



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine



ANNEE 2024

N°

TITRE DE LA THESE

Vécu de médecins généralistes collaborant avec un assistant médical

THESE
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 7 mars 2024.

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Par Fanny FERRARI

Née le 16 février 1994

A Sens

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à la disposition de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagiat, reproductions illicites encourrent une poursuite pénale.

De juridiction constante, en s'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans son propre document, l'étudiant se rend coupable d'un délit de contrefaçon (au sens de l'article L.335.1 et suivants du code de la propriété intellectuelle). Ce délit est dès lors constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.

ANNEE 2024

N°

TITRE DE LA THESE

Vécu de médecins généralistes collaborant avec un assistant médical

THESE
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 7 mars 2024.

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Par Fanny FERRARI
Née le 16 février 1994
A Sens

Année Universitaire 2023-2024
au 1^{er} Septembre 2023

Doyen :
Assesseurs :

M. Marc MAYNADIÉ
M. Pablo ORTEGA-DEBALLON
Mme Laurence DUVILLARD

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

			Discipline
M.	Jean-Louis	ALBERINI	Biophysiques et médecine nucléaire
M.	Sylvain	AUDIA	Médecine interne
M.	Marc	BARDOU	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	BASTIE	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	BAULOT	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Christophe	BEDANE	Dermato-vénérologie
M.	Yannick	BEJOT	Neurologie
M.	Moncef	BERHOUMA	Neurochirurgie
Mme	Christine	BINQUET	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Mathieu	BLOT	Maladies infectieuses
M.	Philippe	BONNIAUD	Pneumologie
M.	Alain	BONNIN	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	BONNOTTE	Immunologie
M.	Olivier	BOUCHOT	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaid	BOUHEMAD	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Benjamin	BOUILLET	Endocrinologie
M.	Alexis	BOZORG-GRAYELI	Oto-Rhino-Laryngologie
Mme	Marie-Claude	BRINDISI	Nutrition
M.	Alain	BRON	Ophthalmologie
Mme	Mary	CALLANAN (WILSON)	Hématologie type biologique
M.	Patrick	CALLIER	Génétique
Mme	Catherine	CHAMARD-NEUWIRTH	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	CHARLES	Réanimation
M.	Jean-Christophe	CHAUVET-GELINIER	Psychiatrie d'adultes, Addictologie
M.	Nicolas	CHEYNEL	Anatomie
M.	Alexandre	COCHET	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	CORMIER	Urologie
M.	Yves	COTTIN	Cardiologie
M.	Charles	COUTANT	Gynécologie-obstétrique
Mme	Catherine	CREUZOT-GARCHER	Ophthalmologie
M.	Frédéric	DALLE	Parasitologie et mycologie
M.	Alexis	DE ROUGEMONT	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	DEVILLIERS	Médecine interne
Mme	Laurence	DUVILLARD	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Olivier	FACY	Chirurgie générale
Mme	Laurence	FAIVRE-OLIVIER	Génétique médicale
Mme	Patricia	FAUQUE	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	FRANCOIS-PURSELL	Médecine légale et droit de la santé
Mme	Marjolaine	GEORGES	Pneumologie
M.	François	GHIRINGHELLI	Cancérologie
M.	Charles	GUENANCIA	Physiologie
M.	Pierre Grégoire	GUINOT	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Frédéric	HUET	Pédiatrie
Mme	Agnès	JACQUIN	Physiologie
M.	Pierre	JOUANNY	Gériatrie
M.	Philippe	KADHEL	Gynécologie-obstétrique

M.	Sylvain	LADOIRE	Histologie
M.	Gabriel	LAURENT	Cardiologie
M.	Côme	LEPAGE	Hépatogastroentérologie
M.	Romarc	LOFFROY	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	LORGIS	Cardiologie
M.	Jean-François	MAILLEFERT	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	MANCKOUNDIA	Gériatrie
M.	Sylvain	MANFREDI	Hépatogastroentérologie
M.	Laurent	MARTIN	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	Pierre	MARTZ	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	David	MASSON	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	MAYNADIÉ	Hématologie – transfusion
M.	Marco	MIDULLA	Radiologie et imagerie médicale
M.	Thibault	MOREAU	Neurologie
Mme	Christiane	MOUSSON	Néphrologie
M.	Paul	ORNETTI	Rhumatologie
M.	Pablo	ORTEGA-DEBALLON	Chirurgie Générale
M.	Pierre Benoit	PAGES	Chirurgie thoracique et vasculaire
M.	Jean-Michel	PETIT	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Christophe	PHILIPPE	Génétique
(Disponibilité du 01/06/2023 au 31/05/2024)			
M.	Lionel	PIROTH	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	QUANTIN	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	QUENOT	Réanimation
M.	Patrick	RAT	Chirurgie générale
M.	Patrick	RAY	Médecine d'urgence
M.	Jean-Michel	REBIBOU	Néphrologie
M.	Frédéric	RICOLFI	Radiologie et imagerie médicale
M.	Maxime	SAMSON	Médecine interne
M.	Emmanuel	SIMON	Gynécologie-obstétrique
M.	Éric	STEINMETZ	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	THAUVIN	Génétique
M.	Benoit	TROJAK	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Gilles	TRUC	Oncologie-Radiothérapie
M.	Pierre	VABRES	Dermato-vénérologie
(Mission temporaire à Londres du 01/09/2023 au 31/08/2025)			
M.	Bruno	VERGÈS	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	ZWETYENGA	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

PROFESSEURS EMERITES

M.	Laurent	BEDENNE	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	Laurent	BRONDEL	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	François	BRUNOTTE	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Pascal	CHAVANET	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	Jean	CUISENIER	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	Jean-Pierre	DIDIER	(01/11/2021 au 31/10/2024)
Mme	Monique	DUMAS	(01/06/2022 au 31/05/2025)
M.	Serge	DOUVIER	(15/12/2020 au 14/12/2023)
M.	Maurice	GIROUD	(01/09/2022 au 31/12/2025)
M.	Patrick	HILLON	(01/09/2022 au 31/08/2025)
M.	Paul	SAGOT	(02/11/2022 au 31/10/2025)

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES

			Discipline Universitaire
Mme	Lucie	AMOUREUX BOYER	Bactériologie
Mme	Julie	BARBERET	Biologie et médecine du développement et de la reproduction- gynécologie médicale
Mme	Louise	BASMACIYAN	Parasitologie-mycologie
Mme	Shaliha	BECHOUA	Biologie et médecine du développement
M.	Guillaume	BELTRAMO	Pneumologie
Mme	Marie-Lorraine	CHRETIEN	Hématologie (Disponibilité du 17/04/2023 au 16/04/2024)
Mme	Vanessa	COTTET	Nutrition
M.	Damien	DENIMAL	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Valentin	DERANGERE	Histologie
M.	Jean-David	FUMET	Cancérologie radiothérapie
Mme	Ségolène	GAMBERT	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Françoise	GOIRAND	Pharmacologie fondamentale
M.	David	GUILLIER	Anatomie, chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
M.	Alain	LALANDE	Biophysique et médecine nucléaire
Mme	Stéphanie	LEMAIRE-EWING	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Anne-Sophie	MARIET	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Thomas	MOUILLOT	Physiologie
M.	Maxime	NGUYEN	Anesthésie réanimation
M.	Alain	PUTOT	Gériatrie (Disponibilité pour convenances personnelles)
Mme	Claire	TINEL	Néphrologie
M.	Antonio	VITOBELLO	Génétique
M.	Paul-Mickaël	WALKER	Biophysique et médecine nucléaire

PROFESSEUR ASSOCIE DES DISCIPLINES MEDICALES

M.	Ludwig Serge	AHO GLELE	Hygiène hospitalière
M.	Victorin	AHOSSI	Odontologie
M.	Jacques	BEURAIN	Neurochirurgie
M.	Jean-Michel	PINOIT	Pédopsychiatrie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme	Katia	MAZALOVIC	Médecine Générale
Mme	Claire	ZABAWA	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Clément	CHARRA	Médecine Générale
M.	Arnaud	GOUGET	Médecine Générale
M.	François	MORLON	Médecine Générale
M.	Rémi	DURAND	Médecine Générale
Mme	Anne	COMBERNOUX-WALDNER	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Jérôme	BEAUGRAND	Médecine Générale
M.	Benoit	DAUTRICHE	Médecine Générale
M.	Alexandre	DELESVAUX	Médecine Générale
M.	Olivier	MAIZIERES	Médecine Générale
Mme	Ludivine	ROSSIN	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme	Anaïs	CARNET	Anglais
Mme	Catherine	LEJEUNE	Pôle Epidémiologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Marianne	ZELLER	Physiologie
-----	----------	---------------	-------------

PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Mme	Marceline	EVRARD	Anglais
Mme	Lucie	MAILLARD	Anglais

PROFESSEUR CERTIFIE

M.	Philippe	DE LA GRANGE	Anglais
----	----------	---------------------	---------

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Mathieu	BOULIN	Pharmacie clinique
M.	François	GIRODON	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques
Mme	Evelyne	KOHLI	Immunologie
M.	Antonin	SCHMITT	Pharmacologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme	Amélie	CRANSAC	Pharmacie clinique
M.	Philippe	FAGNONI	Pharmacie clinique
M.	Marc	SAUTOUR	Botanique et cryptogamie

L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

COMPOSITION DU JURY

Président :

Professeur Christine BINQUET, PU-PH Epidémiologie, économie de la santé et prévention au CHU de Dijon.

Membres :

Docteur Claire ZABAWA, Maître de conférences des universités au département de médecine générale de Dijon, médecin généraliste à Chenôve.

Professeur associé Arnaud GOUGET, Professeur associé au département de médecine générale de Dijon, médecin généraliste à Tournus.

Docteur Olivier Colette, Directeur de thèse, médecin généraliste à Paron.

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."

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

Aux membres du JURY,

A Madame le professeur BINQUET,

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse.

Au Docteur ZABAWA,

Je vous remercie pour le temps que vous m'avez accordé et pour vos précieux conseils, qui m'ont permis d'avancer dans ce travail. Merci d'avoir accepté de siéger au sein de ce jury.

A Monsieur le professeur GOUGET,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail en siégeant au sein de ce jury.

Au Docteur COLETTE,

Je vous remercie chaleureusement de m'avoir accompagné tout au long de ce travail. Pour la thèse comme en stage, votre implication et votre bienveillance m'ont toujours fait avancer.

Aux médecins qui m'ont accompagnée,

A tous les médecins ayant participé à cette étude,

Je vous remercie de votre temps et de votre bienveillance.

Dr DELAUNAY, DR BRENNER, Dr JOLY, Dr BURSKI,

Je vous remercie de votre accueil chaleureux au sein de vos cabinets. Vous m'avez montré la voie de la médecine générale.

Aux médecins de l'hôpital de Sens,

Aline, Liliane, Stéphanie, ces quelques mois auprès de vous m'ont marquée. Merci pour tout ce que vous m'avez appris.

Une pensée particulière au Dr PASSERON, qui nous a quitté. Merci Amélie, de m'avoir tant inspirée et d'avoir fait de moi un meilleur médecin.

A l'équipe de soins palliatifs, merci pour votre accueil et votre bienveillance.

A mes co-internes de gynécologie, merci d'avoir passer autant de temps à me former.

A ma famille et mes amis,

Aurélie, Elise, Floriane, Karima, Lorane, Marion et Mélanie,

Je n'aurais pas pu rêver mieux pour traverser ces années. Vous avez été présentes dans tous les meilleurs moments, et m'avez tirée vers le haut dans tous les plus durs. Vous m'inspirez toutes à votre manière. Je suis très fière de vous avoir pour amies.

A mes parents,

Vous m'avez toujours soutenue dans ce parcours parfois difficile. Merci d'avoir cru en moi, et de m'avoir aidée à accomplir ce chemin qui me tenait tant à cœur.

A mon frère et ma sœur,

Clara, je te remercie pour ton aide à la relecture de ce travail. Ta force de caractère m'a toujours inspirée. Je suis fière de toi.

Nathan, tu suis ton chemin avec conviction et toujours avec le sourire. Je suis fière de toi.

A mes grands-parents,

Votre amour et votre fierté me portent au quotidien. Merci pour tout.

Table des matières

Liste des abréviations	12
Introduction.....	13
1 Matériel et méthode	15
1.1 Choix méthodologique	15
1.2 Population étudiée	15
1.3 Recueil des données.....	15
1.4 Analyse des données.....	16
1.5 Aspects réglementaires et éthiques.....	16
2 Résultats	17
2.1 Caractéristiques de la population	17
2.2 Des médecins en difficultés.....	18
2.2.1 Des difficultés d'ordre pratique	18
Pour les jeunes installés	18
Comme pour les autres.	18
2.2.2 Des besoins spécifiques.....	19
Le désir de plus de temps libre.....	19
Le désir de retrouver du temps médical.	19
La lutte contre la solitude.....	20
Des besoins spécifiques à la médecine générale.	20
2.2.3 L'expression d'un mal-être.....	20
2.2.4 Une volonté de bien faire.....	21
2.2.5 La situation en centre de santé	22
2.3 L'importance du relationnel.....	23
2.3.1 Le choix de la personne	23
Des qualités humaines primordiales.	23
Le travail en couple.	24
2.3.2 Un lien fort avec le médecin.....	24
2.3.3 Un interlocuteur privilégié des patients.....	25
2.4 Une réponse aux problématiques premières.....	26
2.4.1 Des organisations variées.....	26
2.4.2 L'amélioration des pratiques.....	27
L'apport de nouvelles compétences	27
Une meilleure gestion des soins non programmés.....	28

Une aide précieuse pour les consultations pédiatriques.	28
Une aide à l'organisation du cabinet.....	29
2.4.3 Un gain de temps médical.....	29
2.4.4 Amélioration de l'offre de soin	30
2.4.5 Un gain de confort de travail.....	30
2.4.6 Un métier qui a aussi ses limites	31
2.5 Un vécu du dispositif mitigé	32
2.5.1 L'embauche	32
2.5.2 Les objectifs de patientèle.....	33
2.5.3 Les financements.....	34
2.5.4 La formation	34
2.5.5 Un sentiment de valorisation de la médecine générale	35
3 Résultats principaux	36
3.1 Modèle explicatif.....	36
3.2 Discussion	37
3.3 Comparaisons aux études similaires	39
3.4 Forces et limites de l'étude	40
3.5 Ouvertures.....	40
Conclusion	Erreur ! Signet non défini.
Références.....	42
Annexes	45
<i>Annexe 1 : Guide d'entretien du 25/02/2022</i>	45
<i>Annexe 2 : Guide d'entretien 2 du 06/06/2022</i>	46
<i>Annexe 3 : déclaration de conformité à la CNIL</i>	47
<i>Annexe 4 : grille COREQ</i>	49

Liste des abréviations

ETP Equivalent temps plein

OPTAM Option pratique tarifaire maîtrisée

P90 90^{ème} percentiles de la courbe de Gauss du nombre de patients médecin traitant

VAE Validation des acquis de l'expérience

CQP Certificat qualification professionnelle

FAE Formation d'adaptation à l'emploi

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

CPAM Caisse primaire d'assurance maladie

FAYR GP Association française des jeunes chercheurs en médecine générale

CNIL Commission nationale de l'informatique et des libertés

CPTS Communautés professionnelles territoriales de santé

Introduction

Présentation du dispositif d'aide

Le dispositif d'aide à l'embauche d'assistants médicaux est une mesure phare de la stratégie nationale de santé 2023-2033. 4.800 contrats ont été signés à la fin de l'année 2023 et l'assurance maladie affiche un objectif de 10.000 contrats pour 2024. [1] Ce métier a été créé en 2019 dans un objectif de gain de temps médical pour les médecins libéraux, afin qu'ils puissent palier en partie à la désertification médicale en prenant en charge davantage de patients. [2]

Le dispositif d'aide à l'emploi prévoit des aides financières par l'assurance maladie. [3] Cette adhésion se fait sous forme d'un contrat de 5 ans, renouvelable. Ce contrat peut se faire à mi-temps (1/2 ETP) ou à temps complet (1 ETP). La contrepartie est l'augmentation de la patientèle (médecin traitant et file active), avec des objectifs fixés individuellement en fonction de la patientèle de départ. Les financements sont dégressifs aux cours des 3 premières années du contrat, sauf pour les médecins à très forte patientèle (supérieure à P90).

La plupart des médecins libéraux, y compris les médecins nouveaux installés, quelle que soit leur spécialité, peuvent bénéficier de cette aide à l'emploi, dès lors qu'ils exercent en secteur 1 ou en secteur 2, avec engagements de modérations tarifaires (médecins adhérents à l'Optam – Optam-CO). Des aménagements spécifiques au contrat peuvent aussi être proposés au médecin en situation de handicap ou atteint de maladie chronique. Seules quelques spécialités techniques n'ont pas accès à l'aide à l'emploi d'un assistant médical compte tenu des spécificités de leur pratique. Pour être éligible au dispositif, le médecin généraliste doit avoir au moins 775 patients déclarés en médecin traitant. Les 30% de médecins généralistes ayant une patientèle inférieure ne sont pas concernés (P30).

Afin que l'appui de l'assistant médical produise tous ses effets, ces engagements ne sont pas vérifiés les deux premières années et ce n'est qu'à compter de la troisième année que l'aide versée sera modulée en fonction de l'atteinte des engagements prévus. Pour les médecins généralistes, il est vérifié la patientèle médecin traitant déclarée et la file active, c'est-à-dire le nombre de patients différents vus sur les 12 derniers mois. Ces aides sont également conditionnées par la formation de l'assistant médical, sous forme d'un certificat de formation professionnelle qui doit être obtenu dans les 2 à 3 ans suivant l'embauche.

Plusieurs conditions d'accès au dispositif ont été levées en mai 2023, comme l'obligation d'exercice coordonné ou l'exercice en zone sous dense, ainsi que le contrat à tiers temps. [4]

Présentation de l'assistant(e) médical(e)

L'assistant médical a trois domaines d'intervention : des tâches administratives, des tâches en lien avec la préparation et le déroulement de la consultation et des tâches de coordination. Ces domaines d'intervention sont larges. Chaque médecin est libre d'adapter les missions qu'il lui confie à l'organisation de son cabinet afin de se libérer un maximum de temps de soin.

Cette fonction peut être assurée aussi bien par d'actuels aides-soignants, infirmières, secrétaires médicales ou tout autre profil souhaitant suivre cette voie professionnelle. Dans tous les cas, l'assistant médical devra être formé ou s'engager à suivre une formation spécifique conduite en alternance, ouverte à la Validation des acquis de compétences (VAE) dont le contenu a été défini par les partenaires sociaux dans le cadre de la convention collective des personnels des cabinets médicaux.

Après leur embauche, les assistants médicaux ont 2 ans pour engager la formation et 3 ans pour obtenir leur Certificat de qualification professionnelle (CQP) d'assistant médical ou, pour les infirmiers, auxiliaires de puériculture, aides-soignants déjà diplômés, une attestation de Formation d'adaptation à l'emploi (FAE) dans le champ de l'organisation et de la gestion administrative d'un cabinet médical. [5]

Les premières évaluations

Les premiers résultats avancés par l'assurance maladie sont prometteurs puisqu'il a été constaté une augmentation moyenne de la patientèle de près de 10%, et de 5% pour la file active après embauche d'un assistant. [6] Ils mènent à une promotion forte du dispositif avec notamment une campagne d'accompagnement par les délégués de l'assistance maladie auprès de 35.000 médecins libéraux ou la mise en place d'un simulateur sur leur site internet pour permettre aux médecins d'évaluer rapidement les aides auxquelles ils auraient droit et l'impact sur leur patientèle.

Pourtant l'opinion médicale reste mitigée. D'après un sondage de la DREES [7] dont les résultats ont été publiés en 2023, seulement 41% des médecins étaient d'avis que les assistants médicaux pouvaient permettre de mieux répondre aux sollicitations des patients. 47% ont exprimé un avis contraire, et 12% n'ont pas exprimé d'avis. Ce sondage portait sur des médecins qui n'avaient pas d'assistant médical. De nombreuses inquiétudes surgissent chez les médecins face à ce dispositif. Elles peuvent provenir du métier d'assistant en lui-même, dont la définition des tâches reste floue. D'autres portent sur leur statut de médecin, du fait de la délégation d'acte et de l'éventuelle modification de la relation médecin – malade. Ils sont également méfiants d'une possible surcharge paradoxale de travail, du fait de l'augmentation de la patientèle et de la gestion administrative inhérente à l'embauche. [8, 9,10] Enfin, il ressort une méfiance vis-à-vis du dispositif d'aide, lié au conditionnement des financements aux objectifs de patientèle, mais aussi au devenir de ses financements dans le temps. [11,12]

La question de recherche

Alors que l'efficacité chiffrée du dispositif sur l'offre de soin semble confirmée, les médecins restent méfiants. Mais qu'en est-il de ceux ayant adhéré au dispositif ? Comment vivent-ils la collaboration avec un assistant médical ? L'objectif principal de cette étude était de recueillir le ressenti de médecins généralistes sur la collaboration avec un assistant médical.

1 Matériel et méthode

1.1 Choix méthodologique

Notre objectif était d'obtenir un retour d'expérience de médecins généralistes travaillant avec des assistants. Du fait de la nouveauté du dispositif, la population à étudier était faible et les études préliminaires sur le sujet très réduites. Nous avons souhaité étudier le ressenti de ces médecins sur cette collaboration et ouvrir le champ des réponses possibles afin de ne méconnaître aucun aspect important. Nous avons donc fait le choix d'une méthode qualitative inspirée de la théorisation ancrée, suivie d'une analyse intégrative.

1.2 Population étudiée

Nous nous sommes intéressés à des médecins généralistes travaillant avec des assistants médicaux. Nous avons obtenu une première liste grâce à des demandes auprès des CPAM de l'Aube et de l'Yonne, qui nous ont transmis les coordonnées des médecins qui avaient des assistants et qui étaient d'accord pour participer. Ces listes étaient courtes et non exhaustives. Nous avons donc interrogé nos contacts puis le reste du recrutement s'est fait par effet boule de neige. L'échantillonnage s'est constitué au fil des entretiens, en faisant varier les caractéristiques afin d'obtenir la plus grande variété d'expérience. Les critères de variations étaient : l'âge, le genre, les modalités d'exercice, le lieu d'exercice, le temps d'installation et le temps de travail avec l'assistant.

1.3 Recueil des données

J'ai recueilli les données à travers onze entretiens individuels semi dirigés, menés entre avril et septembre 2023. Deux entretiens se sont déroulés en présence de l'assistant médical. Neuf entretiens se sont déroulés au cabinet des médecins interviewés et deux entretiens ont eu lieu en visio-conférence à la demande des médecins. La durée moyenne des entretiens était de 34.5min, variant de 19 à 50min.

Le guide d'entretien a été réalisé en collaboration avec le directeur de thèse, inspiré de la vision du métier d'assistant médical décrite par les médecins généralistes dans de précédents travaux de thèse. Il a évolué au fur et à mesure des entretiens pour s'adapter aux thèmes abordés par les participants. Il comportait une question brise-glace puis six questions ouvertes. Il s'agissait de ma première expérience en recherche qualitative. Je me suis formée aux entretiens à l'aide du livre *Initiation à la recherche qualitative en santé*. J'ai également participé à l'école de printemps FAYR GP, en parcours d'initiation à la recherche qualitative, ce qui a permis de faire évoluer le guide d'entretien.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un enregistreur vocal. La retranscription des données a été faite intégralement à l'aide du logiciel de traitement de texte WORD, et anonymisée.

Le nombre d'entretien n'a pas été défini à l'avance. La suffisance des données a été atteinte au dixième entretien, lorsque l'analyse n'a pas mis en évidence de nouvelles propriétés. Elle a été confirmée par un entretien supplémentaire.

1.4 Analyse des données

La première étape de l'analyse ouverte a été réalisée à l'aide d'un tableau sur le logiciel WORD, au fur et à mesure des entretiens. Elle a permis une analyse verticale des verbatims qui ont été codés en unités de sens afin de faire émerger des propriétés. Cette étape a fait l'objet d'une triangulation sur les quatre premiers entretiens, avec une autre thésarde en médecine générale.

L'analyse a ensuite été poursuivie par une analyse axiale, permettant d'organiser les propriétés en catégories principales. Cette étape a été réalisée manuellement et à l'aide du tableur Excel. Elle a été faite puis revue avec le directeur de thèse.

La dernière étape a consisté en une analyse intégrative, afin de faire apparaître une théorie en reliant entre elles les différentes catégories. La théorie a été visualisée sous forme d'un schéma.

1.5 Aspects réglementaires et éthiques

Le consentement à la réalisation et à l'enregistrement des entretiens a été recueilli par mail ou appel téléphonique préalable. Aucun médecin ne s'y est opposé. Les entretiens ont été anonymisés, et les enregistrements vocaux effacés dès la retranscription terminée.

Une déclaration de conformité à la méthodologie MR-4 a été faite auprès de la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

2 Résultats

2.1 Caractéristiques de la population

Onze entretiens ont été réalisés. Les caractéristiques des médecins interviewés sont regroupées dans le tableau suivant.

	Sexe	Tranche d'âge	Installation	Mode d'exercice	Temps avec AS	Lieu	Durée d'entretien
M1	Homme	50-60	<5ans	Maison médicale	Complet	Rural	24min27
M2	Homme	50-60	>20ans	Maison médicale	Complet	Semi rural	50min23
M3	Femme	30-40	5-10 ans	Cabinet seule	Complet	Ville	36min
M4	Femme	30-40	<5 ans	Maison de santé	½ temps	Semi rural	25 min
M5	Femme	40-50	5-10 ans	Cabinet seule	¾ temps	Ville	45 min
M6	Femme	30-40	<5 ans	Cabinet de groupe	1/3 temps	Semi rural	33 min
M7	Femme	30-40	<5 ans	Cabinet de groupe	1/3 temps	Rural	19 min
M8	Homme	50-60	< 5ans	Centre de santé	½ temps	Ville	29min
M9	Femme	50-60	5-10 ans	Cabinet de groupe	Complet	Ville	43min
M10	Homme	30-40	<5ans	Maison de santé	½ temps	Ville	40min
M11	Femme	30-40	<1an	Maison de santé	Complet	Ville	35min 40

2.2 Des médecins en difficultés

De nombreux médecins ont évoqué le cheminement les ayant amenés à faire le choix d'un assistant médical. Ce cheminement fait état de difficultés de plusieurs ordres.

2.2.1 Des difficultés d'ordre pratique

Pour les jeunes installés

Certains évoquaient un manque de confiance, ou une peur de travailler seul.

M4 : « Et le libéral, j'ai toujours su que ça comportait quand même certaines contraintes, et je ne voulais pas me lancer seule. »

Un médecin de nationalité étrangère évoquait également des difficultés d'adaptation à un nouveau pays et un nouveau système de soin.

M1 : « Je suis arrivé ici, parachuté ici, je ne parlais pas bien français et je ne parle toujours pas très bien (rires) »

Comme pour les autres.

Plusieurs médecins évoquaient le problème de démographie médicale, responsable d'une surcharge de travail, liée à la désertification et au vieillissement de la population.

M4 : « Aujourd'hui on se rend bien compte qu'il y a de plus en plus de patients, de moins en moins de médecins, [...] et il va falloir suivre des millions de personnes avec des maladies chroniques avec de moins en moins de médecins. Donc il va falloir qu'on s'adapte. »

Cette surcharge de travail pouvait engendrer des difficultés dans la tenue des dossiers médicaux.

M2 : « Que ce soit dans les dossiers, l'administratif, le... les choses que des fois j'ai pas le temps de remplir. »

D'autres médecins rencontraient des difficultés avec l'informatique.

M9 : « Surtout au niveau de l'informatique. Parce que moi je ne suis pas très très douée avec ces machins-là. »

Enfin, plusieurs médecins, nouvellement installés ou non, s'accordaient sur une surcharge administrative et les difficultés à gérer le travail en dehors de la consultation médicale.

M4 : « Bah parce que en fait il y a beaucoup, beaucoup d'administratif. Il y a beaucoup de rappel de patient, enfin il y a beaucoup de travail en fait en dehors de la consultation médicale. »

2.2.2 Des besoins spécifiques

Outres ces difficultés, les médecins évoquaient également leurs besoins, et leurs aspirations personnelles.

Le désir de plus de temps libre.

Plusieurs médecins ont parlé de leur situation personnelle et du besoin de limiter leur temps de travail en fonction de leurs obligations familiales.

M6 : « La garderie elle ferme à 18h30 ils s'en foutent que je suis médecin généraliste hein. »

M9 : « Je travaille 3 jours par semaine, parce que j'ai un mari malade et je dois m'en occuper. »

Pour cela, les médecins ont fait le choix de limiter leur patientèle et de refuser de nouveaux patients en tant que médecin traitant.

M7 : « J'en prendrai pas plus, c'est sûr que non. »

Le désir de retrouver du temps médical.

Certains médecins exprimaient clairement la volonté de gagner du temps médical, déléguant les tâches effectuées en dehors des consultations.

M4 : « Qui pourrait être fait... qui peut nous faire gagner du temps médical. Voilà. Moi c'était vraiment faire gagner du temps médical. »

D'autres évoquaient le souhait de déléguer les tâches chronophages comme les actes techniques, la réalisation d'électrocardiogrammes par exemple. Il pouvait s'agir également de déléguer la réalisation de scores d'évaluation psychologique ou cognitive. Le besoin d'aide pour la tenue des dossiers administratifs était également exprimé, notamment pour la création de nouveaux dossiers patients. L'objectif étant toujours le gain de temps médical.

La lutte contre la solitude.

Plusieurs médecins expliquaient directement refuser de travailler seuls.

M7 : « j'ai connu ce que c'était d'être vraiment tout seul. Et ça je me suis dit, jamais. Pour moi, c'était le critère primordial, c'était d'avoir secrétaire, plus assistante médicale ça c'est voilà. »

D'autres abordaient la volonté de travailler en équipe, avec l'assistant ou avec d'autres collègues médicaux et paramédicaux.

M3 : « Je n'aime pas la solitude, moi j'ai toujours travaillé en équipe. »

Des besoins spécifiques à la médecine générale.

D'un autre côté, le désir de pouvoir avoir des moments seuls, et surtout de pouvoir garder son indépendance était aussi important chez certains médecins. Il fallait donc que l'assistant permette de garder une organisation flexible.

M5 : « Bon j'apprécie d'être aussi toute seule de temps en temps, mais ça se fait assez au feeling... »

Le désir de préserver leur relation avec leurs patients, voire de l'améliorer, était également un axe fort.

M7 : « Je veux encore cette relation avec mon patient. [...] Enfin voilà, je veux toujours continuer avec ça, cette relation. Moi si j'ai fait médecine générale, c'est pour ça. »

2.2.3 L'expression d'un mal-être

La combinaison de ces difficultés pratiques et de ces besoins, qui ne pouvait pas être assouvis, semblait mener des médecins à une situation de souffrance. Le sentiment d'être débordé était très présent dans les entretiens.

M2 : « Le travail a pris un impact sur la vie qui est anormal. C'est tout hein. Qu'est-ce que vous voulez que je vous dise... (silence) »

Plusieurs médecins, dont certains installés depuis peu exprimaient leur déception, voire leur dégoût d'exercer dans ces conditions, allant jusqu'à remettre en cause le mode d'exercice libéral.

M9 : « Je m'attendais vraiment pas à ça hein. Et des fois même je me demande pourquoi je suis là. Comment j'ai fait pour arriver là. »

M10 : « Moi je venais la boule au ventre ! franchement j'étais dégoûté, j'étais dégoûté d'aller travailler. »

M6 : « Mais j'adore ce que je fais en plus, enfin c'est ça qui est triste, enfin c'est ça qui est dommage. [...] Quand je vois 25 patients par jour j'adore ce que je fais, quand j'en vois 40 je déteste. Et quand j'en vois 40 je rentre chez moi en me disant j'ai pas envie de faire ça.

Des inquiétudes à propos de leur avenir et de celui de la médecine générale libérale étaient également exprimées.

M2 : « Non moi je suis très pessimiste sur la médecine générale par contre. »

M6 : « je suis plus très optimiste c'est vrai. Parce que en fait je pense que c'est bientôt la fin de la médecine libérale. »

2.2.4 Une volonté de bien faire

Malgré ces difficultés et cette souffrance exprimée, on retrouvait également dans beaucoup d'entretiens une volonté de se battre pour son travail.

M2 : « Si tu te bats pas... moi je dis que notre métier il est mal barré. C'est pour ça que en fait nous, c'est un combat au quotidien. Finalement tous les jours... »

Les médecins ressentaient un devoir envers leurs patients et essayaient de répondre aux besoins.

M1 : « [Les patients] ont besoin de parler avec quelqu'un : la secrétaire, l'assistante médicale, ou le médecin. Dans les cas plus urgents, plus graves. Ils ont besoin de PARLER (insiste). »

La problématique de l'accès aux soins rapides semblait importante et les médecins fournissaient des efforts pour ouvrir des créneaux d'urgences et améliorer l'accès aux soins non programmés.

M10 : « On a aussi le souci d'éviter des passages aux urgences, d'éviter les encombrements aux urgences. Donc c'est pour ça qu'on ouvre 8 créneaux et ils sont tout le temps pris, les créneaux d'urgence il sont tout le temps pris. Et ça arrive même de voir un peu plus. »

Plusieurs médecins étaient impliqués pour un travail en coopération interdisciplinaire, que ce soit dans des maisons de santé, dans des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), ou encore avec des internes.

M4 : « On peut pas avoir une pratique isolée dans notre cabinet, et faire notre vie. [...] Il faut qu'on soit ouverts sur la coordination, et sur l'entraide. »

M6 : « Donc notre principal projet de soin, c'est effectivement la mère et l'enfant. [...] Du coup effectivement, le but c'est qu'elle fasse de la coordination avec la sage-femme, la diététicienne etc. »

Un médecin expliquait que le choix d'embaucher un assistant n'était pas motivé par l'argent, mais par la volonté d'améliorer ses pratiques.

2.2.5 La situation en centre de santé

Un médecin en centre de santé municipal, travaillant comme salarié a été interviewé. La situation semblait différente de ces collègues libéraux. En effet, il n'y avait pas notion de difficulté ou de souffrance. Le choix de la mise en place d'un assistant médical a été fait par la municipalité en concertation avec le médecin. L'objectif était plutôt l'amélioration de l'accès aux soins, avec une volonté d'augmenter le rythme des consultations.

M8 : « Alors, il faut reconnaître, la fonction de médecin salarié est royale. Pour moi. Par rapport ce que je vois des contraintes qui sont infligées à mes collègues libéraux. Ça n'a rien à voir. Ça n'a rien à voir, c'est d'un confort absolument royal quoi. »

M8 : « Il y a une contribution sur le temps, c'est toujours pareil c'est une question de temps, pour essayer de maximiser l'accès au soin. »

2.3 L'importance du relationnel

2.3.1 Le choix de la personne

Une fois la décision prise d'embaucher un assistant, les médecins semblaient apporter une grande importance au choix de la personne.

Des qualités humaines primordiales.

Les qualités humaines semblaient très importantes pour la réussite du travail avec l'assistant médical. Plusieurs médecins expliquaient avoir privilégié l'empathie et la motivation au profit des connaissances médicales au cours du recrutement.

M3 : « Il y a aussi des qualités qui viennent pas de l'assistant médical mais de la PERSONNE (insiste). C'est ... Il faut avoir une personne avec qui vous êtes totalement compatible, Humainement. »

M10 : « Focalise-toi sur la motivation, vraiment plus sur la motivation si tu es amenée à recruter quelqu'un. C'est vraiment la base, parce qu'elle va apprendre en fait. »

Un médecin expliquait même avoir eu un échec avec une première assistante médicale du fait d'un manque d'empathie envers les patients.

M10 : « Elle est vraiment très serviable, c'est quelqu'un de très humain. Pour le coup vraiment on l'a prise pour ça. L'autre si tu veux elle manquait un petit peu... d'empathie des fois »

Pour d'autres le bagage médical avait également de l'importance. Leurs assistantes avaient des formations d'infirmière et d'auxiliaire de puériculture.

M1 : « Et le fait que, en particulier cette assistante médicale, est aussi une infirmière qui a fait beaucoup de boulot, c'est encore mieux. Elle comprend les questions qui sont urgentes plutôt que les autres qui sont des boboseries, vous voyez ? »

L'autonomie est également une qualité citée dans plusieurs entretiens.

M10 : « Elle est organisée en fait, elle s'autogère. Vraiment elle s'autogère. »

M7 : « Elle a toujours été très autonome en fait. »

Plusieurs médecins avaient décidé d'embaucher des personnes qu'ils connaissaient afin de s'assurer de l'entente. Un médecin avait choisi un patient. Un autre une personne venue en stage avec qui il s'était très bien entendu.

Le travail en couple.

Quatre médecins interviewés avaient fait le choix de travailler en couple, en embauchant leur conjoint comme assistant, deux femmes et deux hommes.

Ce choix semblait motivé en partie par les craintes administratives liées à l'embauche. Embaucher son conjoint était plus rassurant pour certains en cas de difficulté financière, ou faisait moins craindre le risque d'arrêt maladie longue durée par exemple.

M10 : « je me suis dit que je prenais le moins de risque possible en choisissant mon conjoint »

L'aspect humain était aussi un critère. Embaucher son conjoint permettait de s'assurer d'avoir quelqu'un qu'ils connaissaient avec qui ils étaient compatibles.

M4 : « Mais alors c'est risqué et je pense pas que j'aurais travaillé comme ça avec quelqu'un que je connais pas spécialement en fait. Là ça marche très bien parce que c'est mon conjoint, mais je l'aurais pas fait avec quelqu'un d'autre. »

M10 : « C'est difficile à mon avis de prendre quelqu'un qu'on ne connaît pas. C'est compliqué quand même assistante médicale, pour un médecin. »

Travailler en couple permettait de répondre en partie au besoin d'améliorer la vie familiale, permettant une organisation plus facile pour les couples avec des enfants.

M4 : « Et aussi un côté pratique dans la vie parce que on part en vacances en même temps. Au niveau organisation de vie avec les enfants, et puis vacances..., organisation de travail, c'est confortable. »

Un médecin expliquait que travailler ensemble permettait de partager le vécu et les difficultés.

M2 : « non mais en plus l'avantage de travailler ensemble, ça te permet de mieux te rendre compte de ce que moi je peux vivre au quotidien. »

2.3.2 Un lien fort avec le médecin

Il semblait se créer un lien de proximité fort entre le médecin et l'assistant, qui devenaient un véritable binôme. La notion de compatibilité était importante. Cette relation semblait également fondée sur du respect et de la confiance mutuelle.

M3 : « c'est comme un couple, c'est comme dans les amis, c'est comme ça. Il faut que vous soyez compatibles. »

M5 : « On s'occupe du patient à 2. C'est pas... C'est plus intime comme relation ».

La communication entre les deux était très importante. Certains rapportaient que leur proximité permettait de communiquer de façon non verbale.

M3 : « En fait nous on ne se parle pas hein ? (Regarde son assistante). On arrive à comprendre sans parler quoi. »

M10 : « Mais par contre, on se communique par heu... Par des messages aussi. On se communique souvent, on se donne, on pose des questions, elles répondent comme il faut. »

Le degré d'intimité était variable selon les médecins. La relation pouvait rester professionnelle pour certains. Pour d'autres elle allait au-delà, passant de rapports amicaux jusqu'à des rapports presque maternels.

M10 : « Il y a vraiment une relation professionnelle. [...] Il y a vraiment une distance. Une distance qui est plutôt bienveillante en fait, on est vraiment bienveillants et pour le coup c'est beaucoup plus sain. »

M3 : « Quand on pouvait on sortait au restau ensembles, pour manger ensemble etc »

M7 : « mais c'est ma deuxième maman des fois je lui dis. »

Un médecin rapporte avoir eu du mal à trouver le juste équilibre dans la relation. *M10 : « Il y avait plus une relation de chef, il y avait une relation d'équité qui finalement était délétère. C'est pas du tout ce que je recommande »*

2.3.3 Un interlocuteur privilégié des patients

Les médecins considéraient également l'assistant comme un moyen d'améliorer la communication avec les patients, en étant un interlocuteur plus disponible que le médecin lui-même.

M1 : « Pas seulement pour moi je vous dis, mais je crois aussi pour la population, pour le village, pour les patients, parce qu'ils ont un autre, qui peut l'écouter, qui peut comprendre. »

L'assistante médicale créait un lien avec les patients, puisqu'elle apprenait à les connaître.

M6 : « pis elle connaît beaucoup plus les patients que nous finalement, parce qu'elle les a au téléphone beaucoup plus que nous en fait ».

Les patients avaient l'avantage d'avoir un interlocuteur constant et physique en cas de besoin.

M11 : « Quand une personne se présente, explique la chose en direct face à face avec une personne, c'est quand même plus rassurant qu'au téléphone »

Un médecin avait mis en place un dispositif de téléphone portable, permettant aux patients de joindre directement l'assistante sur ces heures de travail, ou de laisser des SMS pour des demandes administratives, ce qui avait permis de diminuer le délai de réponse et de soulager le secrétariat.

Plusieurs médecins rapportaient que l'assistant médical s'était très bien intégré et était apprécié des patients.

M1 : « Je vous le dis ils sont plus contents d'elle ! Certaines fois certains patients m'amènent quelque chose, quelques petits cadeaux, ici c'est le champagne, et bah pas à moi hein ! à elle ! (Rires) »

2.4 Une réponse aux problématiques premières

2.4.1 Des organisations variées

Les manières de travailler avec l'assistant médical étaient variées, et s'adaptaient au mode de fonctionnement de chaque médecin. Plusieurs médecins fonctionnaient selon le principe de pré consultation, systématique ou non. L'assistant médical recevait les patients en amont du médecin afin de prendre les constantes, et de préremplir le dossier médical. C'était notamment le cas en centre de santé.

M8 : « : Alors, elle nous prépare la consultation, avec le motif de la consultation, savoir si le patient est en médecin traitant chez nous ou pas, heu... le poids, la tension artérielle, essentiellement. »

Un médecin avait l'assistant en permanence avec lui durant la consultation, celui-ci aidant au déshabillage ou aux gestes techniques, assurant la prise de constantes et une partie du remplissage du dossier médical.

M3 : « Elle est carrément avec moi tout le temps. Donc ça, ça m'aide beaucoup pour tous les tâches qu'on a. »

L'assistante pouvaient également avoir son propre planning, et recevoir elle-même des patients pour pré remplir certains dossiers, faire des évaluations cognitives ou psychologique ou effectuer des gestes techniques comme des électrocardiogrammes, la pose de polygraphie ventilatoire ou des audiométries par exemple.

Les médecins évoquaient souvent un fonctionnement mixte, variable et évolutif. L'assistante pouvait faire parfois des préconsultations, notamment pour les nouveaux patients. Elle assistait également le médecin au cours de certaines consultations pour de la pédiatrie, de la gynécologie ou la réalisation d'acte techniques comme des sutures. Elles pouvaient également recevoir les patients à part selon son propre planning ou encore en post consultations afin de délivrer des informations complémentaires.

M5 : « Et dans une consultation un peu longue, un peu difficile, elle reste pour vérifier toutes les préventions. Et elle explique aux gens : ou il faut aller pour l'IRM, elle refait les dépistages, elle fait l'encaissement. Et moi je peux m'échapper, dans ce deuxième bureau pour commencer une autre consult. Et il y a des fois des matins, ou elle a des trucs à faire, ou j'ai des trucs à faire, et bah elle commence à prendre les gens et elle fait un pré Consult, ou une post Consult. [...] Mais ça se fait assez au feeling et heu.... Donc... voilà, on s'organise en fonction des consultations. »

D'autres tâches pouvaient lui être confiées comme le traitement du courrier postal ou digital, l'animation de la salle d'attente ou une aide globale à la gestion du cabinet médical. Pour un médecin, l'assistant faisait le lien avec les spécialistes en cas de demande d'avis par exemple. Plusieurs médecins déléguaient également la facturation, les patients repassant auprès de l'assistante après la consultation.

2.4.2 L'amélioration des pratiques

Selon les médecins, travailler avec un assistant leur a permis d'améliorer leurs pratiques professionnelles. C'était pour certain un objectif affiché clairement lors de l'embauche.

L'apport de nouvelles compétences

L'assistant arrivait avec son bagage et ses compétences propres, qui pouvaient permettre de compléter et améliorer les pratiques des médecins. Certains avaient une formation médicale. Un médecin dont l'assistante était une auxiliaire de puériculture déclarait avoir une meilleure prise en charge des nouveaux nés et avoir amélioré grâce à elle ses pratiques en hygiène.

M2 : « Même dans l'hygiène en fait, vu qu'elle vient de l'hôpital. Il y a des choses on fait pas forcément gaffe, on croit faire bien et puis... on faisait pas bien. »

Un assistant avait reçu une formation en directives anticipées, le médecin lui avait laissé le soin de l'aborder avec les patients.

M5 : « et bah les directives anticipées. C'est elle qui... elle a été formée pour ça, j'ai dit oui. 5% des dossiers ont des directives anticipées, donc il y a un boulot énorme à faire. »

Un autre avait une formation en pharmacie et en commerce, ce qui lui permettait d'être à l'aise en communication et assurer le lien avec les autres professionnels de santé.

M4 : « Il est beaucoup en relation aussi avec les spécialistes. C'est lui qui me fait mon réseau un petit peu, au niveau des expertises, des avis. »

Une meilleure gestion des soins non programmés.

Dans plusieurs cabinets, la présence de l'assistant avait permis de faciliter la gestion des soins non programmés. L'assistant pouvait évaluer et trier les demandes de consultations en urgence. En cas de patient se présentant au cabinet sans RDV, il pouvait commencer l'anamnèse afin de faciliter la prise en charge. Enfin, en cas d'urgence vitale, il soutenait le médecin dans les gestes de premier secours.

M7 : « Les urgences, ça c'est vraiment un gros point positif. Dès qu'il y a une urgence elle sait nous la mettre tout de suite dans la journée. Elle sait faire les premiers gestes aussi. Enfin dès que quelqu'un arrive c'est une urgence, tout de suite elle conditionne elle vient nous chercher. Donc ça c'est un soulagement »

Certains médecins ont évoqué également l'aide de leur assistant lors de la crise sanitaire COVID 19. Leur présence aurait permis une meilleure capacité d'adaptation, notamment pour l'organisation des dépistages ou des vaccinations.

M5 : « Surtout que on vaccinait aussi au cabinet et que la gestion des doses, convoquer les gens, les reconvoquer, les déplacer... J'aurais jamais pu faire toute seule, je sais pas comment mes autres collègues ont fait quoi. »

Une aide précieuse pour les consultations pédiatriques.

La présence de l'assistant médical était particulièrement utile dans les consultations de suivi des nouveaux nés. Les médecins déléguaient la prise des mensurations, la préparation des vaccins ou le remplissage du carnet de santé. Ils pouvaient ainsi gagner du temps sur des consultations habituellement longues, et être plus disponible pour interroger les parents au cours de la consultation.

M10 : « C'est un gain de temps énorme, sur une pédiatrique. »

M8 : « Ensuite, lorsqu'il y a un besoin spécifique, surtout les enfants en bas âge, les nourrissons, à ce moment-là je lui demande de venir continuer à m'aider sur l'examen des nourrissons. [...] pendant que moi je parle avec les parents, donc ça permet aussi de faire une visite du nourrisson qui est un peu plus complète, sans raccourcir, enfin sans allonger pardon la durée de la consultation. »

Une aide à l'organisation du cabinet.

L'assistant médical avait permis pour un médecin de moderniser son cabinet en participant à l'informatisation de tous les dossiers.

M1 : « Et au début elle a fait seulement ce travail-là, informatiser TOUS les dossiers, ce qui a été un travail incroyable et qui va encore continuer. »

L'assistant permettait pour plusieurs médecins une meilleure gestion des demandes des patients, que ce soient des consultations ou des demandes administratives.

M2 : « Ben oui, là ici ce matin tout a été géré. Mais il y a eu un boulot de fait. Parce qu'avant c'est vrai que j'avais tendance à être trop... dire oui à tout. »

M4 : « Ce qui fait que moi, en fait j'accumule pas de retard. Toutes les choses sont gérées rapidement. »

Les médecins évoquaient également une meilleure gestion des dossiers médicaux.

M2 : « Les dossiers ils n'ont déjà plus rien à voir depuis que tu es là et avant par exemple. Que ce soit dans les... l'administratif, le... les choses que des fois je n'ai pas le temps de remplir. »

2.4.3 Un gain de temps médical

L'assistant médical fait gagner du temps médical, c'est ce qui est évoqué dans beaucoup d'entretiens. Plusieurs médecins expliquaient se sentir plus disponibles pour leurs patients. Pas nécessairement en accordant plus de temps mais en étant plus à l'écoute une fois déchargés de certaines tâches administratives par exemples.

M5 : « c'est elle qui gère tout ce qui est papiers, et moi je suis plus connectée avec le patient. Je me focalise beaucoup plus sur les motifs. »

M7 : « bah si moi elle m'aide à déshabiller les patients, prendre les tensions, c'est des temps ou je vais discuter plus avec eux, plus voilà. Donc il y a aussi plus de relationnel avec le patient forcément, plus de temps. »

Le temps gagné pouvait être utilisé pour faire de la prévention en vérifiant les vaccins ou les dépistages.

M2 : « : Comme les vaccins par exemples, il y a plein de choses que je faisais pas, qu'elle a vu en fait. »

Certains médecins utilisaient ce temps pour diversifier leur pratique ou leurs activités. Ils pouvaient ainsi se lancer plus facilement dans les projets comme la formation à la polygraphie, ou la mise en place de téléexpertise par exemple. D'autres s'impliquaient dans des actions de santé publique comme la mise en place de CPTS.

M5 : « et puis si je l'avais pas je pourrais pas faire tout ce que j'ai à côté. »

2.4.4 Amélioration de l'offre de soin

Bien sûr, ce temps pouvait aussi permettre d'augmenter le nombre de patients vu en une journée. C'était notamment le cas dans le centre de santé, où l'arrivée de l'assistant avait permis de diminuer le temps de consultation de 15 à 10 minutes.

La présence de l'assistant avait également permis à plusieurs médecins d'accepter de nouveaux patients alors qu'ils ne le faisaient plus. En effet, la charge de travail supplémentaire à la création d'un nouveau dossier pouvait être décourageante. L'assistant permettait d'alléger cette charge en participant à la création du dossier administratif.

M3 : « Donc on a pu prendre des nouveaux, refaire des dossiers à zéro. J'ai regagné ce courage-là, parce que c'est... faire les dossiers à zéro, c'est... faut tout faire. »

M5 : « Oui c'est ça, j'aurais jamais pu absorber ces patients, ça c'est sûr. Je l'aurais jamais fait. J'aurais jamais voulu le faire. Là ça me permet de le faire, ça me libère de toutes les contraintes de prendre quelqu'un en plus quoi. »

Plusieurs déclaraient avoir augmenté leur patientèle, allant jusqu'à la doubler.

M10 : « bah tu sais j'ai doublé ma patientèle. De toi-même en fait du fait que tu ais une assistante médicale, j'étais à 800 patients quand j'ai eu l'assistante médicale et puis je suis passée à 1600 depuis que je suis à la maison de santé »

2.4.5 Un gain de confort de travail

Finalement, beaucoup de médecins insistaient sur le gain de confort de travail. L'assistant médical permettait d'avoir quelqu'un avec qui partager la charge mentale du cabinet. Ils étaient débarrassés de la gestion de beaucoup de problèmes quotidiens non médicaux : problèmes techniques, réapprovisionnements, problèmes avec les feuilles de soins... Mais aussi de la gestion des requêtes administratives des patients. L'assistant médical permettait que tous les problèmes soient traités au jour le jour, ce qui évitait au médecin d'accumuler du retard. Cela pouvait représenter un véritable soulagement.

M5 : « Il y a une décharge, on n'est pas obligé de penser à tout et de tout faire. »

M4 : « on a quand même une charge mentale avec notre cabinet qui est assez importante. Oh il faut que je pense à commande ça, faut que je pense à recommander mes hémocults, faut que je pense à rappeler M. machin pour son truc, faut que je prenne des nouvelles etc. Et tout ça en fait, moi je gère mes consultations, tout ça je lui laisse et du coup j'ai mon esprit qui se libère le soir. »

M3 : « et quand on part, il n'y a pas la pile de trucs qu'on n'a pas faits. »

Le partage du vécu pouvait également participer à l'amélioration du confort du travail. Ils se sentaient compris, moins seuls et vivaient mieux les difficultés.

M3 : « Vous êtes plus écouté par quelqu'un qui vit la même chose que vous, même si c'est pas de la même position. Voilà, pour moi c'est un confort de vie »

Certains expliquaient même avoir retrouvé le goût de venir travailler.

M10 : « Je peux te dire qu'à la seconde où elle est arrivée, haaaa, ça change la vie. Ça change la vie. T'es apaisé, tu viens en consultation t'es content. Mais vraiment, tu es content de revoir les gens. C'est vraiment, c'est le confort, la qualité. »

Leur vie personnelle pouvait également être influencée positivement. La possibilité de travailler en couple, permettait d'organiser son planning autour des obligations familiales. Les médecins rentraient plus tôt chez eux après les consultations et plus détendus. L'assistant permettait également une meilleure souplesse dans le planning en cas d'imprévu.

M3 : « Et surtout quand vous êtes moins stressés, moins agacés etc, bah ça se passe mieux aussi à la maison parce que vous êtes humains finalement. »

M7 : « je pense, parce que vu que ça nous décharge de certains problèmes on revient à la maison je pense un peu plus détendus. »

M9 : « Oui parce que c'est eux qui gèrent les RDV, des fois si on leur dit que je peux pas venir tel jour, tel heure, elles font tout pour que le planning soit adapté à ça. Ponctuellement. »

2.4.6 Un métier qui a aussi ses limites

Certains médecins rapportaient sur malgré l'aide apportée par leur assistant certaines difficultés persistaient. Toutes les tâches ne pouvaient pas être déléguées, et certaines consultations ne pouvaient pas être raccourcies.

M4 : « C'est pas l'assistant qui va regarder les biologies le soir, tous les comptes rendus, qui va analyser... »

L'avis des patients pouvaient également être divergent. Certains ont eu besoin d'un temps d'adaptation. D'autres refusaient la présence de l'assistant ou avaient des discours différents entre assistant et médecin. Enfin il pouvait y avoir une confusion sur le statut, les patients faisant mal la distinction entre assistant et secrétaire.

M5 : « Et les gens se sont habitués avec ce mode de fonctionnement, parce qu'au début ils étaient assez stressés. Enfin, stressés... ils ne comprenaient pas pourquoi on est 2. »

M9 : « du coup depuis qu'elles sont assistantes, elles n'arrivent plus à gérer le téléphone, elles ne peuvent plus prendre le téléphone pour répondre aux patients, et ça, ça ne plaît pas aux patients. »

Des locaux inadaptés pouvaient limiter la délégation de certaines tâches.

M2 : « Oui je sais qu'il y en ils prennent pas d'assistante parce qu'ils ont pas les locaux adaptés, qui ne sont pas adaptés ici d'ailleurs. »

Un médecin rapportait avoir rencontré des difficultés à lâcher prise et à déléguer.

M5 : « Mais c'est aussi accepter de lâcher. Et puis elle disait ma remplaçante, oui mais je suis plus jeune qu'elle. Avec les patients, ils vont peut-être penser que c'est pas moi le docteur. »

2.5 Un vécu du dispositif mitigé

2.5.1 L'embauche

La mise en place semblait facile aux médecins. Certains déléguaient la création du contrat et la gestion à leur comptable, un médecin était passé par un groupement d'employeur et un autre utilisait le service TESE de l'URSSAF. Ils se sentaient bien accompagnés par la sécurité sociale sur ce point.

M3 : « C'est très... il y a pas de problème pour le mettre en place, c'est pas compliqué. Il faut juste le faire. Ils viennent vous voir, ils vous expliquent, voilà. C'est pas quelque chose de compliqué, ou difficile, ou autre. »

La facilité de mise en place n'effaçait cependant pas les craintes des médecins en devenant employeur. Ils craignaient les contraintes humaines, comme une mésentente avec l'assistant. Ou encore les arrêts maladies prolongés qui pourraient être difficiles à compenser financièrement. Mais également la charge administrative et de gestion.

M4 : « Parce que c'est hyper compliqué les ressources humaines. Il y a les arrêts de travail, les vacances, les machins... ça coute des sous en comptabilité, les déclarations de charge, ... c'est une gestion. »

M5 : « Par ce que je voulais pas revivre les problèmes RH, que j'avais eu avec la secrétaire de mon ancienne association. Et parce que... je trouve que c'est pas très sain. Et voilà, je trouve que c'est plus facile comme ça. »

Un médecin avait connu un échec d'une première assistante, ayant mené à une rupture conventionnelle de contrat. Il parlait de la charge financière et des difficultés de gestion d'une telle situation.

M10 : « en plus on était obligés d'attendre la rupture conventionnelle, la date actée tu vois ? Parce qu'on a eu des arrêts de travail, forcément, avant. Elle s'était mise en arrêt de travail, donc forcément on était en galère. »

Ces freins avaient parfois été levés par le choix de travailler en couple, tandis que pour d'autres c'est le dispositif d'aide financière qui avait déclenché l'embauche.

M10 : « Et après, face à la charge de travail, donc j'ai appris qu'il y avait des aides potentielles pour embaucher quelqu'un et donc du coup c'était une bonne opportunité parce que la sécurité sociale nous a aidé, nous a aidé financièrement pour embaucher quelqu'un sous condition qu'elle passe la formation d'assistante médicale »

2.5.2 Les objectifs de patientèle

Les objectifs d'augmentation de la patientèle étaient vécus de différentes manières. Pour certains, ils ne représentaient pas une contrainte et étaient atteignables facilement, en suivant l'évolution naturelle de leur patientèle. C'était notamment le cas pour des médecins nouvellement installés, ou pour d'autres exerçant en déserts médicaux.

M11 : « il y a peut-être des pourcentages, mais vraiment qui ne sont pas complètement délirants en fait, c'est déjà dans les objectifs que je me fixais avant le contrat quoi. Enfin pour moi c'est largement atteignable, du moins dans un désert médical. »

M1 : « Mais ça n'a pas été un souci jusqu'à présent, la patientèle a augmenté doucement. Aucun ne m'a fait question d'un patient de plus, un patient de moins. »

M3 : « Non ça s'est fait assez rapidement et franchement sans aucune difficulté. »

Pour d'autres, ils avaient demandé des efforts et étaient source d'inquiétude. Certains médecins déclaraient être plus attentifs aux chiffres de patientèles.

M5 : « un peu sous pression quand même. Et là on a refait le tour. On avait dit qu'on avait bien augmenté et tout, et là il repasse et il me dit, il vous faut encore 40 patients. Je dis : quoi ?! Encore 40 patients dans une année, alors qu'on avait l'impression d'avoir pris déjà beaucoup de monde. »

M3 : « Je pense pas que ça aurait forcément augmenté si j'avais pas... parce que là on est attentifs aux chiffres, avant je n'étais pas. »

Certains médecins avaient atteint les objectifs, mais s'inquiétaient de la possible apparition de nouveaux objectifs au moment du renouvellement du contrat après 5ans.

M4 : « Mais à ce moment, il faudra resigner un contrat, avec un objectif de ré augmentation donc je pense que aller jusqu'à 1200,1300 ok mais clairement 1500, 1600... on nous demande de rester stable à partir de 1700 patients médecin traitant. [...] Pour moi c'est impensable. »

M7 : « non ça a été, il y a pas eu de souci. Mais bon est ce qu'ils vont pas nous mettre de plus en plus d'objectifs ? C'est la question qu'on se pose. »

2.5.3 Les financements

Là encore, le vécu diverge. Certains médecins se trouvaient très dépendants des aides financières. Ils craignaient de ne pas les toucher, ou étaient limités dans le temps avec l'assistant du fait des contraintes financières.

M4 : « Parce que si on n'atteint pas les objectifs, on ne touche pas le financement, c'est bien beau en fait de prendre un assistant et après ? enfin je veux dire c'est une grosse difficulté financière après s'ils nous versent pas les indemnités si on a pas atteint nos objectifs. »

M7 : « C'est sûr que si je pouvais l'avoir à temps plein pour moi toute seule, ce serait que du bonheur mais financièrement c'est pas possible. Enfin voilà, financièrement c'est pas possible donc heu.... »

Tandis que d'autres expliquaient pouvoir s'en passer et financer seul leur assistant.

M2 : « Moi j'aurais pas eu d'aide j'aurais pris une assistante quand même. »

M10 : « Honnêtement même sans aide, on n'a pas besoin de ça, tu vois ? quand tu as une bonne organisation, c'est un gain de temps énorme. Au final elle s'autofinance. »

2.5.4 La formation

Tous les médecins interviewés avaient embauché des assistants non diplômés et devaient donc organiser la formation obligatoire. Certains l'avaient déjà fait et d'autres pas encore. Un médecin expliquait avoir été bien encadré par la sécurité sociale pour la mise en place de la formation. Pour d'autres, la formation était beaucoup plus difficile à mettre en place. Ils préféraient une organisation en alternance plutôt que plusieurs mois d'écoles d'affilé.

M6 : « Elle n'a pas encore fait la formation, elle a fait une validation des acquis pour certains modules. Pour les autres, pffff ça rame, ça rame de ouf dans notre département. Nous ça rame, ça rame à fond, en plus de ça, c'est pas du tout acceptable ce qu'ils nous proposent ».

Les médecins évoquaient la mise en difficulté du fait de l'absence de l'assistant pendant la formation. Mais ils en avaient quand même une vision positive. Ceux dont l'assistant était diplômé semblaient avoir trouvé la formation utile.

M10 : « Après il y a la formation donc forcément, ça on va perdre un petit peu de temps. Donc forcément, elle sera moins la pendant les jours ou elle sera en formation, pendant 1 an. Mais voilà ça fait partie du jeu. Et forcément elle aussi elle va gagner en compétences donc c'est pas une mauvaise chose qu'elle soit formée aussi sur le plan théorique. »

M9 : « Et puis maintenant avec la formation ça augmente leurs connaissances, parce qu'il y a beaucoup de choses. Elles savent tout ce qu'il y a au niveau de l'assurance maladie, comment ça se passe et tout. »

2.5.5 Un sentiment de valorisation de la médecine générale

Plusieurs médecins expliquaient que l'assistant médical leur permettait de garder leur rôle et leur statut de médecin, tout en étant aidé. Certains ont fait la comparaison avec d'autres mesures de délégations de tâche comme la vaccination par les pharmaciens ou les infirmiers en pratique avancée. Ils jugeaient qu'ils se sentiraient plus dépossédé de leur travail avec un infirmier en pratique avancée par exemple qu'avec un assistant.

M2 : « l'assistante médicale c'est fait pour aider le médecin (insiste sur aider) pas pour faire à sa place. Parce que toutes les mesures qu'ils ont faites là »

M7 : « Une IPA j'aurais peut-être plus cette impression d'être là que pour signer les ordonnances. Ce n'est surtout pas ce que je veux, je veux encore cette relation avec mon patient. Ça mon assistante médicale ne me le retire pas du tout. »

D'autres ont fait le parallèle avec les autres spécialistes ou la médecine hospitalière, en expliquant que l'assistant permettait de se rapprocher de leurs pratiques.

M5 : « ça valorise le métier de médecin généraliste. [...] Mais mine de rien, bah on travaille un peu comme les autres, un peu comme des vrais spécialistes, et avec des moyens quoi. »

On pouvait ressentir chez quelques-uns un sentiment de fierté à l'égard de leur assistant.

Au final, plusieurs des médecins interviewés exprimaient leur satisfaction globale et leur souhait de voir ce dispositif s'étendre.

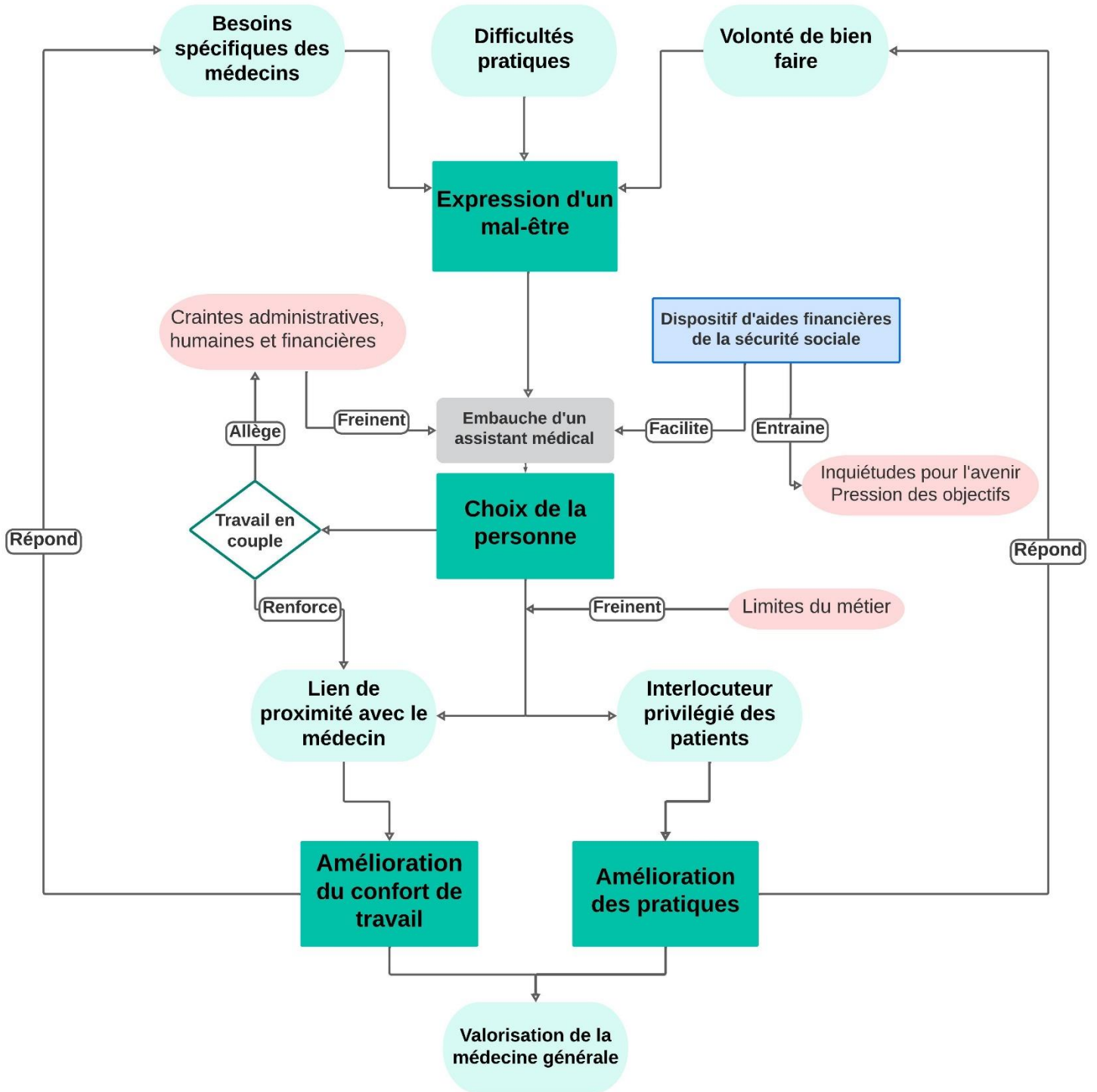
M3 : « Je pense que tout médecin devrait avoir une assistante médicale, parce que ça fait gagner du temps au gens. Et ça fait gagner de l'emploi digne de ce nom, et un emploi qui peut être plaisant. »

M1 : « En fait c'est une figure, j'ai lu que, je ne sais plus quel syndicat proposait que tous les médecins aient un assistant médical. Parce que c'est vraiment une figure importante. »

M6 : « Bah je pense que le travail d'assistant médical, enfin je pense que ça devrait être obligatoire. [...] Enfin s'il y avait un truc à faire, si il y avait une mesure à prendre, au lieu de prendre des tonnes de mesures inutiles, pour les patients et pour les médecins, et qui arrangerait absolument tout le monde, c'est-à-dire à la fois les patients et les médecins, se serait de généraliser et de financer entièrement le statut d'assistante médicale pour tous les médecins. »

3 Résultats principaux

3.1 Modèle explicatif



3.2 Discussion

Les médecins interviewés avaient tous fait le choix de travailler avec un assistant médical. Ce choix a été fait pour la plupart dans le but de répondre à une situation de souffrance au travail. Ces résultats ne sont pas surprenants quand de nombreuses études font état d'une prévalence élevée de souffrance psychologique des médecins. [15] En 2007 déjà la prévalence du syndrome d'épuisement émotionnel pouvait s'élever jusqu'à quasiment 50% des médecins. [16] L'épidémie de COVID 19 n'a fait qu'empirer la situation, puisque selon une étude de 2020 au cours de la deuxième vague de l'épidémie, quasiment 80% des médecins libéraux français souffraient de détresse psychologique. [18] On notera cependant la discordance entre les objectifs affichés de la sécurité sociale pour ce dispositif et ceux des médecins y adhérant. Les médecins recherchent une réponse à leurs conditions de travail difficiles tandis que la sécurité sociale essaye d'améliorer l'accès aux soins pour les patients. Les deux se rejoignent cependant quant à la volonté d'améliorer les prises en charges.

Les médecins accordaient de l'importance au recrutement d'une personne avec des qualités humaines et relationnelles, avec qui ils se sentaient compatibles. La relation humaine avec leur assistant et la proximité qui avait pu s'établir entre eux était un résultat inattendu. J'ai trouvé peu d'études traitant de ce sujet. Cette proximité n'était toutefois pas aussi marquée chez tous les médecins interviewés, le médecin exerçant en centre de santé salarié décrivait lui des rapports cordiaux et professionnels.

Plusieurs médecins avaient fait le choix de travailler en couple. Ce choix peut paraître surprenant. Historiquement, il était habituel que le conjoint du médecin l'assiste au cabinet pour des actes de secrétariat par exemple. [19] Le conjoint avait alors le statut de conjoint collaborateur. Il n'était pas salarié mais l'aide apportée au cabinet était valorisée, avec des cotisations pour la retraite par exemple. Ces pratiques étaient en nette décroissance des dernières années, puisqu'ils n'étaient plus qu'environ 1000 en 2022. Essentiellement des femmes de plus de 55 ans.[20] Il existe d'autres statuts possibles pour les conjoints aidants, comme conjoint associé ou salarié. [21] Il semblerait toutefois que le statut d'assistant médical puisse être un moyen de répondre aux nouveaux besoins des médecins tout en valorisant le travail et les connaissances du conjoint qui les aide. Il est intéressant de noter que cette pratique a été évoquée par des médecins hommes comme femmes. Etant donné la féminisation de la profession, une étude statistique pourrait être intéressante pour approfondir le sujet. Les données pourraient tendre à changer depuis l'époque où les médecins hommes étaient majoritairement secondés par leur épouse.

L'amélioration de confort de travail était un des bénéfices principaux de la présence de l'assistant selon les médecins interviewés. Les données de la littérature ne sont pourtant pas unanimes dans l'association entre satisfaction au travail et emploi de personnel non médical. Une méta analyse de 2016 s'est intéressée à la satisfaction de médecins généralistes travaillant avec ce qui serait l'équivalent d'infirmier en pratique avancée aux Etats-Unis.[23, 24] Ils reconnaissaient un bénéfice sur leur revenus et leur temps de travail, mais trouvaient que la relation avec leur patient était affectée négativement et regrettaient de ne plus faire une prise en charge globale des patients. Si on s'intéresse au système allemand, où les assistants médicaux sont largement développés [25, 26], on constate une amélioration de la qualité des soins en présence des assistants médicaux. [27] En revanche, concernant la satisfaction au travail, il persiste une souffrance des médecins allemands puisque jusqu'à 35% montreraient des signes de Burn out personnel ou professionnel. [28] Une étude comparant les facteurs de satisfaction au travail entre des médecins et leurs assistants a montré que les médecins étaient globalement moins satisfaits de leur travail que leur personnel non médical. [29] Un nombre plus élevé de personnel par médecin était associé à une surcharge de travail et les médecins étaient globalement insatisfaits de leurs revenus et de leurs horaires de travail. Je n'ai en revanche trouvé aucune étude s'intéressant directement à l'influence des assistants médicaux sur la satisfaction au travail des médecins allemands. Dans un article de 2019 dans L'Allemagne d'Aujourd'hui, Christian Hellweg, médecin, évoque les difficultés du système de soin allemand. Il reproche notamment une forte deshumanisation altérant la relation entre patients et médecins. [30]

L'amélioration des pratiques était un autre bénéfice exprimé par les médecins. Cette étude ne s'intéressait qu'au ressenti des médecins généralistes, qui ont expliqué avoir amélioré leurs pratiques professionnelles. Elle ne peut pas affirmer qu'il y ait eu un bénéfice sur la prise en charge des patients. Toutefois, il est avéré que le bien-être des médecins au travail améliore la qualité des soins et la satisfaction des patients. [31] Au contraire, le sentiment de pas faire correctement son travail participe au sentiment de mal-être des médecins.

L'amélioration de l'accès aux soins n'était pas le résultat principal selon les médecins, à part dans le discours du médecin en centre de santé. On note toutefois que plusieurs évoquaient l'amélioration de la prise en charge des demandes urgentes ou des soins non programmés, ce qui constitue une avancée en termes d'accès aux soins pour les patients. Leurs objectifs principaux semblaient ailleurs, avec la volonté d'améliorer leurs conditions de travail et leurs prises en charges. La collaboration avec des assistants médicaux semble avoir répondu à leurs problématiques, leur apportant satisfaction. A l'ère de la délégation de tâche, qui divise les praticiens et les professionnels de santé [32,33], cette mesure semblait au contraire leur apporter un sentiment de valorisation de leur travail de médecin généraliste.

3.3 Comparaisons aux études similaires

Une thèse réalisée en 2021 par madame Laura Disson à l'université de Lyon a fait un travail similaire au nôtre [34]. Il s'agissait d'entretiens semi-dirigés auprès de douze médecins généralistes travaillant avec des assistants médicaux dans les régions Auvergne Rhône Alpes et Pays de la Loire. Les résultats concordent avec les nôtres sur de nombreux points. Les médecins décrivaient également un gain de temps et confort de travail, ainsi qu'une amélioration de leurs pratiques. Ils avaient des organisations variables, avec des préconsultations, non systématiques, une aide sur les actes techniques et sur l'administratif, qu'ils déléguaient en grande partie. Ils décrivaient aussi une proximité entre assistant et patients, leur garantissant une meilleure écoute. On notait également une augmentation de l'offre de soin, avec une facilitation des soins non programmés et une atteinte souvent facile des objectifs. Le vécu du dispositif était globalement positif. Les médecins accordaient également de l'importance aux qualités humaines de l'assistant. La relation entre médecin et assistant était cependant moins développée. On retrouvait plutôt des profils de médecins entrepreneurs, avec une gestion professionnelle des assistants et parfois même des difficultés de management. Il n'y avait pas de notion de travail en couple. Cette différence pourrait s'expliquer par les deux années séparant ces études. En deux ans, le nombre d'assistant a beaucoup augmenté et il serait plausible que le profil des médecins recruteurs ait évolué.

Une autre thèse similaire a été réalisée en 2022 par Fabien Gouyette dans l'Eure [35]. Là encore les résultats sont concordants. Le fonctionnement était superposable, variable, avec délégation de l'administratif, pré et post consultations, ou consultations avec le médecin. Les bénéficiaires étaient aussi un gain de temps médical, une amélioration des pratiques et un gain de confort. On retrouvait la notion de lien renforcé avec les patients, et de meilleure écoute pour eux. Mais il mettait aussi évidence le soutien que pouvait être l'assistant médical pour le médecin, en luttant contre la solitude et diminuant la charge mentale. L'assistant était lié à l'expression d'émotions positives par les médecins et s'inscrivait également contre un moyen de lutte contre l'épuisement professionnel. Il n'y avait pas de notion de travail en couple.

Une troisième a été réalisée en 2022 par Jean David Broissiat en Auvergne [36], sur des médecins exerçant en désert médicaux. Les résultats sont là encore similaires avec un gain de temps, de confort de travail et une amélioration de la qualité des soins. Il a également exploré les motivations des médecins à engager un assistant, et on retrouve comme dans notre étude un sentiment d'épuisement, de lassitude et de surcharge de travail. Il note également l'importance du choix du profil, puisque plusieurs médecins avaient décidé de former leur ancienne secrétaire ou d'embaucher du personnel paramédical. Le lien entre médecin et assistant n'est pas développé, et il n'y a pas de notion de travail en couple non plus.

Les résultats semblent donc tendre vers une satisfaction globale des médecins envers le dispositif. Les bénéfices exprimés par les médecins sont communs dans les 3 études : gain de confort de travail, gain de temps et amélioration des soins. Le lien de proximité entre le médecin et l'assistant semble être plus développé par les médecins dans notre étude.

3.4 Forces et limites de l'étude

Les forces de cette étude portent tout d'abord sur le sujet, peu étudié et d'actualité. La population étudiée est variée selon des critères d'âge, de sexe, de mode de fonctionnement avec l'assistant, de mode, de durée et de lieu d'exercice, permettant de recueillir un large panel d'avis. La durée moyenne des entretiens, supérieure à 30 minutes, permet aussi de montrer leur qualité. Le double codage avec un autre étudiant sur les premiers entretiens est également une force. Enfin, les résultats sont tout à fait cohérents avec les études similaires ayant été menés par d'autres étudiants.

Concernant les entretiens, le manque d'expérience de l'investigateur a pu influencer les résultats. Il s'agissait en effet de ma première expérience en recherche qualitative. La retranscription intégrale n'a pas été transmise aux participants pour validation. Concernant le recrutement, il a été assez difficile de trouver des médecins travaillant avec un assistant. Un des médecins interviewés ne travaillait avec l'assistant que depuis un mois, ce qui peut limiter son expérience. Un seul médecin salarié a été interviewé. Son avis semblait diverger de ses confrères libéraux, un deuxième entretien aurait permis de renforcer ou non la théorie de l'influence du mode d'exercice. De même, la suffisance des données n'a pu être confirmée que par un seul entretien supplémentaire. Concernant l'analyse, le double codage n'a pu être fait que sur quatre entretiens. Enfin, le directeur de thèse travaille depuis déjà plusieurs années avec des assistants, et son vécu a pu avoir une influence.

3.5 Ouvertures

La qualité des soins est un axe important pour les médecins comme pour les institutions. Les médecins ont l'impression d'avoir amélioré leurs pratiques grâce à leur assistant. Il serait intéressant de pouvoir quantifier cet impact. Plusieurs critères sont possibles, comme l'évaluation de la satisfaction des patients, l'augmentation de la durée de vie en bonne santé ou encore la comparaison des taux d'hospitalisation avec et sans assistant.

Le gain de confort de travail et la lutte contre l'épuisement professionnel est un autre axe fort des résultats. Pour aller plus loin, il semblerait intéressant d'évaluer plus précisément la satisfaction au travail des médecins généralistes. Un questionnaire quantitatif pourrait par exemple comparer la satisfaction au travail des médecins avec et sans assistant et évaluer l'influence de la relation médecin-assistant sur cette satisfaction.

Enfin le travail en couple est un résultat peu attendu, et non retrouvé dans les autres études. Nouveau phénomène ou spécificité locale ? Une étude statistique serait intéressante pour trancher. Ceci est-il comme un retour en arrière à l'époque où les épouses des médecins les aidaient dans leur travail ? Est-ce un signe d'un sentiment de solitude auquel ne répond pas complètement l'exercice regroupé ?

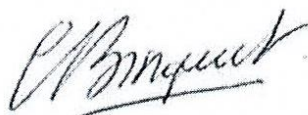
THESE SOUTENUE PAR FANNY FERRARI

CONCLUSIONS

Ce travail de thèse, réalisée à l'aide d'une méthode qualitative, a permis de recueillir le vécu de médecins généralistes collaborant avec des assistants médicaux, embauchés dans le cadre du dispositif d'aide financière mis en place par la sécurité sociale en 2019. Cette recherche qualitative a mis en évidence un sentiment de mal-être des médecins généralistes. Et bien que le dispositif ait été créé dans but d'efficacité médicale et d'amélioration de l'accès aux soins, la principale motivation des médecins a semblé plutôt être l'amélioration de leurs conditions de travail. Cette collaboration a permis, selon les médecins, une amélioration de leurs pratiques médicales, mais surtout une amélioration de leur confort de travail. Ils ont également décrit un meilleur accès aux soins, surtout aux soins non programmés. Le rôle relationnel de l'assistant paraissait primordial et les médecins ont accordé une importance particulière au choix de leur assistant. Les personnes recrutées apparaissaient avoir créé un lien de proximité avec le médecin et une relation privilégiée avec les patients. Plusieurs médecins avaient même choisi d'embaucher leur conjoint.

Le vécu des médecins généralistes était globalement positif. Ce nouveau métier semble répondre aux besoins spécifiques des acteurs de soins primaires. Les assistants médicaux pourraient donc bien faire partie des solutions pour notre système de santé. Pas seulement en améliorant l'efficacité des médecins, mais en luttant contre la déshumanisation du système. Un interlocuteur présent pour les patients et un soutien pour lutter contre l'épuisement professionnel des médecins. Cette étude qualitative pourrait ouvrir la voie à des études complémentaires pour confirmer et apprécier la prévalence des thèmes originaux mis en évidence.

Le Président du jury,



Pr. Christine BINQUET

Vu et permis d'imprimer
Dijon, le 12 Février 2021
Le Doyen



Pr. M. MAYNADIÉ

Références

1. A, DICOM_Marie,. « Plan d'action pour améliorer l'accès aux soins dans les territoires ». Ministère de la Santé et de la Prévention, 9 janvier 2024. <https://sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/plan-d-action-pour-ameliorer-l-acces-aux-soins-dans-les-territoires>.
2. Arrêté du 7 novembre 2019 relatif à l'exercice de l'activité d'assistant médical (s. d.). Consulté le 13 septembre 2022.
3. « Assistants médicaux : un levier pour renforcer l'accès aux soins dans les territoires », 28 octobre 2022. <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/assistants-medicaux-un-levier-pour-renforcer-l-acces-aux-soins-dans-les-territoires>.
4. « Cabinets libéraux : aide à l'emploi d'assistants médicaux ». Consulté le 9 janvier 2024. <https://www.ameli.fr/aube/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/aides-financieres/aide-emploi-assistants-medicaux>.
5. « Assistants médicaux | Convention collective nationale ». Consulté le 16 juin 2023. <https://ccn-cabinets-medicaux.fr/assistants-medicaux>.
6. « Assistants médicaux : lancement d'une campagne d'accompagnement des médecins par l'Assurance Maladie », 28 juin 2023. <https://www.ameli.fr/aube/medecin/actualites/assistants-medicaux-lancement-d-une-campagne-d-accompagnement-des-medecins-par-l-assurance-maladie>.
7. DREES. Études et Résultats. Médecins généralistes : début 2022, un sur cinq participe à une CPTS et un sur vingt emploie une assistante médicale. Mai 2023
8. Guellaf, Hélène. Regard des médecins généralistes costarmoricains sur l'intérêt des assistants médicaux en libéral [Thèse d'exercice]. Rennes, France : Université de Bretagne Loire, 2020.
9. Lebec, Aurélien. Représentations du nouveau métier d'assistant médical par les médecins généralistes, motivations et freins à leur embauche. [Thèse d'exercice]. Lille, France : Faculté de médecine Henri Warembourg, 2020.
10. « Préférences des médecins généralistes libéraux en France métropolitaine quant à la délégation des tâches médico-administratives aux secrétaires assistant(e)s médico-social(e)s : étude en analyse conjointe ». *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 66, n° 3 (1 mai 2018): 171-80. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2018.03.132>.
11. Egora. « Assistants médicaux : "il y a encore des freins à lever" ». *Les Généralistes-CSMF* (blog). Consulté le 28 novembre 2023. <https://lesgeneralistes-csmf.fr/2019/03/11/assistants-medicaux-il-y-a-encore-des-freins-a-lever/>.
12. Richard, Geneviève. « Les assistants médicaux : cela pourrait être utile... mais il y a des pièges ! – Fédération des Médecins de France ». Consulté le 28 novembre 2023. <https://www.fmfpro.org/les-assistants-medicaux-cela-pourrait-etre-utile-mais-il-y-a-des-pieges/>.
13. Fatôme, Thomas. Proposition de l'assurance maladie pour 2023. Juillet 2022. Caisse nationale de l'assurance maladie. 385p. <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2022-rapport-propositions-pour-2023-charges-produits>.

14. Fatôme, Thomas. Proposition de l'assurance maladie pour 2024. Juillet 2023. Caisse nationale de l'assurance maladie. 332p. <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2023-rapport-propositions-pour-2024-charges-produits>.
15. « Burn out : médecins en difficulté | Conseil départemental du Val de Marne de l'Ordre des médecins ». Consulté le 28 novembre 2023. <https://conseil94.ordre.medecin.fr/content/burn-out-medecins-difficulte>.
16. Vaquin-Villeminy, Clémentine. Prévalence du Burn out en médecine générale. [Thèse d'exercice] Paris, France : université de paris Descartes. 2007.
17. Shadili, Gérard, Danièle Goumard, Jean-Pierre Provoost, et Gilles Le Pallec. « Burn out des médecins et autres praticiens hospitaliers ». *L'information psychiatrique* 94, n° 1 (2018): 13-18. <https://doi.org/10.1684/ipe.2018.1735>
18. Frajerman, Ariel, Eric Deflesselle, Romain Colle, Emmanuelle Corruble, et Jean-François Costemale-Lacoste. « [Burnout, anxiety, insomnia and depressive symptoms among French outpatient physicians in the second wave of COVID-19: Comparison between general practitioners and specialists] ». *L'Encephale*, 6 avril 2023, S0013-7006(23)00043-X. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2023.01.013>.
19. Breuil-Genier, Sicart. « La situation professionnelle des conjoints de médecins », 2005.
20. egora.fr. « Conjoint collaborateur du médecin, un statut en voie de disparition ? », 1 août 2023. <https://www.egora.fr/actus-pro/retraite/81734-conjoint-collaborateur-du-medecin-un-statut-en-voie-de-disparition>.
21. MACSF.fr. « Professions médicales : statut du conjoint collaborateur - MACSF ». MACSF.fr. Consulté le 21 décembre 2023. <https://www.macsfr.fr/exercice-liberal/exercer-au-quotidien/exercer-avec-son-conjoint-au-cabinet>.
22. Michel, Carolane. « Le retentissement de la profession de médecin généraliste libéral sur la vie de son conjoint : étude qualitative auprès de conjoints de médecins généralistes », s. d.
23. Riisgaard, Helle, Jørgen Nexøe, Jette V. Le, Jens Søndergaard, et Loni Ledderer. « Relations between Task Delegation and Job Satisfaction in General Practice: A Systematic Literature Review ». *BMC Family Practice* 17, n° 1 (30 novembre 2016): 168. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0565-1>.
24. Hegney, Desley G., Elizabeth Patterson, Diann S. Eley, Rosemary Mahomed, et Jacqui Young. « The Feasibility, Acceptability and Sustainability of Nurse-Led Chronic Disease Management in Australian General Practice: The Perspectives of Key Stakeholders ». *International Journal of Nursing Practice* 19, n° 1 (février 2013): 54-59. <https://doi.org/10.1111/ijn.12027>.
25. Goetz, Katja, Anna Kornitzky, Janis Mahnkopf, et Jost Steinhäuser. « At the Dawn of Delegation? Experiences and Attitudes of General Practitioners in Germany - a Questionnaire Survey ». *BMC Family Practice* 18, n° 1 (19 décembre 2017): 102. <https://doi.org/10.1186/s12875-017-0697-y>.
26. Imbaud, Claire, Paul Garassus, Jean-Marie André, et François Langevin. « Le développement de centres de santé pluridisciplinaires de proximité en Allemagne : les Medizinische Versorgungszentren ». *Santé Publique* 28, n° 5 (2016): 555-68. <https://doi.org/10.3917/spub.165.0555>.

27. Senft, Jonas D, Michel Wensing, Regina Poss-Doering, Joachim Szecsenyi, et Gunter Laux. « Effect of involving certified healthcare assistants in primary care in Germany: a cross-sectional study ». *BMJ Open* 9, n° 12 (29 décembre 2019): e033325. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033325>.
28. Werdecker, Lena, et Tobias Esch. « Burnout, Satisfaction and Happiness among German General Practitioners (GPs): A Cross-Sectional Survey on Health Resources and Stressors ». *PLoS One* 16, n° 6 (2021): e0253447. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253447>.
29. Goetz, Katja, Stephen M. Campbell, Jost Steinhäuser, Bjoern Broge, Sara Willms, et Joachim Szecsenyi. « Evaluation of job satisfaction of practice staff and general practitioners: an exploratory study ». *BMC Family Practice* 12, n° 1 (12 décembre 2011): 137. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-12-137>.
30. Hellweg, Christian. « Le système de santé en Allemagne : un pronostic fatal ? » Traduit par Jean-Louis Georget. *Allemagne d'aujourd'hui* 229, n° 3 (2019): 79-90. <https://doi.org/10.3917/all.229.0079>.
31. Wallace, Jean E., Jane B. Lemaire, et William A. Ghali. « Physician Wellness: A Missing Quality Indicator ». *Lancet (London, England)* 374, n° 9702 (14 novembre 2009): 1714-21. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61424-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61424-0).
32. Chanu, A., A. Caron, G. Ficheur, C. Berkhout, A. Duhamel, et M. Rochoy. « [Preferences of general practitioners in metropolitan France with regard to the delegation of medico-administrative tasks to secretaries assisting medico-social workers: Study in conjoint analysis] ». *Revue D'épidémiologie Et De Santé Publique* 66, n° 3 (mai 2018): 171-80. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2018.03.132>.
33. « Délégations de tâches: ne mettons pas la charrue avant les boeufs - MG France ». Consulté le 21 décembre 2023. <https://www.mgfrance.org/actualites/2328-delegations-de-taches-ne-mettons-pas-la-charrue-avant-les-boeufs>.
34. Laura, DISSON. Le Nouveau Dispositif d'Assistanat Médical Enquête Qualitative Auprès de Douze Médecins Généralistes. [Thèse d'exercice] Lyon, France : Université Claude Bernard Lyon 1. 2021.
35. Gouyette, Fabien. L'apport de l'assistant Médical Aux Médecins Généralistes : Étude Qualitative Sur Le Territoire de l'Eure. [Thèse d'exercice] Rouen, France : UFR de santé de Rouen Normandie. 2022.
36. Broissiat, Jean-David. Apport des assistants médicaux au médecin généraliste en cabinet : enquête auprès de huit médecins exerçant en Auvergne. [Thèse d'exercice] Clermont Ferrand, France : Université Clermont Auvergne, 2022.
37. Gedda, Michel. « Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative ». *Kinésithérapie, la Revue* 15, n° 157 (janvier 2015): 50-54. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.005>.
38. GROUMPF. Initiation à la recherche qualitative en santé, le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Global média santé et CNGE production. 2021

Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien du 25/02/2022

Questions brise-glace

- Comment en êtes-vous venus à travailler avec des assistants médicaux ?
- Comment vous organisez vous ?

Questions sur le sujet

- Comment se passe le travail en équipe avec l'assistant médical ?
- Quelle place prend votre assistant au sein de la relation médecin malade ?
- Comment vous sentez vous vis-à-vis de votre statut d'employeur ?
- Comment vivez-vous votre relation avec la sécurité sociale à travers ce dispositif et les objectifs qui y sont liés ?
- Racontez-moi en quoi votre vie personnelle a-t-elle été modifiée par l'arrivée de ces assistants médicaux.

Annexe 2 : Guide d'entretien 2 du 06/06/2022

Question brise-glace

- Pouvez-vous me parler de votre carrière médicale ?

Questions sur le sujet

- Comment en êtes-vous venus à travailler avec des assistants médicaux ?
- Comment l'avez-vous recruté ?
- Comment se passe le travail en équipe avec l'assistant médical ?
- Pouvez-vous me parler de la manière donc l'assistant s'intègre dans votre relation avec vos patients ?
- Comment vous sentez-vous vis-à-vis de votre statut d'employeur ?
- Pourriez-vous me parler de vos rapports avec la sécurité sociale ?
- Racontez-moi en quoi votre vie personnelle a-t-elle été modifiée par l'arrivée de ces assistants médicaux.

Annexe 3 : déclaration de conformité à la CNIL

CNIL.

3 Place de Fontenay - TSA 80715 - 75334 Paris cedex 07
T. 01 53 73 22 22 - F. 01 53 73 22 00
www.cnil.fr

Cadre réservé à la CNIL

N° d'enregistrement :

DÉCLARATION DE CONFORMITÉ

1 Déclarant

Nom et prénom ou raison sociale : FERRARI Fanny	Sigle (facultatif) :
Service :	N° SIRET :
Adresse : 12 ROUTE DE LA CHAPELLE LE MINEROY	Code APE :
Code postal : 10160 Ville : AIX VILLEMAUR PALIS	Téléphone : 0687517013
Adresse électronique : FANNYFERRARI@ORANGE.FR	Fax : 0687517013

2 Texte de référence

Vous déclarez par la présente que votre traitement est strictement conforme aux règles énoncées dans le texte de référence.

N° de référence
MR-4 Recherches n'impliquant pas la personne humaine, études et évaluations dans le domaine de la santé

3 Personne à contacter

Veuillez indiquer ici les coordonnées de la personne qui a complété ce questionnaire au sein de votre organisme et qui répondra aux éventuelles demandes de compléments que la CNIL pourrait être amenée à formuler

Votre nom (prénom) : FERRARI Fanny	
Service :	
Adresse : 12 ROUTE DE LA CHAPELLE LE MINEROY	
Code postal : 10160 - Ville : PLANTY	Téléphone : 0687517013
Adresse électronique : FANNYFERRARI@ORANGE.FR	Fax :
Raison sociale :	N° SIRET :
Sigle (facultatif) :	Code NAF :
Adresse :	
Code postal : Ville :	Téléphone :
Adresse électronique :	Fax :

4 Signature

Je m'engage à ce que le traitement décrit par cette déclaration respecte les exigences du Règlement Général sur la Protection des Données et la loi du 6 janvier 1978 modifiée.

Personne responsable de l'organisme déclarant.

Nom et prénom : FERRARI Fanny

Date le :

Fonction : Médecin, Praticien

Adresse électronique : FANNYFERRARI@ORANGE.FR

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à permettre à la CNIL l'instruction des déclarations qu'elle reçoit. Elles sont destinées aux membres et services de la CNIL. Certaines données figurant dans ce formulaire sont mises à disposition du public en application de l'article 31 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée. Vous pouvez exercer votre droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent en vous adressant à la CNIL: 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris cedex 07.

Exemplaire à conserver - ne pas envoyer

Annexe 4 : grille COREQ

Numéro	Item	Guide question/description	Réponse
Domaine 1 : équipe de recherche et réflexion			
Caractéristiques personnelles			
1	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	Fanny FERRARI (investigatrice)
2	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Aucun
3	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	Médecin généraliste remplaçante.
4	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Une femme
5	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Aucune expérience Formation école de printemps FAYRGP « initiation a la recherche qualitative »
Relations avec les participants			
6	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Seul un participant était connu (investigatrice ayant été en stage dans le même cabinet)
7	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Le statut et le sujet de la thèse.
8	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ?	Le statut et le sujet de la thèse
Domaine 2 : conception de l'étude			
Cadre théorique			
9	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Théorisation ancrée
Sélection des participants			

10	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Effet boule de neige
11	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Par email principalement, ou par appel téléphonique.
12	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	11
13	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ?	1 personne, par difficulté à fixer un rendez-vous.
Contexte			
14	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	Au cabinet des médecins ou par vision conférence.
15	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Oui, assistantes médicales dans 2 entretiens.
16	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Cf tableau 1
Recueil des données			
17	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Oui, guide d'entretien disponible en annexe. Pas de test au préalable.
18	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Non
19	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Enregistrement audio
20	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé	Oui, consignées dans un journal de bord.
21	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	34.5min en moyenne, entre 19 et 50min.
22	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	oui
23	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non
Domaine 3 : Analyse et résultats			

Analyse des données			
24	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	2
25	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Oui
26	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	A partir des données
27	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Word et excel
28	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non
Rédaction			
29	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Oui
30	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	oui
31	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui

TITRE DE LA THESE : VECU DE MEDECINS GENERALISTES COLLABORANT AVEC UN ASSISTANT MEDICAL

AUTEUR : FANNY FERRARI

RESUME :

CONTEXTE : LE DISPOSITIF D'AIDE A L'EMPLOI D'ASSISTANTS MEDICAUX FAIT PARTIE DES MESURES PHARES PROMUES PAR LA SECURITE SOCIALE AFIN DE LUTTER CONTRE LA DESERTIFICATION MEDICALE. IL PERMET A DES MEDECINS D'OBTENIR DES AIDES FINANCIERES POUR L'EMBAUCHE D'UN ASSISTANT MEDICAL, EN CONTREPARTIE D'UNE AUGMENTATION DE LEUR PATIENTELE ET DE LEUR FILE ACTIVE. LES MEDECINS RESTENT CEPENDANT MEFIANTS FACE AU DISPOSITIF.

OBJECTIF : L'OBJECTIF DE CETTE ETUDE ETAIT DE RECUEILLIR LE RESENTI DE MEDECINS GENERALISTES SUR LEUR COLLABORATION AVEC UN ASSISTANT MEDICAL.

METHODE : APPROCHE QUALITATIVE INSPIREE DE LA THEORISATION ANCREE, PAR ENTRETIENS INDIVIDUELS SEMI DIRIGES.

RESULTATS : L'EMBAUCHE D'UN ASSISTANT MEDICAL SEMBLAIT MOTIVEE PAR UNE SITUATION DE SOUFFRANCE DES MEDECINS GENERALISTES. ILS ACCORDAIENT UN SOIN PARTICULIER AU CHOIX DE LEUR ASSISTANT. L'ASSISTANT SEMBLAIT CREER UN LIEN PRIVILEGIE AVEC LE MEDECIN ET UN LIEN DE PROXIMITE AVEC LES PATIENTS. IL PERMETTAIT UNE AMELIORATION DU CONFORT DE TRAVAIL DES MEDECINS, UN GAIN DE TEMPS MEDICAL, UNE AMELIORATION DES PRATIQUES DES MEDECINS, ET UN MEILLEUR ACCES AUX SOINS POUR LES PATIENTS, NOTAMMENT NON PROGRAMMES.

CONCLUSION : L'EMBAUCHE D'UN ASSISTANT MEDICAL ETAIT GLOBALEMENT VECU POSITIVEMENT PAR LES MEDECIN ET OFFRAIT UNE REPONSE A LEURS PROBLEMATIQUES. LES MEDECINS INTERROGES SOULIGNAIENT LE ROLE RELATIONNEL DE L'ASSISTANT POUR LES PATIENTS COMME POUR EUX MEME. LES ASSISTANATS MEDICAUX POURRAIENT DONC ETRE UNE SOLUTION POUR AMELIORER A LA FOIS LES SOINS AU PATIENTS ET LES CONDITIONS DE TRAVAIL DES MEDECINS, CE QUI POURRAIT CONTRIBUER A LUTTER CONTRE L'EPUISEMENT PROFESSIONNEL.

MOTS-CLES : ASSISTANT MEDICAL, MEDECINE GENERALE, ACCES AUX SOINS, TRAVAIL EN COUPLE, AMELIORATION DES PRATIQUES, SYNDROME D'EPUISEMENT PROFESSIONNEL, DELEGATION DE TACHES.