

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2022

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 16 janvier 2004)

Présentée et soutenue publiquement
le 2 Juin 2022 à Poitiers
par **Madame Déborah CHARTRAIN**

Enquête auprès des médecins généralistes collaborant avec un(e)
assistant(e) médical(e) : Quel est l'impact de ce dispositif sur l'accès
aux soins ?

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Denis ORIOT

Membres : Monsieur le Professeur Pascal PARTHENAY
Monsieur le Professeur François BIRAULT

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Elrick KICHENAMA

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation
- DAHOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (en disponibilité)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive (retraite au 01/01/2022)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile (retraite au 01/11/2021)
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie

- RIGAUD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (retraite au 01/12/2021)
- ROBLLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (en détachement)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (en mission 1 an jusqu'à fin octobre 2021)
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- JAVAUQUE Vincent, néphrologie (en mission 1 an à/c du 12/07/2021)
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne
- PALAZZO Paola, neurologie (en dispo 3 ans à/c du 01/07/2020)
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Maître de Conférences associé des universités des disciplines médicales

- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- BRABANT Yann
- JEDAT Vincent

Enseignant d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié

Professeurs émérites

- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2022)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2023)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONToux Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires

- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépto-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Denis ORIoT, merci de me faire l'honneur de présider mon jury.

A Messieurs les Professeurs Pascal PARTHENAY et François BIRAULT, merci d'avoir accepté de juger mon travail.

A mon Directeur de thèse, le Docteur Elrick KICHENAMA, merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci de m'avoir guidée tout au long de ce travail.

A tous les médecins et équipes hospitalières avec qui j'ai pu travailler au cours de ma formation, merci d'avoir confirmé mon envie d'exercer ce métier et de m'avoir donné confiance en moi.

Au Docteur Yann BRABANT, merci de m'avoir si bien accompagnée pendant mon internat.

Au Docteur Thierry DEZEIX, merci de m'avoir prodigué de précieux conseils dont je me sers au quotidien auprès des patients.

A mes collègues du cabinet médical de Saujon, merci pour cette ambiance de travail tellement agréable et de m'avoir si rapidement intégrée au sein de votre équipe. A Laure en particulier, merci pour toutes tes remarques avisées qui ont participé à améliorer ce travail.

A mes parents, merci de votre soutien indéfectible, de n'avoir jamais douté de mes capacités et de m'avoir toujours poussée à donner le meilleur de moi-même. Merci d'être si présents et de trouver les mots justes pour me rassurer. Je ne serais jamais arrivée jusque-là sans vous. A ma mère en particulier, merci de tes nombreuses relectures indispensables à l'élaboration de ce travail.

Aux autres membres de ma famille, mon frère Aurélien, ma belle-sœur Lucie et leurs enfants à venir, mes grands-parents Françoise et Pierre, mes tantes Marie-Christine et Catherine et leurs conjoints, mon oncle Jean-Luc, mes cousins et cousines, merci de m'avoir toujours soutenue.

A mes amis Tourangeaux, ceux rencontrés au lycée qui m'ont suivie dans ces folles études de médecine, Audrey, Armance et Jacques, et ceux rencontrés pendant l'externat, Sarah, Arthur, Romain, Elodie et Lilia ma super coloc d'Orléans, merci de tous les bons moments partagés. Sans vous, ces longues années d'études n'auraient pas été pareilles.

A mes anciens co-internes, merci d'avoir rendu mon internat si agréable grâce à toutes ces sorties ensemble. Un merci plus particulier à mon amie Myriam, j'espère qu'on réussira à se voir plus souvent à l'avenir.

Aux amours de la Peace Royannais, merci de m'avoir divertie et tant fait rire ces derniers mois. Surtout ne changez pas et continuons à partager de supers soirées encore longtemps.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES FIGURES	3
LISTE DES TABLEAUX	5
ABREVIATIONS	6
 I. INTRODUCTION	7
I.1. Contexte démographique de la population française	8
I.1.1. Contexte actuel.....	8
I.1.2. Perspectives d'évolution	9
I.2. Contexte démographique médical	9
I.2.1. Contexte actuel.....	9
I.2.2. Perspectives d'évolution	11
I.3. L'accès aux soins	12
I.3.1. Etat actuel	12
I.3.2. Perspectives d'évolution	14
I.4. Réforme « Ma Santé 2022 »	15
I.4.1. Création du poste d'assistant médical	15
I.4.2. Conditions d'éligibilité à l'aide financière	17
I.4.3. Niveau de financement et contrepartie	18
I.4.4. Profil des assistants médicaux et formation.....	19
I.5. Historique de l'assistant médical	20
I.5.1 Aux Etats Unis	20
I.5.1.a. Physician Assistant	21
I.5.1.b. Medical Assistant	22
I.5.2. Au Canada	22
I.5.3. En Allemagne	23
I.5.4. En Suisse	23
I.5.5. Autres Pays	23
II. MATERIEL ET METHODES	24
II.1. Objectifs	24
II.2. Type d'Etude	24
II.3. Population	24
II.4. Rédaction du questionnaire	25
II.4.1. Première partie : caractéristiques démographiques et conditions d'exercice des médecins	25
II.4.2. Deuxième partie : les assistants médicaux	25
II.4.3. Troisième partie : accès aux soins et utilisation du temps médical libéré	25
II.5. Recueil des données	26
II.6. Analyse des données	27
III. RESULTATS	28
III.1. Population de l'étude	28
III.1.1 Sexe et âge	28
III.1.2. Lieu et mode d'exercice des médecins	28
III.1.3. Secrétariat et Infirmière ASALEE	29
III.2. Les assistants médicaux	30
III.2.1. Sexe	30

III.2.2. Profession à l'embauche	30
III.2.3. Mise en place de la collaboration avec l'assistant(e) médical(e)	31
III.3. Accès aux soins	32
III.3.1. Consultations maximum par jour	32
III.3.1.a. Avant la collaboration avec l'assistant(e) médical(e)	32
III.3.1.b. Au moment de l'étude, en présence de l'assistant(e) médical(e)	33
III.3.2. Patientèle médecin traitant	34
III.3.2.a. Avant la collaboration avec l'assistant(e) médical(e)	34
III.3.2.b. Au moment de l'étude, en présence de l'assistant(e) médical(e)	34
III.3.3. Avis des médecins sur l'évolution de l'accès aux soins, grâce à la présence de l'assistant(e) médical(e)	36
III.4. Utilisation du temps libéré par la présence de l'assistant(e)	37
III.4.1. Utilisation du temps libéré pour les consultations	37
III.4.2. Autres utilisations professionnelles du temps libéré	38
III.4.3. Utilisation du temps libéré pour des activités personnelles	39
III.4.4. Retentissement sur la vie professionnelle et personnelle	39
III.5. Évaluation globale : Les médecins conseilleraient-ils la collaboration avec un(e) assistant(e) médical(e) à leurs confrères ?	41
III.6. Influence des caractéristiques démographiques et des conditions d'exercice des médecins collaborant avec un(e) assistant(e) médical(e)	41
III.6.1. Influence sur le nombre de consultations maximum effectuées par jour	41
III.6.2. Influence sur la patientèle médecin traitant	42
III.6.3. Influence sur leur avis concernant l'évolution de l'accès aux soins grâce au dispositif de l'assistant médical	43
IV. DISCUSSION	45
IV.1. Rappel des résultats	45
IV.2. Limites de l'étude	45
IV.3. Forces de l'étude	46
IV.4. Discussion en rapport avec l'impact sur l'accès aux soins	47
IV.4.1. Évolution du nombre de consultations et de la patientèle	47
IV.4.2. Avis des médecins sur l'évolution de l'accès aux soins	48
IV.5. Discussion des objectifs secondaires	50
IV.5.1. Utilisation du temps médical libéré par la présence de l'assistant(e)	50
IV.5.2. Influence des caractéristiques démographiques et des conditions d'exercice des médecins sur leur évaluation concernant l'impact du dispositif de l'assistant médical sur l'accès aux soins	52
IV.6. Perspectives à venir du dispositif d'assistant médical	53
V. CONCLUSION	56
REFERENCES	57
ANNEXES	62
RESUME	68
SERMENT	69

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Pyramide des âges de la population Française au 1 ^e janvier 2021	8
Figure 2 : Population par sexe et âge en 1970, 2021 et 2070	9
Figure 3 : Variation des effectifs de médecins par département entre 2020-2021	10
Figure 4 : Pyramide des âges des médecins généralistes	10
Figure 5 : Effectifs observés et projetés des médecins	11
Figure 6 : Effectifs projetés des médecins par âge et par sexe	12
Figure 7 : APL moyen aux médecins généralistes en 2018	13
Figure 8 : Consommation moyenne de soins par âge et sexe en 2011 et 2015	14
Figure 9 : Âge des médecins de l'étude	28
Figure 10 : Lieu d'exercice des médecins de l'étude	28
Figure 11 : Mode d'exercice des médecins de l'étude	29
Figure 12 : Type de secrétariat utilisé	29
Figure 13 : Travail avec une IDE ASALEE	30
Figure 14 : Profession à l'embauche de l'assistant(e) médical(e)	30
Figure 15 : Temps de travail des assistants médicaux	31
Figure 16 : Formation des assistants médicaux	31
Figure 17 : Durée depuis le début de la collaboration avec l'assistant(e) médical(e)	32
Figure 18 : Nombre de consultations maximum par jour avant la collaboration avec l'assistant(e)	32
Figure 19 : Nombre de consultations maximum par jour, au moment de l'étude, en présence de l'assistant(e)	33
Figure 20 : Patientèle médecin traitant avant la collaboration avec l'assistant(e)	34
Figure 21 : Patientèle médecin traitant au moment de l'étude, en présence de l'assistant(e)	35

Figure 22 : Avis des médecins sur l'accès facilité des patients à un médecin traitant	36
Figure 23 : Avis des médecins sur l'amélioration de l'accès aux soins primaires	36
Figure 24 : Avis des médecins sur la possibilité de réaliser davantage de consultations d'urgence	36
Figure 25 : Avis des médecins sur la réduction des délais de prise de rendez-vous pour les patients	37
Figure 26 : Avis des médecins sur un meilleur respect des horaires de consultation	37
Figure 27 : Avis des médecins sur l'augmentation du temps d'échange verbal	38
Figure 28 : Avis des médecins sur la réalisation de formations professionnelles	38
Figure 29 : Avis des médecins sur la possibilité d'effectuer des tâches administratives professionnelles	38
Figure 30 : Avis des médecins sur la possibilité de réaliser des tâches administratives personnelles	39
Figure 31 : Avis des médecins sur la possibilité de réaliser des activités de loisirs	39
Figure 32 : Avis des médecins sur la diminution de la charge mentale de travail.....	39
Figure 33 : Avis des médecins sur la diminution du stress professionnel	40
Figure 34 : Avis des médecins sur l'amélioration de la qualité de vie professionnelle	40
Figure 35 : Avis des médecins sur l'amélioration de la qualité de vie personnelle	40
Figure 36 : Avis global des médecins sur la collaboration avec l'assistant(e) médical(e).....	41

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Objectifs d'augmentation de patientèle selon le niveau initial de la patientèle ..	18
Tableau 2 : Valeur de patientèle attendue selon la patientèle initiale.....	19
Tableau 3 : Évolution du nombre de consultations en fonction du délai de début de collaboration avec l'assistant(e) médical(e)	33
Tableau 4 : Évolution de la patientèle en fonction du délai de début de collaboration avec l'assistant(e) médical(e)	35
Tableau 5 : Influence de l'âge et du sexe des médecins collaborant avec un(e) assistant(e) médical(e) sur le nombre de consultations maximum effectuées par jour	41
Tableau 6 : Influence des conditions d'exercice des médecins collaborant avec un(e) assistant(e) médical(e) sur le nombre de consultations maximum effectuées par jour	42
Tableau 7 : Influence de l'âge et du sexe des médecins collaborant avec un(e) assistant(e) médical(e) sur la patientèle médecin traitant	42
Tableau 8 : Influence des conditions d'exercice des médecins collaborant avec un(e) assistant(e) médical(e) sur la patientèle médecin traitant	43
Tableau 9 : Influence des caractéristiques démographiques et des conditions d'exercice des médecins collaborant avec un(e) assistant(e) médical(e) sur leur avis concernant l'évolution de l'accès aux soins	44

ABREVIATIONS

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

ICF : Indicateur Conjoncturel de Fécondité

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l’Evaluation et des Statistiques

APL : Accessibilité Potentielle Localisée

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CPAM : Caisse Primaire d’Assurance Maladie

MEP : Médecins à Expertise Particulière

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

CQP : Certificat de Qualification Professionnelle

IDE : Infirmière Diplômée d’Etat

ASALEE : Action de SAnté Libérale En Equipe

I. INTRODUCTION

Présentée en 2018 par le Président de la République Française, la réforme de santé appelée « Ma Santé 2022 », propose des solutions à la problématique des **difficultés d'accès aux soins** des Français (1). En effet, la France fait face à une demande croissante de soins, liée à une augmentation et un vieillissement de sa population (2). En parallèle, l'offre de soins sur le territoire Français diminue (3), liée notamment aux nombreux départs en retraite des médecins, non compensés par l'arrivée des nouveaux médecins (4).

Les objectifs de la réforme de santé sont notamment de garantir à tous le recours à un médecin traitant et de limiter les passages aux urgences hospitalières. Pour cela, elle propose différentes mesures dont la création du métier d'**assistant médical**. Cet assistant réalise des tâches administratives et de soins jusqu'ici effectuées par les médecins, permettant ainsi de leur **redonner du temps médical** (1).

Cette nouvelle profession s'inspire de métiers équivalents à l'étranger, créés il y a de nombreuses années, que ce soit aux Etats-Unis (5) ou au Canada (6) par exemple.

Un avenant à la convention médicale, applicable depuis le 21 août 2019, permet de bénéficier d'une aide financière au recrutement d'un assistant médical, versée par l'Assurance Maladie (7).

Plusieurs études ont été réalisées auprès des médecins ou des patients afin de connaître leur avis sur l'intérêt d'une collaboration avec un(e) assistant(e) médical(e).

En revanche, plus de 2 ans après la mise en place effective de ce dispositif, aucune étude n'a encore été réalisée afin d'évaluer si la présence de l'assistant(e) permet effectivement un accès facilité à un médecin traitant, de recevoir plus de patients y compris pour des consultations non programmées, limitant ainsi les passages aux urgences hospitalières.

C'est ainsi qu'a émergé l'idée d'une thèse ayant pour but de déterminer **l'impact du dispositif d'assistant médical sur l'accès aux soins**, en interrogeant les médecins qui ont déjà pris part à ce système de collaboration.

I.1. CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE DE LA POPULATION FRANÇAISE

I.1.1. Contexte actuel

Selon les données de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), la population Française a augmenté de 0,2 % entre le 1^{er} janvier 2020 et le 1^{er} janvier 2021. Cette **croissance continue** depuis plusieurs années, se confirmait en 2020, malgré un nombre de décès en hausse lié à la pandémie de Covid-19.

L'indicateur conjoncturel de fécondité français (ICF, somme des taux de fécondité par âge), estimé à 1,83 en 2020, restait le plus élevé de l'Union Européenne, malgré une baisse du nombre de naissances de 2,3 % entre 2019 et 2020. De même, la proportion des jeunes de moins de 15 ans en France en 2019 (17,9 %) était la plus élevée de l'Union Européenne avec celle de l'Irlande.

En parallèle, 20,7 % de la population Française était âgée de 65 ans ou plus, cette proportion ne cessant d'augmenter depuis plus de 30 ans, traduisant un **vieillissement** de la population. De plus, l'espérance de vie en 2020 restait élevée, atteignant 85,1 ans pour les femmes et 79,1 ans pour les hommes, même si elle baissait entre 2019 et 2020 de 0,5 an pour les femmes et 0,6 an pour les hommes. (2)

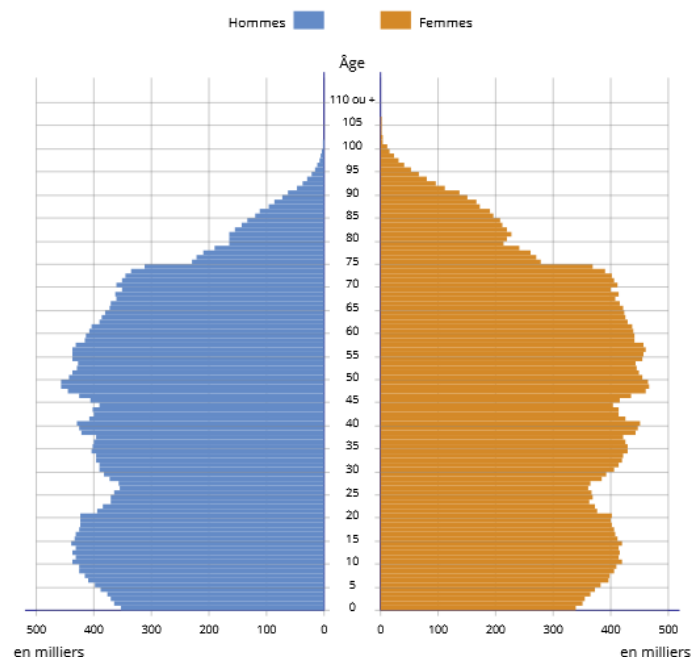


Figure 1 : Pyramide des âges de la population Française au 1^{er} janvier 2021, Source : INSEE

I.1.2. Perspectives d'évolution

Dans les prochaines années, la population Française devrait continuer à augmenter. En effet, selon les prévisions de l'INSEE, si les tendances démographiques récentes se prolongent, la population Française compterait 68,1 millions d'habitants en 2070, soit une augmentation de 700 000 habitants par rapport à 2021. **L'augmentation de la population Française se poursuivrait jusqu'en 2044**, avant une diminution moyenne d'environ 0,07 % par an d'ici 2070. Même dans les perspectives où se produirait une baisse de l'ICF à 1,60 enfants par femme, associée à un solde migratoire inférieur de 50 000 par rapport aux prévisions et une espérance de vie de 3 ans et demi inférieure aux prévisions, la diminution de la population Française n'interviendrait qu'à partir de 2027.

Le vieillissement de la population devrait également se poursuivre, puisque dans les projections, la proportion des habitants de **65 ans et plus** continuerait d'augmenter jusqu'en 2070 où cette tranche d'âge représenterait alors **29 %** de la population Française. (8)

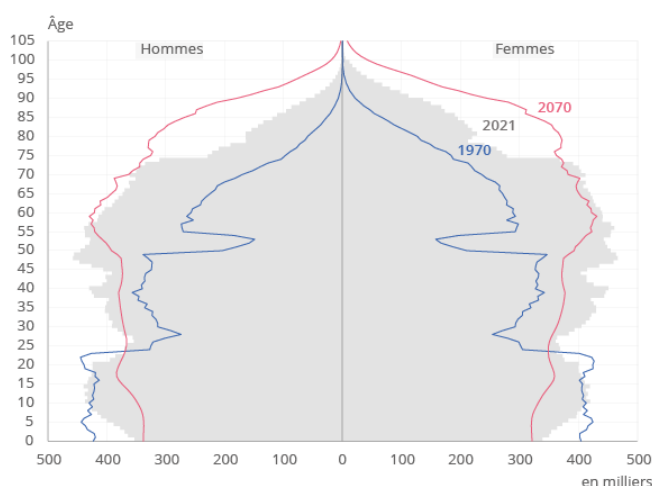


Figure 2 : Population par sexe et âge en 1970, 2021 et 2070, *Source : INSEE*

I.2. CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE MEDICAL

I.2.1. Contexte actuel

En janvier 2021, le Conseil National de l'Ordre des Médecins recensait 85 364 médecins généralistes en activité, soit une diminution de 0,9 % des effectifs par rapport à l'année 2020 mais surtout une **diminution de 9 % depuis 2010**.

Il existait de **fortes disparités territoriales**. Dans 11 départements Français, les effectifs de médecins généralistes avaient diminué de manière continue depuis 2010.(3)

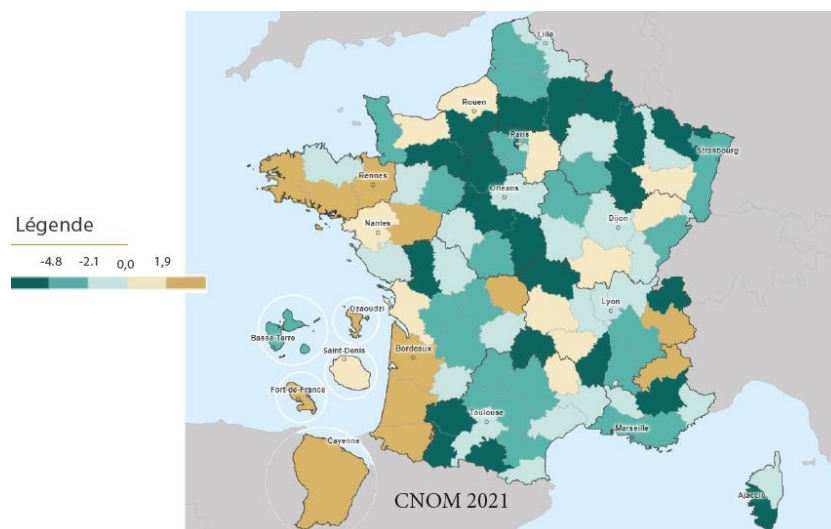


Figure 3 : Variation des effectifs de médecins par département entre 2020-2021, *Source : Conseil de l'Ordre des Médecins*

Un rapport de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) mettait également en évidence une **diminution de la densité médicale** des médecins généralistes sur la période entre 2012 et 2021, passant de 153 à 140 médecins généralistes pour 100 000 habitants.(4)

L'âge moyen des médecins généralistes était de 49,9 ans, traduisant un rajeunissement depuis 2015, mais **26 %** des médecins avaient tout de même **plus de 60 ans**. Ce rajeunissement peut s'expliquer par les nombreux départs en retraite des dernières années.

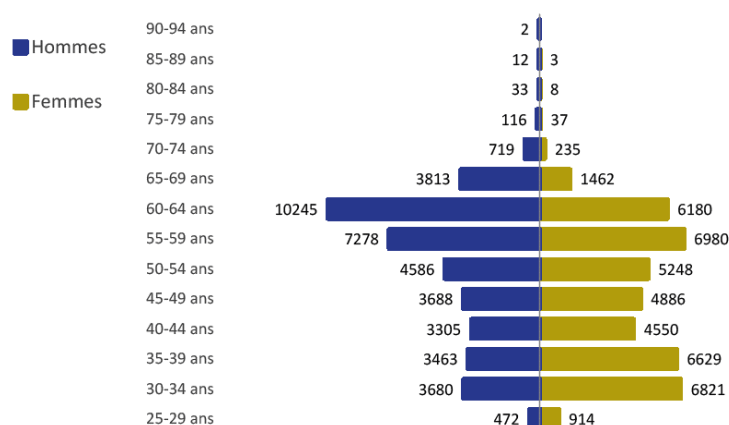


Figure 4 : Pyramide des âges des médecins généralistes, *Source : Conseil de l'Ordre des Médecins*

La profession **se féminise**, les femmes représentaient 51,1 % des médecins généralistes. (3)

L'activité salariale était importante. En effet, parmi les hommes, 26 277 exerçaient une activité libérale (63,5%), 3 210 une activité mixte (7,8%) et 11 865 une activité salariée (28,7%) et parmi les femmes, 21 487 exerçaient une activité libérale (49%), 2 409 une activité mixte (5,5%) et 20 012 une activité salariée (45,5%). (9)

I.2.2 Perspectives d'évolution

Selon une étude de la DREES publiée en 2020, 79 % des médecins généralistes s'attendaient à une baisse de l'offre de médecine générale dans les années à venir. (10)

Les modélisations de la DREES publiées en mars 2021, prévoyaient une **diminution des effectifs des médecins généralistes jusqu'en 2026**, où leur nombre atteindrait son niveau le plus bas. Cette diminution s'explique par :

- le **faible *numerus clausus*** (nombre d'étudiants admis en formation médicale, fixé par décret ministériel) au cours des années 1990. Avec un minimum de 3 500 places en 1993, ce faible nombre d'étudiants en médecine, a entraîné une faible arrivée de nouveaux médecins
- les différents **départs en retraite** attendus dans les prochaines années (1/4 des médecins en activité ayant actuellement plus de 60 ans).

Ensuite, les effectifs des médecins généralistes devraient repartir à la hausse. (4)

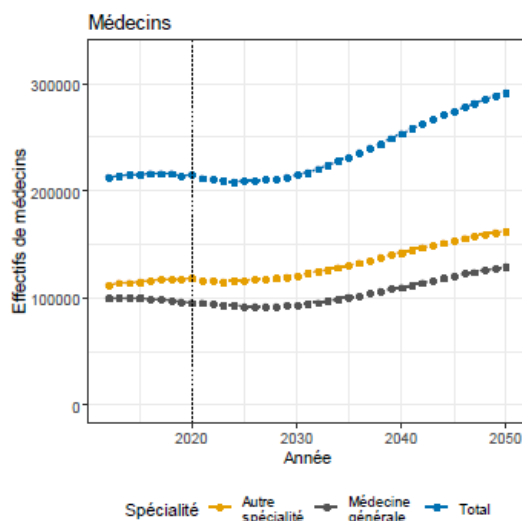


Figure 5 : Effectifs observés et projetés des médecins, Source : DREES

La profession **continuera de se féminiser**, une proportion importante des nouveaux médecins étant des femmes et les médecins partant en retraite étant principalement des hommes. Toujours selon les modélisations de la DREES, elles représenteraient 56,8 % des médecins en 2030 puis 60,4 % en 2040 et 2050. (4)

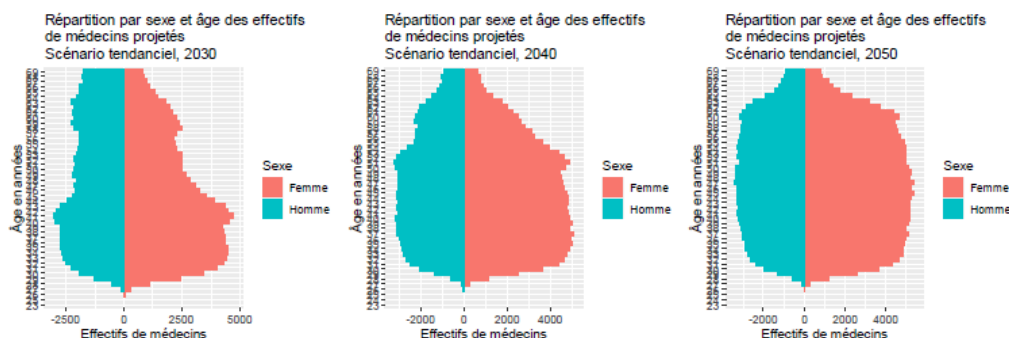


Figure 6 : Effectifs projetés des médecins par âge et par sexe, *Source : DREES*

I.3. L'ACCES AUX SOINS

I.3.1. Etat actuel

La population Française fait face à des **difficultés d'accès aux soins de premiers recours**, ce que confirmait une étude de la DREES de 2017 réalisée auprès d'un panel de Français. En effet, dans cette étude, près de trois personnes sur dix ressentait des difficultés d'accès à leur médecin généraliste et 29 % estimaient qu'il n'y avait pas assez de médecins généralistes proches de leur domicile. Par ailleurs, six personnes sur dix pensaient que le délai d'attente pour se faire soigner était différent selon le lieu d'habitation.(11)

Le ressenti est le même pour les médecins généralistes. Dans une étude de la DREES publiée en 2020, sept médecins sur dix estimaient que l'offre de médecine générale dans leur zone géographique était insuffisante. Ils étaient près de 80 % à avoir des difficultés à répondre aux sollicitations des patients, 54 % à augmenter les délais de prise de rendez-vous et 53% à refuser d'être déclaré médecin traitant pour de nouveaux patients. (10)

D'après les données de l'Assurance Maladie, en 2019, **10 % de la population française n'avait pas de médecin traitant** et 2,5 millions de personnes en recherchaient un activement. (7)

Par ailleurs, selon une étude menée par Doctolib en 2017, le délai d'attente moyen pour une consultation chez un médecin généraliste était de 3 jours et s'allongeait certains mois de l'année à plus de 4 jours. (12)

En France, l'accès de la population aux médecins généralistes de ville est mesuré par l'APL (l'accessibilité potentielle localisée) soit le nombre moyen de consultations par an et par habitant. Il est calculé au niveau de la commune, en prenant en compte l'offre (nombre de consultations et de visites des médecins) et la demande (consommation de soins) des communes environnantes (à moins de vingt minutes en voiture). Entre 2015 et 2018, **l'APL s'est dégradée** passant de 4,06 consultations en moyenne à 3,93 consultations, soit une **baisse de 3,3 %**. Le nombre de patients ayant accès à moins de 2,5 consultations par an et par habitant est passé de 2,5 millions à 3,8 millions entre 2015 et 2018. La Guyane, la Martinique et la Guadeloupe, suivies de l'Île-de-France et du Centre-Val-de-Loire étaient les régions ayant les plus bas niveaux d'APL. Les régions avec les plus hauts niveaux d'APL (supérieure à 4 consultations) étaient celles situées le long de la façade Atlantique, du pourtour méditerranéen, de la frontière italienne et du Nord Est de la France. Ceci s'explique dans ces régions, par une augmentation du nombre de médecins généralistes entre 2015 et 2018 de +1,5 % et une croissance démographique modeste de la population de +1,7 %. L'APL diminuait tout de même dans ces territoires de 1,9 %. (13) (14)

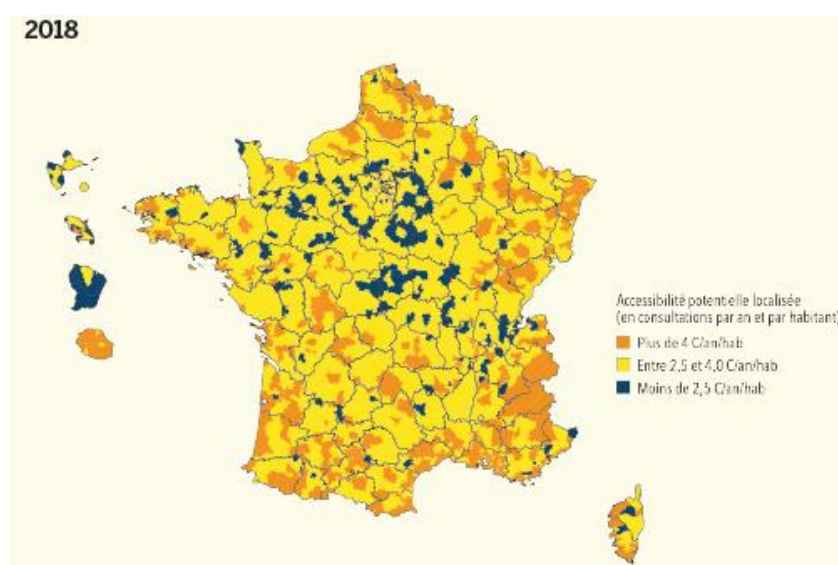


Figure 7 : APL moyen aux médecins généralistes en 2018, Source : DREES

I.3.2. Perspectives d'évolution

Comme cela a été expliqué précédemment, l'offre de soins va continuer à diminuer du fait de deux facteurs :

- Une diminution de l'effectif des médecins, liée notamment aux nombreux départs en retraite des médecins âgés de plus de 60 ans, non compensés par l'arrivée des nouvelles générations de médecins généralistes
- Une féminisation de la profession, les femmes médecins généralistes passant moins de temps auprès de leurs patients, 41 heures en moyenne contre 46 heures et 30 minutes pour les hommes. (15)

En parallèle, la demande de soins va continuer à augmenter du fait de deux facteurs également :

- Une augmentation de la population Française
- Un vieillissement de la population, les dépenses de santé progressant avec l'âge (16).

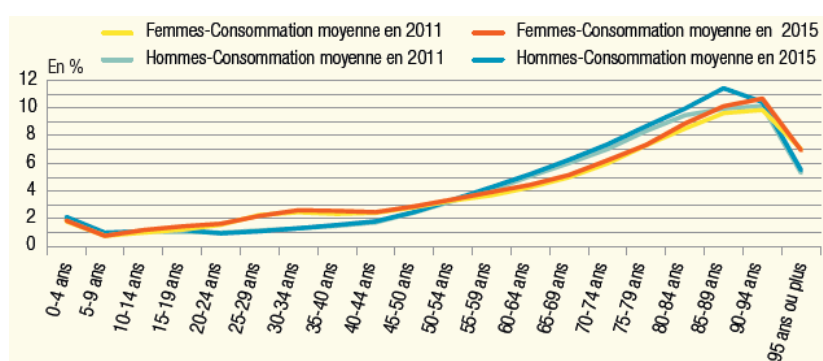


Figure 8 : Consommation moyenne de soins par âge et sexe en 2011 et 2015, Source : DREES

Si l'on prend en compte l'augmentation prévisible de la population Française et son vieillissement, associée à une baisse prévisible de la démographie médicale, l'accès aux soins ne peut que se dégrader dans les années à venir.

La modélisation de la DREES prévoit une **diminution de la densité médicale standardisée** (densité prenant en compte la hausse des besoins de soins liée au vieillissement de la population) qui ne retrouverait son niveau de 2021, qu'en 2036 pour les médecins généralistes. (4)

I.4. REFORME « MA SANTE 2022 »

Conscient de cette difficulté d'accès aux soins déjà existante et dont les perspectives ne sont pas à l'amélioration dans les prochaines années, le Gouvernement Français a créé la Loi « Ma santé 2022 ».

Cette réforme porte 5 actions prioritaires :

- La création des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) regroupant différents professionnels de santé de plusieurs spécialités, afin d'améliorer leur coopération
- Le déploiement de 400 médecins généralistes dans les territoires prioritaires, avec un exercice partagé entre ville et hôpital, qui seront salariés par l'hôpital de proximité ou un centre de santé
- La création du poste d'**assistant médical**, afin de redonner du temps aux médecins et leur permettre de se recentrer sur le soin
- La labélisation des Hôpitaux de Proximité
- La réforme du 1^{er} et 2^e cycle des études médicales et la suppression du *numerus clausus* (17)

I.4.1. Création du poste d'assistant médical

La création de ce nouveau métier vise plusieurs objectifs :

- **Améliorer l'accès aux soins**, en permettant aux médecins de recevoir de nouveaux patients en consultation et de devenir éventuellement leur médecin traitant, ainsi que de raccourcir les délais de rendez vous notamment pour certaines spécialités
- **Améliorer les conditions de travail** des médecins, en déléguant des activités hors soins à l'assistant médical
- **Améliorer la qualité et la prise en charge** des patients, en permettant au médecin de consacrer plus de temps aux patients atteints de pathologies chroniques, d'améliorer la prévention médicale, d'améliorer la coordination et la continuité des soins et de réaliser davantage de consultations d'urgence.

Les médecins peuvent déléguer aux assistants médicaux 3 types de tâches principales :

- Tâches administratives : création et gestion du dossier médical informatisé du patient, aide éventuelle à la mise en place de la télémédecine, ...
- Tâches médicales de préparation et d'aide à la consultation : aide au déshabillage et à l'habillage, mise à jour des dates d'examens de prévention et de vaccination, prise des constantes, préparation à la réalisation d'actes techniques, ...
- Tâches d'organisation et de coordination avec les autres acteurs de la prise en charge du patient (7).

Une thèse médicale réalisée en 2017 auprès des médecins généralistes d'Occitanie confirmait que les médecins consacraient en moyenne **13 heures et 6 minutes** par semaine aux tâches non médicales (dont 6 heures et 36 minutes aux tâches administratives), soit entre 22 et 33 % de leur temps de travail hebdomadaire. En moyenne, par semaine, les médecins dédiaient :

- 45 min à la gestion du matériel médical,
- 55 min aux activités de comptabilité,
- 47 min à la gestion du système informatique,
- 73 min à la gestion du parcours de soin du patient,
- 9 min à la continuité des soins,
- 30 min à la relation avec la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM),
- 54 min à l'entretien du cabinet médical
- et 48 min à la gestion des problématiques sociales.

La plupart des médecins déclaraient que ces différentes tâches non médicales avaient un retentissement sur leur vie privée, en les contraignant à se déplacer sur leur lieu d'exercice les jours où ils n'effectuaient pas d'activité de soins ou bien à réaliser ces tâches à leur domicile. (18)

En déléguant ces différentes tâches à l'assistant médical, l'objectif est donc que le médecin récupère du temps qu'il pourra utiliser notamment pour prendre en charge de nouveaux patients.

I.4.2. Conditions d'éligibilité à l'aide financière

Afin de faciliter la mise en place de ce nouveau métier dans le système de soins Français, une **aide financière** au recrutement est proposée par l'Assurance Maladie. Les dispositions de cette aide sont fixées dans un avenant à la convention médicale publié le 20 juin 2019. Cette aide est formalisée par un contrat établi entre le médecin et l'Assurance Maladie.

Les conditions d'éligibilité afin de bénéficier de ce dispositif sont les suivantes :

- Exercer en secteur 1 ou secteur 2 adhérent à l'Optam (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) ou Optam Co (Chirurgie et Obstétrique)
- Avoir une **patientèle située au dessus du 30^e percentile** de la spécialité (patientèle médecin traitant adulte pour les médecins généralistes et à expertise particulière (MEP), file active pour les autres spécialités)
- Exercer de manière **regroupée** (au moins 2 médecins)
- Avoir un exercice **coordonné** ou s'engager dans cette démarche dans les 2 ans suivant l'embauche (Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP), équipe de soins primaires, équipe de soins spécialisés, CPTS).

Il existe certaines dérogations à ces conditions :

- Les médecins généralistes avec une patientèle médecin traitant adulte inférieure au 30^e percentile mais dont la proportion d'enfants (< 16 ans) représente plus de 20 %
- Les nouveaux médecins installés
- Les médecins travailleurs handicapés ou atteints d'une Affection de Longue Durée avec un impact sur leur exercice professionnel
- Les médecins exerçant seuls mais en zone sous dense
- Les médecins exerçant seuls mais en coordination avec d'autres médecins dans leur zone d'exercice. (7)

Les spécialités éligibles à ce dispositif sont :

- Pour la France entière : médecine générale, MEP, dermatologie, gynécologie médicale, médecine interne, Oto-rhino-laryngologie (ORL) médicale, pédiatrie, rhumatologie, médecine physique et réadaptation, neurologie, endocrinologie, gériatrie, médecine vasculaire, allergologie, cardiologie, gastro-entérologie, pneumologie, psychiatrie-neuro-psychiatrie et ophtalmologie

- Dans les 30 % des départements à la densité démographique la plus faible : anesthésie, chirurgie, radiologie, radiothérapie, gynécologie chirurgicale, ORL chirurgicale, stomatologie, néphrologie, anatomo-cytologie-pathologique et médecine nucléaire (19).

I.4.3. Niveau de financement et contrepartie

L'aide financière est différente en fonction des conditions horaires du contrat de travail de l'assistant médical. Elle **diminue au cours du temps**, l'augmentation de l'activité induite par la présence de l'assistant devant générer aux médecins des revenus supplémentaires.

- Tiers- Temps :
 - 1^e année : 12 000 euros
 - 2^e année : 9 000 euros
 - 3^e année : 7 000 euros
- Mi-Temps :
 - 1^e année : 18 000 euros
 - 2^e année : 13 500 euros
 - 3^e année : 10 500 euros
- Plein Temps (uniquement possible en zone déficitaire)
 - 1^e année : 36 000 euros
 - 2^e année : 27 000 euros
 - 3^e année : 21 000 euros

En contrepartie de l'aide financière accordée par l'Assurance Maladie, le médecin doit s'engager à recevoir de nouveaux patients donc à **augmenter sa patientèle médecin traitant adulte** et sa patientèle file active. Les objectifs sont différents selon le niveau initial de patientèle et selon le contrat horaire (7) :

		Tiers-Temps	Mi-Temps	Plein Temps
Patientèle MT (nombre)	[30 ^e P-50 ^e P]	20 %	25 %	35 %
	[50 ^e P-70 ^e P]	15 %	20 %	30 %
	[70 ^e P-90 ^e P]	7,5 %	12,5 %	20 %
	[90 ^e P-95 ^e P]	4 %	6 %	12,5 %
	≥ 95 ^e P	0 %	0 %	5 %

Tableau 1 : Objectifs d'augmentation de patientèle selon le niveau initial de la patientèle

Selon le syndicat MG France, les objectifs pour les médecins généralistes sont ainsi (20):

		Tiers-Temps	Mi-Temps	Plein Temps
Patientèle (nombre)	[640-872]	[768-1 046]	[800-1 090]	[864-1 177]
	[873-1 107]	[1 003-1 276]	[1 046-1 328]	[1 134-1 439]
	[1 108-1 502]	[1 190-1 614]	[1 245-1 690]	[1 328-1 802]
	[1 503-1 721]	[1 562-1 790]	[1 592-1 824]	[1 690-1 936]
	≥ 1 722	≥ 1 722	≥ 1 722	≥ 1 807

Tableau 2 : Valeur de patientèle attendue selon la patientèle initiale

Les deux premières années du contrat, l'aide financière est versée en intégralité sans tenir compte de la réalisation des objectifs de patientèle. Un acompte de 70 % est versé dès l'embauche de l'assistant et à chaque date anniversaire, le solde de l'aide étant versé à la date anniversaire de l'année suivante.

A partir de la 3^e année, l'aide est versée à condition d'avoir atteint les objectifs d'augmentation de patientèle.(7)

I.4.4. Profil de l'assistant médical et formation

Le métier d'assistant médical est accessible à 2 types de profils :

- Les **personnels soignants**, détenteurs d'une qualification professionnelle d'aide-soignant, auxiliaire de puériculture ou infirmier. Ils devront réaliser une formation d'adaptation à l'emploi dans le domaine de l'organisation et de la gestion administrative d'un cabinet médical de 112 h non certifiante
 - Les personnes titulaires d'un **certificat de qualification professionnelle d'assistant médical** (CQP), reconnu au répertoire national des certifications professionnelles.
- (21)

Le CQP d'assistant médical s'obtient grâce à une formation, soit continue comme pour les secrétaires médicales, soit initiale dans le cadre d'un contrat de professionnalisation, accessible à tous les détenteurs d'un baccalauréat. Les demandeurs d'emploi peuvent bénéficier d'un financement par Pôle Emploi.

La formation est prise en charge à 100 % par l'organisme paritaire de la branche des cabinets médicaux, l'OPCO-EP, Opérateur de Compétences des Entreprises de Proximité.

La formation dure 1 an et comprend 371 heures d'enseignement et 13 heures d'évaluation. Elle comporte 4 blocs de compétences :

- 1^{er} bloc « *suivi du parcours du patient* » : il consiste en l'apprentissage du parcours de soins, des principaux examens et soins courants, des actions de prévention et dépistage en santé publique, de la collecte d'informations médicales auprès du patient et du respect du secret professionnel
- 2^e bloc « *accueil et prise en charge administrative des patients* » : il consiste à l'apprentissage du vocabulaire médical, de la gestion du dossier médical et de l'utilisation des logiciels informatiques
- 3^e bloc « *hygiène et qualité* » : il consiste en l'apprentissage des gestes d'hygiène, des notions d'identitovigilance, de pharmacovigilance et d'évènements indésirables liés aux soins
- 4^e bloc « *assistance opérationnelle au praticien* » : il consiste en l'apprentissage des prises de constantes et de certains gestes d'assistance technique et à la formation aux gestes de premiers secours via l'AFGSU (Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence) niveau 1 (22).

12 organismes de formation ont été agréés : INFREP, CNAM Pays-de-la-Loire, DOPAMINE, AFBF, CQFD, CCI Le Mans, ISRP, IRTS, PASTEUR, CHEM, YSCHOOLS, KEYCE SANTE.

I.5. HISTORIQUE DE L'ASSISTANT MEDICAL

I.5.1. Aux Etats-Unis :

Deux métiers distincts, que l'on peut traduire en français par Assistant Médical ont vu le jour dans les années 1960.

I.5.1.a. Physician assistant

Dans les années 1960, les Etats-Unis ont du faire face à une augmentation importante de la demande de soins, liée à 2 facteurs :

- une croissance importante de sa population
- une consommation de soins facilitée par les assurances santés, soit privées (souvent payées par l'employeur), soit gouvernementales (Medicare ou Medicaid, créées en 1965, pour les plus de 65 ans ou les faibles revenus).

En parallèle, le nombre de médecins généralistes a diminué, puisque les médecins se sont de plus en plus spécialisés suite aux progrès de la médecine.

C'est dans ce contexte que le Dr Eugene STEAD a envisagé de créer le métier d'assistant aux médecins généralistes. Il a imaginé former des personnes ayant déjà une expérience dans le domaine médical qui travailleraient sous la supervision des médecins. Il s'est inspiré du Dr Amos JOHNSON qui travaillait déjà, dans les années 1940, avec un assistant médical Buddy Treadwell, dans une communauté rurale de Caroline du Nord. Ainsi a été créée en 1965 à l'Université de Duke, la première **formation d'anciens soldats de la marine** au métier de *Physician Assistant*.(23)

Les tâches que peuvent effectuer les *physician assistants* sont différentes selon la spécialité du médecin qu'ils assistent et selon les lois de chaque Etat. Ils peuvent habituellement effectuer les tâches suivantes : réaliser un interrogatoire et un examen clinique, diagnostiquer une pathologie, prescrire et interpréter des examens ainsi que **prescrire des médicaments**. (24)

Aux Etats-Unis, il existe plus de 277 centres de formation. Les étudiants ont une expérience antérieure dans la santé : ambulanciers, paramédicaux, entraîneurs sportifs, ... La formation dure 3 ans, avec plus de 2 000 heures de stages et aboutit à un niveau master. (24)

I.5.1.b. Medical Assistant

Après la Seconde Guerre Mondiale, de nombreux **militaires Américains** exerçant un poste d'assistant médical au sein de l'armée, ne pouvaient pratiquer leur métier dans le civil, faute de qualification existante. Plusieurs anciens militaires ont donc créé l'**AAMA**, *American Association of Medical Assistants*, en 1955. La certification du métier de *Medical Assistant* a été créée dans les années 1960 avec une première formation en Floride, au Kansas et en Californie. (5)

Les *Medical Assistants* peuvent réaliser des **tâches médicales** (recueillir les antécédents médicaux, prendre les constantes vitales, préparer les patients et assister le médecin lors des examens, réaliser des électrocardiogrammes, effectuer des soins de plaies, ...) et des tâches **administratives** (accueil du patient, prise de rendez vous, mise à jour du dossier médical, organisation des admissions à l'hôpital, réaliser la facturation et la comptabilité, ...).

La formation n'est pas obligatoire. Lorsqu'elle est réalisée, elle est accessible après le niveau secondaire et peut durer un an permettant d'obtenir un certificat ou 2 ans permettant d'obtenir un « *associate degree* », équivalent d'un niveau bac +2 en France. (25)

I.5.2. Au Canada

Depuis les années 1960, on trouve également des **assistants médicaux au sein de l'armée** canadienne appelés *6B Medical Assistants* puis *Physician Assistants* à partir de 1984. Dans les années 1990, la formation continue de ces *Physician Assistants* a dû être assurée par les hôpitaux civils, suite à la fermeture de tous les hôpitaux militaires pour raison budgétaire. Ce n'est qu'en mai 2003 que la profession de *Physician Assistant* a été reconnue par l'Association Médicale Canadienne et une première formation a débuté en août 2004 en Ontario. (6)

Ces *physician assistants* effectuent globalement les même tâches que les *physician assistants* aux Etats-Unis. (26)

I.5.3. En Allemagne

Le métier de *Medizinische Fachangestellte* existe depuis les années 1950 et la première formation a débuté en 1965. Son domaine de compétences est un mixte entre le *Physician Assistant* et le *Medical Assistant* des Etats-Unis. En effet, il effectue à la fois des **tâches médicales** dont la prescription de médicaments, comme le *Physician Assistant* mais également des tâches **administratives**, comme la gestion des appels téléphoniques et la gestion de la facturation par exemple. (27)

I.5.4. En Suisse

Le métier d'assistant médical Suisse ressemble davantage au nôtre mais avec la possibilité de réaliser des tâches médicales déléguées habituellement aux infirmières en France. En effet, en plus de l'accueil, de la préparation des patients pour l'examen et de la prise des constantes, l'assistant médical Suisse a la possibilité de réaliser lui-même les vaccinations et les prises de sang notamment. Il effectue également des tâches administratives de gestion du dossier médical ou de commande et réception du matériel médical par exemple.

La formation s'effectue en alternance avec 2 à 3 jours par semaine de formation théorique. Elle dure au total 3 ans et permet d'obtenir un certificat fédéral de capacité d'assistant médical. (28)

I.5.5. Autres Pays

D'autres pays disposent également de métiers dont le domaine de compétences est équivalent aux *Physician Assistants* : la Pologne a introduit ce métier au début des années 2000 (29), l'Alaska en 1971 (30), les Pays Bas dans les années 2000 (31) et en Angleterre les *Physician Associates* ont été introduits depuis 2003 (32).

II. MATERIEL ET METHODES

II.1. OBJECTIFS

Selon la réforme Ma Santé 2022, la création du poste d'assistant médical aurait pour but notamment de faciliter l'accès aux soins des patients, en permettant aux médecins l'accueil de nouveaux patients, de réduire certains délais de prise en charge et d'augmenter les créneaux de consultation d'urgence.

L'objectif principal de cette étude était donc d'évaluer auprès des médecins généralistes travaillant avec un(e) assistant(e) médical(e), **l'évolution de l'accès aux soins depuis le début de leur collaboration.**

Les objectifs secondaires étaient :

- Identifier les autres utilisations par le médecin généraliste, du temps libéré par la présence de son assistant médical
- Définir l'influence des caractéristiques démographiques et des conditions d'exercice des médecins généralistes sur l'évaluation de l'impact du dispositif d'assistant médical sur l'accès aux soins.

II.2. TYPE D'ETUDE

Il s'agissait d'une étude quantitative descriptive multicentrique rétrospective. Elle a été réalisée entre le 17/12/2021 et le 4/03/2022 à l'aide d'un questionnaire.

II.3. POPULATION

Compte tenu des disparités d'inégalités d'accès aux soins, l'étude a été réalisée auprès de médecins généralistes de France Métropolitaine mais également des DOM-TOM.

On a inclus uniquement les médecins généralistes qui travaillaient déjà avec un assistant médical.

II.4. REDACTION DU QUESTIONNAIRE

Le questionnaire comprenait 31 questions et était rédigé en 3 parties distinctes.

II.4.1 Première partie : caractéristiques démographiques et conditions d'exercice des médecins

Elle comportait 7 questions ouvertes, fermées ou à choix multiples :

- Les questions n°1 et 2 concernaient l'âge et le sexe des médecins
- Les 5 questions suivantes (n°3 à 7) servaient à définir les conditions d'exercice des médecins :
 - Lieu d'exercice
 - Mode d'exercice
 - La présence ou non d'un secrétariat et si oui sous quel mode
 - Le travail ou non en collaboration avec une IDE (Infirmière Diplômée d'Etat) ASALEE (Action de Santé Libérale En Equipe).

II.4.2. Deuxième partie : les assistants médicaux

Elle servait à définir par 5 questions (n°8 à 12) ouvertes ou fermées, les caractéristiques démographiques des assistants médicaux (sexe et profession à l'embauche) et la mise en place de la collaboration avec l'assistant médical (depuis quand ?, en tiers-temps, mi-temps ou plein temps ?).

II.4.3. Troisième partie : accès aux soins et utilisation du temps médical libéré

Elle était subdivisée en 2 sous parties.

La première servait à l'évaluation de l'accès aux soins depuis la mise en place de l'assistant médical :

- Les questions n°13 et 14 évaluaient le nombre de consultations maximum estimées par jour avant le début de la collaboration avec l'assistant médical et au moment de l'étude
- Les questions n°15 et 16 évaluaient la patientèle médecin traitant avant le début de la collaboration avec l'assistant médical et au moment de l'étude
- Les questions n°17 à 20 recueillaient l'opinion des médecins quant à l'évolution de l'accès aux soins grâce à la présence de leur assistant(e) médical(e), à l'aide d'un questionnaire de Likert.

La deuxième partie servait à définir, par un questionnaire de Likert comprenant 6 questions (n°21 à 26), les autres utilisations par le médecin généraliste du temps médical libéré par la présence de son assistant(e). Les 4 questions suivantes (n°27 à 30) évaluaient le retentissement psychosocial du temps libéré par la présence de l'assistant(e).

La dernière question (n°31) servait à l'évaluation globale de la collaboration avec l'assistant(e) médical(e).

II.5. RECUEIL DES DONNEES

Le recueil des données s'est effectué à l'aide d'un questionnaire en ligne Google Forms ®. Il a été diffusé par mail à :

- *46 cabinets médicaux* dont la signature par leurs médecins du contrat avec l'Assurance Maladie avait fait l'objet d'une publication dans un journal local ou bien dont leurs médecins avaient témoigné dans certaines revues,
- Aux *Caisses Primaires d'Assurance Maladie* de la Charente, du Lot et Garonne, du Gers, de la Haute Vienne, de Bayonne, des Deux Sèvres et de la Charente Maritime, qui après contact par téléphone ou par mail, ont accepté de diffuser le questionnaire médical aux médecins ayant signé le contrat avec l'Assurance Maladie
- Aux *organismes de formation* des assistants médicaux, CQFD, CNAM Pays de la Loire, CHEM, ISRP, CCI le Mans et Keyce Santé, qui ont accepté, après contact par mail, de diffuser le questionnaire aux médecins dont les assistants médicaux effectuaient leur formation auprès de leur organisme.

II.6. ANALYSE DES DONNEES

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel EXCEL et les analyses statistiques ont été effectuées sur le site BiostaTGV (<https://biostatgv.sentiweb.fr/>).

Les données concernant l'évolution des consultations et de la patientèle ont été analysées à l'aide d'un test de Student sur données appariées. Les analyses en sous groupes ont été réalisées à l'aide de tests non paramétriques, à l'aide d'un test de Mann Whitney pour les comparaisons de 2 groupes et à l'aide d'un test de Kruskal-Wallis pour les comparaisons de plus de 2 groupes.

Le seuil de significativité retenu était $p < 0,05$.

III. RESULTATS

III.1. POPULATION DE L'ETUDE

101 médecins ont répondu au questionnaire en ligne.

III.1.1. Sexe et âge

Dans l'étude, **les hommes étaient plus représentés**, puisque parmi notre échantillon de 101 médecins, 39 étaient des femmes, 62 des hommes.

La moyenne d'âge des médecins répondants était de **45 ans** avec un minimum de 26 ans, un maximum de 71 ans et un écart type de 12 ans.

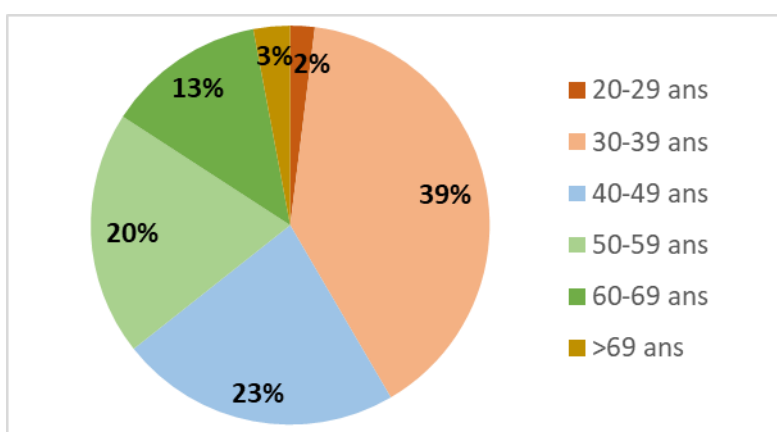


Figure 9 : Âge des médecins de l'étude

III.1.2. Lieu et mode d'exercice des médecins

Parmi les lieux d'exercice en zone sous-dense, 3 étaient en milieu urbain et 7 en semi-rural.

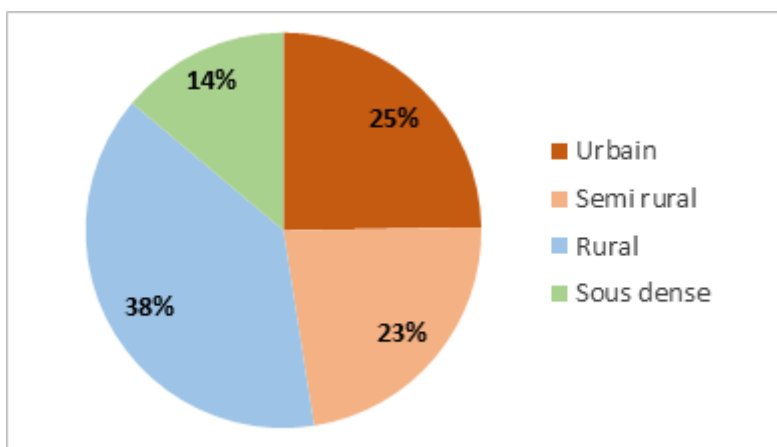


Figure 10 : Lieu d'exercice des médecins de l'étude

Les médecins travaillaient majoritairement en **exercice coordonné**. Parmi les médecins travaillant en MSP, 14 étaient rattachés à une CPTS et parmi ceux travaillant en cabinet de groupe, 2 étaient également rattachés à une CPTS.

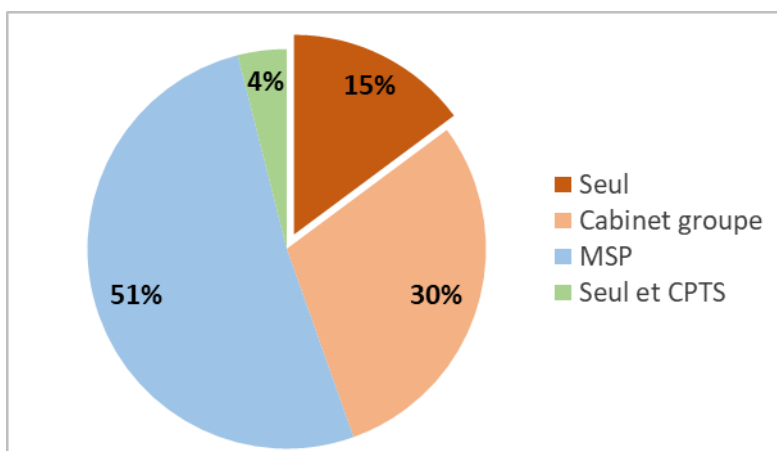


Figure 11 : Mode d'exercice des médecins de l'étude

III.1.3. Secrétariat et Infirmière ASALEE

Dans l'échantillon, **99%** des médecins disposaient d'un secrétariat (100 médecins), seul 1 n'en n'avait pas.

Parmi les répondants ayant un secrétariat, **81% disposaient d'un secrétariat physique**, unique ou accompagné d'un secrétariat téléphonique et/ou d'un gestionnaire en ligne.

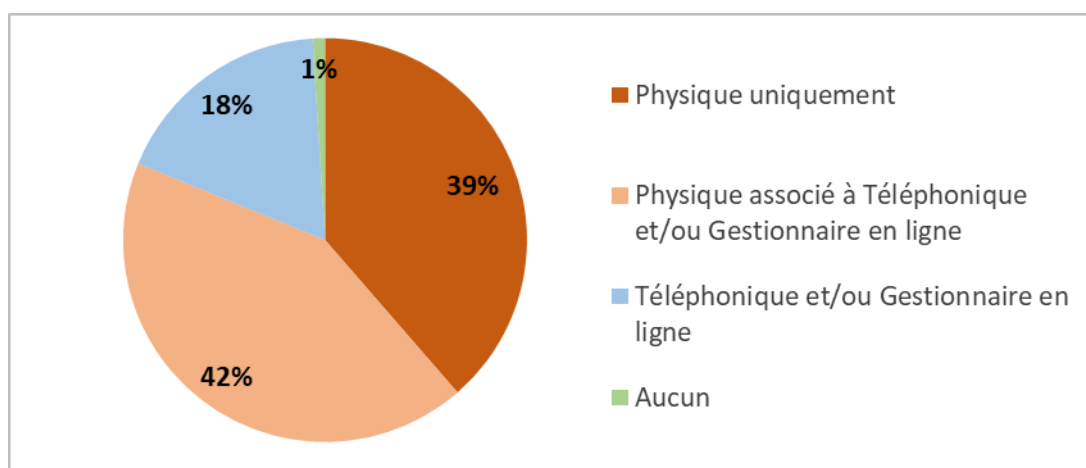


Figure 12 : Type de secrétariat utilisé

42 médecins travaillaient déjà en collaboration avec une IDE ASALEE.

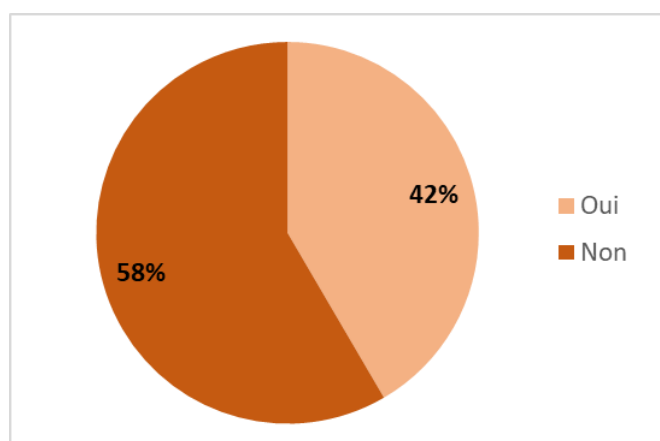


Figure 13 : Travail avec une IDE ASALEE

III.2. LES ASSISTANTS MEDICAUX

III.2.1. Sexe

Dans l'étude, **87%** des assistants médicaux travaillant avec les médecins étaient des **femmes**, 13% des hommes.

III.2.2. Profession à l'embauche

46 assistants médicaux exerçaient initialement le métier de secrétaire.

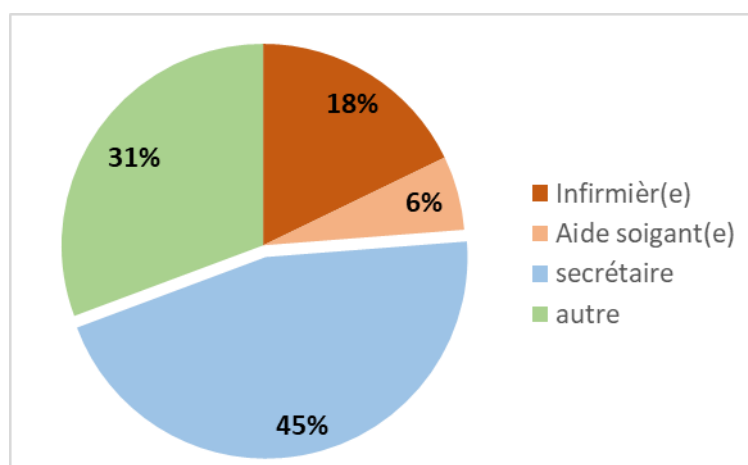


Figure 14 : Profession à l'embauche de l'assistant(e) médical(e)

III.2.3. Mise en place de la collaboration avec l'assistant(e) médical(e)

Temps de travail en collaboration avec l'assistant ?

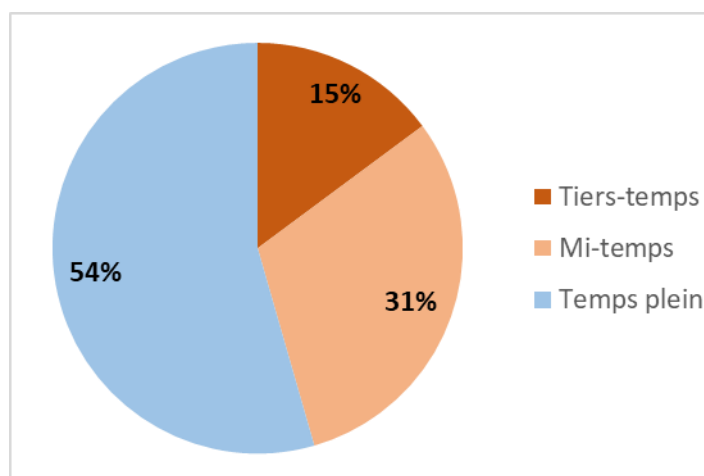


Figure 15 : Temps de travail des assistants médicaux

Formation de l'assistant médical débutée ?

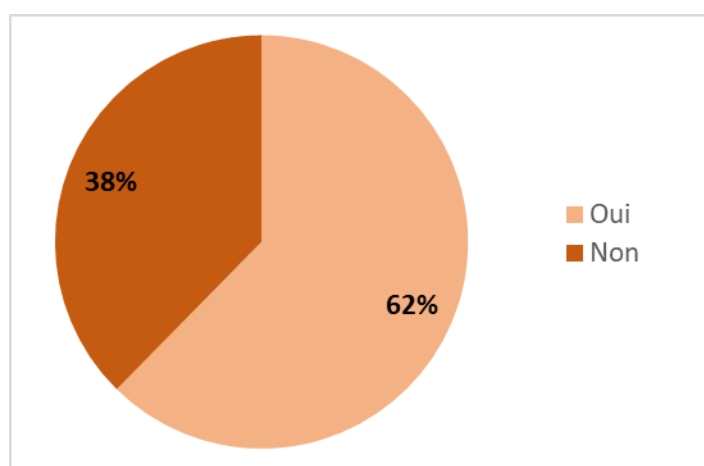


Figure 16 : Formation des assistants médicaux

Les médecins collaboraient avec leur assistant(e) médical(e) depuis en moyenne **22,2 mois**, avec un minimum de 1 mois, un maximum de 15 ans et un écart type de 24,2 mois. Une réponse n'a pas pu être exploitée car non renseignée sous une valeur numérique.

Certains médecins avaient débuté leur collaboration avant la création officielle du poste d'assistant médical.

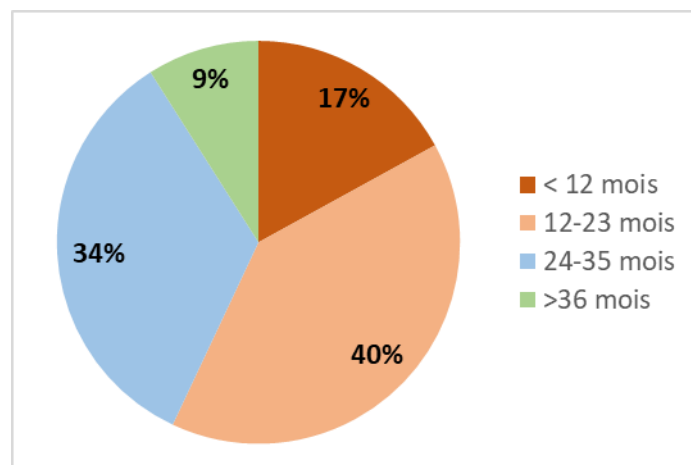


Figure 17 : Durée depuis le début de la collaboration avec l'assistant(e) médical(e)

III.3. ACCES AUX SOINS

III.3.1. Consultations maximum par jour

Seules 100 réponses ont été analysées dans cette section, un répondant ayant donné des réponses incohérentes (toujours 0 consultation par jour maximum actuellement malgré une collaboration avec l'assistant(e) depuis 12 mois).

III.3.1.a. Avant la collaboration avec l'assistant(e) médical(e)

Les médecins de l'étude déclaraient effectuer en moyenne **28,8 consultations maximum** par jour avant la collaboration avec l'assistant(e) médical(e), avec un minimum de 0 consultation, un maximum de 60 consultations et un écart type de 9,9 consultations.

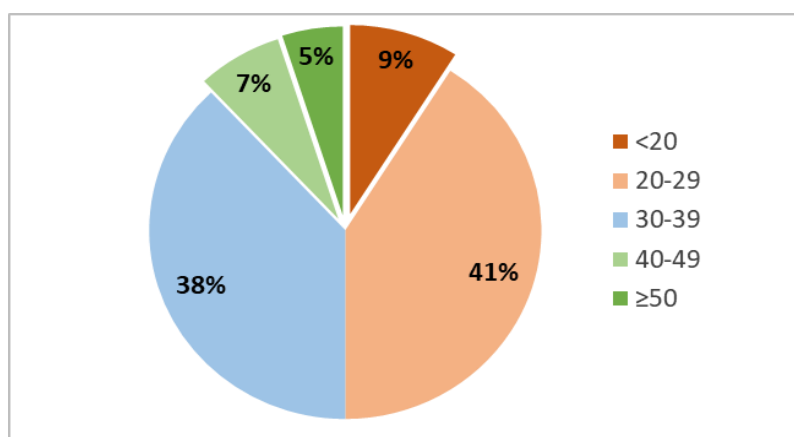


Figure 18 : Nombre de consultations maximum par jour avant la collaboration avec l'assistant(e)

III.3.1.b. Au moment de l'étude, en présence de l'assistant(e) médical(e)

Ils déclaraient effectuer en moyenne **35 consultations maximum** par jour au moment de l'étude, en présence de leur assistant(e) médical(e), avec un minimum de 15 consultations, un maximum de 70 consultations et un écart type de 11,2 consultations.

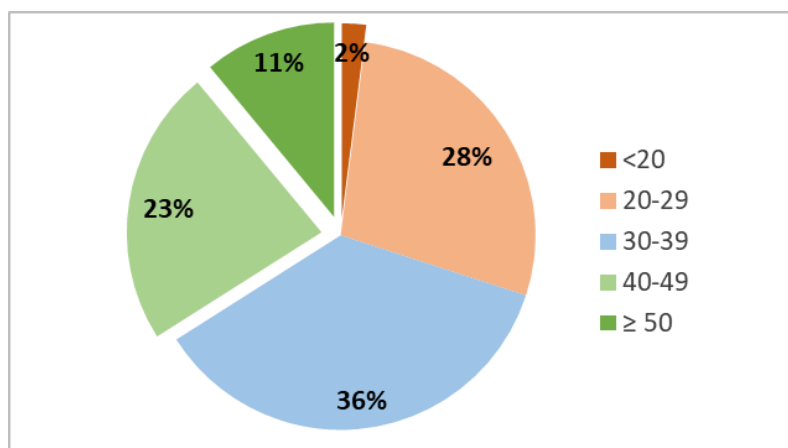


Figure 19 : Nombre de consultations maximum par jour, au moment de l'étude, en présence de l'assistant(e)

Il existe donc une **augmentation significative de 6,2 consultations** supplémentaires par jour (IC [4,4827 ; 7,9173], $p = 1,41 \times 10^{-10}$) avec la collaboration de l'assistant(e) médical(e).

Des analyses en sous-groupes ont été effectuées afin d'identifier l'évolution du nombre de consultations en fonction de la durée de début de collaboration. Dans tous les sous-groupes, il existe une différence significative :

Délai de collaboration	Présence assistant	N	m	ET	Min	Max	Test utilisé	p	Différence de consultations
<12 mois	Avant	17	27,2	6,5	15	40	Wilcoxon apparié	0,01	+ 4,2
	Pendant		31,4	8,3	20	45			
12-23 mois	Avant	39	27,3	10,4	0	52	Wilcoxon apparié	6,26 E-5	+ 4,9
	Pendant		32,2	9,9	15	65			
24-35 mois	Avant	34	29,8	10,6	0	60	Wilcoxon apparié	1,83 E-5	+ 8,3
	Pendant		38,1	13,2	60	70			
≥36 mois	Avant	9	34,7	10,9	24	60	Wilcoxon apparié	0,01	+ 7,5
	Pendant		42,2	8,3	35	60			

Tableau 3 : Évolution du nombre de consultations en fonction du délai de début de collaboration avec l'assistant(e) médical(e)

III.3.2. Patientèle médecin traitant

Seules 100 réponses ont été analysées également dans cette section, le répondant écarté dans la section précédente ayant également donné des réponses incohérentes concernant la patientèle (toujours 0 patient déclaré médecin traitant au moment de l'étude malgré une collaboration avec l'assistant(e) depuis 12 mois).

III.3.2.a. Avant la collaboration avec l'assistant(e) médical(e)

Les médecins déclaraient avoir une patientèle moyenne de **1 170 patients** avec un minimum de 0 patient et un maximum de 5 000 patients, avant le début de la collaboration avec l'assistant(e) médical(e) (écart type de 814 patients).

Parmi les répondants, **10 déclaraient avoir 0 patient** avant la collaboration avec l'assistant(e) médical(e). Ces résultats laissent supposer que ces médecins avaient mis en place la collaboration avec l'assistant(e) médical(e) au moment de leur installation en tant que médecin généraliste. Une évaluation dans cette catégorie est présentée en annexe 3.

Les réponses sont présentées selon les percentiles des données nationales de patientèle.

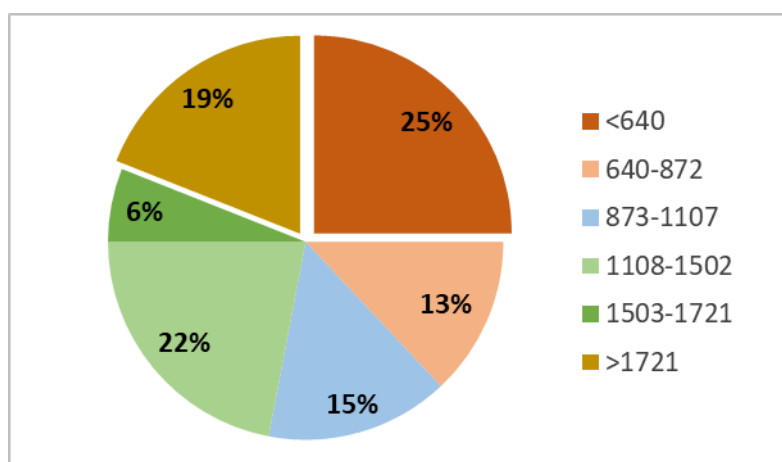


Figure 20 : Patientèle médecin traitant avant la collaboration avec l'assistant(e)

III.3.2.b. Au moment de l'étude, en présence de l'assistant(e) médical(e)

Au moment de l'étude et avec la présence de leur assistant(e) médical(e), les médecins déclaraient avoir une patientèle moyenne de **1 504 patients** avec un minimum de 100 et un maximum de 6 500 patients (écart type de 844 patients).

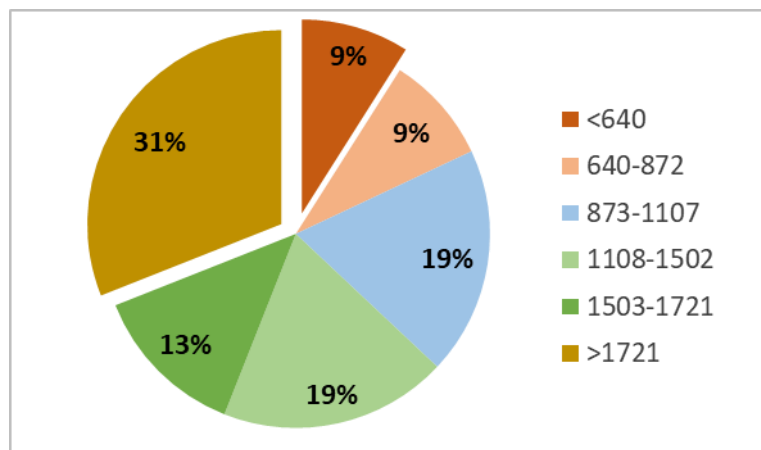


Figure 21 : Patientèle médecin traitant au moment de l'étude, en présence de l'assistant(e)

Il existe donc une **augmentation significative moyenne de 334 patients** supplémentaires dans la patientèle médecin traitant (IC [264 ; 405], $p = 1,88 \times 10^{-15}$) avec la collaboration de l'assistant(e) médical(e).

Des analyses en sous-groupes ont été effectuées afin d'identifier l'évolution de la patientèle en fonction de la durée de début de collaboration. Dans tous les sous-groupes, il existe une différence significative :

Délai collaboration	Présence assistant	N	m	ET	Min	Max	Test utilisé	p	Différence de Patientèle
<12 mois	Avant	17	1 013	624	0	2 500	Wilcoxon apparié	0,006	+ 181
	Pendant		1 194	556	490	2 600			
12-23 mois	Avant	39	1 164	792	0	3 000	Wilcoxon apparié	3,02 E-7	+ 304
	Pendant		1 468	757	300	3 600			
24-35 mois	Avant	34	1 213	930	0	5 000	Wilcoxon apparié	1,20 E-6	+ 400
	Pendant		1 613	1 073	100	6 500			
≥36 mois	Avant	9	1 280	887	0	3 200	Wilcoxon apparié	0,02	+ 501
	Pendant		1 781	587	1 200	3 200			

Tableau 4 : Évolution de la patientèle en fonction du délai de début de collaboration avec l'assistant(e) médical(e)

III.3.3. Avis des médecins sur l'évolution de l'accès aux soins, grâce à la présence de l'assistant(e) médical(e)

Accès facilité à un médecin traitant ?

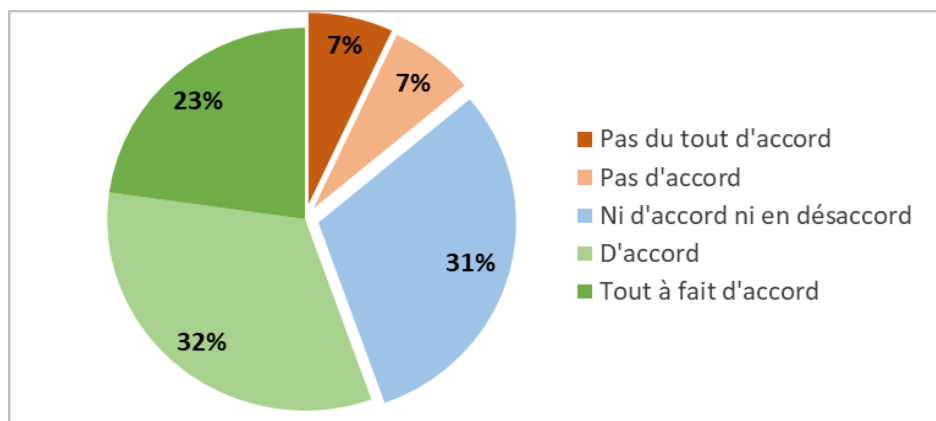


Figure 22 : Avis des médecins sur l'accès facilité des patients à un médecin traitant

Amélioration de l'accès aux soins primaires ?

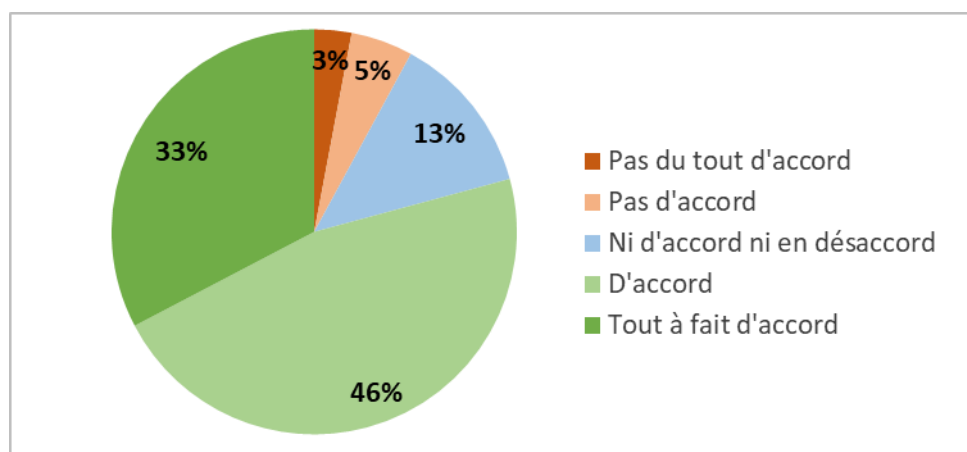


Figure 23 : Avis des médecins sur l'amélioration de l'accès aux soins primaires

Possibilité de répondre plus facilement aux demandes de consultations urgentes ?

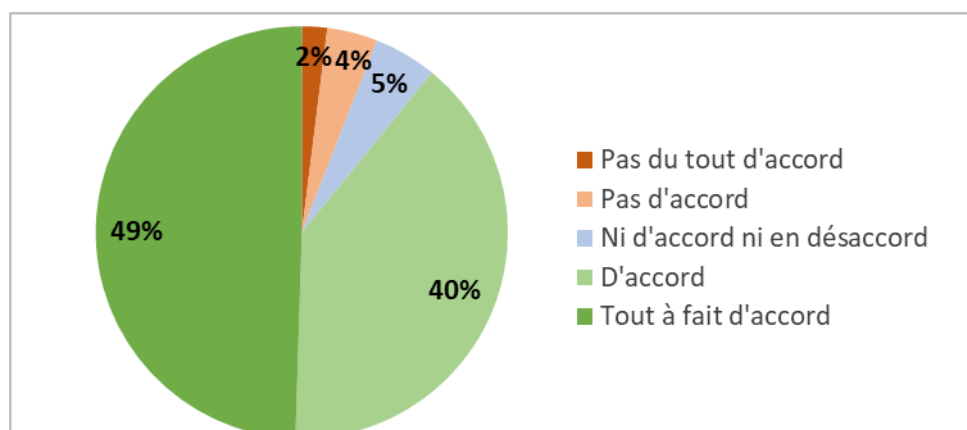


Figure 24 : Avis des médecins sur la possibilité de réaliser davantage de consultations d'urgence

Délai de prise de rendez-vous réduit ?

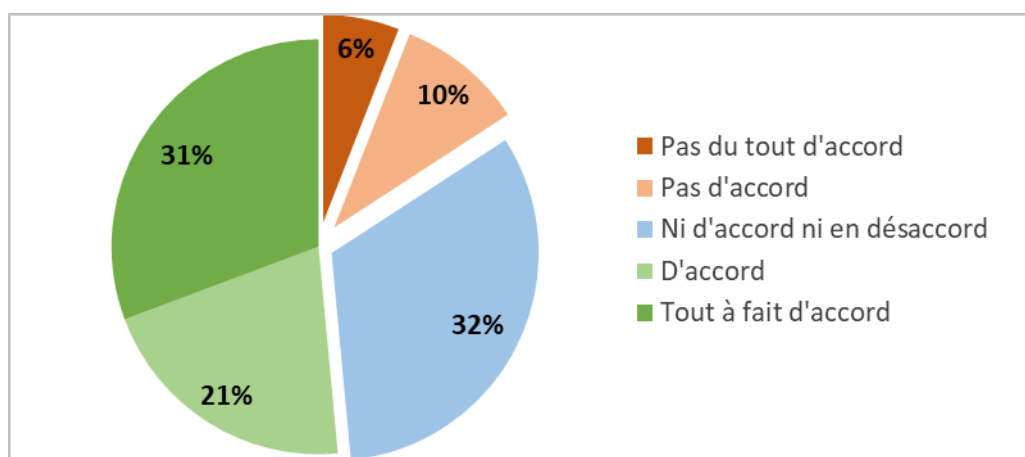


Figure 25 : Avis des médecins sur la réduction des délais de prise de rendez-vous pour les patients

III.4. UTILISATION DU TEMPS LIBRE PAR LA PRESENCE DE L'ASSISTANT(E)

III.4.1. Utilisation du temps libéré pour les consultations

Meilleur respect des horaires de consultation ?

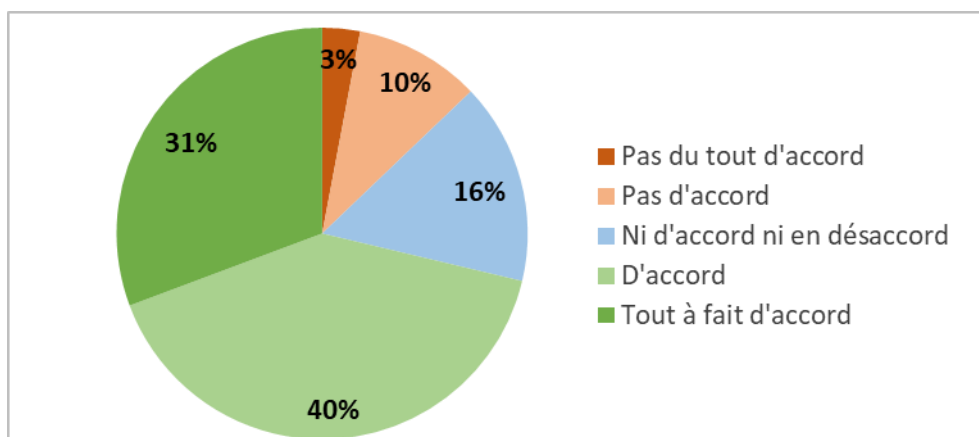


Figure 26 : Avis des médecins sur un meilleur respect des horaires de consultation

Augmentation du temps d'échange verbal au sein de la consultation ?

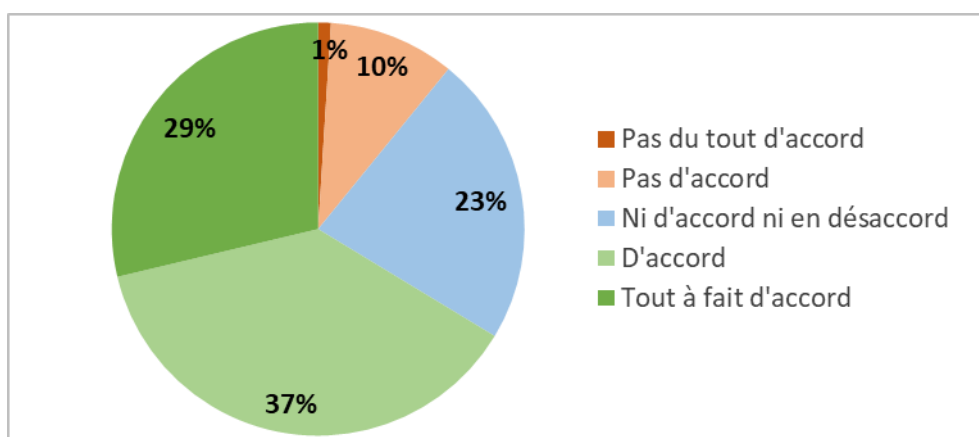


Figure 27 : Avis des médecins sur l'augmentation du temps d'échange verbal

III.4.2. Autres utilisations professionnelles du temps libéré

Réalisation de formations professionnelles ?

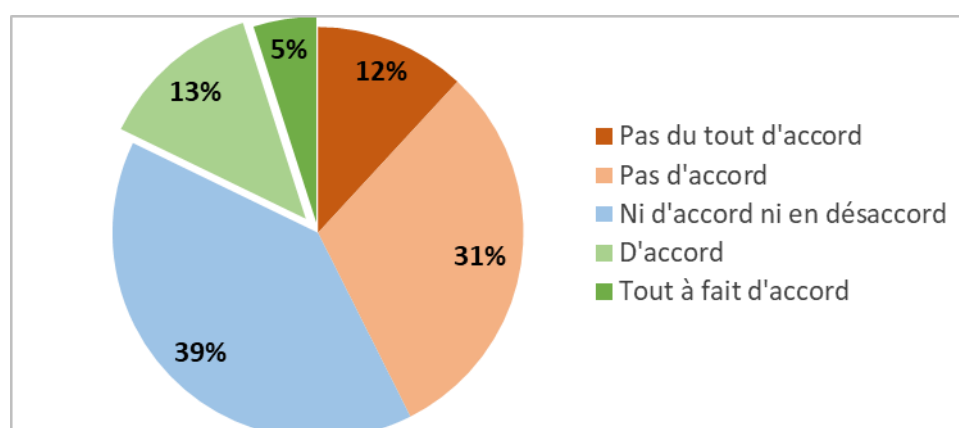


Figure 28 : Avis des médecins sur la réalisation de formations professionnelles

Réalisation de tâches administratives professionnelles ?

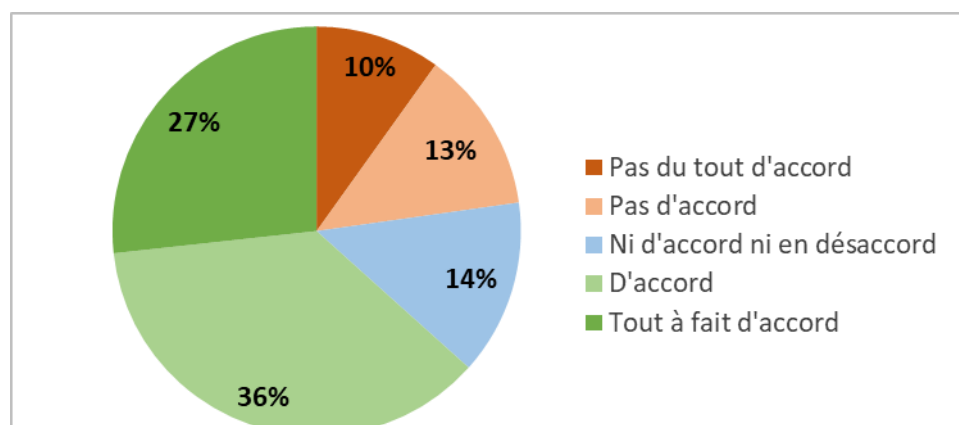


Figure 29 : Avis des médecins sur la possibilité d'effectuer des tâches administratives professionnelles

III.4.3. Utilisation du temps libéré pour des activités personnelles

Réalisation de tâches administratives personnelles ?

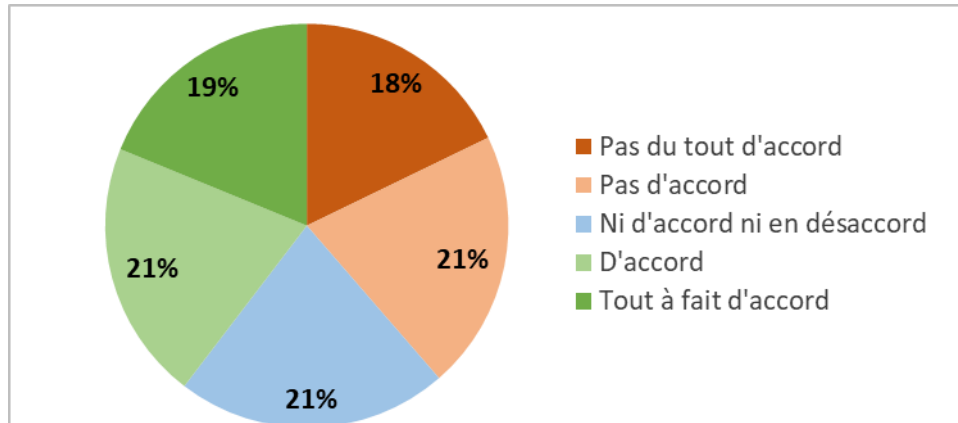


Figure 30 : Avis des médecins sur la possibilité de réaliser des tâches administratives personnelles

Réalisation d'activités de loisirs (vacances, sport, ...) ?

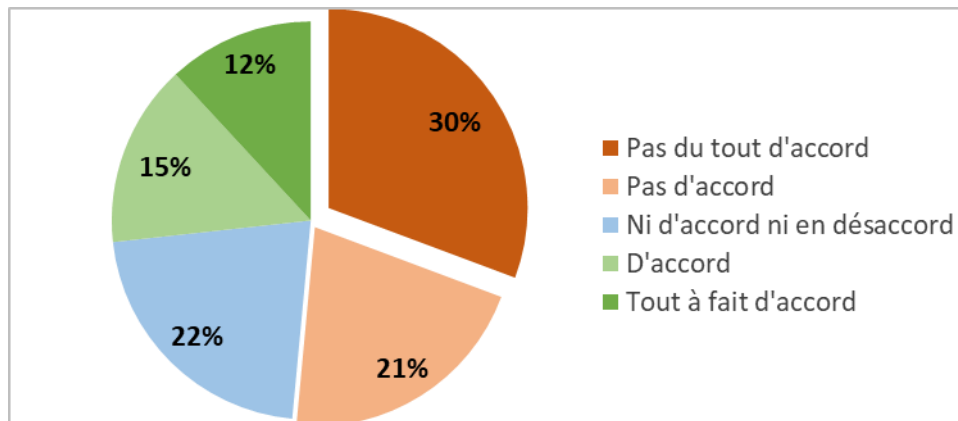


Figure 31 : Avis des médecins sur la possibilité de réaliser des activités de loisirs

III.4.4. Retentissement sur la vie professionnelle et personnelle

Diminution de la charge mentale de travail ?

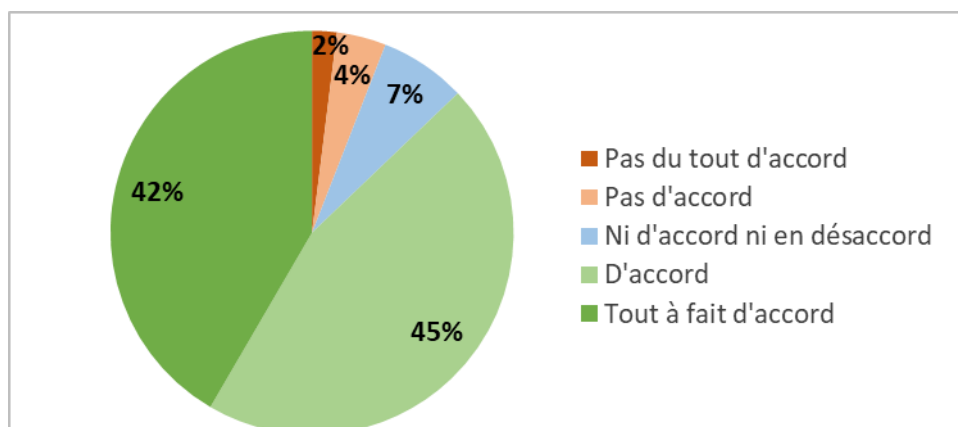


Figure 32 : Avis des médecins sur la diminution de la charge mentale de travail

Diminution du stress professionnel ?

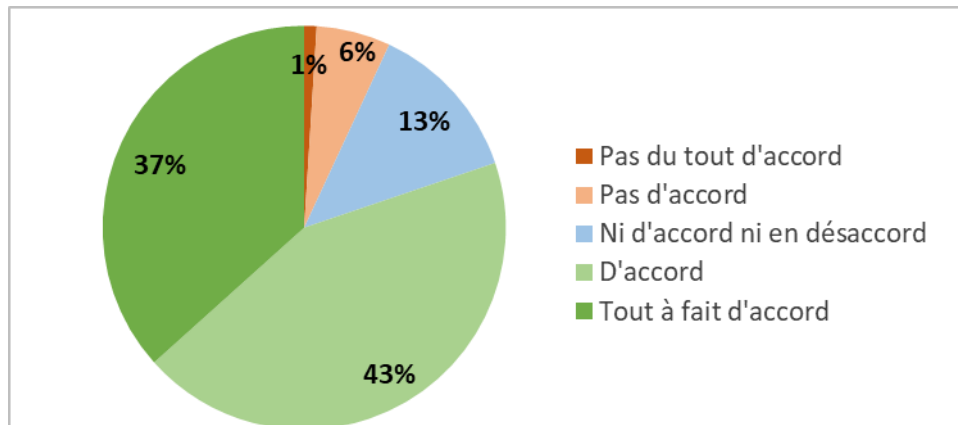


Figure 33 : Avis des médecins sur la diminution du stress professionnel

Amélioration de la qualité de vie professionnelle ?

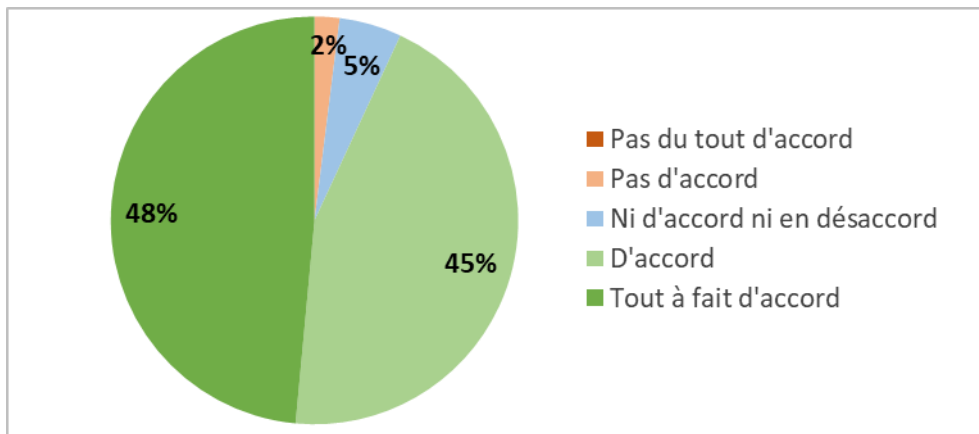


Figure 34 : Avis des médecins sur l'amélioration de la qualité de vie professionnelle

Amélioration de la qualité de vie personnelle ?

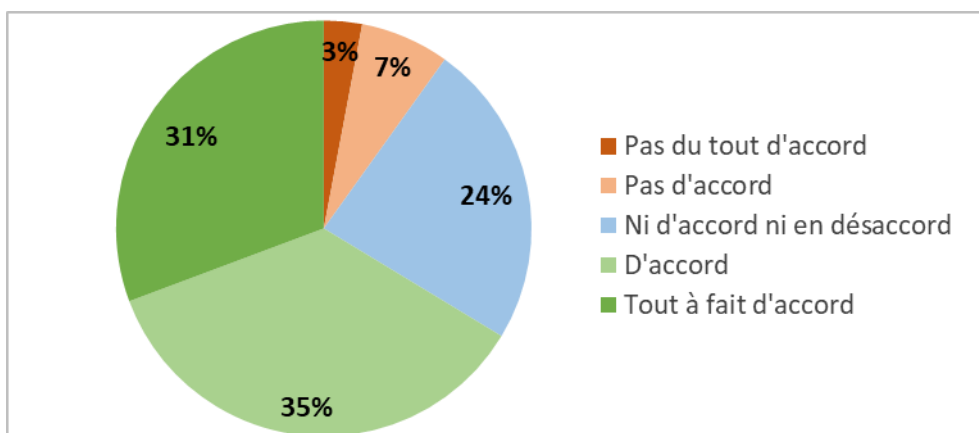


Figure 35 : Avis des médecins sur l'amélioration de la qualité de vie personnelle

III.5. ÉVALUATION GLOBALE : Les médecins conseilleraient-ils la collaboration avec un(e) assistant(e) médical(e) à leurs confrères ?

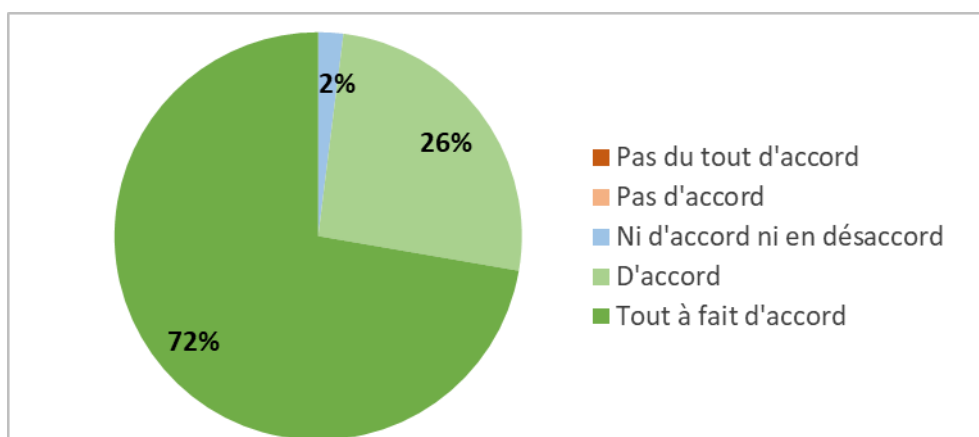


Figure 36 : Avis global des médecins sur la collaboration avec l'assistant(e) médical(e)

III.6. INFLUENCE DES CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES ET DES CONDITIONS D'EXERCICE DES MEDECINS COLLABORANT AVEC UN(E) ASSISTANT(E) MEDICAL(E)

III.6.1. Influence sur le nombre de consultations maximum effectuées par jour

A nouveau le répondant ayant donné des résultats incohérents concernant le nombre de consultations, n'a pas été pris en compte dans cette analyse.

Variable \ Nombre de consultations		N	Moyenne	ET	Min	Max	Médiane	Test utilisé	p
Âge (ans)	20-29	2	25	7,1	20	30	25	Kruskal-Wallis	0,118
	30-39	40	32,2	9,3	20	65	30		
	40-49	22	34,4	11,8	15	60	35		
	50-59	20	39,5	12,7	25	70	36,5		
	60-69	13	39,2	12,6	25	70	35		
	>69	3	35,7	4	32	40	35		
Sexe	Homme	62	37,6	10,8	15	70	35	Mann Whitney	0,00062
	Femme	38	30,8	10,7	18	70	26		

Tableau 5 : Influence de l'âge et du sexe des médecins collaborant avec un(e) assistant(e) médical(e) sur le nombre de consultations maximum effectuées par jour

Les **femmes** collaborant avec un(e) assistant(e) médical(e) déclaraient réaliser **significativement moins de consultations** par jour comparativement aux hommes.

Variable \ Nombre de consultations		N	Moyenne	ET	Min	Max	Médiane	Test utilisé	p
Lieu d'exercice	Urbain	24	32	8,2	15	52	30	Kruskal-Wallis	0,419
	Semi rural	23	35	8,9	18	55	35		
	Rural	39	35,8	14	20	70	30		
	Zone sous dense	14	38	9,9	25	60	35		
Mode d'exercice	Seul	15	38,5	10,4	25	70	35	Kruskal-Wallis	0,363
	Cabinet de groupe	29	35,6	12,7	15	65	32		
	MSP	52	33,4	9,5	18	60	32		
	Seul + CPTS	4	38,8	21,7	20	70	32,5		
Type de secrétariat	Physique seul	38	35,8	10,2	18	65	35	Kruskal-Wallis	0,206
	Physique + autres	43	34,5	10,7	20	65	35		
	Non physique	18	34	14,4	15	70	30		
IDE ASALEE	Oui	42	33	9	18	55	34	Mann Whitney	0,295
	Non	58	36,4	12,4	15	70	35		

Tableau 6 : Influence des conditions d'exercice des médecins collaborant avec un(e) assistant(e) médical(e) sur le nombre de consultations maximum effectuées par jour

Les conditions d'exercice des médecins collaborant avec un(e) assistant(e) médical(e) n'influençaient pas le nombre de consultations maximum par jour.

III.6.2. Influence sur la patientèle médecin traitant

Variable \ Patientèle		N	Moyenne	ET	Min	Max	Médiane	Test utilisé	p
Âge (ans)	20-29	2	1 000	0	1 000	1 000	1 000	Kruskal-Wallis	0,001
	30-39	40	1 180	600	350	3 600	1 020		
	40-49	22	1 672	761	300	3 200	1 590		
	50-59	20	1 694	699	100	3 200	1 615		
	60-69	13	2 034	1 443	920	6 500	1 700		
	>69	3	1 383	362	1 150	1 800	1 200		
Sexe	Homme	62	1 691	939	100	6 500	1 600	Mann Whitney	0,002
	Femme	38	1 201	546	300	2 600	1 075		

Tableau 7 : Influence de l'âge et du sexe des médecins collaborant avec un assistant(e) médical(e) sur la patientèle médecin traitant

Les médecins de la tranche d'âge **30-39 ans** avaient une **patientèle significativement plus petite** que les médecins de la tranche d'âge 40-49 ans ($p=0,01$), 50-59 ans ($p=0,0008$), 60-69 ans ($p=0,002$).

A nouveau, les **femmes** déclaraient une **patientèle médecin traitant significativement moins importante** que les hommes.

Patientèle		N	Moyenne	ET	Minimum	Maximum	Médiane	Test utilisé	p
Variable									
Lieu d'exercice	Urbain	24	1 204	484	100	2 200	1 215	Kruskal-Wallis	0,046
	Semi rural	23	1 457	505	300	2 400	1 580		
	Rural	39	1 548	1087	350	6 500	1 200		
	Zone sous dense	14	1 976	839	900	3 600	1 925		
Mode d'exercice	Seul	15	1 973	1352	650	6 500	1 700	Kruskal-Wallis	0,087
	Cabinet de groupe	29	1 588	864	100	3 600	1 460		
	MSP	52	1 317	586	350	3 200	1 200		
	Seul + CPTS	4	1 573	605	1030	2 400	1 430		
Type de secrétariat	Physique seul	38	1 734	1100	350	6 500	1 580	Kruskal-Wallis	0,421
	Physique + autres	43	1 357	609	100	3 000	1 200		
	Non physique	18	1 383	638	600	3 000	1 200		
IDE ASALEE	Oui	42	1 378	563	350	3 000	1 300	Mann Whitney	0,417
	Non	58	1 596	994	100	6 500	1 375		

Tableau 8 : Influence des conditions d'exercice des médecins collaborant avec un(e) assistant(e) médical(e) sur la patientèle médecin traitant

Le lieu d'exercice avait une influence significative sur la patientèle. Une analyse complémentaire deux à deux a permis de mettre en évidence que les médecins exerçant en **zone sous dense** avaient une **patientèle médecin traitant significativement plus importante** que les médecins exerçant en zone rurale ($p=0,045$) ou urbaine ($p=0,006$). En revanche il n'a pas été retrouvé de différence significative avec les médecins travaillant en semi-rural.

III.6.3. Influence sur leur avis concernant l'évolution de l'accès aux soins grâce au dispositif de l'assistant médical

Pour ces analyses les résultats selon l'échelle de Likert ont été convertis en valeur numérique comme suit :

- 1 = Pas du tout d'accord
- 2 = Pas d'accord
- 3 = Ni d'accord ni en désaccord
- 4 = D'accord
- 5 = Tout à fait d'accord

	Âge	Sexe	Lieu d'exercice	Mode d'exercice	Type de secrétariat	IDE ASALEE
Accès facilité à un médecin traitant	p=0,058	p=0,634	p=0,114	p=0,043	p=0,113	p=0,287
Amélioration de l'accès aux soins de premiers recours	p=0,009	p=0,482	p=0,457	p=0,622	p=0,087	p=0,367
Réponse plus facile aux demandes de consultations urgentes	p=0,113	p=0,039	p=0,233	p=0,283	p=0,154	p=0,993
Réduction des délais de prise de rendez vous	p=0,053	p=0,986	p=0,244	p=0,066	p=0,179	p=0,626

Tableau 9 : Influence des caractéristiques démographiques et des conditions d'exercice des médecins collaborant avec un(e) assistant(e) médical(e) sur leur avis concernant l'évolution de l'accès aux soins

Concernant *l'avis sur l'accès facilité à un médecin traitant*, il a été retrouvé une différence significative selon le mode d'exercice ($p=0,04$). Des analyses complémentaires deux à deux ont mis en évidence une différence significative entre les médecins exerçant seuls et ceux exerçant en MSP ($p=0,01$). Les médecins **exerçant seuls** estimaient davantage que la présence de l'assistant(e) médical(e) permettait un accès facilité à un médecin traitant.

Concernant *l'avis sur l'amélioration de l'accès aux soins de premier recours*, il a été retrouvé une différence significative selon l'âge ($p=0,009$). Des analyses complémentaires deux à deux ont permis de mettre en évidence que les médecins des tranches d'âge **30-39 ans** ($p=0,01$), **60-69 ans** ($p=0,004$) et les **plus de 69 ans** ($p=0,01$) estimaient davantage que la présence de l'assistant(e) médical(e) permettait d'améliorer l'accès aux soins de premier recours, comparativement aux médecins de la tranche d'âge 40-49 ans.

Les résultats ont par ailleurs mis en évidence que les **femmes** estimaient davantage que les hommes que la présence de l'assistant(e) médical(e) permettait de *répondre plus facilement aux demandes de consultations urgentes* ($p=0,03$).

Il n'a pas été retrouvé de différence significative concernant l'avis des médecins sur la réduction des délais de prise de rendez-vous.

IV. DISCUSSION

IV.1. Rappel des résultats

A notre connaissance, il n'existe **aucune étude explorant l'évolution de l'accès aux soins** depuis la création officielle de la collaboration avec un(e) assistant(e) médical(e) en France. Une seule étude qualitative de début 2021 a évalué le ressenti de douze médecins sur les bénéfices et les difficultés de cette collaboration, mais il s'agissait d'un bilan plutôt global (33).

Notre étude a permis de montrer un impact positif de cette collaboration sur l'accès aux soins, avec une **augmentation significative moyenne de 6,2 consultations** par jour et de **334 patients** supplémentaires, dans la patientèle médecin traitant. Le délai moyen de début de collaboration était de **22 mois**. Il a été constaté que l'augmentation du nombre de consultations et de la patientèle était plus élevée lorsque le début de collaboration était supérieur à 2 ans. Les médecins étaient majoritairement en accord avec le fait que la présence de l'assistant(e) permet un accès facilité à un médecin traitant (55%), d'améliorer l'accès aux soins de premiers recours (79%) et de répondre plus facilement aux demandes de consultations urgentes (89%). En revanche, leur avis était plus mitigé concernant la réduction des délais de prises de rendez-vous.

Le temps libéré par la présence de l'assistant(e) médical(e) semble effectivement être utilisé pour respecter davantage les horaires de consultation, augmenter le temps d'échange verbal avec le patient et réaliser des tâches administratives professionnelles.

Au total, **98 %** des médecins recommanderaient ce dispositif de collaboration à l'un(e) de leurs confrères.

IV.2. Limites de l'étude

Il existe des **biais de sélection**. Nous n'avons en effet, pas pu adresser notre questionnaire à des médecins ayant fait le choix d'arrêter leur collaboration. De même, les médecins collaborant avec un(e) assistant(e) médical(e) sans aide financière de la part de la

CPAM, ont probablement été insuffisamment pris en compte du fait d'avoir sollicité les CPAM pour l'envoi du questionnaire.

Il existe des **biais d'évaluation**. En effet, 38% des assistants médicaux de l'étude n'avaient pas encore débuté leur formation et n'effectuaient peut-être pas certaines tâches pouvant leur être déléguées. L'évolution du nombre de consultations et de la patientèle a également été biaisée par la présence de médecins ayant débuté leur collaboration avec l'assistant(e) médical(e) en même temps que leur installation et ayant donc déclaré une patientèle médecin traitant à 0 avant le début de la collaboration. L'étude manque de puissance du fait d'un petit échantillon, consécutif aux difficultés à identifier et contacter les médecins collaborant avec un(e) assistant(e) médical(e). En France il n'existe pas encore d'organisme ou d'association regroupant l'ensemble des assistants médicaux comme c'est le cas pour les IDE ASALEE.

IV.3. Forces de l'étude

Cette étude explore un **sujet d'actualité**, la France traversant sa période la plus critique en termes d'accès aux soins. Cette problématique était d'ailleurs une préoccupation importante de la campagne électorale présidentielle de 2022. Le syndicat MG France a publié 20 recommandations pour renforcer l'accès aux soins en vue de ces élections. Parmi elles, on trouve l'importance de rendre l'exercice médical plus attractif grâce au travail en collaboration notamment avec l'assistant médical, nécessitant pour cela des locaux adaptés (34).

L'étude était plus représentative grâce à sa conception **multicentrique** et permettait de prendre en compte les inégalités territoriales d'accès aux soins en France précédemment décrites.

Malgré un faible échantillon, la population était plutôt représentative, la **moyenne d'âge** des médecins (45 ans) étant proche de celle des médecins généralistes Français présentée par le Conseil de l'Ordre National (49,9 ans) et les **conditions d'exercice variées**.

IV.4. Discussion en rapport avec l'impact sur l'accès aux soins

IV.4.1. Évolution du nombre de consultations et de la patientèle

Les médecins collaborant avec un(e) assistant(e) médical(e) réalisaient en moyenne **35 consultations maximum** par jour, bien plus que la moyenne nationale de 22 consultations (12). Depuis le début de la collaboration, les médecins effectuaient significativement plus de consultations (en moyenne **6,2 consultations supplémentaires** par jour) et avaient augmenté significativement leur patientèle médecin traitant (en moyenne **334 patients supplémentaires**). Ces résultats confirment ce que laissait supposer l'étude qualitative de 2021, certains médecins collaborant avec un(e) assistant(e) déclarant avoir pu libérer du temps médical, proposer davantage de créneaux de consultations et devenir le médecin traitant de nouveaux patients (33). En 2016 et 2021, dans des études réalisées dans le bassin Charentais et en Martinique, il avait également été mis en évidence une possible augmentation théorique, respectivement de 8 et 9 consultations supplémentaires par jour. Seulement dans ces études, le rôle de l'assistant(e) médical(e) était tenu par un interne en médecine sur une seule journée de consultations (35) (36). Avec 6,2 consultations supplémentaires par jour, les résultats de notre étude sont légèrement inférieurs mais tendent vers ces valeurs pour les médecins collaborant avec leur assistant(e) depuis plus de 2 ans. En revanche, ils sont supérieurs à ceux retrouvés dans une étude de 2020, où les médecins interrogés sur les tâches déléguables à l'assistant(e) avaient estimé une augmentation possible de 4,45 consultations par jour (37).

En France, d'autres systèmes de collaboration avec délégation de tâches ont permis une augmentation de la patientèle. C'est le cas du **dispositif ASALEE**, mis en place depuis 2012. Il a pour but d'améliorer la prise en charge des pathologies chroniques grâce à l'éducation thérapeutique et aux dépistages (38). Une étude réalisée en 2019, a montré un **effet significativement positif du dispositif sur la patientèle file active et médecin traitant** des médecins collaborant avec une IDE ASALEE (respectivement +52,24 patients et +29,75 patients par trimestre, comparativement aux médecins témoins) (39).

A l'étranger, l'impact de la délégation de tâches des médecins sur l'accès aux soins est évalué depuis de nombreuses années. En 2003, le CREDES a publié une revue de la

littérature analysant des études de 1970 à 2002, qui confirme l'**impact positif de la délégation de tâches aux infirmières**, avec une augmentation du nombre de consultations et de la patientèle (40). Il a également été mis en évidence un impact positif de la collaboration avec un(e) assistant(e) médical(e) sur la patientèle. En effet, dans une étude qualitative réalisée auprès de médecins en Ontario au Canada, plusieurs médecins confirmaient que le travail en collaboration avec un *physician assistant* leur permettait de voir plus de patients par heure et d'inscrire plus de patients (41). Une étude américaine de 2019, confirmait que les **médecins travaillant avec un *physician assistant*** avaient une patientèle significativement plus importante (**+410 patients** comparativement aux médecins témoins). Les médecins travaillant à la fois avec un *physician assistant* et une *nurse practitioner* (ou infirmière de pratique avancée) avaient également une patientèle significativement plus importante même si cette différence était plus faible (+245 patients) (42). Avec une moyenne de 334 patients supplémentaires, notre étude se rapproche donc de ces résultats, sachant que 42% des médecins interrogés travaillaient avec une IDE ASALEE.

Les objectifs d'augmentation de la patientèle, indispensables à atteindre pour le maintien de l'aide financière, pouvaient être un frein à l'embauche d'un(e) assistant(e). Il semble finalement que ces derniers soient réalisables. Selon le niveau de patientèle initiale et le type de contrat horaire, après 2 ans de collaboration, les médecins doivent atteindre une augmentation de leur patientèle de 4 à 35%. Dans notre étude, l'augmentation moyenne était de **28%** avec un délai moyen de début de collaboration de 22 mois.

IV.4.2. Avis des médecins sur l'évolution de l'accès aux soins

Malgré une augmentation significative de la patientèle médecin traitant, les médecins de l'étude n'étaient **que 55%** à être en accord avec le fait que la présence de l'assistant(e) permet un **accès facilité à un médecin traitant** et 31% avaient un avis neutre. Bien qu'ils prennent en charge davantage de patients, on peut penser que les médecins soient **continuellement confrontés à des demandes** de personnes en recherche de médecin traitant. Pour rappel, selon les données de l'Assurance Maladie, en 2019, 2,5 millions de Français en recherchaient un activement. Il semble donc que ce dispositif ne puisse pas être la seule et unique solution pour permettre à chaque Français d'avoir accès à un médecin

traitant. Le Gouvernement Français avait déjà conscience de cela, c'est pourquoi d'autres mesures ont été mises en place (1) (17) :

- La création du métier d'infirmière de pratique avancée
- La création de postes de médecins généralistes salariés avec un exercice partagé ville-hôpital dans les territoires prioritaires
- La suppression du *numerus clausus*
- Le développement de la télémédecine

En revanche, les médecins de l'étude pensaient majoritairement que le dispositif de l'assistant(e) médical(e) participe à **l'amélioration de l'accès aux soins de premiers recours (79 %)**, confirmant ainsi les résultats de précédentes études. En effet, en 2020, dans une étude qualitative, quelques médecins généralistes déclaraient que ce dispositif pourrait être une réponse à la problématique de l'accès aux soins (43). Dans une autre enquête d'opinion de 2021, 51% de médecins généralistes étaient en accord avec cette affirmation (44). Par ailleurs, dans une étude de la DREES de 2020, 32 % des médecins généralistes pensaient recourir au dispositif de l'assistant(e) médical(e) devant les difficultés d'accès aux soins à venir (10). Les médecins de notre étude ayant fait l'expérience de cette collaboration étaient encore plus convaincus qu'elle améliore l'accès aux soins. Ceci confirme les résultats des deux thèses où intervenait un assistant médical (80% des médecins charentais et 86,7 % des médecins martiniquais étant en accord avec cette affirmation (35) (36)). A l'étranger, les avis sont identiques puisqu'au Canada, l'amélioration de l'accès aux soins était citée parmi les avantages du travail avec un assistant médical (41).

Parmi les consultations supplémentaires réalisables, une partie semble être dédiée aux motifs urgents. En effet, les médecins de l'étude étaient très majoritairement d'accord avec le fait que la présence de l'assistant(e) permet de **répondre plus facilement aux demandes de consultations urgentes (89 %)**. Au Canada également, les médecins expliquaient pouvoir fournir aux patients un accès à des consultations le jour même pour des « problèmes aigus » (41). Ces résultats sont supérieurs à ce qu'estimaient initialement les médecins généralistes dans l'enquête d'opinion de 2021, seulement 60% d'entre eux étant en accord avec cette affirmation (44). Dans une étude de la Fédération Hospitalière Française, 17% des Français interrogés avouaient être allés aux urgences, faute de rendez-vous dans des délais raisonnables avec un médecin généraliste (45). Ainsi la collaboration

avec un(e) assistant(e) va participer à **réduire le recours aux services d'urgence**. En revanche, les **délais de prise de rendez-vous pour motifs non urgents ne semblent pas nécessairement être réduits**, les résultats sur cette affirmation étant plus mitigés (32 % avaient un avis neutre et 16% étaient en désaccord). On peut supposer que l'augmentation significative de la patientèle, a pour conséquence de ne pas permettre aux patients suivis habituellement d'obtenir des rendez-vous plus rapidement.

IV.5. Discussion des objectifs secondaires

IV.5.1. Utilisation du temps médical libéré par la présence de l'assistant(e)

La présence de l'assistant(e) semble permettre aux médecins une **meilleure organisation de leur temps de travail**. En effet, 71% des médecins estimaient que le temps libéré par la présence de l'assistant(e) leur permettait de **respecter davantage leurs horaires de consultations** et 63% de réaliser des **tâches administratives professionnelles**. On peut ainsi penser que le temps de travail total des médecins pourrait ne pas augmenter en présence de l'assistant(e), même en augmentant le nombre de consultations par jour. Ce dispositif semble donc concourir à une **amélioration des conditions d'exercice** du médecin. L'étude canadienne suggérait ces résultats, les médecins déclarant même que la présence de l'assistant(e) avait entraîné une « réduction globale des heures de travail » (41). Cependant il faut rappeler, comme exposé dans l'introduction, que les assistants médicaux canadiens disposent d'une autonomie supérieure, notamment la possibilité de diagnostiquer et prescrire les traitements adaptés à une pathologie.

Par ailleurs, les médecins collaborant avec un(e) assistant(e) estimaient majoritairement que le **temps d'échange verbal avec chaque patient était augmenté (66%)**, malgré une augmentation du nombre de consultations et un meilleur respect des horaires. Ce qui était décrit comme une crainte à la fois de la part des médecins (peur de « ne plus pouvoir prendre le temps avec le patient » (46)), et des patients (« raccourcir le temps de consultation s'accompagne de manière inéluctable d'une perte de qualité, d'échange, de substance » (47)) s'avère finalement inexacte. La présence de l'assistant(e) semble donc améliorer une des composantes essentielles de la **relation médecin-patient**.

Le temps libéré par la présence de l'assistant(e) ne semble en revanche **pas permettre de réaliser des formations professionnelles** (43% des médecins étaient en désaccord et 39% avaient un avis neutre). Ces résultats sont discordants avec ceux d'une précédente enquête d'opinion où certains médecins avaient imaginé pouvoir l'utiliser pour réaliser leur formation continue (48). Ce temps libéré est principalement réaffecté auprès des patients, en augmentant le nombre de consultations et le temps d'échange verbal, ainsi le temps restant disponible paraît insuffisant pour réaliser des formations médicales.

De même, le temps libéré ne semble **pas être utilisé pour réaliser des activités personnelles** que ce soient des tâches administratives (39% en désaccord, 21% avis neutre) ou des activités de loisirs (51% en désaccord, 22% avis neutre). On peut donc en conclure que ce temps libéré est totalement réinvesti dans l'activité professionnelle.

Bien que les médecins réalisent plus de consultations et voient davantage de patients, la collaboration avec un(e) assistant(e) médical(e), semble avoir un **impact positif sur leur qualité de vie professionnelle**. En effet dans l'étude, les médecins étaient majoritairement d'accord avec le fait que la présence de l'assistant(e) avait concouru à une diminution de la charge mentale de travail (87%), à une diminution du stress professionnel (80%) et à une amélioration de leur qualité de vie professionnelle (93%). Ces résultats confirment ceux de précédentes études, où il était évoqué la possibilité théorique d'un allègement global du stress (46) et d'une amélioration du ressenti de la fatigue et de l'épuisement d'une journée de travail (35) (36). La collaboration avec l'assistant(e) semble également avoir un **retentissement positif sur la vie personnelle** des médecins (66% étant en accord avec cette affirmation), malgré le fait que le temps libéré ne soit pas utilisé pour des activités personnelles. Ceci contredit une précédente enquête d'opinion où les médecins ne s'attendaient pas à une amélioration de leur vie personnelle (43). Une étude canadienne (41) et une menée dans l'état de l'Utah, retrouvaient également un impact positif du travail en collaboration avec un(e) assistant(e) médical(e) sur la qualité de vie. Les médecins américains évoquaient qu'ils avaient « plus de temps disponible pour leur vie personnelle et familiale » (49).

Le travail en collaboration avec un(e) assistant(e) médical(e) pourrait donc être une **solution au risque important de burn-out** des médecins. En effet, une récente méta-analyse confirmait que 48 % des médecins généralistes présentaient au moins une des 3 dimensions

du burn-out, 5% des symptômes d'un burn-out sévère, 27% une dépersonnalisation et 25 % une diminution de l'accomplissement personnel (50).

L'évaluation globale de la collaboration avec l'assistant(e) médical(e) était plus que positive, puisque **98% des médecins recommanderaient cette collaboration** à un(e) confrère. Même si certains médecins de l'étude étaient en désaccord avec une amélioration de l'accès aux soins, ils semblaient tout de même satisfaits de travailler avec un(e) assistant(e). On peut donc en déduire qu'ils ont tiré d'autres avantages de cette collaboration : l'amélioration de leurs conditions d'exercice et très probablement, l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients. Un des participants à l'étude a d'ailleurs rédigé un commentaire libre dans ce sens. L'amélioration de la qualité du soin était une des motivations évoquées à l'éventuelle embauche d'un(e) assistant(e) médical(e) dans plusieurs études (43) (48). Cette amélioration est confirmée dans des études étrangères comme celle réalisée dans les cliniques communautaires de l'Utah. En effet, il a été mis en évidence une augmentation du taux de vaccination contre le pneumocoque, du dépistage du cancer du poumon et du colon, ainsi qu'une amélioration du taux de LDL et d'HbA1c chez les diabétiques (49). Il serait intéressant de réaliser des études comparatives sur **l'évolution de la qualité du soin** en France, lorsque les premiers assistants médicaux auront totalement finalisé leur processus de formation et mis en application les compétences dédiées.

IV.5.2. Influence des caractéristiques démographiques et des conditions d'exercice des médecins sur leur évaluation concernant l'impact du dispositif de l'assistant médical sur l'accès aux soins

Le nombre de consultations maximum par jour et la patientèle médecin traitant étaient significativement **plus importants pour les médecins hommes** que pour les médecins femmes collaborant avec un(e) assistant(e) médical(e). Ce résultat est assez cohérent sachant que les médecins généralistes femmes passent moins de temps auprès de leurs patients (15). La collaboration ne semble donc pas modifier cette tendance. Ces résultats sont comparables à ceux de la délégation à une IDE ASALEE, puisque l'impact du dispositif sur la patientèle file active et médecin traitant était plus fort pour les médecins hommes (respectivement +62,24 et +35,17 patients pour les hommes versus +51,51 et +22,06 patients pour les femmes) (39).

L'âge des médecins avait également une influence sur la patientèle, les **médecins les plus jeunes déclarant les patientèles les plus petites**. Ceci est également cohérent puisque les médecins généralistes les plus jeunes passent également moins de temps auprès de leurs patients (15). On peut penser que les nouvelles générations de médecins cherchent à trouver un meilleur équilibre entre temps de travail et vie personnelle.

Les médecins travaillant en **zone sous dense déclaraient significativement plus de patients** au sein de leur patientèle médecin traitant. Ces résultats sont également superposables à ceux de la délégation à une IDE ASALEE, la différence de patientèle étant la plus importante dans les zones avec les APL les plus faibles (39). Une enquête d'opinion laissait déjà entrevoir cette hypothèse puisque les médecins déclaraient que les assistants médicaux pouvaient permettre de prendre en charge un plus grand nombre de patients, notamment dans les zones sous dotées (51).

Aucune différence n'a été mise en évidence selon le type de secrétariat, qu'il soit physique ou non, ou la présence d'une IDE ASALEE. Ces postes semblent parfaitement complémentaires avec celui de l'assistant médical. Notre étude, peut donc servir à rassurer les médecins sur la crainte d'une superposition de postes, d'autant que 42% des médecins interrogés exerçaient leur profession avec une IDE ASALEE et un seul médecin ne disposait pas d'un secrétariat.

IV.6. Perspectives à venir du dispositif d'assistant médical

L'ensemble des résultats de l'étude suggère une **amélioration certaine de l'accès aux soins** grâce à la collaboration avec un(e) assistant(e) médical(e). En effet, il a été mis en évidence une augmentation du nombre de consultations par jour notamment pour des motifs urgents et une augmentation de la patientèle, facilitant l'accès à un médecin traitant pour davantage de patients. Malgré l'augmentation du nombre de consultations, le temps d'échange avec chaque patient est respecté et même augmenté. Ce travail en collaboration participe à améliorer les conditions de travail des médecins grâce à une meilleure gestion de leurs horaires de consultation et la réalisation de tâches administratives sur le temps libéré. Il en résulte une amélioration de leur qualité de vie professionnelle mais également personnelle.

10% des médecins de l'étude avaient débuté leur collaboration avec l'assistant(e) médical(e) en même temps que leur installation médicale. Les résultats dans cette catégorie se rapprochent de ceux de la population principale de l'étude (cf. annexe 3). Cette collaboration pourrait **inciter les jeunes médecins à s'installer**, sachant que l'exercice professionnel en groupe ou coordonné était cité comme l'un des déterminants à l'installation dans l'étude de la Commission Jeunes Médecins de 2019 (52). Ce dispositif pourrait donc être une solution pour palier la baisse de la démographie médicale dans les années à venir.

A l'étranger, le métier d'assistant médical ayant déjà fait ses preuves sur l'amélioration de l'accès aux soins, les compétences de ce dernier sont étendues à d'autres tâches comme les visites à domicile, principalement dans les zones sous dotées. C'est le cas en Allemagne depuis 2009. Une étude de 2012 a confirmé que la délégation des visites à domicile permettait une augmentation de 133 patients supplémentaires par trimestre (53).

Cependant, en France il semble bien trop précoce d'envisager une extension des tâches déléguables à l'assistant(e) médical(e). Même si la collaboration semble être une réelle solution aux problèmes d'accès aux soins, cette dernière a **du mal à se développer**. Alors que le gouvernement espérait la création de 4 000 postes d'assistants médicaux d'ici 2022 (17), seuls 2 266 contrats d'aide à l'embauche, dont 80% auprès de médecins généralistes, avaient été signés au 21 septembre 2021 (54). Plusieurs freins à la collaboration, cités par les médecins dans différentes thèses (43) (46) (48) (51), peuvent expliquer ce faible taux :

- La crainte que leurs patients acceptent difficilement le travail en collaboration
- La réticence à la délégation de tâches avec risque de perte du contrôle global de la consultation et d'une autonomisation de leur travail
- La possible dégradation de la relation médecin-patient et de la relation de confiance
- Le risque de perte d'informations et de majoration des erreurs médicales consécutives à cette relation triangulaire, avec le problème de la responsabilité médicale
- La crainte de devoir travailler davantage
- Le poids d'une gestion salariale supplémentaire et l'aspect financier du dispositif
- L'inadéquation des locaux
- La superposition des postes IDE ASALEE, infirmières de pratique avancée ou secrétaire avec celui de l'assistant(e)

Plusieurs de ces freins étaient également exprimés dans des études étrangères :

- au Canada en 2013 (problèmes du financement, de la gestion salariale, du manque de clarté de la délégation de tâches et de la responsabilité médicale) (41)
- ou au Pays Bas en 2017 (craintes financières, questionnement sur la charge de travail et problème des locaux inadaptés) (55).

Notre étude a permis d'**infirmer les craintes d'une possible superposition des autres postes** avec celui de l'assistant médical, comme exposé dans la discussion des analyses en sous-groupes. Par ailleurs, le temps d'échange avec chaque patient étant augmenté, notre étude laisse entrevoir que **la relation médecin-patient ne serait possiblement pas altérée**. Une évaluation auprès des patients, des bénéfices et des inconvénients de la collaboration avec un(e) assistant(e) médical(e), pourrait peut-être lever certaines craintes des médecins, notamment celles concernant la relation médecin-patient.

Par ailleurs, l'impact maximal sur l'accès aux soins ne devrait se manifester que lorsque la collaboration entre le médecin et l'assistant(e) sera optimale, ce qui pourrait prendre encore de nombreux mois. En effet, dans l'étude, 38% des assistants n'avaient toujours pas débuté leur formation et certains médecins sont très probablement réticents à déléguer certaines tâches tant que leur assistant(e) n'a pas finalisé sa formation. Dans les résultats en sous-groupes, les augmentations les plus importantes du nombre de consultations et de la patientèle se manifestaient pour des **durées de collaboration supérieures à 2 ans**. Seulement dans l'étude, plus de 50% des médecins avaient débuté leur collaboration depuis moins de 2 ans. Si l'on reprend l'exemple de la collaboration avec une IDE ASALEE, l'augmentation de la taille de la patientèle était d'autant plus importante que la coopération avec l'IDE était ancienne (39).

V. CONCLUSION

Un des objectifs de la mise en place du dispositif d'assistant médical, rendu officielle par le Gouvernement Français en 2019, est de répondre aux **problèmes d'accès aux soins**. Cette étude réalisée auprès de médecins collaborant avec un(e) assistant(e) médical(e) a permis de mettre en évidence une **augmentation moyenne significative de 6,2 consultations** supplémentaires par jour et de **334 patients** supplémentaires dans la patientèle médecin traitant, depuis le début de la collaboration. Près de **80%** des médecins estimaient que le dispositif d'assistant médical permet une **amélioration de l'accès aux soins primaires**. Par ailleurs, ils étaient majoritairement d'accord pour confirmer que le temps libéré par la présence de l'assistant(e) permet d'augmenter le temps d'échange verbal avec le patient et de réaliser des tâches administratives professionnelles. Au total, **98 %** des médecins de l'étude conseilleraient cette collaboration à un(e) de leur confrère.

La collaboration des médecins avec un(e) assistant(e) médical(e) semble donc participer à **réduire les difficultés d'accès aux soins** des patients et répondre à une problématique de plus en plus importante en France. De plus, le dispositif paraît améliorer la qualité de vie professionnelle mais également personnelle des médecins.

Ce dispositif de collaboration pourrait donc avoir un réel attrait, notamment pour les nouvelles générations de médecins généralistes souhaitant s'installer en libéral et compenser en partie la diminution de la démographie médicale future.

Pour compléter cette étude, il serait intéressant d'évaluer l'impact du dispositif sur la qualité du soin.

REFERENCES

1. Ministère des Solidarités et de la Santé. Ma santé 2022 : un engagement collectif. [Internet]. [Consulté le 14 déc 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/>
2. Papon S, Beaumel C. Bilan démographique 2020. INSEE Première. 29 mars 2021;1846 [Internet]. [Consulté le 19 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5347620>
3. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Situation au 1^{er} janvier 2021, Atlas de la démographie médicale en France. [Internet]. [Consulté le 14 déc 2021]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1riyb2q/atlas_demographie_medicale_-_cnom_-_2021.pdf
4. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, et al. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Les dossiers de la DREES. Mars 2021;76 [Internet]. [Consulté le 12 déc 2021]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/DD76_0.pdf
5. Beardsley A. Northwest Career College The History of Medical Assistant. [Internet]. [Consulté le 21 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.northwestcareercollege.edu/blog/the-history-of-medical-assistant/>
6. Jung HW. The birth of physician assistants in Canada. Can Fam Physician. 2011 mars;57(3):275-6. [Internet]. [Consulté le 09 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3056669/>
7. L'Assurance Maladie Caisse Nationale. Circulaire CIR-35/2019. [Internet]. [Consulté le 14 déc 2021]. Disponible sur: <http://www.mediam.ext.cnamts.fr/ameli/cons/CIRCC/2019/CIR-35-2019.PDF>
8. Alvaga E, Blanpain N. 68,1 millions d'habitants en 2070 : une population un peu plus nombreuse qu'en 2021, mais plus âgée. INSEE Première. 29 nov 2021;1881 [Internet]. [Consulté le 19 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5893969#graphique-figure4>
9. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Situation au 1^{er} janvier 2021, Approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicales. [Internet]. [Consulté le 14 déc 2021]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1hv7pva/atlas_cnom_tome_2_approche_territoriale_des_specialites_medicales_et_chirurgicales_-2021.pdf
10. Chaput H, Monziols M, Ventelou B, et al. Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale. Etudes et Résultats. Janv 2020;1140 [Internet]. [Consulté le 13 déc 2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1140.pdf>
11. Castell L, Dennevault C. Qualité et accès aux soins : que pensent les Français de leurs médecins ? Etudes et Résultats. Oct 2017;1035 [Internet]. [Consulté le 14 déc 2021]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/er_1035.pdf

12. Le Quotidien du Médecin. 22 consultations par jour de 17 minutes en moyenne : comment travaillent les généralistes. [Internet]. [Consulté le 19 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/22-consultations-par-jour-de-17-minutes-en-moyenne-comment-travaillent-les-generalistes>
13. Legendre B. En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6 % de la population. Etudes et Résultats. Févr 2020;1144 [Internet]. [Consulté le 13 déc 2021] Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1144.pdf>
14. Legendre B. Données associées à l'étude En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6 % de la population. Etudes et Résultats. [Internet]. [Consulté le 13 déc 2021] Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er1140.xls>
15. Chaput H, Monziols M, Fressard L, et al. Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine. Etudes et Résultats. Mai 2019;1113 [Internet]. [Consulté le 19 déc 2021] Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1113.pdf>
16. Grangier J, Mikou M, Roussel R, et al. Les facteurs démographiques contribuent à la moitié de la hausse des dépenses de santé de 2011 à 2015. Etudes et Résultats. Sept 2017;1025 [Internet]. [Consulté le 21 déc 2021] Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1025.pdf>
17. Ministère des Solidarités et de la Santé. Ma Santé 2022, Un engagement collectif. [Internet]. [Consulté le 21 déc 2021] Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_synthese.pdf
18. Prunieres J-B. Évaluation des tâches non médicales des médecins généralistes en Occitanie: étude transversale par auto-questionnaire. [Thèse de docteur en médecine]. Faculté de Médecine Montpellier-Nîmes; 16 oct 2018, 86 p [Internet]. [Consulté le 21 déc 2021] Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03211473/document>
19. Assurance Maladie. Annexe 3 à l'avenant 7 : spécialités éligibles au dispositif assistants médicaux. [Internet] [Consulté le 21 déc 2021] Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/567887/document/annexe_3-specialites_eligibles.pdf
20. MG France. L'assistant médical. [Internet]. [Consulté le 4 janv 2022] Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/images/publication/guide-de-lassistant-medical.pdf>
21. Convention collective nationale du personnel des cabinets médicaux. Assistants médicaux | [Internet]. [Consulté le 21 déc 2021]. Disponible sur: <https://ccn-cabinets-medicaux.fr/assistants-medicaux>
22. MACSF. La formation d'assistant médical en pratique [Internet]. [Consulté le 21 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.macsfr.fr/responsabilite-professionnelle/cadre-juridique/la-formation-d-assistant-medical-en-pratique>
23. Miller L. The Birth of the Physician Assistant. Circulating Now from the Historical Collections of the National Library of Medicine. 15 nov 2016. [Internet]. [Consulté le 21 déc 2021]. Disponible sur: <https://circulatingnow.nlm.nih.gov/2016/11/15/the-birth-of-the-physician-assistant/>

24. AAPA. What is a PA? [Internet]. [Consulté le 21 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.aapa.org/what-is-a-pa/>
25. American Association Of Medical Assistants. Medical Assisting Career. [Internet]. [Consulté le 4 janv 2022] Disponible sur: <https://www.aama-ntl.org/docs/default-source/about-the-profession-and-credential/medical-assisting-career.pdf>
26. Canadian Pa. What is a Physician Assistant? [Internet]. [Consulté le 21 déc 2021]. Disponible sur: <https://canadianpa.ca/whatisapa/>
27. Medizinische Fachangestellte [Internet]. [Consulté le 21 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.medicinische-fachangestellte.eu/#berufsbild>
28. MEDPRO.CH. Assistante médicale [Internet]. [Consulté le 11 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.medpro.ch/fr/assistante-medicale.htm>
29. Bareja S. Poland and physician assistants. [abstract]. JAAPA. Nov 2020;33(11):47-9. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33109984/>
30. Marzucco J, Hooker R-S, Ballweg R-M. A history of the Alaska physician assistant, 1970-1980. [abstract] JAAPA. Déc 2013;26(12):45-51. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24270035/>
31. Nederlandse Associatie Physician Assistants. Over NAPA [Internet]. [Consulté le 21 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.napa.nl/over-napa/>
32. Royal College of Physicians, Faculty of Physician Associates. Who are physician associates? [Internet]. [Consulté le 21 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.fparcp.co.uk/about-fpa/who-are-physician-associates>
33. Disson L. Le nouveau dispositif d'assistantat médical : enquête qualitative auprès de douze médecins généralistes. [Thèse de docteur en médecine]. Université Claude Bernard Lyon 1; 23 mars 2021, 98 p [Internet]. [Consulté le 13 févr 2022]. Disponible sur: <https://n2t.net/ark:/47881/m6f18z89>
34. MG France. Les 20 recommandations de MG France aux candidats à l'élection présidentielle et aux législatives. [Internet]. [Consulté le 13 févr 2022]. Disponible sur: https://www.mgfrance.org/actualites/3072-les-20-recommandations-de-mg-france-aux-candidats-a-l-election-presidentielle-et-aux-legislatives20-recommandations-MGFrance-En_savoir_plus.pdf.
35. Kichenama E. La place de l'assistant de consultation en zone sous médicalisée pour la médecine générale ambulatoire: enquête d'opinion auprès de médecins généralistes. [Thèse de docteur en médecine]. Université de Poitiers; 13 déc 2016, 39 p
36. Limet S. Enquête d'opinion sur la place de l'assistant médical en médecine générale ambulatoire en Martinique : faisabilité et comparaison avec des résultats obtenus en territoire Charentais. [Thèse de docteur en médecine]. Université de Poitiers; 29 juin 2021, 111 p [Internet]. [Consulté le 13 févr 2022]. Disponible sur: <http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/64566>

37. ABT R. Assistant médical en France : L'opinion des médecins généralistes et internes de médecine générale sur la délégation de tâches. Les freins concernant son intégration au système de santé. [Thèse de docteur en médecine]. Université de Limoges; 15 sept 2020, 102 p [Internet]. [Consulté le 23 nov 2021]. Disponible sur: <http://aurore.unilim.fr/theses/nxfile/default/a661f072-3a86-448f-a99a-2effd840a5f1/blobholder:0/M20203140.pdf>
38. PrepAcademy. Infirmière Asalee. [Internet]. [Consulté le 13 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.prepacademy.fr/concours-infirmier/article/infirmier-asalee>
39. Loussouarn C, Franc C, Videau Y, Mousquès J. Impact de l'expérimentation de coopération entre médecin généraliste et infirmière Asalée sur l'activité des médecins. *Revue d'économie politique*. 4 oct 2019;129(4):489-524. [Internet]. [Consulté le 13 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-d-economie-politique-2019-4-page-489.htm>
40. Midy F. Efficacité et efficience de la délégation d'actes des médecins généralistes aux infirmières. *Questions d'économie de la santé*. Mars 2003;65. [Internet]. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes65.pdf>
41. Taylor MT, Wayne Taylor D, et al. Qualitative study of employment of physician assistants by physicians. *Can Fam Physician*. 2013 nov;59(11):e507-13. [Internet]. [Consulté le 13 févr 2022]. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3828112/>
42. Dai M, Ingham R, Peterson L. Scope of Practice and Patient Panel Size of Family Physicians Who Work With Nurse Practitioners or Physician Assistants. *Fam Med*. 2019 apr;51(4):311-8. DOI: 10.22454/FamMed.2019.438954
43. Lebec A. Représentations du nouveau métier d'assistant médical par les médecins généralistes, motivations et freins à leur embauche. [Thèse de docteur en médecine]. Université de Lille, Faculté de médecine Henri Warembourg; 1 oct 2020, 69 p [Internet]. [Consulté le 13 févr 2022]. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2020/2020LILUM365.pdf
44. Paubert V. Les assistants médicaux en France : Enquête d'opinion auprès des médecins généralistes installés en Limousin. [Thèse de docteur en médecine] Université de Limoges; 28 janv 2021, 92 p. [Internet]. [Consulté le 13 févr 2022]. Disponible sur: <http://aurore.unilim.fr/theses/nxfile/default/6928db06-19f3-4e78-911d-580dcf5ab4f5/blobholder:0/M20213102.pdf>
45. Contribution de la Fédération Hospitalière de France au Grand Débat National. FHF. [Internet]. [Consulté le 08 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.fhf-hdf.fr/wp-content/uploads/2019/03/Contribution-de-la-FHF-au-Grand-D%C3%A9bat-national.pdf>
46. Dunikowski C. Ressenti des médecins généralistes sur la création du poste d'assistant médical : étude qualitative par entretien semi-dirigé parmi les médecins généralistes de Dordogne. [Thèse de docteur en médecine]. Université de Bordeaux; 1 mars 2021, 152 p [Internet]. [Consulté le 13 févr 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03192207>

47. Raguideau C, Levesque L. Le nouveau métier d'assistant médical en cabinet de médecine générale: représentations des médecins généralistes et des patients, une étude qualitative en miroir. [Thèse de docteur en médecine]. Université Aix Marseille; 14 oct 2019, 134 p [Internet]. [Consulté le 5 oct 2021]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02384560/document>
48. Guelaff H. Regard des médecins généralistes costarmoricains sur l'intérêt des assistants médicaux en libéral. [Thèse de docteur en médecine]. Université de Rennes; 3 déc 2020, 44 p [Internet]. [Consulté le 13 févr 2022]. Disponible sur: <https://ged.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/8bc31435-a1c0-4a5c-a44e-74791e157486>
49. Blash L, Dower C, Chapman S. University of Utah Community Clinics— Medical Assistant Teams Enhance Patient-Centered, Physician-Efficient Care. Center for the Health Professions at UCSF.2011 avr. [Internet]. [Consulté le 22 févr 2022]. Disponible sur: https://healthforce.ucsf.edu/sites/healthforce.ucsf.edu/files/publication-pdf/3.1%202011_04_University_of_Utah_Community_Clinics--Medical_Assistant_Teams_Enhance_Patient-Centered_Physician-Efficient%20Care.pdf
50. Kansoun Z. Le burnout des médecins en France : Méta-analyse (2000-2017). [Thèse de docteur en médecine]. Université de Marseille; 11 oct 2017, 88 p [Internet]. [Consulté le 19 févr 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01876310/document>
51. Cadiou A. Assistants médicaux: quelles sont les attentes des médecins généralistes ? Analyse en focus groupe auprès des médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine. [Thèse de docteur en médecine]. Université de Rennes; 18 juin 2020, 58 p. [Internet]. [Consulté le 03 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.urpsmlb.org/wp-content/uploads/2020/06/Th%C3%A8se-adeline-cadiou.pdf>
52. CNOM, Commission Jeunes médecins. Enquête sur les déterminants de l'installation chez les internes, les remplaçants exclusifs et les installés. [Internet]. [Consulté le 25 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/Dossier-de-presse-Enqu%C3%Aate-d%C3%A9terminants-installation-CNOM-CJM-1.pdf>
53. van den Berg N, Heymann R, et al. Effect of the delegation of GP-home visits on the development of the number of patients in an ambulatory healthcare centre in Germany. BMC Health Serv Res. 2012 oct 10;12:355. DOI: 10.1186/1472-6963-12-355
54. Assistants médicaux : pourquoi ça ne prend pas chez les médecins. Le Généraliste. [Internet]. [Consulté le 18 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.legeneraliste.fr/actu-pro/politique-de-sante/assistants-medicaux-pourquoi-ca-ne-prend-pas-chez-les-medecins>
55. van der Biezen M, Derckx E, et al. Factors influencing decision of general practitioners and managers to train and employ a nurse practitioner or physician assistant in primary care: a qualitative study. BMC Fam Pract. 2017 feb 7;18:16. DOI: 10.1186/s12875-017-0587-3

ANNEXE 1 : Questionnaire

Bonjour,

Je suis interne en Médecine Générale à l'Université de Poitiers et je vous sollicite dans le cadre de ma thèse.

Il s'agit d'une étude auprès des médecins généralistes libéraux travaillant en collaboration avec un(e) assistant(e) médical(e) afin d'évaluer l'impact du dispositif d'assistant médical mis en place en juin 2019 dans le cadre du plan "Ma santé 2022", sur le nombre de consultations et la patientèle des médecins généralistes libéraux dans le but d'améliorer l'accès aux soins.

Ce questionnaire ne dure que quelques minutes.

Les données recueillies sont strictement anonymes et confidentielles.

Si vous pouviez le transférer à d'autres médecins que vous connaissez travaillant également avec un(e) assistant(e) je vous en en serais extrêmement reconnaissante.

Merci pour votre précieuse participation !

Déborah CHARTRAIN

Directeur de thèse : Dr Elrick KICHENAMA

Caractéristiques démographiques des médecins :

1. Quel est votre âge ?
2. Quel est votre sexe ? Homme/Femme
3. Quel est votre lieu d'exercice ? : Rural/ Semi-rural/ Urbain/ Zone sous dense
4. Quel est votre mode d'exercice ?
 - Seul
 - Cabinet de groupe
 - Maison de santé pluriprofessionnelle
 - Rattaché à une CPTS (communauté professionnelle territoriale de santé)
5. Disposez-vous d'un secrétariat ? Oui/Non
6. Si oui Physique/ Téléphonique/ Gestionnaire de rendez-vous en ligne
7. Disposez-vous d'une infirmière ASALEE ? Oui/ Non

Caractéristiques démographiques des assistants médicaux et mise en place de la collaboration :

8. Quel est le sexe de votre assistant(e) ? Homme/ Femme
9. Quel était le statut de votre assistant(e) médical(e) à l'embauche ?
 - Infirmier(e)
 - Aide-soignant(e)

- Secrétaire médical(e)
- Autre

10. Votre assistant(e) travaille avec vous en ? Tiers temps/ Mi-temps/ Temps plein

11. Votre assistant(e) médicale(e) a-t-il débuté sa formation ?

12. Depuis combien de temps collaborez-vous avec un(e) assistant(e) médical(e) ?

Accès aux soins

13. Quel était le nombre maximum de consultations estimées par jour, avant votre collaboration avec l'assistant(e) médical(e) ?

14. Quel est le nombre maximum actuel de consultations estimées par jour ?

15. Quelle était la taille de votre patientèle médecin traitant, avant la collaboration avec votre assistant(e) médical(e) ?

16. Quelle est la taille actuelle de votre patientèle médecin traitant ?

17-20. Considérez-vous que la présence de votre assistant(e) ait permis :

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord ni en désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord
Un accès facilité pour les patients à un médecin traitant ?					
D'améliorer l'accès des patients aux soins primaires ?					
De répondre plus facilement aux demandes de consultations urgentes ?					
De réduire les délais de prise de rendez-vous des patients ?					

Utilisation du temps médical libéré

21-26. Le temps médical libéré par la présence de l'assistant(e) vous permet de :

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord ni en désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord
Davantage respecter vos horaires de consultation ?					
Augmenter votre temps d'échange verbal avec le patient ?					
Réaliser des formations professionnelles ?					
Réaliser des tâches administratives professionnelles ?					
Réaliser des tâches administratives personnelles ?					
Réaliser d'autres activités personnelles (loisirs, vacances, ...) ?					

Retentissement psychosocial de la collaboration avec l'assistant(e) médical(e)

27-30. Avez-vous le sentiment que la présence de l'assistant(e) médical(e) a servi à :

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord ni en désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord
Diminuer votre charge mentale de travail ?					
Diminuer votre stress professionnel ?					
Améliorer votre qualité de vie professionnelle ?					
Améliorer votre qualité de vie personnelle ?					

31. Conseilleriez-vous à un(e) confrère de collaborer avec un assistant(e) médical(e)?

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Ni d'accord ni en désaccord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

ANNEXE 2 : Mail adressé aux médecins

Bonjour,

Je m'appelle Déborah CHARTRAIN et je suis interne en médecine générale à la Faculté de Médecine de Poitiers.

Je réalise ma thèse de docteur en médecine auprès des médecins généralistes collaborant avec un(e) assistant(e) médical(e) afin d'évaluer l'impact de cette collaboration sur l'accès aux soins.

Ce questionnaire ne prend que quelques minutes et est totalement anonyme.

Je vous remercie d'avance de votre précieuse participation.

ANNEXE 3 : Résultats pour les médecins ayant débuté leur collaboration en même temps que leur installation

Parmi les médecins répondants, 10 déclaraient une patientèle de 0 patient avant leur collaboration avec l'assistant(e) médical(e). On peut donc en conclure que ces médecins ont débuté leur activité en même temps que la collaboration avec leur assistant(e) médical(e). Cette situation fait partie des dérogations d'éligibilité à l'aide financière au recrutement d'un(e) assistant(e) médical(e).

Caractéristiques démographiques

L'âge moyen de ces médecins était de 36,5 ans avec un minimum de 30 ans, un maximum de 58 ans et un écart type de 8,54 ans : 7 médecins avaient entre 30 et 39 ans, 2 entre 40 et 49 ans et 1 entre 50 et 59 ans. 50% étaient des hommes et 50% des femmes.

Conditions d'exercice :

5 travaillaient en milieu urbain, 1 en milieu semi-rural, 3 en milieu rural, 1 en zone sous dense. Un seul médecin travaillait seul, les autres en exercice coordonné (4 en cabinet de groupe, 5 en MSP dont 2 étaient rattachés à une CPTS).

Tous avaient un secrétariat (2, physique uniquement, 5, physique associé à téléphonique et/ou gestionnaire de rendez-vous en ligne et 3, uniquement téléphonique et/ou gestionnaire de rendez-vous en ligne). 2 médecins travaillaient avec une IDE ASALEE.

L'assistant médical :

Les médecins collaboraient tous avec un assistant médical de sexe féminin. Parmi les 10 assistantes, 1 était initialement infirmière, 1 aide-soignante, 4 secrétaires et 4 occupaient un autre poste. Six assistantes travaillaient en mi-temps avec les médecins, les 4 autres à plein temps. La moitié des assistantes avaient débuté leur formation.

La durée moyenne de début de collaboration était de 22,1 mois avec un minimum de 5 mois et un maximum de 7 ans (écart type de 22,6 mois) : 2 assistantes médicales travaillaient avec les médecins depuis moins de 12 mois, 5 depuis 12 à 23 mois, 2 depuis 24 à 35 mois et la dernière depuis 7 ans.

Nombre de consultations par jour et patientèle :

Les médecins effectuaient en moyenne 35 consultations maximum par jour, avec un minimum de 15, un maximum de 65 et un écart type de 14,05 consultations. Ils déclaraient une patientèle moyenne de 882 patients, avec un minimum de 300, un maximum de 1 800 et un écart type de 430.

Ils étaient tous en accord (d'accord ou tout à fait d'accord) avec le fait que la présence de l'assistant(e) permettait d'améliorer l'accès aux soins de premiers recours et de répondre plus facilement aux demandes de consultations urgentes. La majorité (7/10) était également en accord avec le fait que la collaboration avec l'assistant(e) médical(e) permettait de réduire les délais de rendez-vous.

Leur avis était plus contrasté en ce qui concerne l'accès facilité à un médecin traitant (3 en désaccord, 3 autres avec un avis neutre, 4 en accord).

Concernant le temps médical libéré par la présence de l'assistant(e) médical(e) :

- Les médecins étaient majoritairement en accord avec le fait qu'il soit utilisé pour :
 - respecter les horaires de consultation (7/10)
 - augmenter le temps d'échange verbal avec le patient (6/10)
- Aucun des médecins n'était en accord avec le fait qu'il soit utilisé pour réaliser des formations professionnelles
- 5/10 étaient en accord avec le fait qu'il soit utilisé pour réaliser des tâches administratives professionnelles mais seulement 2/10 l'étaient avec le fait qu'il soit utilisé pour réaliser des tâches administratives personnelles
- 7/10 étaient en désaccord avec le fait qu'il soit utilisé pour réaliser des activités personnelles de loisirs

Concernant le retentissement sur la vie professionnelle et personnelle :

Les médecins étaient très majoritairement en accord avec le fait que la collaboration permettait de :

- diminuer la charge mentale de travail (10/10)
- diminuer le stress professionnel (7/10)
- améliorer la qualité de vie professionnelle (10/10)
- améliorer la qualité de vie personnelle (7/10)

Concernant l'avis global de la collaboration avec l'assistant(e) médical(e) :

Au total, 9 des médecins conseilleraient la collaboration avec un(e) assistant(e) médical(e), 1 seul avait un avis neutre.

RESUME

Introduction : La France fait face à des difficultés d'accès aux soins consécutives à l'augmentation de la consommation de soins (vieillesse et augmentation de sa population) et une diminution de l'offre médicale de soins. L'assistant(e) médical(e) réalise des tâches administratives et de soins pour redonner du temps aux médecins. En contrepartie d'une aide financière, les médecins s'engagent à recevoir davantage de patients. Cette étude a pour but de déterminer, auprès des médecins travaillant avec un(e) assistant(e) médical(e), l'impact de ce dispositif sur l'accès aux soins.

Méthode : Il s'agissait d'une étude quantitative descriptive multicentrique évaluant auprès des médecins généralistes collaborant avec un(e) assistant(e) médical(e), l'évolution de l'accès aux soins depuis le début de la collaboration. Elle a été réalisée à l'aide d'un questionnaire en ligne qui leur a été adressé par mail.

Résultats : L'enquête menée auprès de 101 médecins a montré une augmentation significative moyenne de 6,2 consultations par jour et de 334 patients supplémentaires dans la patientèle médecin traitant, depuis le début de la collaboration. Parmi les médecins interrogés, 79% étaient en accord avec le fait que cette collaboration améliore l'accès des patients aux soins de premier recours. Le nombre de consultations et la patientèle étaient significativement plus petits pour les médecins femmes comparativement aux hommes. La présence d'une IDE ASALE ou le type de secrétariat n'influençaient pas l'avis des médecins concernant l'impact du dispositif sur l'accès aux soins. Les médecins utilisaient également le temps médical libéré pour améliorer leurs conditions d'exercice (respecter davantage les horaires de consultations (71%), augmenter le temps d'échange verbal avec le patient (66%) et réaliser des tâches administratives professionnelles (63%)). La majorité des médecins estimaient que la collaboration avec l'assistant(e) médical(e) avait un retentissement positif sur leur qualité de vie professionnelle et personnelle. Au total, 98% des médecins recommanderaient cette collaboration à un(e) confrère.

Conclusion : Cette étude a montré que la collaboration avec un(e) assistant(e) médical(e) permet d'augmenter le nombre de consultations par jour et la patientèle médecin traitant et ainsi d'améliorer l'accès des patients aux soins.

Mots clés : assistant médical, médecins généralistes, accès aux soins

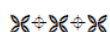


UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

