquement le mardi 3 mai 2022

APPORT DES ASSISTANTS MÉDICAUX POUR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE EN CABINET :  
ENQUÊTE AUPRÈS DE HUIT MÉDECINS EXERÇANT EN AUVERGNE

Directeur de thèse : Monsieur QUACH Christian, Docteur, Spécialiste en médecine générale

Président du jury : Professeur GERBAUD Laurent, PU-PH, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury :

Professeur SAMALIN Ludovic, PU-PH, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Professeur LAPORTE Catherine, PU, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Docteur QUACH Christian, Docteur, Spécialiste en médecine générale



## **UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE**

---

PRESIDENTS HONORAIRES  
UNIVERSITE D'AUVERGNE

: **JOYON** Louis  
: **DOLY** Michel  
: **TURPIN** Dominique  
: **VEYRE** Annie  
: **DULBECCO**  
Philippe  
: **ESCHALIER** Alain

PRESIDENTS HONORAIRES  
UNIVERSITE BLAISE PASCAL

: **CABANES** Pierre  
: **FONTAINE** Jacques  
: **BOUTIN** Christian  
: **MONTEIL** Jean-  
Marc  
: **ODOUARD** Albert  
: **LAVIGNOTTE**  
Nadine

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE  
Mathias PREMIERE VICE-PRESIDENTE  
CHARGEE DU PILOTAGE ET DES MOYENS  
VICE PRESIDENTE CHARGEE DE LA FORMATION  
Françoise VICE-PRESIDENTE CHARGEE DE LA RECHERCHE  
Vanessa DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES  
François

: **BERNARD**  
: **FOGLI** Anne  
: **PEYRARD**  
: **PREVOT**  
: **PAQUIS**



## **UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES**

DOYENS HONORAIRES

: **DETEIX** Patrice  
: **CHAZAL** Jean

DOYEN  
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

: **CLAVELOU** Pierre  
: **ROBERT** Gaëlle

## **ISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT**

### PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BEYTOUT Jean - BOIRE Jean-Yves -  
BOITEUX Jean-Paul - BOMMELAER Gilles - BOUCHER Daniel - BUSSIERE Jean-Louis  
- CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques -  
CHAMOUX Alain - CHAZAL  
Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - CITRON Bernard - CLEMENT Gilles -  
COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard - DAUPLAT Jacques - DECHELOTTE Pierre -  
DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - DETEIX Patrice - ESCANDE Georges  
- Mme FONCK Yvette - M. GENTOU Claude - Mme GLANDDIER Phyllis - MM.  
IRTHUM Bernard - JACQUETIN Bernard - Mme LAVARENNE Jeanine - MM.  
LAVERAN Henri - LESOURD Bruno - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MICHEL Jean-  
Luc - MONDIE Jean- Michel - PHILIPPE Pierre - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger -  
PONSONNAILLE Jean - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. ROZAN Raymond -  
SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - RIBAL Jean-Pierre - SOUTEYRAND Pierre -  
TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel -  
VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François  
- Mme VEYRE Annie

### PROFESSEURS EMERITES :

MM. AUMAITRE Olivier - AVAN Paul - BAZIN Jean-Etienne - CAILLAUD Denis -  
DAPOIGNY Michel - DUBRAY Claude - ESCHALIER Alain - KEMENY Jean-Louis -  
LABBE André - Mme LAFEUILLE Hélène - MM. LEMERY Didier - LUSSON Jean-René  
- POULY Jean-Luc

## **PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS**

### ***CLASSE EXCEPTIONNELLE***

M. VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M. DURIF Franck	Neurologie
M. BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M. CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme PENAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M. BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M. CLAVELOU Pierre	Neurologie
M. GILAIN Laurent	O.R.L.
M. LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M. CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-

Vasculaire

M. LLORCA Pierre-Michel  
M. PEZET Denis  
M. SOUWEINE Bertrand  
M. BOISGARD Stéphane

Traumatologie

Mme DUCLOS Martine  
M. SCHMIDT Jeannot  
M. BERGER Marc  
M. GARCIER Jean-Marc

Médicale

M. SOUBRIER Martin  
M. ABERGEL Armando  
Mme BARTHELEMY Isabelle  
M. RUIVARD Marc

Psychiatrie d'Adultes  
Chirurgie Digestive  
Réanimation Médicale  
Chirurgie Orthopédique et

Physiologie  
Médecine d'Urgence  
Hématologie  
Anatomie-Radiologie et Imagerie

Rhumatologie  
Hépatologie  
Chirurgie Maxillo-Faciale  
Médecine Interne

***1ère CLASSE***

M. VERRELLE Pierre  
M. D'INCAN Michel  
Mme JALENQUES Isabelle  
M. GERBAUD Laurent

M. TAUVERON Igor

Métaboliques

M. MOM Thierry  
M. RICHARD Ruddy  
M. SAPIN-DEFOUR Vincent  
M. BAY Jacques-Olivier  
M. COUDEYRE Emmanuel  
Mme GODFRAIND Catherine  
M. LAURICHESSE Henri  
M. TOURNILHAC Olivier  
M. CHIAMBARETTA Frédéric  
M. FILAIRE Marc

M. GALLOT Denis  
M. GUY Laurent  
M. TRAORE Ousmane  
M. ANDRE Marc  
M. BONNET Richard  
M. CACHIN Florent  
M. COSTES Frédéric  
M. FUTIER Emmanuel  
Mme HENG Anne-Elisabeth  
M. MOTREFF Pascal  
Mme PICKERING Gisèle  
M. RABISCHONG Benoît  
M. CHABROT Pascal  
M. DESCAMPS Stéphane

Radiothérapie option Clinique  
Dermatologie - Vénérologie  
Psychiatrie d'Adultes  
Epidémiologie, Economie de  
la Santé et Prévention  
Endocrinologie et Maladies

Oto-Rhino-Laryngologie  
Physiologie  
Biochimie et Biologie Moléculaire  
Cancérologie  
Médecine Physique et de Réadaptation  
Anatomie et Cytologie Pathologiques  
Maladies Infectieuses et Tropicales  
Hématologie  
Ophtalmologie  
Anatomie – Chirurgie  
Thoracique et Cardio-  
Vasculaire

Gynécologie-Obstétrique  
Urologie  
Hygiène Hospitalière  
Médecine Interne  
Bactériologie, Virologie  
Biophysique et Médecine Nucléaire  
Physiologie  
Anesthésiologie-Réanimation  
Néphrologie  
Cardiologie  
Pharmacologie Clinique  
Gynécologie Obstétrique  
Radiologie et Imagerie Médicale  
Chirurgie Orthopédique et

Traumatologique  
Mme HENQUELL Cécile  
M. POMEL Christophe

Bactériologie Virologie  
Cancérologie – Chirurgie Générale

**2ème CLASSE**

Mme CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de
la Santé Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M. TCHIRKOV Andréi	Cytologie et Histologie
M. CORNELIS François	Génétique
M. LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M. BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M. BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M. LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
Mme BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du
	Développement et de la
	Reproduction
M. ESCHALIER Romain	Cardiologie
M. MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M. DURANDO Xavier	Cancérologie
M. DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme FANTINI Maria Livia	Neurologie
M. SAKKA Laurent	Anatomie – Neurochirurgie
M. BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIEZE Romain	Hématologie
M. POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M. SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie
M. EVRARD Bertrand	Immunologie
M. POIRIER Philippe	Parasitologie et Mycologie
Mme PHAM DANG Nathalie	Chirurgie Maxillo-Faciale et
Stomatologie	
Mme SARRET Catherine	Pédiatrie
M. BOUVIER Damien	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. BUISSON Anthony	Gastroentérologie
Mme CASSAGNES Lucie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. GAGNIERE Johan	Chirurgie Viscérale et Digestive
M. JABAUDON-GANDET Matthieu	Anesthésiologie-Réanimation et
	Médecine Péri-Opératoire
M. LEBRETON Aurélien	Hématologie
M. MOISSET Xavier	Neurologie
M. SAMALIN Ludovic	Psychiatrie d'Adultes
M. THAVEAU Fabien	Chirurgie Vasculaire

## **PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

### ***1ère CLASSE***

M. VORILHON Philippe  
Mme LAPORTE Catherine

Médecine Générale  
Médecine Générale

## **PROFESSEURS DES UNIVERSITES**

### ***2ème CLASSE***

Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne

Nutrition Humaine

## **PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES**

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne  
M. CAMBON Benoît  
M. TANGUY Gilles  
M. BERNARD Pierre

Médecine Générale  
Médecine Générale  
Médecine Générale  
Médecine Générale

## **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

### ***HORS CLASSE***

Mme CHAMBON Martine  
Mme BOUTELOUP Corinne  
Mme FOGLI Anne  
Mme GOUAS Laetitia

Bactériologie Virologie  
Nutrition  
Biochimie Biologie Moléculaire  
Cytologie et Histologie, Cytogénétique

***1ère CLASSE***

M. MORVAN Daniel	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme GOUMY Carole	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. MARCEAU Geoffroy	Biochimie Biologie Moléculaire
Mme MINET-QUINARD Régine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. ROBIN Frédéric	Bactériologie
Mme VERONESE Lauren	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. DELMAS Julien	Bactériologie
Mme MIRAND Audrey	Bactériologie Virologie
M. OUCHCHANE Lemlih	Biostatistiques, Informatique
	Médicale et Technologies de
	Communication
M. LIBERT Frédéric	Pharmacologie Médicale
Mme COSTE Karen	Pédiatrie
Mme AUMERAN Claire	Hygiène Hospitalière
Mme NOURRISSON Céline	Parasitologie - Mycologie
Mme PONS Hanaë	Biologie et Médecine du
	Développement et de la
	Reproduction

***2ème CLASSE***

M. COLL Guillaume	Neurochirurgie
M. GODET Thomas	Anesthésiologie-Réanimation et
	Médecine Péri-Opératoire
M. LACHAL Jonathan	Pédopsychiatrie
M. MOUSTAFA Farès	Médecine d'Urgence
M. CHENAF Chouki	Pharmacologie Clinique

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES  
DE MEDECINE GENERALE**

***1ère CLASSE***

Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale
-----------------------------	-------------------

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

### *HORS CLASSE*

M. BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
M. MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
Mme VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire

### *CLASSE NORMALE*

M. BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mme AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
Mme GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M. BIDEY Yannick	Oncogénétique
M. DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M. PIZON Frank	Santé Publique
M. SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M. GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image
M. LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences – Neuropharmacologie
Mme MARTEIL Gaëlle	Biologie de la Reproduction
M. PINEL Alexandre	Nutrition Humaine

## MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme ESCHALIER Bénédicte	Médecine Générale
Mme RICHARD Amélie	Médecine Générale
M. TESSIERES Frédéric	Médecine Générale
Mme ROUGE Laure	Médecine
Générale Mme BERTRAND-JARROUSSE Véronique	
Médecine Générale Mme VICARD-OLAGNE Mathilde	Médecine
Générale	

## Remerciements :

**A Monsieur Le Professeur GERBAUD Laurent,**

Qui me fait l'honneur de présider ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde et respectueuse reconnaissance pour m'avoir permis de réaliser ce travail.

**A Monsieur le Professeur SAMALIN Ludovic,**

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

**A Madame le Professeur LAPORTE Catherine,**

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect

**A Monsieur le Docteur QUACH Christian,**

Merci d'avoir accepté de diriger ce travail. Je te remercie de m'avoir soutenu dans ma démarche et d'avoir accepté de me guider dans la réalisation de ce travail. Je te remercie pour ton précieux soutien au cours de cette étude.

**Aux médecins** qui ont accepté de réaliser cette étude, le recrutement a été difficile et je vous en remercie d'autant plus.

Plus personnellement,

A mes parents, et à l'ensemble de ma famille, merci pour le soutien indéfectible dont vous avez fait preuve tout au long de ma vie et de mes études.

A mes amis, d'enfance, du collège-lycée, ceux rencontrés à Lyon ou encore ici à Clermont-Ferrand. Merci pour tout, vous avez su me faire rire dans les moments difficiles, vous avez su m'encourager et je vous en serai à jamais reconnaissant.

Aux médecins et aux soignants rencontrés au cours de mes études, pour m'avoir transmis votre savoir et m'avoir fait confiance, me permettant de devenir autonome.

A Amandine pour tout le soutien que tu m'apportes, pour tout ce que l'on a traversé, tu m'as fait grandir, tu m'as permis de m'épanouir et c'est aussi grâce à toi que j'en suis là aujourd'hui.

## TABLE DES MATIÈRES

Liste des tableaux et figures

Liste des abréviations

<b>1. INTRODUCTION</b> .....	14
1.1 Démographie médicale et offre de soins.....	14
1.2 Le métier d'assistant médical.....	16
1.3 Recrutement en médecine générale.....	17
<b>2. MATÉRIELS ET MÉTHODE</b> .....	19
2.1 Type d'étude.....	19
2.2 Population étudiée et recrutement.....	19
2.3 Recueil de données et guide d'entretien.....	20
2.4 Traitement des données.....	20
<b>3. RÉSULTATS</b> .....	22
3.1 Caractéristiques de la population étudiée.....	22
3.2 L'embauche de l'assistant médical.....	22
3.2.1 Motivation des praticiens.....	22
3.2.2 L'importance du choix du profil.....	23
3.2.3 Le contrat avec la CPAM.....	24
3.2.3.A La patientèle.....	24
3.2.3.B. La file active.....	25
3.3 Place de l'assistant médical au cabinet.....	25
3.3.1 En amont de la consultation.....	25
3.3.2 Au cours de la consultation.....	27
3.3.3 Au décours de la consultation.....	29
3.4 La délégation des actes.....	30
3.5 Le ressenti des médecins.....	31
3.5.1 Avantage de ce mode d'exercice.....	31
3.5.1.A L'organisation de la charge de travail.....	31

3.5.1.B Un gain de temps.....	32
3.5.1.C Un confort de travail.....	33
3.5.1.D Une meilleure qualité des soins.....	33
3.6 Inconvénients du mode d'exercice.....	35
3.6.1 Acceptation par les patients.....	35
3.6.2 La réorganisation des locaux et du travail.....	35
3.6.3 La gestion d'un employé.....	36
3.6.3.A Temps de formation.....	36
3.6.3.B Financement de l'assistant médical.....	37
3.7 Impact sur la relation médecin patient.....	38
3.8 Évolution des missions de l'assistant.....	38
<b>4. DISCUSSION.....</b>	<b>40</b>
4.1 Validité de l'étude.....	40
4.1.1 Forces de l'étude.....	40
4.1.2 Faiblesses de l'étude.....	41
4.2 Interprétation des résultats.....	41
4.2.1 Un système qui s'adapte.....	41
4.2.2 Une modification de la relation médecin patient.....	42
4.2.3 Une amélioration des soins primaires par la délégation des tâches.....	43
4.2.4 Une réorganisation des soins.....	44
4.2.5 Freins à l'embauche d'un assistant médical.....	46
4.2.6 Une solution partielle à la pénurie de médecins dans certains territoires.....	46
<b>5. CONCLUSION.....</b>	<b>48</b>
 Bibliographie.....	 50
Annexes.....	54

## Liste des tableaux et figures

Tableau I : Variation du nombre d'inscrits en activité totale entre 2010 et 2020 (%)

Tableau II : Profil et caractéristiques des médecins de l'étude

Tableau III : Les missions des assistants médicaux

## **Liste des abréviations :**

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

ASALEE : Action de santé libérale en équipe

CQP : Certificat de qualification professionnel

AM : Assistant médical

OPCO EP : Opérateur de compétence des entreprises de proximité

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

AS : Aide-soignante

ROSP : Rémunération sur objectifs de santé publique

## **1. INTRODUCTION**

### **1.1 DÉMOGRAPHIE MÉDICALE ET OFFRE DE SOINS**

La diminution du nombre de médecins généralistes en activité en France a conduit à un décalage entre l'offre et la demande de soins proposée. En 2010, on comptait 94 261 médecins généralistes contre seulement 86 102 en 2020, soit une baisse de 9 % (1). Cette baisse est variable selon les territoires concernés, notamment au sein de la région AURA.

Tableau I. Variation du nombre d'inscrits en activité totale entre 2010 et 2020 (%)

<b>Secteur</b>	<b>Variation 2010-2020</b> <b>Nombre de médecins généralistes en activité régulière</b>
Ain	-8,60%
Allier	-21,10%
Ardèche	-14,60%
Cantal	-12,90%
Drôme	-6%
Isère	-3,90%
Loire	-2,90%
Haute-Loire	0%
Puy de dôme	-7,80%
Rhône	-0,10%
Savoie	8,50%
Haute- Savoie	5,80%

*CNOM - Atlas de la démographie médicale 2020*

Selon la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) l'accessibilité géographique aux médecins généralistes a baissé de 3,3 % entre 2015 et 2018. Ainsi en 2018, les Français avaient accès en moyenne à 3,93 consultations par an et par habitant, contre 4,06 consultations en 2015. (2)

Parallèlement à cela, le vieillissement de la population, l'augmentation du nombre de patients porteurs de maladies chroniques (3), ainsi que de patients présentant des problèmes psychologiques (4) tendent à augmenter la durée des consultations (5).

Tout ceci nous conduit à l'apparition de zones sous dotées avec des médecins généralistes ne pouvant répondre aux sollicitations de leur patientèle et donnant lieu à des refus de prise en charge de nouveaux patients en tant que médecin traitant (6).

La création en 2004 du dispositif ASALEE, puis sa généralisation nationale entre 2012 et 2017, a prouvé qu'une déléation des tâches incombant historiquement au médecin pouvait être réalisée par d'autres professionnels de santé qualifiés, tout en permettant une meilleure prise en charge des patients et notamment ceux porteurs de maladies chroniques. Bien que ce ne fut pas son but premier, ce dispositif a eu un effet bénéfique sur l'accroissement de la file active et sur l'augmentation de la patientèle attenante à chaque médecin (7).

Toujours dans l'optique d'améliorer l'offre de soins proposée et afin de retrouver du temps de soins, le gouvernement a proposé en septembre 2018 le projet de loi « Ma santé 2022 » (8), incluant entre autres la création du métier d'assistant médical.

Ce dispositif est en réalité déjà largement utilisé dans d'autres pays avec succès, notamment en Europe avec l'Angleterre, la Suisse, les Pays-Bas et l'Allemagne. En Allemagne celui-ci existe depuis 1960 et le pays compte à ce jour environ 440 000 assistants médicaux, soit plus que le nombre de médecins. Les tâches attribuées à ces derniers varient selon les besoins des praticiens, et la durée de consultation moyenne est de 7.6 minutes par patient, contre 16.4 minutes aujourd'hui en France (9).

## **1.2 LE MÉTIER D'ASSISTANT MÉDICAL**

La création du métier d'assistant médical est l'une des mesures phares de la loi « Ma santé 2022 ». Pour faciliter l'accès aux soins, et particulièrement dans les zones dites de déserts médicaux, la création de ce poste doit permettre aux médecins de pouvoir augmenter leur file active ainsi que leur patientèle. En septembre 2021, soit deux ans après la mise en place du dispositif, 1814 contrats ont été signés entre les médecins généralistes et la CPAM (10).

Le projet de loi présente une liste des missions pouvant incomber aux assistants médicaux (8) :

- Accueil des patients, recueil de certaines données et paramètres vitaux, et informations relatives à l'état de santé ;
- Vérification de l'état vaccinal et des dépistages, mise à jour des dossiers ;
- Gestion de l'aval de la consultation (pré-remplissage de documents administratifs, prise de rendez-vous avec les spécialistes de recours, programmation des admissions en établissements hospitaliers...).

Cette liste est non exhaustive, l'article 9-1 de l'arrêté du 14 août 2019 précise que « les missions que les médecins confient à l'assistant médical sont laissées à leur appréciation en fonction de leurs besoins et de leur mode d'organisation, et selon le profil soignant et/ou administratif des personnes recrutées dans le cadre du référentiel métier » (11).

Concernant ce référentiel-métier, le poste d'assistant médical est accessible directement pour les profils soignants : infirmier.e.s, aides-soignant.e.s et auxiliaires de puériculture ainsi que pour les non soignants secrétaires médicales. Les autres profils souhaitant devenir assistants médicaux devront être titulaires du certificat de qualification professionnel (CQP) pour être embauchés.

Cette facilité d'accès aux professionnels sus-cités a permis la mise en place immédiate du dispositif au sein des cabinets sans nécessité d'attendre l'obtention du CQP. En contrepartie, le médecin généraliste réalisant l'embauche devra s'engager à ce que la personne recrutée suive une formation d'AM dans les deux ans et obtienne dans un délai de 3 ans maximum son certificat. Pour faciliter la formation et le développement du dispositif, l'OPCO EP (Opérateur de compétence des entreprises de proximité) a mis en place la prise en charge à 100 % des 384 heures de formation pouvant être dispensées (12). Les détails de cette formation se trouvent en annexe 1.

### **1.3 RECRUTEMENT EN MÉDECINE GÉNÉRALE**

Tous les médecins généralistes peuvent embaucher un assistant médical. Par ailleurs, pour obtenir une aide financière de la CPAM à la signature du contrat, il faut que le poste d'AM soit non substitutif (13). Concrètement cela signifie qu'un cabinet travaillant avec une secrétaire médicale a le droit de faire évoluer son contrat vers un contrat d'assistante mais devra le cas échéant, dans les 6 mois, réembaucher un.e secrétaire pour bénéficier de l'aide financière.

Afin de bénéficier de l'aide financière, le médecin doit également remplir les conditions suivantes (14) :

- Être le médecin traitant de plus de 640 patients, ou nouvellement installé ;
- Exercer en secteur 1, ou en secteur 2 avec engagement de modération tarifaire ;
- Exercer dans un cabinet de deux médecins au moins ou avoir un exercice coordonné (équipes de soins, maison de santé pluriprofessionnelle...).

Le montant de l'aide attribuée dépend du volume horaire de travail de l'AM (tiers temps, mi-

temps ou temps plein), comme présenté dans l'annexe 2.

Le médecin touchant ces aides doit en contrepartie augmenter sa file active et sa patientèle sur la base d'un objectif fixé à la signature du contrat. La bonne tenue de ses engagements est vérifiée au bout de 3 ans par la CPAM qui pourra entraîner une modulation de l'aide financière en fonction de la bonne tenue des objectifs fixés.

## **2. MATÉRIELS ET MÉTHODES**

### **2.1 TYPE D'ÉTUDE**

Nous avons réalisé une étude qualitative à partir d'entretiens semi-dirigés réalisés avec huit médecins. Le choix de la méthode a été orienté par le fait que nous souhaitions identifier les besoins et les attentes des médecins ayant embauché des assistants médicaux, ainsi que connaître leurs ressentis quant à l'arrivée d'un nouvel intervenant au sein du cabinet médical.

### **2.2 POPULATION ÉTUDIÉE ET RECRUTEMENT**

Les entretiens dirigés ont été réalisés entre le 20 octobre 2021 et le 14 janvier 2022 auprès de médecins généralistes employant des assistants médicaux et exerçant en cabinet libéral en Auvergne. Le nombre de médecins exerçant avec des AM étant très restreint, les méthodes de recrutement de ces derniers ont été multiples.

Nous avons contacté par téléphone toutes les CPAM auvergnates afin d'obtenir une liste des médecins exerçant avec des assistants médicaux. Du fait de l'impossibilité de la transmission de cette liste de leur part, nous avons convenu d'un transfert de mail de recrutement (Annexe 3). Avec cette méthode, nous avons obtenu deux réponses positives, dont une que nous avons décidé d'écarter car émanant d'un cardiologue et risquant de biaiser les résultats.

Nous avons ensuite diffusé notre travail sur les réseaux sociaux via les groupes Facebook « Assistant(e) médical(e) : un nouveau métier », « SARHA » et « Internat Clermont-Ferrand » nous permettant de recruter deux médecins supplémentaires.

Quatre des médecins recrutés l'ont été grâce aux recommandations de leurs confrères

précédemment interrogés. Enfin, un des médecins interrogés était une connaissance personnelle de l'auteur.

Le choix de se limiter à la région Auvergne émane tout autant de la méthode de recrutement utilisée, que de la possibilité de réaliser les entretiens directement au sein des cabinets pour une meilleure compréhension de leur fonctionnement.

### **2.3 RECUEIL DE DONNÉES ET GUIDE D'ENTRETIEN**

Le guide d'entretiens (Annexe 4) a été réalisé à l'aide des données de la littérature, les questions devaient être ouvertes, cohérentes et neutres afin de ne pas orienter les réponses et permettre la reproductibilité de l'analyse.

Les entretiens ont été menés au sein même des cabinets concernés et enregistrés via un smartphone. Ils se divisaient en plusieurs parties, nous avons débuté par répertorier les caractéristiques socio-démographiques des participants (âge, sexe, lieu d'exercice). Le questionnaire s'intéressait ensuite aux assistants médicaux, à leur profil et aux rôles qui leur étaient attribués au sein du cabinet. Pour terminer nous avons recherché les motivations de recrutement d'un AM ainsi que le ressenti des praticiens quant à cette profession afin d'étudier son impact, d'une part sur le fonctionnement du cabinet, et d'autre part sur l'évolution de la relation médecin-patient.

### **2.4 TRAITEMENT DES DONNÉES**

Les entrevues ont été anonymisées et une transcription Verbatim a été réalisée sur le logiciel Microsoft Word®. Les médecins ont ensuite été identifiés de M1 à M8 de façon à faciliter la compréhension et préserver l'anonymat.

Afin de trier les informations obtenues, nous avons ensuite procédé à un codage des

Verbatims, ce qui nous a permis d'étoffer les thèmes de notre étude ainsi que d'obtenir des données statistiques. L'ensemble de ces opérations a été réalisé à l'aide du logiciel Microsoft Excel®.

### **3. RÉSULTATS**

#### **3.1 CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION ÉTUDIÉE**

Le tableau 2 présente les caractéristiques des médecins de l'étude. Leur lieu d'exercice n'apparaît pas au sein de celui-ci car tous exercent en zone déficitaire. L'âge moyen des médecins de l'étude est de 36,3 ans pour un âge médian de 35 ans.

Tableau II : Profil et caractéristiques des médecins de l'étude

Médecins	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8
Caractéristiques								
Sexe	H	H	H	H	F	F	H	F
Age (années)	37	37	31	29	31	45	48	33
Profil AM	Secrétaire	IDE	Secrétaire	AS et secrétaire	IDE	IDE	Secrétaire	Secrétaire
Temps d'installation (années)	8	10	0,5	1	0,5	10	16	4

IDE : Infirmier.e diplômé.e d'Etat ; AS : Aide-soignant.e

#### **3.2. L'EMBAUCHE D'UN ASSISTANT MÉDICAL**

##### **3.2.1. MOTIVATION DES PRATICIENS**

Sept des médecins interrogés ont évoqué leur taux d'activité professionnelle comme motivation principale, avec la nécessité de retrouver plus de temps médical en se déchargeant du versant administratif des consultations.

*« Ce qui nous a poussés à avoir un AM c'est l'activité, on ne pouvait pas finir à 22h le*

*soir, il fallait trouver une solution pour déléguer des actes, déléguer de l'administratif et du paramédical. » M2*

L'autre source de motivation principale évoquée par six médecins concerne l'épuisement et la lassitude liés à l'impact des tâches paramédicales.

*« Le but n'était pas d'augmenter notre activité même s'il faut qu'on le fasse, c'est surtout de se décharger mentalement et faire des journées plus simples psychologiquement. » M6*

Le seul praticien néo-installé évoque quant à lui un motif financier et de réassurance concernant les charges intrinsèques liées à la création et à la gestion d'un cabinet.

*« Sans les aides je n'aurais pas embauché au début, je ne me rendais pas compte du chiffre d'affaires et si j'avais les moyens d'embaucher quelqu'un. Les aides c'est rassurant, là je savais que son salaire les premières années était complètement pris en charge. » M4.*

### **3.2.2. L'IMPORTANCE DU CHOIX DU PROFIL**

Le choix du profil de l'assistant médical est un élément clé pour l'ensemble des médecins interrogés. Le profil de compétence recherché est inhérent à chaque médecin en fonction des missions que ce dernier souhaite lui confier. Il doit être adapté autant au médecin qu'à sa patientèle afin de faciliter son intégration.

*« Il faut trouver un profil qui correspond au médecin mais aussi à sa patientèle, vraiment trouver le bon profil c'est le plus important, le plus dur. » M2*

C'est un exercice difficile pour la plupart des médecins, qui plus est quand il s'agit d'embaucher quelqu'un qui intégrera en partie la consultation médicale et qui ne réalisera pas uniquement des tâches administratives.

Pour pallier cette difficulté du choix du profil et du fait de leur besoin, 50 % des médecins interrogés ont fait le choix de former leur secrétaire médicale déjà en poste. Le poste d'AM étant non substitutif (si l'on souhaite bénéficier des aides de la CPAM), ces médecins ont par ailleurs été contraints de réembaucher un.e secrétaire.

Les trois médecins ayant embauché des IDE, évoquent l'intérêt de travailler avec quelqu'un qui a de « l'expérience » et qui est « *déjà formé, comprend et est capable d'interpréter les examens de biologie* » (M6) ainsi que de les expliquer au patient si besoin.

M3 a fait le choix lors de son installation de prendre une ancienne secrétaire médicale qui travaillait comme aide-soignante, pour avoir un personnel déjà formé aussi bien aux tâches administratives que paramédicales.

*« Elle a les deux casquettes, c'est ce qui m'a intéressé. » M3*

### **3.2.3. LE CONTRAT AVEC LA CPAM**

#### **3.2.3.a. : La patientèle**

Tous les médecins interrogés bénéficient d'une aide financière depuis l'embauche d'un AM. Concernant les objectifs fixés pour chacun des contrats, tous s'accordent à dire que ces derniers sont cohérents et réalisables aisément sur les trois ans. Leur activité a d'ailleurs continué d'augmenter au-delà de ces objectifs.

*« J'avais 926 patients, actuellement je suis à 1825 j'ai fait une augmentation de 100 % » M1*

*« On prend encore du monde on ne limite plus notre patientèle, on prend encore de nouveaux patients. » M2*

Trois des médecins interrogés étaient installés depuis moins d'un an lors de la signature de leur contrat avec la caisse d'assurance maladie. Leur contrat stipulait qu'ils devaient, après

trois ans d'installation avoir une patientèle d'au moins 850 patients, ce qui correspond à la médiane française. De même que pour les autres, ces derniers n'ont rencontré aucune difficulté à atteindre ces objectifs.

*« 850 patients en trois ans, je suis déjà à 740 en six mois. » M5*

*« Les objectifs m'ont paru faibles, en quatre mois j'avais déjà atteint le nombre de patients demandé. » M4*

### **3.2.3.b. : La file active**

L'augmentation de la file active, tout comme l'augmentation de la patientèle fait partie des conditions à remplir par le praticien qui souhaite continuer à bénéficier de l'aide financière. De même que pour l'augmentation de la patientèle, ces objectifs ont pu être atteints rapidement par sept des praticiens interrogés. Au regard des entretiens, l'embauche d'un AM médical a eu un réel impact sur la charge de travail des médecins interrogés, et a notamment permis d'intégrer plus facilement des consultations d'urgences sur leur planning.

*« Quatre à cinq consultations en plus, ça m'a déchargé, c'est beaucoup plus fluide. »*

*M4*

*« Je rajoute trois ou quatre consultations par jour, mais je suis encore en rodage. Les patients sont plutôt contents [...] ça leur permet d'avoir des rendez-vous d'urgences plus rapidement. » M5*

## **3.3. PLACE DE L'ASSISTANT AU CABINET**

### **3.3.1. EN AMONT DE LA CONSULTATION :**

Sept des médecins interrogés font réaliser à leur assistant médical des tâches de

secrétariat comme indiqué dans le tableau suivant :

Tableau III : Les missions des assistants médicaux

Mission de l'AM	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8
Accueil téléphonique	x			x	x			x
Accueil physique du patient	x		x	x	x	x	x	x
Création des dossiers nouveau patient	x		x	x	x	x	x	x
Gestion des stocks	x		x		x	x		x
Vérification vaccination, dépistage	x	x	x	x	x	x	x	x

La moitié des médecins de l'étude font donc réaliser l'accueil téléphonique par leur AM, toutefois il convient de préciser que ces médecins sont également dotés d'un secrétariat supplémentaire en présentiel ou en distanciel.

L'ensemble des médecins s'accordent donc à privilégier les missions susceptibles de leur faire gagner du temps sur la consultation telles que la gestion des dossiers, ou l'installation des patients comme l'illustrent les déclarations ci-dessous :

*« La création de dossier, la gestion des stocks, les dépistages [...] c'est surtout pour les tâches administratives, sur une consultation standard je gagne 3 à 5 min, c'est du temps d'administratif et tout ça je l'ai délégué à l'assistante. » « Quand elle doit faire une autre tâche que le secrétariat elle transfère au télésecrétaire. » M4*

*« Elle peut organiser son temps comme elle veut, elle répond aux appels mais il existe un secrétariat à distance, donc elle peut gérer son temps. » M1*

Pour M2, qui a fait le choix d'un profil infirmier, l'AM fait partie intégrante de la consultation

et ne réalise aucune tâche incombant au secrétariat.

*« Elle ne fait pas du tout de secrétariat, elle fait que du médical, j'ai déjà une secrétaire ici et une autre avec la plateforme, moi j'arrive je n'ai plus qu'à examiner [le patient]. » M2*

### **3.3.2. AU COURS DE LA CONSULTATION :**

Bien que le gain de temps sur le volet administratif soit celui qui est le plus mis en avant par l'ensemble des praticiens interrogés, tous semblent prêts à faire participer l'AM à la consultation à différents niveaux.

Pour M2, M5, M7 et M8 soit 50 % des médecins de l'étude, la consultation est débutée par l'AM qui installe le patient dans le box d'examen, procède au déshabillage, ainsi qu'à la prise des paramètres vitaux : tension artérielle, pouls et mesure du poids du patient.

Concernant M2, le mode de fonctionnement du cabinet a la particularité d'accorder un temps de consultation à l'assistant égal à celui du médecin. L'assistante a un temps de consultation seul d'une durée de 7 min où elle réalise un interrogatoire complet, protocolisé, avec le motif de consultation et la réalisation de gestes si nécessaire, tels que le streptatest ou l'ablation de bouchon de cérumen. Elle passe ensuite le relai au médecin après un rapide debriefing.

*« Ça va vite, très vite, je ne fais que du médical, c'est 7 min infirmier, 7 min médecin, sur mon planning c'est deux patients par créneau. C'est très formalisé, l'assistante fait son boulot en formulaire c'est très cadré [...] je fais entre 52 et 58 patients par jour. »*

*M2*

M1, M3, M4 et M6 ont fait le choix de ne pas inclure l'assistant dans la salle d'examen. Par

ailleurs, tous ont mis ou vont mettre en place un bureau réservé à l'AM pour qu'il puisse débiter les interrogatoires de certaines consultations, faire de la prévention et mettre à jour les dossiers médicaux.

M1 a ainsi permis à son AM de fixer ses propres rendez-vous, notamment pour la création des dossiers MDPH, qui seront ensuite relus et signés par le médecin à distance.

*« Les patients prennent une consultation dédiée, en sachant que ce ne sera qu'avec elle, que je le ne verrai pas ce jour-là mais plus tard si besoin. » M1*

Tous les médecins interrogés envisagent ou ont déjà mis en place des protocoles pour certaines consultations comme le sport, les cystites, le suivi des examens de dépistage du diabète, les piqûres de guêpe. Ces protocoles sont retrouvés sous la forme de questionnaires facilement reproductibles et réalisés par l'AM qui complète ensuite le dossier en amont de la consultation par le médecin.

M4 est entre autres médecin thermal, pour rappel les cures sont payées sous forme de forfait et non à la consultation. Ainsi sur les trois consultations au cours de la cure thermale, M4 réalise uniquement celle d'entrée et de sortie, la seconde est réalisée en télémédecine directement par l'AM, sous forme de questionnaire à réponse binaire ensuite soumis au médecin.

*« L'AM fait la deuxième consult' en fait, en vidéo. Moi je lui ai fait une trame, je regarde la trame en fin de journée et s'il y a des soucis je rappelle les patients. » M4*

Concernant la réalisation des examens paracliniques tels que l'ECG, la polysomnographie, l'ablation de points de suture, tous les praticiens de notre étude sont prêts à les déléguer à leur AM.

### **3.3.3. AU DÉCOURS DE LA CONSULTATION :**

En dehors du cabinet de M2 qui a un fonctionnement unique, tous les AM réalisent sensiblement les mêmes tâches.

Tous les assistants ont été formés afin de pouvoir expliquer au patient les examens complémentaires qui pourront avoir lieu au décours d'une consultation, s'il reste des questions subsidiaires concernant ces derniers.

Ils réalisent également la coordination des soins avec les autres protagonistes : prise de rendez-vous en urgence avec les spécialistes, prise de rendez-vous pour la réalisation des examens complémentaires.

Les missions varient sensiblement avec les profils qui ont été choisis au départ. Pour M5 et M6 qui ont opté pour un profil infirmier, le choix a été fait de faire réaliser par l'AM le rappel des patients pour les équilibrages des INR ou des TSH sous couvert du médecin.

*« Je lui mets un mot, elle les rappelle sous ma consigne mais elle comprend, elle est capable de leur expliquer s'ils ont des questions. » M6*

Le passage des cartes vitales, les cotations, ainsi que la réalisation des paiements font également partie des missions confiées aux AM par 50 % des médecins de l'étude, et deux des médecins qui ne le font pas encore envisagent de leur faire réaliser cette tâche prochainement.

Parmi les autres missions qui leurs sont confiées, on retrouve des tâches administratives avec la réalisation des bons de transports, des cures thermales, des arrêts de travail, des déclarations de médecin traitant.

### **3.4. LA DÉLÉGATIONS DES ACTES**

Sept des huit médecins interrogés ont déclaré ne pas avoir eu de problème à déléguer des actes aux assistants. Cinq d'entre eux avaient déjà travaillé avec des internes et avaient donc l'habitude de léguer la réalisation de certaines tâches à une tierce personne.

*« Je n'ai aucun problème à déléguer mais il faut que ce soit dans un cadre que l'on se fixe. » M1*

*« J'ai eu des internes, des externes, les tâches je les délèguais déjà, de plus s'il y a un doute sur quelque chose je la ferai former et elle sait qu'on est là, ce qui est difficile ce ne n'est pas la délégation des tâches encore une fois, c'est le choix du bon profil. » M2*

Le choix du profil joue un rôle prépondérant dans les actes qui sont délégués à l'AM.

Tous les praticiens de notre étude ont évoqué le fait qu'en dehors des tâches administratives et de secrétariat, les missions qui sont confiées aux assistants font l'objet d'une discussion afin d'établir le champ de compétences de l'AM.

*« Pour moi, il n'y a pas de soucis à déléguer, à partir du moment où elle se sent à l'aise, qu'elle sait qu'on est là pour répondre à ses questions, ça ne me pose pas de soucis. » M3*

M6 qui travaille pourtant dans un cabinet de groupe décrit initialement une difficulté à la délégation des actes, mais tout comme les autres médecins interrogés, une fois cet obstacle surmonté elle semble satisfaite de pouvoir se décharger de certaines tâches.

*« J'ai tendance à ne faire confiance qu'à moi-même, au départ ça a été difficile, mais en fait quand on le fait on se rend compte que c'est agréable, on a tendance à se décharger de plus en plus facilement. » M6*

## **3.5. LE RESSENTI DES MÉDECINS**

### **3.5.1. AVANTAGES DE CE MODE D'EXERCICE**

#### **3.5.1.A. L'organisation de la charge de travail**

La nécessité d'un temps d'adaptation a été évoquée par l'ensemble des médecins pour organiser la charge de travail et répartir les tâches de chacun au sein du cabinet. Ce temps varie de trois mois à un an.

Néanmoins, bien que le temps de consultation journalier des médecins interrogés n'ait pas été modifié par la présence d'un AM, celui-ci a permis une meilleure organisation de la charge de travail attenante à chacun. On note une diminution de la charge administrative et paramédicale et une augmentation du temps médical avec le patient.

*« Elle vient avec moi sur les consultations de pédiatrie, elle me prend toutes les notes pendant que moi j'examine [...] ça me permet d'en voir plus et de les voir mieux. » M4*

*« La charge de travail ça l'a organisée, ça ne l'a pas augmentée, je ne reviendrai pas en arrière et pourtant je vois deux fois plus de patients qu'avant. » M2*

Cette meilleure organisation de la charge de travail est retrouvée chez l'ensemble des médecins, avec pour conséquence une diminution de leur temps de retard sur les consultations et dans leurs courriers.

*« Depuis deux, trois mois je trouve qu'il y a un gros plus, je suis déjà moins à la bourre dans mes courriers, dans tous mes rendez-vous, parce que je lui en donne beaucoup à faire. » M3*

Quatre des médecins travaillent sur deux bureaux médicaux distincts et sont unanimes pour dire que les consultations s'enchaînent beaucoup plus vite et que leur travail est plus fluide avec ce mode de fonctionnement.

### **3.5.1.B. Un gain de temps**

C'était la source de motivation principale à l'embauche d'un AM.

Tous les médecins interrogés déclarent être en mesure de pouvoir augmenter le nombre de consultations depuis qu'ils travaillent avec un AM, sans augmenter la durée de leur journée de travail. Pour autant seuls six d'entre eux l'ont réellement fait.

*« Le but c'est pas d'augmenter mon activité même si je pourrais et que je vais devoir le faire, c'est surtout de me décharger. » M6*

M2 et M7 ont raccourci leur temps de consultation respectivement à 7 et 10 min par patient contre 15 min antérieurement, ce qui leur a permis d'augmenter drastiquement leur file active.

M2 réalise une moyenne de 55 consultations journalières.

*« Ça va vite, je ne prends pas les tensions, le poids, elles les déshabillent, pour les renouvellements d'ordonnance ils vont souvent bien. Je ne fais que du médical. » M2*

M6, récemment installé, consacre actuellement 30 min de consultation aux nouveaux patients et pourrait réduire ce temps à 20 min au décours de cette période de « rodage » avec la présence de l'AM.

Pour les médecins qui ont fait le choix de ne pas augmenter leur nombre de consultations, tous déclarent se sentir plus à même de rajouter des patients si besoin dans la journée sans craindre d'accumuler un retard conséquent.

*« Je ne fais pas les cartes vitales, je ne fais pas les paiements, pour un renouvellement par exemple d'un patient jeune qui va bien, en cinq minutes ça peut être fini, ça peut me permettre de rajouter quelqu'un sans problème, sans me dire je suis à la bourre il faut que je me dépêche. » M7*

### **3.5.1.C. Un confort de travail**

Dans l'ensemble du Verbatim, on retrouve des termes de satisfaction liés à l'arrivée de l'AM. En cumulé les termes « enlève un stress », « une aide non négligeable », « confort de travail », « psychologiquement plus simple », « bonheur » apparaissent quatorze fois.

*« Je pense qu'on aurait du mal à s'en passer aujourd'hui. » M5*

*« Si l'assistant n'est pas là j'ai pas envie de venir travailler. » M6*

Le travail de l'assistant médical a permis de réduire le stress, la fatigue, la charge mentale qui incombent à chaque médecin.

*« Je ne suis pas certain que je préférerais gagner plus d'argent en ne payant pas l'assistante, qu'avoir ce confort actuel. » M4*

Cinq d'entre eux ont spontanément déclaré qu'ils ne « reviendraient pas en arrière », les trois autres médecins à qui nous avons posé directement la question ont eu une réponse équivalente.

Tous recommanderaient à un confrère qui s'installe de prendre un assistant médical plutôt qu'un secrétariat classique.

*« Pour moi il y pas de point négatif, je le recommanderais dès l'installation. » M4*

### **3.5.1.D. Une meilleure qualité des soins**

Dans notre étude, les médecins ont le sentiment que leur travail est plus pertinent, qu'il y a moins d'oublis et que cela se ressent sur la qualité des soins prodigués.

Additionner au sein du Verbatim les mots « recentrer sur le médical » « recentrer sur le patient » « qualité » donne treize occurrences sur l'ensemble des entretiens.

*« Ça va vite oui, mais le truc c'est la qualité, c'est d'être sûr qu'à la fin de la journée*

*tous tes patients ont eu leur bio, leur traitement. Il faut jamais sabrer la qualité de travail, il faut être content de ce que tu as fait à la sortie de la consult', peu importe qui le fait l'objectif c'est que ce soit fait. » M2*

*« Ça nous permet de les voir mieux. » M5*

Quatre médecins ont mis en avant l'invariabilité au cours de la journée du suivi des dépistage, de la prévention et de la vaccination en lien avec la protocolisation des consultations et leur réalisation par l'AM.

*« Parfois on est fatigué, il y a une variabilité dans la prévention, c'est pas le cas quand on travaille en formulaire. » M7*

Pour les médecins qui ont fait le choix de laisser l'AM débiter la consultation, le recoupement d'informations est la clé d'une meilleure qualité des soins avec moins d'oublis dans l'anamnèse et une meilleure écoute du patient. L'AM apporte un complément d'information utile au bon déroulement du soin.

*« Il y a des phrases qui vont être dites à l'infirmière qui peuvent l'inquiéter et dont elle nous fait part, et où nous on serait passé à côté. » M2*

*« On a des informations différentes, je trouve que c'est complet. » M8*

Il en va de même pour les consultations d'ordre psychologique, incluant les situations de dépression ou d'épuisement professionnel où, selon les médecins de l'étude, le fait d'avoir une deuxième écoute et une deuxième personne à qui se confier serait bénéfique pour le patient.

*« Même les consult' psy, les gens aiment avoir plusieurs personnes à qui parler. » M2*

### **3.6. INCONVÉNIENTS DU MODE D'EXERCICE**

#### **3.6.1. Acceptation par les patients**

A terme, tous les médecins estiment que leurs patients sont satisfaits de ce nouveau mode d'exercice malgré des débuts parfois compliqués.

Les praticiens ayant fait le choix de faire débiter la consultation par l'AM déclarent avoir rencontré plus de difficultés à le faire accepter par les patients. Pour deux d'entre eux, il s'agit d'un défaut de communication sur le rôle de l'assistant.

*« Pas vécu forcément très bien, les patients ont eu peur de ne pas voir le médecin, mais peut-être qu'on leur avait mal expliqué, on n'a pas mis de mot dans la salle d'attente. » M7*

M2 est le seul médecin de l'étude à déclarer que « quelques patients » ont quitté son cabinet face à ce nouveau mode d'exercice. Le motif principal invoqué est que le temps de consultation avec le médecin était trop court. Pour pallier cela, il réserve désormais au patient qui le souhaite un créneau de 15 min de consultation sans intervention de l'AM. Il estime la fréquence de cette demande à deux patients par mois.

*« Une fois qu'ils ont compris que c'est uniquement pour nous faire gagner du temps, pour débiter la consultation c'est facilement accepté, avant ça ils ont des réticences. » M8*

Deux médecins ont déclaré que l'acceptation semblait plus difficile pour les personnes âgées.

#### **3.6.2. La réorganisation des locaux et du travail**

Dans notre étude, les quatre médecins qui font débiter leur consultation par l'AM

ont la possibilité de travailler sur deux boxs de consultation distincts.

M5 et M6 envisagent un changement de local pour pouvoir optimiser le fait d'avoir embauché un AM et rendre son travail plus efficient.

*« Il nous faut des locaux adaptés. » M5*

M3 a prévu la réalisation de travaux pour créer un box attenant au secrétariat médical pour que l'AM puisse réaliser des entretiens avec les patients.

Pour M2 et M6, la réorganisation des soins, des locaux ainsi que le temps d'adaptation au nouveau mode de fonctionnement peuvent être un frein pour des médecins installés de longue date.

*« Je pense que quelqu'un qui a fait trente ans de carrière solo et qui voudrait un assistant médical, c'est compliqué. » M2*

*« L'inconvénient c'est qu'il faut être assez vif dans la réactivité car on est très sollicité, on n'a pas ce temps paramédical et on a beaucoup d'informations à trier rapidement. » M5*

### **3.6.3. La gestion d'un employé**

On s'intéresse ici à la gestion du temps de formation accordé à l'employé, ainsi qu'à la gestion financière qu'implique l'embauche d'un AM.

#### **3.6.3.A. Temps de formation**

Seuls trois AM de notre étude ont été embauchés après avoir déjà suivi la formation officielle. Concernant les autres, quatre d'entre elles sont encore en formation et une n'a pas encore débuté son cursus. Trois des médecins ont évoqué le caractère chronophage de former l'AM sur le tas.

*« Former quelqu'un ça prend du temps, il faut les former au logiciel, à Amelipro, au fonctionnement de l'ECG. » M8*

*« On découvre au fur et à mesure mes limites et les siennes, les choses qu'elle est capable de faire ou pas, ça prend du temps. » M1*

M2 qui travaille avec une IDE déplore le manque de formation disponible, le statut n'étant encore pas reconnu selon lui.

*« J'ai voulu la former à la spirométrie, ça a posé problème parce que c'était ouvert soit aux IDE hospitaliers, soit aux libéraux mais pas aux IDE assistantes médicales, j'ai dû appeler un professeur à Lyon pour savoir s'il était d'accord pour me la former dans son service. » M2*

### **3.6.3.B. Financement de l'assistant médical**

Sept des médecins de l'étude se disent prêts à continuer à travailler avec un assistant médical même en cas d'arrêt des aides de la caisse d'assurance maladie.

*« Les aides c'est un petit bonus, c'est surtout le rôle en lui-même qui nous intéresse. »*

*M4*

M6 bien que satisfait par le rôle de l'AM, est plus modéré et ne souhaite pas avoir à travailler plus pour être capable de payer un employé supplémentaire.

*« Je ne veux pas avoir à travailler plus pour payer mon personnel. » M6*

Pour M2, il ne faut pas compter sur le financement de la CPAM si l'on veut travailler avec un assistant mais plutôt sur un taux d'activité élevé. Selon lui, ce dernier point pourrait être un frein pour les jeunes médecins généralistes lors de leur installation.

*« Il faut avoir une activité qui te permette de le payer, ce que je vois avec les nouveaux installés c'est qu'ils veulent avoir une activité partielle sans augmenter leur*

*patientèle et ça, le jour où on te coupe les aides c'est compliqué. » M2*

### **3.7. IMPACT SUR LA RELATION MÉDECIN PATIENT**

Tous les médecins de l'étude qui ont fait le choix de déléguer la préconsultation et/ou les tâches administratives, notamment le passage des cartes vitales et le paiement des consultations, sont unanimes pour dire que leur relation avec les patients semble s'être améliorée et que l'arrivée de ce nouveau protagoniste a eu un impact positif.

*« Les patients le vivent bien, justement parce que j'ai plus de temps d'échange avec eux. » M1*

*« Globalement après leur avoir expliqué, les patients me disent « C'est super ! » c'est plus les personnes âgées qui ont un peu de mal. » M7*

M2 qui a diminué son temps de consultation de moitié souligne également une amélioration de sa relation avec les patients.

*« Toute ma patientèle ou presque a accepté ce système, ça leur permet d'avoir des rendez-vous plus rapides, les patients sont contents en plus ça leur permet de parler différemment de leur problème avec quelqu'un d'autre. » M2*

### **3.8. ÉVOLUTION DES MISSIONS DE L'ASSISTANT**

Tous les médecins interrogés sont satisfaits du dispositif mis en place actuellement et de la diversité des missions que l'on peut confier à son AM.

*« C'est assez libre, chacun donne des tâches à son assistante en fonction de ses*

*besoins, il n'y a pas de cahier des charges très strict. » M4*

Trois d'entre eux évoquent une reconnaissance pour les secrétaires médicales qui parfois réalisaient déjà ces tâches au sein du cabinet.

Les missions qui sont confiées aux assistantes ont évolué dans le temps et depuis leur embauche, et l'idée qu'elles puissent réaliser des consultations seules à terme est évoquée par quatre des médecins de l'étude. Trois d'entre eux veulent qu'elles soient capables d'expliquer l'importance de la prévention, de la vaccination et du dépistage des cancers dans la population générale. Les consultations prévues pour l'AM seraient réalisées en amont de la consultation médicale pour des patients choisis par le médecin.

*« On regarderait le planning, on trierait pour sélectionner les patients qu'elle pourrait voir dans la journée. » M3*

Pour M1, il souhaite que son AM soit capable en période estivale de réaliser des consultations seul comme sur les piqûres de guêpe par exemple, à l'aide d'un protocole tout en restant disponible en cas de doute.

*« Les consultations qui sont protocolisables, je ne sais pas moi les allergies aux piqûres de guêpe par exemple l'été, ça peut nous éviter cinq ou six consultations par jour qu'on verrait que en cas de complication. » M1*

Pour M7, il serait intéressant de former les AM à la mise en place des prestations sociales et que l'assistant puisse à terme coordonner les soins entre les différents acteurs.

## **4. DISCUSSION**

Notre étude s'est centralisée sur la région Auvergne, ce choix nous a paru intéressant car l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes au sein de cette région est bas (15). Pour rappel, cet indicateur vise à quantifier la possibilité d'accès aux soins en tenant compte à la fois de l'activité des praticiens ainsi que de la sollicitation des habitants en matière de soins.

### **4.1. VALIDITÉ DE L'ÉTUDE**

#### **4.1.1. Force de l'étude**

Le dispositif d'assistant médical étant entré en vigueur en septembre 2019, notre sujet d'étude aborde un thème d'actualité visant notamment à pallier la difficulté d'accès aux soins. Ce travail s'inscrit dans l'approfondissement de travaux déjà effectués concernant la délégation des tâches (16), et l'appréhension des médecins liée à l'arrivée d'un nouveau protagoniste dans la relation médecin-patient (17, 18, 19).

Le choix de la démarche d'analyse tournée vers la méthode qualitative par entretiens semi-dirigés était pertinent et adapté afin de recueillir les diverses expériences, attentes et le ressenti des participants. L'anonymisation des entretiens, l'intérêt que les médecins interrogés ont porté à notre étude ainsi que leur enthousiasme autour du métier d'assistant médical leur a permis de s'exprimer librement.

La réalisation des entrevues directement au cabinet des praticiens nous a permis d'analyser et de mieux comprendre leur fonctionnement depuis l'arrivée d'un assistant médical. De plus, la réalisation des interviews en visu ont permis une interprétation de la gestuelle et de l'expression non verbale de chacun des participants.

#### **4.1.2. Faiblesse de l'étude**

Le faible nombre de participation à notre étude lié aux difficultés rencontrées pour le recrutement malgré plusieurs relances auprès des organismes concernés, constitue une des limites.

Au sein de notre échantillon, seulement 75 % des métiers permettant d'accéder directement au poste d'assistant médical sont représentés, notre échantillon ne contenant pas d'auxiliaire de puériculture.

Notre étude présente un biais de volontariat, en effet les médecins interrogés ont choisi de répondre à notre étude. L'enthousiasme de ces derniers autour de l'apport de l'AM peut être différent et n'est donc pas généralisable.

Il existe un autre biais de sélection, bien que cela fût indépendant de notre volonté, les médecins interrogés exercent tous en zone sous-dense et ne représentent donc pas la population générale.

Concernant la reproductibilité des entretiens dirigés, celle-ci a parfois pu être biaisée par des questions de relance fermées, dictées par les entretiens précédents. Bien que ce choix ait été fait afin d'obtenir des réponses plus précises notamment en binaire concernant les tâches réalisées ou réalisables par l'assistant, il constitue une des limites de notre étude.

## **4.2. INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS**

### **4.2.1 Un système qui s'adapte**

La souplesse du système proposé aujourd'hui par la loi « Ma santé 2022 » semble séduire les praticiens que nous avons pu interroger. Tous ont des attentes différentes de ce que peut leur apporter un AM au sein de leur cabinet.

Le constat que l'on fait de ce métier est qu'il se situe aujourd'hui à mi-chemin entre le travail d'infirmier et celui de secrétaire. Ainsi un assistant médical doit être capable de répondre aux sollicitations des patients, de gérer des tâches administratives complexes, mais également d'être en mesure d'appuyer le médecin lors de ses consultations ou de réaliser des actes techniques tel que l'ECG.

La possibilité pour les médecins de décider des missions qu'ils vont confier à leur assistant semble à ce jour adaptée à la réalité du terrain au vu de la satisfaction des praticiens interrogés. La formation actuellement dispensée (annexe 1) ainsi que la formation continue directement au cabinet semble également être le modèle le plus adapté compte-tenu des différents modes de fonctionnement des cabinets.

#### **4.2.2 Une modification de la relation médecin patient**

Au regard des interrogatoires que nous avons menés, la plus grande modification de la relation médecin patient semble être conditionnée par l'existence ou non d'une préconsultation réalisée par l'AM avec les étapes de déshabillage et la prise des constantes. Les médecins et les patients, du moins pour une partie d'entre eux, appréhendent l'arrivée d'un nouveau protagoniste dans leur relation de confiance et dans leur intimité.

Pour ne pas mettre en péril cette dernière, certains ont fait le choix de ne pas inclure leur AM dans la préconsultation, tandis que d'autres ont choisi de confier un bureau personnel à l'assistant pour préserver le bureau médical comme un lieu d'échange privilégié.

Avec l'arrivée d'un nouveau protagoniste, cette relation médecin patient semble néanmoins être à l'origine d'une meilleure écoute des inquiétudes du patient avec un temps de consultation globale plus long, puisque ce dernier pourrait par exemple bénéficier de 10 min avec l'assistant puis 15 min avec son médecin. Les médecins de notre étude s'accordent à

dire que l'assistant joue un rôle de soutien et de réassurance des préoccupations du patient et permet une meilleure prise en charge globale de ce dernier ; on retrouve des résultats similaires dans une étude américaine menée en 2010 par S. Taché et L. Hill-Sakurai (20). Sur une consultation de 15 min, le gain de temps sur le versant administratif notamment sur la réalisation des paiements, des arrêts de travail, le passage des cartes vitales, permet aux praticiens qui n'ont pas réduit le temps de consultation d'avoir un temps d'échange plus long avec leur patient. En effet, du fait de l'absence de réalisation de tâche « parasite » l'écoute est plus attentive.

Comme nous avons pu le constater, certains patients sont encore réticents ou tout simplement ne souhaitent pas qu'une tierce personne s'immisce dans leur intimité. Cette partie de la patientèle bien que loin d'être majoritaire, doit être considérée, comme pour M2 qui permet à ces patients de les voir seuls sur leur demande. Ces demandes d'intimité dans la relation médecin patient ne sont pas nouvelles, puisque beaucoup y ont déjà fait face avec le refus de la présence d'internes ou d'externes lors des consultations.

Néanmoins, c'est un nouveau mode d'exercice, une bonne explication de la nécessité de ces changements à des patients avec qui la relation de confiance est déjà bien établie semble faciliter l'acceptation par ces derniers, comme nous le précise M7. Un travail de thèse réalisé au sein de trois cabinets dans des milieux différents : urbain, rural et semi-rural conforte cette hypothèse que la grande majorité des patients seraient favorables à l'intervention d'un AM au sein de leurs consultations (21).

#### **4.2.3. Une amélioration des soins primaires par la délégation des tâches**

Les éléments clés pour une bonne collaboration en soins primaires sont, entre autres,

de créer des protocoles médicaux et administratifs pour les différents membres de l'équipe, afin qu'il existe une répartition claire des tâches attenantes à chacun (22).

Entre 2011 et 2012, une étude nationale multicentrique avait déjà révélé qu'une part significative de l'activité des médecins généralistes pouvait être transférable à d'autres professionnels de soins, à la condition notamment de définir un protocole strict (23).

Au sein de notre étude, les praticiens interrogés sont prêts à déléguer de plus en plus d'actes à leur assistant et estiment qu'un bon nombre de consultations sont en effet protocolisables.

Les médecins s'accordent à dire que la réalisation des consultations en formulaire par l'assistant minimise la variabilité de celle-ci. La fatigue de fin de journée est susceptible d'entraîner des oublis, une prise en charge moins attentive des examens de dépistage, de la vaccination. La protocolisation améliore ainsi les soins primaires comme on le constate déjà à l'étranger (24).

A différents niveaux, les médecins de notre étude ont confié la gestion des dossiers médicaux à leur AM, notamment en ce qui concerne la mise à jour des vaccinations, des antécédents lors de la réception de courrier, le suivi des dépistages. Cette meilleure tenue des dossiers permettra également une amélioration de la prise en charge.

A terme, il pourrait être intéressant de comparer les ROSP de ces médecins avec ceux exerçant sans AM, car bien que les ROSP ne dépendent pas des examens prescrits mais bien de leur réalisation, ce pourrait être un bon premier indicateur.

#### **4.2.4. Une réorganisation du soin**

On remarque un gain de temps considérable chez l'ensemble des médecins

interrogés mais celui-ci est très variable. Certains ont choisi d'augmenter leur nombre de consultations journalières (le plus représentatif étant M2), quand d'autres ont fait le choix de retrouver du temps médical avec leur patient en délaissant tout le volet administratif de la consultation à leur AM.

Dans les deux cas, l'ensemble des médecins interrogés ressent un allègement de la charge de travail globale, avec des journées psychologiquement plus simples et moins vectrices de stress.

Dans notre étude, les médecins qui estiment avoir gagné le plus de temps (médical et administratif) depuis l'arrivée de l'AM, sont ceux qui officient sur deux bureaux distincts et font réaliser la préconsultation par l'assistant médical. Néanmoins ce système nécessite des locaux adaptés et un secrétariat (physique ou distanciel) pour ne pas surcharger l'AM.

Les connaissances des AM du fait de leur formation plus complète que celle de secrétaire médicale, permettent également aux médecins d'être moins dérangés durant leur consultation, les AM étant capables de répondre plus précisément aux inquiétudes et aux attentes de certains patients.

Toujours dans l'optique de consacrer plus de temps aux patients, les médecins semblent prêts à déléguer d'autres tâches aux assistants, comme notamment la réalisation de consultations de soins primaires (dépistage, prévention, vaccination). Par ailleurs, un travail de thèse réalisé en 2019 par J.-F. Colmas, sur le métier d'infirmier.e.s de pratiques avancées montre que les médecins ne sont pas encore prêts à déléguer les consultations de suivi et la réalisation de prescriptions médicales, qui constitueraient selon eux un « surplus de travail et de responsabilité en tant que médecin référent » (25).

Ce mode de fonctionnement existe pourtant déjà dans d'autres systèmes de santé, et notamment au Royaume Uni où les infirmières salariées des cabinets peuvent réaliser des

prescriptions médicales (24).

#### **4.2.5. Freins à l'embauche d'un AM**

Notre étude a permis de mettre en évidence une satisfaction des médecins ayant recours aux AM avec une recommandation à leurs pairs. Cependant, l'objectif de la création de 4000 postes d'ici 2022 prévue par le projet de loi « Ma santé 2022 » n'a pas été atteint. Le travail de thèse de H. Warembourg en 2020 a mis en avant les principaux freins à l'embauche avec la crainte d'une part, d'un alourdissement de la charge de travail lié à la demande d'augmentation de patientèle et de file active, d'autre part de la perte d'informations dans l'anamnèse réalisée lors de la préconsultation par un autre intervenant, avec un retentissement sur la relation médecin patient (26). En ce sens, notre étude devrait convaincre et rassurer les praticiens quant à l'intégration d'un AM dans leur pratique. Néanmoins, malgré ces éléments rassurant, il convient de relever les inconvénients suivants: Avec d'une part, la nécessité de création d'un espace supplémentaire pour rendre le métier d'assistant médical le plus efficient possible. Correspondant soit à la création d'un bureau pour réaliser le suivi des soins primaires, soit d'une salle d'examen dans le cas où l'AM réaliserait une préconsultation. D'autre part, il s'agit d'une profession innovante, où peu de personnes sont encore formées, compliquant l'embauche d'un profil adapté. Rappelons que la formation théorique dure deux années, et implique également un temps d'investissement au cabinet par le médecin.

#### **4.2.6 Une solution partielle à la pénurie de médecins dans certains territoires**

Dans une démarche de santé publique et d'amélioration d'accès aux soins, le but

d'embaucher un assistant médical est de pouvoir augmenter la file active et la patientèle de chaque médecin, ce qui semble être une réussite.

Cette mesure pourrait être une des solutions pour pallier la pénurie de médecins à l'heure où le principe de liberté d'installation est menacé.

La diminution du travail administratif pourrait également impacter de manière positive l'installation des médecins en libéral. En effet, de plus en plus de praticiens se tournent vers le salariat, la raison principale invoquée selon un rapport de l'Ordre des médecins de 2010 étant la charge administrative (27).

On sait aujourd'hui que 5,4 millions de Français n'ont pas de médecin traitant déclaré (10), la création de ce nouveau métier et l'acceptation de celui-ci aussi bien par le médecin que par le patient devrait tendre à réduire ce chiffre considérablement, il pourrait être intéressant de suivre cette évolution dans les prochaines années.

## **5. CONCLUSION**

Notre étude nous a permis de relever que le métier d'assistant médical apporte de nombreux avantages aux médecins généralistes et finalement très peu d'inconvénients. L'ensemble des médecins utilisant ce dispositif en sont satisfaits. La diminution de l'ensemble des charges administratives était quelque chose de très attendu par la plupart d'entre eux et a constitué pour beaucoup la première mission des assistants médicaux. La liberté des missions qui peuvent être confiées aux assistants est la clé de la réussite de leur collaboration avec le praticien. Tous les médecins veulent retrouver du temps de soin mais n'ont finalement pas les mêmes besoins ni les mêmes attentes de ce nouveau métier. L'intégration ou non de l'assistant médical au sein de la consultation fait encore débat. Bien que le gain de temps puisse être considérable, tous ne sont pas encore prêts à franchir le pas, d'une part par peur de modifier leur relation avec les patients, mais surtout par peur d'une perte d'informations dans l'anamnèse.

Pour des médecins initialement réticents à l'idée de faire entrer un nouveau protagoniste au sein du cabinet médical, la diminution de la charge de travail ainsi que l'aide financière proposée par la CPAM pour le recrutement d'un assistant médical ont été un levier important pour favoriser l'acceptation. L'effet bénéfique sur l'accroissement de la file active et de la patientèle a été quasi immédiat et les médecins sont allés au-delà des objectifs fixés par leur contrat. L'ensemble des médecins qui ont fait le choix de travailler de cette manière sont unanimes sur le fait qu'ils ne reviendraient pas en arrière et sont prêts à le recommander à un confrère dès son installation, ce qui aura probablement pour effet l'élargissement du dispositif dans un futur proche.

Pour les médecins de notre étude, l'embauche d'un assistant médical a démontré une

amélioration de la qualité des soins proposés tout en augmentant la patientèle et la file active. Malgré cette augmentation, ce nouveau fonctionnement mis en place au sein des cabinets a révélé que la charge de travail incombant au médecin n'a pas augmenté et qu'au contraire, cela a plutôt contribué à diminuer le stress lié à cette dernière.

La réorganisation et la répartition des tâches liées à l'arrivée de l'assistant médical a été un réel bénéfice en ce sens.

Notre étude a démontré la satisfaction des médecins concernant le dispositif malgré l'appréhension initiale. Pour aller plus loin, il pourrait être intéressant de connaître également le ressenti des patients sur l'arrivée d'une tierce personne au sein de ces cabinets et notamment au sein de la consultation. Cela pourrait - notamment en ce qui concerne la délégation des tâches - nous permettre de connaître quelles tâches les patients seraient prêts à accepter qu'elles soient réalisées par une autre personne que leur médecin traitant.

Clermont Ferrand le



Pierre CLAVELOU

Doyen – Directeur

Clermont Ferrand le 01/04/2022

Laurent GERBAUD

Le Président du Jury

## Bibliographie :

1. Bouet P., Gerard-Varet J.-F. Atlas de la démographie médicale en France - Situation au 1er janvier 2021. Conseil national de l'Ordre des médecins 2021:55-59.
2. Legendre B. En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6 % de la population. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [En ligne]. Fév. 2020 [cité le 5 jan. 2022]:1144. Disponible : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1144.pdf>
3. Revel N. Les bénéficiaires du dispositif des affections de longue durée en 2014 et les évolutions depuis 2005. Points de repère [En ligne]. Juin 2016 [cité le 17 déc 2021]:7-8. Disponible : [https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2016-06\\_beneficiaires-ald-2014-evolutions-depuis-2005\\_points-de-repere-46\\_assurance-maladie.pdf](https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2016-06_beneficiaires-ald-2014-evolutions-depuis-2005_points-de-repere-46_assurance-maladie.pdf).
4. Khireddine I., Lemaître A., Homère J., Plaine J., Garras L., Riol M.-C., *et al.* ; Groupe MCP 2012. La souffrance psychique en lien avec le travail chez les salariés actifs en France entre 2007 et 2012, à partir du programme MCP. Bull Epidémiol Hebd. 2015;(23):431-8.
5. Breuil-Genier P., Gofette C. La durée des séances chez le médecin généraliste. Études et résultats. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [En ligne]. Avril 2006 [cité le 17 déc. 2021]:481. Disponible : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er481.pdf>
6. Chaput H., Monziols M., Ventelou B. Fressard L., Verger P. *et al.* Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [En ligne]. Janv. 2020 [cité le 5 jan. 2022]:1140. Disponible : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1140.pdf>

7. Loussouarn C., Franc C., Videau Y. & Mousquès J. (2019). Impact de l'expérimentation de coopération entre médecin généraliste et infirmière Asalée sur l'activité des médecins. *Revue d'économie politique*, 129, 489-524.

8. Ministère des Solidarités et de la Santé [En ligne]. Ma santé 2022 un engagement collectif ; [cité le 7 jan. 2022]. Disponible : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma\\_sante\\_2022\\_synthese.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_synthese.pdf)

9. Deveugele M., Derese A., van den Brink-Muinen A., Bensing J., De Maeseneer J. Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries *BMJ* 2002; 325 :472 doi:10.1136/bmj.325.7362.472

10. Juanole L. Le généraliste [En ligne]. Assistants médicaux : pourquoi ça ne prend pas chez les médecins ; 12 juin 2021 [cité le 22 déc. 2021].

Disponible : <https://www.legeneraliste.fr/actu-pro/politique-de-sante/assistants-medicaux-pourquoi-ca-ne-prend-pas-chez-les-medecins>

11. Ministère des affaires sociales 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 et l'assurance maladie. *JORF* n°0192 du 20 août 2019. Texte 13 Article 9-1

12. Opérateur des compétences des entreprises de proximité. Critères de financement 2022 IDCC 2098. [En ligne] <https://www.opcoep.fr/ressources/centre-ressources/criteres/criteres-opcoep-prestataires.pdf>. Consulté le 22 décembre 2021.

13. Ministère des affaires sociales 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 et l'assurance maladie. *JORF* n°0192 du 20 août 2019. Texte 13 Article 9-5 2-6.

14. Ameli, le site de l'Assurance Maladie en ligne [En ligne]. Cabinets libéraux : aide à l'embauche d'assistants médicaux ; 8 sep. 2021 [cité le 23 déc. 2021]. Disponible : [https://ameli.fr/medecine/exercice\\_liberale/vie-cabinet/aides-financieres/aide-embauche-](https://ameli.fr/medecine/exercice_liberale/vie-cabinet/aides-financieres/aide-embauche-)

assistants-médicaux

15. Barlet M., Coldefy M., Collin C., Lucas-Gabrielli V. L'Accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux. Questions d'économie de la santé. Mars 2012, N°174 :4-7.

16. 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 de Limoges, 2020

17. Lebec A. Représentations du nouveau métier d'assistant médical par les médecins généralistes, motivations et freins à leur embauche. Thèse de médecine. Université de Lille, 2020

18. Besnier Douence C. Attentes à propos du métier d'assistant médical en médecine générale : Entretiens semi-dirigés auprès de patients de Gironde. Thèse de médecine. Université de Poitiers, 2020.

19. Disson L. Le nouveau dispositif d'assistantat médical : Enquête qualitative auprès de douze médecins généralistes. Thèse d'exercice de médecine. Faculté de Lyon, 2021

20. Hill-Sakurai L., Taché S. Medical assistants: the invisible "glue" of primary health care practices in the United States? J Health Organ Manag. 22 juin 2010;24(3):288-305.

21. 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 d'exercice de médecine. Faculté de médecine Montpellier-Nîmes, 2017

22. Bodenheimer T., California HealthCare Foundation. Building teams in primary care : lessons learned. Oakland, Calif.: California HealthCare Foundation; 2007
23. Mancinelli A., Supper I., Université Claude Bernard (Lyon). Transférabilité des procédures de soins des médecins généralistes à d'autres professionnels de santé : étude transversale nationale multicentrique. [S.l.]: [s.n.]; 2013.
24. Bourgueil Y., Marek A., Mousquès J. La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens en Ontario et au Québec. 2005;12
25. Colmas J.-F. La pratique avancée en soins infirmiers : mise au point et perspectives pour la médecine générale. Thèse d'exercice de médecine. Faculté de Nice, 2019
26. Lebec A. Représentations du nouveau métier d'assistant médical par les médecins généralistes, motivations et freins à leur embauche. Thèse d'exercice de médecine. Université de Lille. 2020
27. Legmann M. Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale [En ligne] ; avril 2010 [cité le 11 fév 2022]. 46 p. Disponible : <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/l-avenir-de-la-medecine-liberale-conclusions-du-seminaire-du-cnom-965>

## Annexes :

### Annexe 1 : Architecture et objectifs de la formation

ACTIVITES / BLOCS DE COMPETENCES	COMPETENCES EVALUEES	MODULES	VOLUME HORAIRE PRECONISE	OBJECTIFS DE FORMATION DES MODULES
SUIVI DU PARCOURS DE SANTE DU PATIENT	<ul style="list-style-type: none"> <li>Présenter les examens et les soins réalisés par le praticien</li> <li>Présenter les précautions à prendre (avant et après un soin ou un examen)</li> </ul>	<b>Examens et soins courants en cabinet médical</b> <i>(voir liste à la fin du tableau)</i>	21 heures	<ul style="list-style-type: none"> <li>Présenter aux patients les examens et les soins courants réalisés par le praticien</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vérifier le suivi par le patient de son protocole</li> <li>Guider le patient dans son parcours de santé</li> </ul>	<b>Parcours de santé et coordination</b>	35 heures	<ul style="list-style-type: none"> <li>Programmer et établir le suivi des parcours de santé des patients dans le respect de la réglementation liée aux soins.</li> <li>Expliquer les parcours de santé aux patients</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vérifier la validité des vaccinations et la réalisation des examens périodiques prescrits</li> </ul>	<b>Vaccination et dépistages</b>	14 heures	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contrôler la situation vaccinale des patients et la réalisation des examens liés aux campagnes de dépistage de masse</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Relayer les campagnes nationales de prévention</li> <li>Informers les patients concernés, après indication du médecin, des campagnes de dépistage, de prévention et d'éducation</li> </ul>	<b>Politiques de santé publique</b>	35 heures	<ul style="list-style-type: none"> <li>Expliquer aux patients les recommandations des campagnes nationales de santé</li> <li>Appréhender l'organisation du système de santé</li> </ul>
ACTIVITES / BLOCS DE COMPETENCES	COMPETENCES EVALUEES	MODULES	VOLUME HORAIRE PRECONISE	OBJECTIFS DE FORMATION DES MODULES
ACCUEIL ET PRISE EN CHARGE ADMINISTRATIVE DES PATIENTS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Constituer et actualiser un dossier patient (médical et administratif)</li> </ul>	<b>Création et suivi d'un dossier patient</b>	35 heures	<ul style="list-style-type: none"> <li>Constituer un dossier patient</li> </ul>
		<b>Vocabulaire médical</b>	14 heures	<ul style="list-style-type: none"> <li>Maîtriser le vocabulaire de base relatif aux pathologies, examens exploratoires et éléments de surveillance pour communiquer avec les patients</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utiliser les logiciels professionnels</li> </ul>	<b>Logiciel médical</b>	28 heures	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utiliser les fonctions de base et avancées d'un logiciel médical</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gérer les situations difficiles liées à l'affluence, à l'attente et aux urgences</li> <li>Communiquer avec les patients</li> </ul>	<b>Communication avec les patients</b>	21 heures	<ul style="list-style-type: none"> <li>Appliquer les fondamentaux de communication dans la relation aux patients</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Organiser une téléconsultation</li> <li>Organiser l'environnement matériel de la téléconsultation</li> </ul>	<b>Télémédecine</b>	14 heures	<ul style="list-style-type: none"> <li>Organiser une téléconsultation</li> <li>Maîtriser les bases réglementaires de la télémédecine</li> </ul>
HYGIENE ET QUALITE	<ul style="list-style-type: none"> <li>Appliquer les protocoles ou procédures qualité en matière d'hygiène</li> <li>Gérer les déchets</li> <li>Nettoyer et désinfecter la salle d'examen</li> </ul>	<b>Gestion du risque contaminant</b>	42 heures	<ul style="list-style-type: none"> <li>Appliquer les protocoles de stérilisation, de désinfection et de gestion des déchets</li> <li>Maîtriser le cadre réglementaire en matière d'hygiène et de sécurité</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Appliquer les procédures du cabinet en matière d'identité-vigilance</li> <li>Renseigner les déclarations relatives aux effets secondaires et des événements indésirables liés aux soins</li> <li>Assurer la traçabilité des dispositifs médicaux à usage unique.</li> </ul>	<b>Identito-vigilance et pharmacovigilance</b>	35 heures	<ul style="list-style-type: none"> <li>Appliquer les procédures en matière d'identité vigilance et de pharmacovigilance</li> </ul>
ACTIVITES / BLOCS DE COMPETENCES	COMPETENCES EVALUEES	MODULES	VOLUME HORAIRE PRECONISE	OBJECTIFS DE FORMATION DES MODULES
ASSISTANCE OPERATIONNELLE AU PRATICIEN	<ul style="list-style-type: none"> <li>Réaliser les gestes de 1ère urgence</li> </ul>	<b>AFGSU niveau 1</b>	14 heures	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identifier et prendre en charge des urgences vitales</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prendre les constantes et les mesures</li> </ul>	<b>Constantes et mesures</b>	14 heures	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mesurer les paramètres vitaux et physiologiques</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gérer les stocks (petit matériel et produits pharmaceutiques)</li> </ul>	<b>Gestion des stocks</b>	7 heures	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gérer le stock d'un cabinet médical en matériel médical et produits pharmaceutiques</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Préparer la salle d'examen</li> <li>Préparer un plateau technique</li> <li>Vérifier le fonctionnement des équipements médicaux sans maintenance</li> <li>Positionner le patient en fonction de l'examen ou du soin</li> <li>Préparer les patients vulnérables ou dépendants pour la consultation (habillage, déshabillage)</li> </ul>	<b>Assistance technique au praticien</b>	42 heures	<ul style="list-style-type: none"> <li>Organiser les conditions matérielles permettant la réalisation des soins par le praticien</li> <li>Installer les patients en fonction des soins</li> </ul>

Source : Commission paritaire nationale de l'emploi et de la formation

## Annexe 2 : Barème des modalités de financement des assistants médicaux

3 options sont proposées aux médecins

OPTIONS	MONTANTS DE VERSEMENTS			
	1 ERE ANNEE	2 EME ANNEE	3E ANNEE ET SUIVANTES	CAS PARTICULIERS (médecins à forte activité)
TIERS TEMPS	12 000 euros	9000 euros	7000 euros*	Aide majorée : . la 3è année* et au-delà : 8350 euros pour les médecins en P90-P95 . et pour les médecins avec activité >à P95 : 12 000 euros toute la durée du contrat
MI-TEMPS	18 000 euros	13500 euros	10 500 euros*	Aide majorée : . la 3è année* et au-delà : 12500 euros pour les médecins en P90-P95 . et pour les médecins avec activité >à P95 : 18000 euros toute la durée du contrat
PLEIN TEMPS (en zone déficitaire)	36 000 euros	27 000 euros	21 000 euros*	Aide majorée : . la 3è année * et au-delà : 25 000 euros pour les médecins en P90-P95 . et pour les médecins avec activité >à P95 : 36 000 euros toute la durée du contrat

\*Montant maximum sous réserve de l'atteinte de ses objectifs par le médecin.

Annexe 3 : Courriel pour les médecins généralistes adressé via la CPAM

Bonjour,

Je m'appelle Jean-David BROISSIAT, je suis médecin généraliste remplaçant depuis 2 ans dans l'Allier.

Au vu de l'obtention du diplôme de Docteur en médecine j'ai le plaisir de vous solliciter pour réaliser mon travail de thèse concernant l'apport des assistants médicaux pour le médecin généraliste.

Je suis bien conscient que vous devez être sollicité régulièrement pour participer à différents travaux de fin d'étude mais comme vous l'avez compris, la population étudiée au sein de ma thèse comprend uniquement des médecins travaillant avec des assistants médicaux.

Pour la réalisation de ma thèse, je me déplacerai pour vous rencontrer en personne et je solliciterai votre avis sur le sujet au cours d'un entretien dirigé enregistré d'une durée d'environ 15-25 minutes. Au cours de celui-ci nous aborderons le mode de fonctionnement de votre cabinet et les particularités du métier d'assistant médical.

Une fois de plus, le nombre de médecins ayant des assistants médicaux dans la région étant très restreint, je compte vraiment sur vous pour m'aider dans mes travaux. Si vous êtes d'accord pour participer, je vous laisse me recontacter par mail ou par téléphone pour que nous puissions trouver un moment pour nous rencontrer.

Merci de l'attention que vous porterez à ma demande, et merci d'avance pour le temps consenti.

Bien confraternellement.

#### Annexe 4 : Guide pour les entretiens dirigés

L'objectif de l'étude que nous réalisons consiste à étudier le rôle d'un assistant médical pour un médecin généraliste et d'en évaluer l'intérêt. L'étude s'attache à connaître le fonctionnement de ce nouveau mode d'exercice, les avantages et les inconvénients qu'il représente selon vous. Nous nous intéressons également au ressenti des médecins concernant l'arrivée d'un nouveau protagoniste dans la relation médecin patient.

Avec votre accord cet entretien sera enregistré puis retranscrit de manière totalement anonyme. Les entretiens étant anonymes n'hésitez pas à parler ouvertement, il n'y a pas de réponse toute faite.

Les premières questions vous concernent et visent à déterminer la population étudiée.

- 1) - Quel âge avez-vous ?
  - Exercez-vous en zone sous-dense ?
  - Depuis quand êtes-vous installé ?
- 2) Depuis combien de temps travaillez-vous avec un assistant médical et qu'est-ce qui vous a poussé à embaucher un AM ?
- 3) Quel emploi occupait l'AM que vous avez recruté, travaillait-il déjà au sein de votre cabinet ?
- 4) Avez-vous bénéficié de l'aide financière au recrutement mise en place par la CPAM pour l'embauche d'un assistant médical ?  
Si oui, pouvez-vous me décrire les termes de ce contrat et me dire si selon vous ceux-ci vous semblent réalisables ?
- 5) En quelle mesure le recrutement d'un AM a-t-il eu un impact sur votre charge de travail quotidienne ? Avez-vous pu augmenter votre nombre de consultations journalières depuis son arrivée ?
- 6) Le but étant de s'intéresser au fonctionnement de votre cabinet aujourd'hui, pouvez-vous me décrire les missions que réalise votre assistant médical lors de la prise en charge d'un patient concernant :
  - Les tâches de secrétariat ?
  - La consultation en elle-même ?
  - Et au décours de la consultation ?

- 7) Si l'on devait étendre le champ des compétences des AM, quelles seraient les missions que vous aimeriez lui confier en plus? Quelles perspectives envisagez-vous pour ce métier ?
- 8) Avec ce nouveau fonctionnement du cabinet et l'arrivée d'une tierce personne, comment l'intégration de l'AM a-t-elle été vécue par les patients selon vous ?
- 9) Avec votre vécu, que pensez-vous aujourd'hui du métier d'assistant médical tel qu'il est actuellement ? Seriez-vous prêt à le recommander à un confrère ? Si oui que lui diriez-vous ?
- 10) Quels sont selon vous les inconvénients et les choses à améliorer pour rendre l'assistant médical plus attrayant et plus efficient pour un médecin généraliste ?

## SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) 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 les 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.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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 déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

## SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette FACULTÉ et de mes chers CONDISCIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes MAÎTRES, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les HOMMES m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'OPPROBRE et méprisé de mes confrères si j'y manque.