

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2020

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

présentée et soutenue publiquement
le 10 septembre 2020, à Poitiers
par **Madame Caroline BESNIER DOUENCE**

Attentes à propos du métier d'assistant médical en médecine générale :
Entretiens semi-dirigés auprès de patients de Gironde

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Philippe BINDER

Membres :

Madame la Professeure Valérie VICTOR-CHAPLET
Monsieur le Professeur François BIRAULT
Monsieur le Docteur Nicolas DE JONGH

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Nicolas DE JONGH

Le Doyen,

Année universitaire 2019 - 2020

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BOULETI Claire, cardiologie (**absente jusqu'au début mars 2020**)
- 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
- DAHUYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- 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
- HOUE TO Jean-Luc, neurologie
- 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 détachement**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- 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, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie

- ROBERT René, réanimation
- ROBLLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- 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, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie – virologie – hygiène
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- MARTIN Mickaël, médecine interne
- PALAZZO Paola, neurologie
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- 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

Professeurs associés de médecine générale

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

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié

Professeurs émérites

- ALLAL Joseph, thérapeutique (08/2020)
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie (08/2020)
- CARRETIER Michel, chirurgie générale (08/2021)
- DORE Bertrand, urologie (08/2020)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (08/2021)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2021)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2020)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2020)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- 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
- 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
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (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)
- 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)
- MARRILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-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
- 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 Binder,

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider à ma soutenance de thèse. Vous avez été pour moi un modèle de médecin-médicament. D'abord en pédiatrie, quand vous nous appreniez la prise en charge des adolescents et que je découvrais l'utilité des arbres généalogiques, et ensuite, dans votre cabinet, avec vos patients. Merci de m'avoir fait découvrir ces secrets de notre spécialité si humaine.

A Madame la Professeure Victor-Chaplet et à Monsieur le Professeur Birault,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail, et de vous être rendus disponibles pour cela. J'espère qu'il aura trouvé un intérêt à vos yeux.

A Monsieur le Docteur de Jongh,

Merci, Nicolas, de m'avoir accompagnée dans ce travail. Tu es toujours resté positif et encourageant, tout en étant critique et en sachant me diriger. Merci pour le temps que tu y as passé, même avec ton planning chargé, et même quand tu étais en vacances.

A Monsieur le Professeur Gomes,

Merci, José, de m'avoir suggéré de changer de sujet quand j'étais au point mort, et de m'avoir aidée et aiguillée pour me relancer. Et je vous suis également reconnaissante de votre accueil chaleureux en Charente. Je vous souhaite une très belle retraite !

A Madame le Docteur Nau,

Il est loin l'externat, quand tu m'appelais Capucine ! Mais tu es toujours là, toujours disponible, toujours motivée et motivante. Merci d'avoir écouté, lu, conseillé, relu, motivé, re-relu, partagé ton expérience... Tu as été de bon conseil. Merci d'être une super amie !

A mes maîtres de stage, hospitaliers et libéraux, d'externat et d'internat, aux personnels soignants et administratifs,

Par votre engagement auprès de nous, étudiants, et auprès de moi en particulier, vous avez contribué à réaliser mon souhait d'être médecin généraliste. Merci.

A tous mes co-internes, en particulier les Rochefortais,

J'ai vécu des moments forts avec vous, vous étiez aux petits soins pendant ma grossesse, et après aussi. J'en ai été très touchée !

A mes super copines d'externat : Julie, Elodie, Rachel et Lavanya,

J'ai botté en touche pour les retrouvailles de cet été, mais ça n'est que partie remise !

A ma famille et mes amis, parce que la thèse, c'est un travail personnel qu'on fait en équipe.

A Papa, à Maman,

Vous êtes des amours de parents ! Vous avez toujours été présents et je sais que vous serez toujours là quelles que soient les circonstances. Comment ne pas s'épanouir alors ? Merci de nous avoir accueillis si longtemps cette année, et d'avoir tant donné pour cette thèse.

A mon mari, mes frères et sœur, beau-frère et belles-sœurs,

Pour votre soutien depuis le début de cette thèse. Merci de vous être occupés des enfants pendant la « dernière ligne droite ».

A Bonne Maman,

J'imagine combien il a dû être difficile pour vous de ne pas me demander trop souvent où j'en étais de ma thèse. Je vous remercie pour votre soutien sans faille.

A ma belle-famille, ceux de France et ceux du bout du monde, particulièrement Mamie, Loulou, Vincent et Adeline,

A ceux qui ont permis à cette étude de se faire,

Merci d'avoir trouvé des volontaires pour mes entretiens. Sans vous, j'en serais peut-être encore au chapitre « matériel et méthode ».

A mes participants, y compris ceux avec qui je me suis entraînée,

Faire ces entretiens avec vous a été très riche. Merci de m'avoir donné de votre temps, de m'avoir reçue chez vous ou sur votre ordinateur.

A mon comité de relecture,

Vous avez été géniaux : Papa et Cam aux fautes d'orthographe et de français, Cracotte à la formulation et aux virgules, Val et Pedro à la mise en page. Merci Etienne de m'avoir appris au début de la rédaction qu'il fallait se servir de Word correctement pour simplifier la mise en page, c'était essentiel !

A Laurie pour ton soutien moral, **Peyo** pour le saucisson, **et Martin**, pour ton aide avec les enfants.

A Margot, Bernard et Amos, et à tous ceux qui m'ont si gentiment offert leur aide.

A Maxence, Augustin et Alix,

Vous avez été patients et adorables. Vous êtes mes enfants d'amour ! Merci pour les bisous volés quand vous deviez me laisser travailler. Ils étaient si bons !

A Pedro,

Tu es prêt à tout faire pour moi et pour nous, merci d'être resté avec nous ces derniers mois, j'étais plus tranquille de te savoir ici qu'au bout du monde. Voilà une nouvelle étape qui va être franchie, j'ai hâte !

Table des matières

Remerciements	4
Abréviations	8
Introduction	9
Matériel et méthode	13
1 Avant-propos	13
2 Type d'étude	13
3 Bibliographie	13
4 Echantillonnage	13
5 Entretiens semi-dirigés	14
6 Verbatims et analyse thématique	15
7 Dispositions légales	16
Résultats	17
1 Caractéristiques de l'échantillon et des entretiens	17
2 Connaissances antérieures	20
2.1 Mode d'information	20
2.2 Rôles de l'assistant médical	20
2.3 La fonction d'AM	21
2.4 La formation d'AM	21
2.5 Raisons de la création du métier d'AM	22
2.6 Objectifs de la création du métier d'AM	22
2.7 Intérêt du patient pour le sujet	22
3 Attentes concernant les rôles de l'AM	22
3.1 Importance du rôle du médecin dans le choix des tâches à déléguer	23
3.2 Rôle administratif	23
3.3 Rôle dans la régulation des consultations	24
3.4 Rôles le jour de la consultation	25
3.5 Rôle dans l'organisation des soins autour du patient	29
4 Attentes concernant le profil de l'AM	31
4.1 Compétences attendues	31
4.2 Secret professionnel au même titre que les autres intervenants en santé	33
4.3 Relation du patient avec l'AM	33
5 Effets attendus de l'intervention de l'AM sur la prise en charge en médecine générale	
5.1 Possibles effets bénéfiques	34

5.2	Possibles effets négatifs	38
5.3	Evolution de la relation médecin-patient avec l'intervention de l'AM.....	39
5.4	Peu de modifications de la prise en charge.....	42
6	Avis global sur la possible intervention d'un AM	42
6.1	Intérêt variable.....	42
6.2	Une bonne solution	44
6.3	Une solution acceptable	44
6.4	Une solution inutile pour certains	45
6.5	Une solution dommageable pour d'autres	45
6.6	Des difficultés attendues pour instaurer les AM	46
6.7	Une question de choix politiques	46
7	Favoriser l'acceptation du patient.....	46
7.1	Être informé avant la rencontre	47
7.2	Rôle fondamental du médecin.....	48
7.3	Pas de nécessité d'information préalable	49
7.4	Importance d'avoir un bon contact avec l'AM	50
8	Ouvertures, limites de l'enquête, vues par les participants	50
	Discussion.....	51
1	Discussion de la méthode	51
2	Discussion des résultats	53
2.1	Résumé des résultats	54
2.2	Composition de l'échantillon.....	55
2.3	Interrogatoire par un assistant médical et place du secret professionnel	56
2.4	Relation patient-médecin et répercussion sur la prise en charge.....	57
2.5	Travail d'équipe.....	58
2.6	Communication du médecin et adaptation du patient	59
	Conclusion.....	61
	Bibliographie	62
	Annexe 1 : Canevas d'entretien	65
	Annexe 2 : Informations et consentement.....	66
	Annexe 3 : Questionnaire d'échantillonnage	68
	Résumé	69
	SERMENT	70

Abréviations

AM : Assistant Médical / Assistants Médicaux

APL : Accessibilité Potentielle Localisée

CSP : Code de la Santé Publique

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

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

MG : Médecin Généraliste

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

Introduction

En 1978, dans l'article VI de sa déclaration d'Alma-Ata, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit les soins de santé primaires comme suit : ce sont « des soins de santé essentiels, (...) universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté. (...) Ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire. » (1).

Les soins primaires, en France, reposent en grande partie sur la médecine générale libérale. Mais depuis plusieurs années, l'universalité de son accessibilité est menacée. L'ininterruption du processus de protection sanitaire également. L'offre de soin en France diminue alors que la demande augmente, et les inégalités territoriales d'accès aux soins ont tendance à s'accroître (2).

Diminution de l'offre de soin

L'offre de soin, notamment en médecine générale, s'est modifiée au cours des dernières décennies.

- Le temps médical disponible en soins primaires a diminué.

Plusieurs raisons contribuent à l'expliquer :

Le nombre de médecins généralistes en activité régulière a baissé de 7% entre 2010 et 2018. Cette baisse a ralenti mais devrait se poursuivre jusqu'en 2025 (3). Cela s'explique notamment par les départs à la retraite des promotions de médecins à *numerus clausus* élevés qui ne sont pas encore compensés par le nombre de médecins entrant dans la vie active (4).

La médecine se féminise. En 2018, 64,1% des médecins généralistes de moins de 40 ans étaient des femmes alors qu'elles n'étaient que 30 % chez les plus de 60 ans (3). Et une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), faite en 2016, indiquait que leur volume d'activité était plus faible que celui des hommes : elles font en moyenne 24 % de consultations et de visites de moins par an (5).

Une projection de la Drees prévoit que d'ici à 2040, la baisse du nombre total de consultations effectuées devrait être plus ample que la baisse des effectifs de médecins (4).

L'exercice libéral diminue au profit de l'exercice salarié (3).

La population française augmente plus vite que le nombre de médecins (6), la densité médicale diminue donc.

- La répartition des médecins généralistes sur le territoire peut contribuer à créer des inégalités d'accès aux soins.

Même si ce sont les professionnels de santé les mieux répartis sur le territoire selon A. Nguyen-Khac (7).

Cet état de fait est mis en évidence par l'indice d'Accessibilité Potentielle Localisée (APL). L'APL aux généralistes est un outil créé par l'IRDES (Institut de Recherche et D'Economie en Santé) et la Drees (2). Il permet de mesurer, dans un territoire donné, l'accessibilité des habitants aux consultations de médecine générale. Il représente un nombre moyen de consultation par personne et par an sur ce territoire. Il est pondéré par plusieurs facteurs, comme la densité médicale, le volume de consultation fait par les médecins du territoire, le temps de trajet commune-médecin et l'âge de la population. Pour la Charente, par exemple, l'APL 2018 varie de 1,2 à Abzac à 5,3 à Yviers. Nous pourrions lire : un habitant d'Abzac a accès en moyenne à 1,2 consultations dans l'année. Au sein d'un même département, l'accès aux soins est très variable.

L'accessibilité géographique des Français à un médecin généraliste, mesurée par l'APL, a baissé de 3.3 % entre 2015 et 2018. La part de population vivant en zone sous-dense ($APL \leq 2,5$) a, quant à elle, augmenté. Elle est passée de 3,8 à 5,7 % (6).

Augmentation de la demande de soins

Dans le même temps, la consommation des soins augmente en France. C'est en partie dû aux faits suivants :

- La population française est vieillissante et la part de personnes âgées de plus de 65 ans (19.6% en 01/2018) devrait encore progresser pour atteindre 25 % en 2040 (8).
- Le nombre de prises en charge pour maladies chroniques augmente. C'est un autre marqueur de l'augmentation de la demande de soins. Selon des chiffres de l'assurance maladie, chez les assurés du régime général, on comptait 9.7 millions d'affections de longue durée (ALD) en 2013 et 10.7 millions en 2017 (9).

Proposition d'une solution politique à la carence en temps médical : le métier d'assistant médical (AM)

Certaines mesures ont été mises en œuvre pour pallier ce problème de démographie médicale. Mais elles ne sont pas suffisantes actuellement.

- L'augmentation du *numerus clausus* ces dernières années n'a pas encore été suffisamment efficace à cause de la longue durée des études médicales (4).
- L'allongement des carrières des médecins, si elle se poursuit, pourrait avoir un effet immédiat et empêcher la baisse des effectifs de médecins (4).
- De nouvelles propositions d'organisation ont également vu le jour, pour améliorer la prise en charge des patients et augmenter le temps médical disponible en médecine générale. C'est le cas par exemple du dispositif ASALEE (Actions de SANTé Libérale En Equipe), qui permet aux médecins généralistes de déléguer, à une infirmière, certaines tâches en rapport avec les dépistages et avec le suivi de pathologies chroniques (10).
- Une nouvelle mesure est en cours de déploiement national depuis 2019. Elle passe par la création d'un nouveau poste, d'un nouveau métier : l'assistant médical.

Si ce métier est nouveau en France, il ne l'est pas dans d'autres pays du monde.

En 1973, déjà, l'OMS avait organisé une conférence internationale titrée : « Une catégorie intermédiaire de personnel sanitaire : l'assistant médical ». Le Dr Flahault y présentait l'assistant médical comme étant « un technicien sanitaire qui, après 8 ou 9 années d'études générales, a reçu une formation technique pendant 2 ou 3 ans » (11). Le Dr Harvey Estes, disait, quant à lui, que « les ressources en personnel médical ne sont pas illimitées ; il faut donc les ménager. Ayant compris cela, nous nous sommes aperçus que beaucoup de tâches, traditionnellement accomplies par le médecin pouvaient tout aussi bien, sinon mieux, être exécutées par des personnes beaucoup moins qualifiées. » (12).

Selon le pays et son système de santé, les assistants médicaux portent des noms différents et ont des rôles différents.

En Suisse, par exemple, les assistants médicaux peuvent exercer avec des médecins de famille. Ils ont une formation de 3 ans qui les amène à pouvoir tenir différents rôles, adaptés à la structure dans laquelle ils exercent : prise de rendez-vous, accueil des patients, tâches administratives, tâches de laboratoire et de radiologie, assistance des médecins (13).

En France, ce sont des négociations entre l'assurance maladie et les syndicats de médecins libéraux qui ont défini, en 2019, ce que serait l'assistant médical. Ceci est formalisé dans l'avenant 7 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie (14). L'AM a vocation à faire gagner du temps médical aux médecins libéraux, en particulier aux médecins généralistes. Il pourra avoir des missions administratives, de préparation à la consultation, d'aide pendant la consultation et de coordination de soins. La formation est en cours de définition. Le médecin qui emploiera l'AM déterminera les tâches qui lui seront déléguées.

Importance de l'avis des patients

L'article IV de la déclaration d'Alma-Ata stipule que « tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés » (1). Pour l'OMS, l'avis des patients est donc un élément important qu'il faut prendre en compte dans les soins primaires, même pour ce qui est de l'organisation collective des soins.

Avec l'essor de la démocratie sanitaire en France, des représentants d'associations d'usagers sont appelés à participer à l'élaboration des politiques de santé (15).

Selon une étude de l'IRDES datant de 2011, la satisfaction du patient est importante à obtenir (16). D'abord, parce qu'un patient satisfait est plus observant, et ensuite parce que c'est de plus en plus souvent une condition de l'acceptabilité des réformes.

Etudes sur les assistants médicaux

La Drees a mené une étude en 2020, auprès d'un panel de médecins généralistes (17). Dans la catégorie des médecins qui considéraient que la démographie médicale était à la baisse dans leur zone d'exercice, ils étaient 32 % à déclarer avoir l'intention de recourir au dispositif d'assistant médical.

Nous avons trouvé trois études, menées auprès des patients, au sujet des assistants médicaux.

La première cherchait à mesurer à quel point les patients accepteraient, ou n'accepteraient pas, d'être reçu par un AM en préconsultation (18). C'était une étude quantitative, menée avant la parution d'informations précises concernant les AM. L'AM était ici supposé être une infirmière.

La seconde avait pour objectif d'évaluer l'opinion de patients sur les missions prévues par le projet des AM, et sur l'amélioration de l'accès aux soins grâce aux AM (19). C'était une étude quantitative.

La troisième est une thèse qui a été répertoriée sur internet alors que nous avions déjà commencé ce travail. Elle étudiait la façon dont les patients et les médecins se représentaient les AM et l'évolution de l'organisation en médecine générale. C'était une étude qualitative par entretiens semi-dirigés, faite en 2019 dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (20).

Les AM ont été mis en place afin de répondre à une demande des médecins surchargés, mais également aux difficultés d'accès aux soins des patients. Pour les patients des médecins généralistes qui vont choisir de travailler avec un assistant médical, le changement d'organisation de leur prise en charge est susceptible d'être important. Ils sont donc particulièrement concernés par l'arrivée de ce nouveau métier.

Au cours de nos études médicales, nous apprenons beaucoup en faisant des rétroactions, seuls ou avec un maître de stage. Utiliser le mot rétroaction, ici, est un peu prématuré puisque le déploiement des assistants médicaux commence seulement. Mais l'idée est la même : s'intéresser à ce que les patients pensent de cette organisation pourrait permettre d'anticiper d'éventuelles difficultés lors de la mise en œuvre et ainsi, peut-être, de pouvoir les prévenir.

Nous avons donc cherché à répondre à la question suivante : quelles sont les attentes des patients concernant les assistants médicaux ?

L'attente est entendue ici au sens de l'Académie française, comme une « prévision entraînant espérance ou appréhension » (21).

Notre objectif principal était de relever ces attentes, sans chercher à être exhaustif ni à les quantifier, qu'elles soient positives ou négatives.

Notre objectif secondaire était de s'appuyer sur lesdites attentes pour réfléchir aux mesures qui pourraient être prises afin de faciliter l'adaptation des patients à cette nouvelle organisation.

Matériel et méthode

1 Avant-propos

Afin de répondre à la question de recherche, nous avons choisi de mener une étude qualitative et d'utiliser la technique des entretiens de groupe (*focus group*), avec des groupes de 6 à 10 personnes.

En effet, le développement du métier d'assistant médical était inconnu de nombre de personnes de notre entourage non médical. Nous avons donc supposé que la population en général n'était pas très informée sur la question.

Nos questions concernaient donc un sujet que certains participants allaient découvrir à l'occasion de l'entretien. De ce fait, les entretiens de groupe nous paraissaient particulièrement adaptés. Nous en attendions une synergie dans les réponses à nos questions.

Il s'est trouvé que le recrutement et les *focus groups* devaient débiter la semaine du 16 mars 2020. C'est la semaine au cours de laquelle le confinement de la population a été décrété à cause de la pandémie due au coronavirus.

Nous avons donc été contraints de modifier notre protocole d'étude pour nous adapter aux conditions sanitaires.

2 Type d'étude

Nous avons réalisé une étude qualitative.

Les données ont été recueillies lors d'entretiens individuels semi-structurés, puisque les *focus groups* n'étaient plus faisables.

Lieu et période de l'étude

Les entretiens ont été menés sur le département de la Gironde, de mai à juillet 2020.

3 Bibliographie

La recherche bibliographique a été menée successivement sur les moteurs de recherche Pubmed, le catalogue Sudoc de l'Agence Bibliographique de l'enseignement supérieur, Google scholar, Google et le site internet du Cairn.

Elle a été poursuivie à l'aide des bibliographies des documents sélectionnés.

Le logiciel Zotero® a été utilisé pour gérer la bibliographie.

4 Echantillonnage

Les personnes interrogées devaient être majeures, résider en Gironde au moment de l'entretien et accepter de participer à l'étude.

Les personnes majeures sous protection juridique et les personnes présentant des difficultés de communication (surdité, démence...) n'étaient pas des profils recherchés.

Critères de sélection

Nous avons réalisé un échantillonnage en recherche de variation maximale.

Nous avons sélectionné des critères dont la variation était susceptible d'influer sur les attentes que pourraient avoir les patients au sujet des assistants médicaux. Ils ont été recueillis   l'aide d'un questionnaire d'échantillonnage, délivré juste avant de débuter l'entretien.

Nous avons fait varier ces critères lors de la sélection des participants, afin de recueillir les attentes les plus variées possibles. Ces critères sont l'APL 2018, l'âge, le sexe et le fait de consulter occasionnellement ou régulièrement un médecin généraliste.

Les résultats étaient inscrits dans un tableau au fur et à mesure des entretiens. Cela permettait de sélectionner chaque nouveau participant avec des critères différents de ceux des personnes déjà interrogées.

Dans le même tableau, nous avons fait apparaître d'autres informations concernant les personnes interrogées : leur métier, l'accès ou non   un moyen de transport personnel, la taille de la commune de résidence sous forme de catégorie et le fait d'avoir ou non à sa charge des personnes « dépendantes » sur le plan médical (enfants, personnes âgées, personnes handicapées...). Ces données étaient notées à titre informatif. Nous n'avons pas cherché à les faire varier volontairement.

Mode de recrutement

Chaque nouveau participant a été inclus après que l'entretien pr c dent a été analysé.

La sélection a été faite initialement par l'intermédiaire de personnes connues. Il leur était demandé de proposer l'entretien à une personne de leur connaissance, correspondant au profil recherché à ce moment-là, et acceptant l'entretien.

Par la suite, et par effet boule de neige, certains participants à l'étude ont eux-mêmes proposé spontanément de nouveaux participants potentiels, qui ont été inclus lorsque leur profil correspondait aux critères recherchés.

Prise de contact avec les participants

Les volontaires étaient contact s par la chercheuse, par téléphone dans un premier temps, pour présenter le déroulement de l'enquête et définir le mode, la date et le lieu de l'entretien.

5 Entretiens semi-dirigés

Le guide d'entretien

Un guide d'entretien a été déterminé avec 9 questions ouvertes (Annexe 1).

La première question concernait le déroulement de la dernière consultation du participant chez un médecin généraliste. C'était une question « brise-glace » choisie pour mettre le participant en confiance. Elle avait aussi vocation à ancrer au maximum l'entretien dans un

cadre réel, vécu par le patient. Elle n'était pas en rapport direct avec la question de recherche. Elle a évolué au fur et à mesure des entretiens. Elle a été supprimée lors du 4^{ème} entretien car les réponses apportées par les participants étaient longues et peu en rapport avec la question de recherche. Elle a été réintégrée au 5^{ème} entretien car son rôle d'entrée en matière nous a paru primordial pour mettre en confiance à la fois le participant et la chercheuse.

La question suivante faisait un état des lieux des connaissances des participants au sujet des assistants médicaux. Une fois cet état des lieux effectué, nous lisions au participant un résumé de ce qu'est un assistant médical.

Les 7 autres questions de l'entretien étaient posées après lecture de ce résumé. Cela permettait que chaque participant puisse contribuer, même s'il n'avait pas de connaissance antérieure relative aux assistants médicaux. L'ordre dans lequel les questions étaient abordées variait légèrement en fonction des échanges et des réponses apportées par le participant.

Le guide d'entretien a d'abord été testé de façon informelle auprès de la famille de la chercheuse, afin de vérifier la bonne compréhension des questions et discuter de leur intérêt. Il a ensuite été testé de façon formelle auprès d'une connaissance de la chercheuse. Ce premier entretien a été inclus dans le corpus.

Technique et lieu des entretiens

Lors du premier contact téléphonique, l'étude était présentée comme s'intéressant à l'organisation de la prise en charge en médecine générale. L'expression « assistant médical » n'était évoquée que la veille de l'entretien, par mail, dans le cas des entretiens faits par visioconférence. Elle n'était évoquée que le jour de l'entretien dans le cas des entretiens faits sur place.

Les premiers entretiens ont été faits en visioconférence, au moyen du logiciel Skype® en raison de leur organisation en période de confinement.

Les entretiens suivants ont été faits chez les participants, en extérieur, en respectant les règles de sécurité sanitaire.

6 Verbatims et analyse thématique

Verbatims

Un double enregistrement a été effectué lors de chaque entretien : le premier via une application smartphone « enregistreur vocal » et le second sur un dictaphone numérique « Olympus® WS-852 ».

Les entretiens ont été transcrits mot à mot par la chercheuse, sur son ordinateur personnel, en utilisant le logiciel Microsoft Word®. Ils ont été anonymisés. Chacun était répertorié par la lettre E suivie d'un chiffre.

En cas de doute sur un mot ou un groupe de mot, la portion d'enregistrement posant question était envoyée au participant pour vérification.

Le recrutement a été fait par l'intermédiaire de personnes connues de la chercheuse. De ce fait et sachant que les données de santé précises n'étaient pas primordiales à la compréhension des résultats, les données en question ont été cachées.

Analyse thématique des verbatims

L'objectif était de relever les idées fondamentales évoquées par les participants dans l'intention de les décrire et de les lister. Nous ne cherchions pas à les interpréter ni à les expliquer. C'est pourquoi nous avons choisi de faire une analyse thématique du corpus des verbatims.

Chaque entretien a été transcrit le jour même et/ou le lendemain quand la transcription était longue. Il était ensuite découpé par la chercheuse en fonction des thèmes évoqués par le participant. Les thèmes étaient libellés pour être au plus proche de l'expression de la personne interrogée. Tous les thèmes de l'entretien étaient listés dans un relevé de thèmes.

Pour chaque entretien, le relevé de thèmes a été soumis au participant afin d'avoir un retour critique et de vérifier l'absence d'erreur de compréhension.

Les 3 premiers relevés de thèmes ont été comparés entre eux en recherchant les relations entre les thèmes et les récurrences. Cette première comparaison a permis de hiérarchiser les thèmes et d'élaborer un premier arbre thématique.

L'analyse a été faite en continu : l'arbre thématique a été complété et modifié après chaque nouvel entretien avec chaque nouveau relevé de thèmes. Il représente les résultats de l'analyse thématique. Tout ce travail d'analyse a été fait sur le logiciel Microsoft Word®.

7 Dispositions légales

Code de la santé publique

Cette étude était une expérimentation en sciences humaines et sociales dans le domaine de la santé. A ce titre, et selon l'article R1121-1 du code de la santé publique (22), elle ne faisait pas partie des recherches impliquant la personne humaine.

Règlement Général sur la Protection des Données

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données, nous avons établi une fiche de conformité pour déclarer le traitement de données à caractère personnel et inscrire le protocole au registre des activités de traitement de l'université de Poitiers.

La déclaration et l'inscription ont été faites par l'intermédiaire de la déléguée à la protection des données de l'université de Poitiers, sous le numéro 202019.

Information aux participants, consentement et autorisation captation de voix.

Chaque participant à l'étude recevait avant l'entretien (la veille par e-mail, ou le jour même en main propre) une fiche d'information présentant la chercheuse, l'étude, le déroulement de l'entretien et l'utilisation qui serait faite des données (Annexe 2).

Chaque personne acceptant de participer à l'étude devait signer le formulaire de consentement et d'autorisation de captation de la voix.

Résultats

Notes pour la bonne lecture des citations :

- les paroles des participants sont notées en italique ;
- les interventions de la chercheuse sont notées sans italique ;
- les annotations ajoutées dans la citation pour une meilleure compréhension sont mises entre crochets ;
- les coupures de texte inutile à la bonne compréhension des citations sont notées : (...) ;

Elles concernent, dans la grande majorité des cas, des signes verbaux d'écoute : mmmh, oui, d'accord etc.

1 Caractéristiques de l'échantillon et des entretiens

L'échantillon

Les personnes sollicitées pour les entretiens ont toutes accepté de participer à l'étude. Le recrutement s'est fait au fur et à mesure.

La saturation des données a été atteinte lors du 11^{ème} entretien et validée par le 12^{ème} entretien.

Les caractéristiques des participants concernant les variables déterminées par la bibliographie sont répertoriées dans le tableau 1.

Les âges des participants à l'étude s'étalaient de 23 à 91 ans. La moyenne d'âge était de 49,7 ans.

Dans l'échantillon, l'accessibilité moyenne aux consultations de médecine générale, exprimé en indice APL, était de 2,1 consultations par personne et par an dans la commune la moins bien dotée en médecin généraliste. Elle était de 6,9 consultations par personne et par an dans la commune la mieux dotée en médecins généralistes.

Les communes étaient réparties comme suit en fonction des APL aux médecins généralistes : 2 sous-dotées ($APL \leq 2,5$), 6 moyennement dotées ($2,5 < APL \leq 4$) et 4 bien dotées ($APL > 4$).

Six patients déclaraient aller régulièrement chez le médecin, 6 déclaraient n'y aller qu'occasionnellement.

Les participants étaient tous actifs ou retraités, les actifs étant soit salariés soit entrepreneurs.

La population des communes de résidence était de 134 habitants pour la moins peuplée et 45606 habitants pour la plus peuplée.

Trois des participants avaient des personnes à leur charge pour les consultations médicales.

Tableau 1 : Caractéristiques des participants

Participant	Sexe	Age	Indice APL	Profession	Fréquence de consultation	Taille de la ville	Indépendance transport	Personnes à charge médicalement
E1	F	52	4,6	Conseiller immobilier	Régulière	> 10000	Oui	Non
E2	F	79	3,9	Retraitée - Agent de planning (secrétariat)	Régulière	> 10000	Oui	Non
E3	F	36	4,4	Agent niveau 2	Régulière	< 2000	Oui	Oui
E4	F	28	6,1	Coordinatrice export (commerciale)	Occasionnelle	> 10000	Oui	Non
E5	H	57	4	Directeur commercial	Occasionnelle	< 2000	Oui	Non
E6	H	52	2,7	Conseiller financier	Régulière	< 2000	Oui	Non
E7	F	23	2,1	Maraîchère	Occasionnelle	< 2000	Oui	Non
E8	F	91	2,5	Retraitée - Aide à la personne	Régulière	< 2000	Partielle	Non
E9	H	24	6,9	Conducteur de travaux	Occasionnelle	> 10000	Oui	Non
E10	F	40	3,4	AESH (Accompagnant des Elèves en Situation de Handicap)	Occasionnelle	< 2000	Oui	Oui
E11	H	40	3,4	Carrossier-Peintre	Occasionnelle	< 2000	Oui	Oui
E12	F	74	3,4	Retraitée - Mère au foyer - Aide sur propriété viticole	Régulière	<2000	Oui	Non

Notes : L'âge est indiqué en années ; la taille de la ville en nombre d'habitants (données initiales INSEE). L'indice APL est l'indice d'accessibilité potentielle localisée 2018 (données Drees), il représente un nombre de consultation accessible par habitant et par an pour un territoire donné (ici : commune). L'indépendance de transport est celle pour se rendre en consultation chez son généraliste. La participante 8 vivait isolée à la campagne et ne conduisait plus. Son médecin généraliste était à 6 km de chez elle. Elle y allait à vélo pour ses renouvellements de traitements et pouvait être accompagnée en voiture par un tiers si besoin.

Les entretiens

Les caractéristiques des entretiens sont récapitulées dans le tableau 2.

Tableau 2 : Descriptif des entretiens

Entretien	Date	Technique	Lieu	Durée	Validation du relevé de thèmes par le participant	Particularité
E1	30/04/2020	Skype	Chez elle	47	Oui	Enregistrement arrêté à 10 minutes
E2	04/05/2020	Sur place	Chez elle en extérieur	34	Oui	
E3	08/05/2020	Skype	Chez elle	34	Oui	
E4	12/05/2020	Skype	Chez elle	19	Oui	
E5	24/05/2020	Sur place	Chez lui en extérieur	35	Oui	
E6	03/06/2020	Sur place	Local de la mairie de la commune de résidence	48	Non	
E7	16/06/2020	Sur place	Chez elle en extérieur	24	Oui	
E8	19/06/2020	Sur place	Chez elle en extérieur	42	Oui	
E9	28/06/2020	Sur place	Chez ses parents en extérieur	32	Oui	
E10	08/07/2020	Sur place	Chez elle en extérieur	31	Oui	Fait avec E11
E11	08/07/2020	Sur place	Chez lui en extérieur	31	Oui	Fait avec E10
E12	23/07/2020	Skype	Chez elle	20	Oui	

Notes : la durée est indiquée en minutes.

Les entretiens E10 et E11 ont été réalisés en même temps. Il s'agissait d'un couple.

Les entretiens ont duré en moyenne 33 minutes : 19 minutes pour le plus court, 48 minutes pour le plus long.

Quatre des entretiens ont eu lieu par visioconférence Skype, 8 sur place.

2 Connaissances antérieures

Tous les résultats classés dans ce titre ont été obtenus avant d'expliquer aux participants ce qu'est un assistant médical. C'est un aperçu de ce qu'ils savaient avant l'entretien.

2.1 Mode d'information

N'en a jamais entendu parler

La majorité des participants n'a jamais entendu parler des assistants médicaux.

« Qu'est-ce que tu sais au sujet des assistants médicaux ? - *J'en n'ai jamais entendu parler.* » (E9)

La télévision ou la radio

« *j'en ai entendu parler brièvement, j'ai vu... une annonce à la télé, je sais plus, dans un journal télévisé ou dans une émission, je sais pas, justement, qui parlait, de l'émergence de ce... alors, je vois que vous l'avez appelé métier* » (E6)

De notoriété publique

L'une des participantes ne savait pas par quel biais elle en avait entendu parler.

« T'en as entendu parlé par quel biais en fait des assistants médicaux ? - *(Grande inspiration, air interrogatif) Je saurais pas te dire. Enfin, je sais pas. C'est comme des choses, on sait que ça existe mais je sais pas où je l'ai entendu. Enfin, oui, je l'ai déjà entendu mais je saurais pas...* » (E4)

2.2 Rôles de l'assistant médical

Quelques détails au sujet des rôles des assistants médicaux ont été donnés par les participants informés.

Ne savait pas quels étaient les rôles des AM

« *Euh... on a entendu ça à la télé. Enfin... L'année dernière il me semble mais je sais pas trop ce que c'est.* » (E1)

Prendre les rendez-vous

« *Pour moi, c'est... c'est quelqu'un qui est là pour assister pour la prise de rendez-vous* » (E4)

Préparer les patients

« *Pour moi, c'est... c'est quelqu'un qui est là pour assister pour [...] la préparation des patients* » (E4)

Assister le médecin

« *Pour moi, un assistant médical, en fait, c'est... Ben, ça porte bien son nom. C'est-à-dire que... Enfin je vois ça un peu, pas comme un secrétaire mais euh... Euh, ouais, c'est juste, il assiste le médecin.* » (E4)

Pas uniquement un rôle administratif

« Enfin non, assistants médicaux, non, ça doit être autre chose. Sinon ça serait assistant administratif. » (E5)

Idée erronée

A la fin de l'entretien, l'une des participantes qui pensait savoir ce qu'était l'assistant médical a noté qu'elle s'était trompée en partie.

« En fait, enfin... Je connaissais le terme mais je savais pas que c'était en libéral. Pour moi c'est... dans les hôpitaux. » (E4)

2.3 La fonction d'AM

Pas un « métier »

L'un des participants était surpris de l'utilisation du mot « métier » pour les assistants médicaux. Il avait compris qu'il s'agissait d'autre chose.

« alors, je vois que vous l'avez appelé métier mais on présentait pas ça comme un métier mais comme... Enfin, peu importe » (E6)

Pas un personnel administratif

Pour ce participant, la fonction des assistants médicaux ne pourrait pas être remplie par les personnels administratifs.

« Un nouveau métier dans... dans les cabinets médicaux, [...] mais qui pourrait pas non plus être pratiqué par euh... par un autre personnel type administratif » (E6)

L'AM était envisagé par rapport aux métiers existants

Certains patients se sont interrogés sur le statut de l'assistant. Sera-t-il entre l'infirmière et le médecin ou plus proche d'une secrétaire ?

« J'ai pas compris si ça se rapprochait de l'infirmière, ou plus du médecin que de l'infirmière ou... je sais pas. » (E6)

2.4 La formation d'AM

Interrogations sur la formation

Quelques participants se sont posé la question de la formation des assistants médicaux : qui seront les formateurs ? Par quoi ces études seront-elles sanctionnées ?

« C'est une formation diplômante ou ? » (E6)

Compétences requises

Un seul participant a évoqué le fait d'avoir entendu parler des compétences attendues pour les assistants médicaux.

« Et donc qui nécessiterait des... des compétences en médecine. » (E6)

2.5 Raisons de la création du métier d'AM

Difficultés à avoir des rendez-vous chez le médecin

« Si, en fait j'avais vu que c'était pour... Bon en fait les gens se plaignent de pas pouvoir avoir des rendez-vous chez les médecins » (E1)

Trop de tâches administratives pour les médecins

« Euh, j'en ai retenu (se redresse sur sa chaise) ... Ben j' imagine que les médecins sont comme énormément de professions, bouffés par les tâches administratives » (E5)

2.6 Objectifs de la création du métier d'AM

Alléger le médecin en déléguant

« Que ça allait être un nouveau métier pour euh... alléger la charge des médecins de quelque chose qui pouvait être fait par quelqu'un d'autre. » (E2)

Suppléer le médecin dans son action quotidienne

« on se situe bien dans la perspective de création de ce nouveau métier d'assistants médicaux qui viendraient suppléer le médecin généraliste euh... dans son action au quotidien en fait ? » (E6)

Voir plus de patients par jour

« Peut-être dans le but d'assouplir et de pouvoir prendre plus de patients dans la journée pour le médecin » (E2)

2.7 Intérêt du patient pour le sujet

Peu d'intérêt pour la question des AM

L'un des participants était peu intéressé par la question des assistants médicaux :

« Ça c'est ce que vous avez retenu de... ce que vous aviez entendu à la radio quoi ? - Ouais . J'ai pas très... fait attention hein. C'est pas mon métier donc euh... Chaque métier a ses propres soucis et... chaque métier est bouffé par les tâches administratives, donc euh... » (E5)

3 Attentes concernant les rôles de l'AM

Des rôles potentiellement très variés

Pour certains participants il n'y avait pas de restriction à ce que l'AM pouvait faire :

« Mais est-ce qu'il y a des limites dans les choses qui pourraient être déléguées à l'assistant selon vous ? (...) Non, ça ne me posera pas de problème. » (E12)

Un patient envisageait que l'AM fasse l'examen clinique

« Que ce soit pour une angine ou autre ou... quand il regarde dans les oreilles, ou qu'il écoute la respiration ou qu'il prend le rythme cardiaque. Ce genre de choses. Peut-être que ça pourrait être exécuté par cette personne-là » (E9)

L'intervention de l'AM serait variable en fonction du motif de consultation

Une participante a pris pour exemple sa dernière consultation chez le médecin généraliste :

« moi, c'était vraiment purement médical donc euh j pense pas que... un assistant serait intervenu. » (E10)

3.1 Importance du rôle du médecin dans le choix des tâches à déléguer

« Enfin, je ferais confiance au médecin quoi. Donc tout ce qu'il confie à l'assistant médical, qu'il estime que l'assistant médical peut faire pour lui, je suppose que ça ne me dérangerait pas que ce soit lui qui le fasse quoi. Plutôt que mon médecin. » (E9)

3.2 Rôle administratif

3.2.1 Prendre les rendez-vous

« c'est quelqu'un qui est là pour assister pour la prise de rendez-vous » (E4)

3.2.2 Gérer le dossier médical

Remplir et contrôler les informations administratives

« Qu'est-ce que tu accepterais facilement qui soit délégué à l'assistant médical ? - Ben toute la partie paperasse euh... contrôler, comme on disait, le dossier administratif » (E9)

Ça me fait penser à l'orthoptiste quand on va chez l'ophtalmo : il remplit les papiers, l'adresse... (E1)

Tenir le dossier médical à jour

« Quand on rentre dans le bureau du médecin, [...] Il prend notre carte vitale, et il doit vérifier euh soit les dernières consultations qu'on a faites, ou ce qu'il s'est passé, dans notre dossier médical, depuis la dernière fois qu'on s'est vu je suppose ? [...] Est-ce qu'il a besoin de le consulter personnellement ou est-ce que l'assistant médical peut s'en charger ? » (E9)

Vérifier les vaccinations et les dépistages

« on emmène même plus notre carnet de santé. Donc ce serait bien ouais, qu'il y ait un suivi [des vaccins] » (E10)

Développer le dossier médical partagé en en confiant le renseignement à l'AM

« ... Par exemple si, si le dossier euh... médical se développait un peu plus ? [...] - Vous parlez du dossier médical partagé là ? Celui qui est sur la carte vitale ? - Ouais, ouais, ouais. [...] Et peut-être que ça, si on le mettait en place et si on le généralisait, il faudrait qu'il y ait une action plus particulière du médecin. Il faudrait qu'il prenne le temps de renseigner tout ça. Peut-être que, dans ce cas, un assistant qui aurait des compétences un peu plus médicales que la secrétaire médicale, peut-être qu'il serait... Justement ! Peut-être que ça serait son activité principale ? » (E6)

3.2.3 Gérer le règlement de la consultation

« ça peut être lui qui gère les règlements de la consultation » (E9)

3.2.4 Gérer tout ce qui concerne les contrôles administratifs

« ... Pour moi c'est l'allègement des tâches administratives quoi. J'imagine qu'aujourd'hui ils [les médecins] sont contrôlés de partout enfin... Ils ont des machins, des trucs et cætera. Voilà. » (E5)

3.2.5 Ressemblait au rôle de la secrétaire médicale

« Honnêtement je vois pas la différence avec un secrétaire médical » (E4)

3.3 Rôle dans la régulation des consultations

L'AM pourrait déterminer le degré d'urgence de la consultation pour adapter le délai de prise en charge des patients.

« Mais peut-être que ça pourrait être un rôle de ce... de cet assistant médical, c'est-à-dire [...] en quelque sorte, essayer de, d'avoir une idée du... du délai d'urgence » (E6)

Avancer la consultation si nécessaire pour éviter des complications potentielles

« C'est-à-dire que, à l'inverse, on peut dire : « bon ben le médecin, il est pas dispo, je vais attendre 3-4 jours qu'il le soit pour aller le voir, je vais pas l'embêter. Mais peut-être que si on avait déjà eu un avis médical avant, on aurait évité, peut-être, quelques fois, des situations compliquées. [...] Alors si, si vraiment, moi, j'avais quelque chose à attendre de ce métier-là [assistant médical] ce serait peut-être ce rôle-là. » (E6)

Ou pouvoir rassurer le patient dès le premier contact téléphonique

« Quand on est malade, et même si on n'est pas complètement hypochondriaque, il peut y avoir des moments où on a juste besoin d'être rassuré » (E6)

Mais le médecin remplirait mieux ce rôle

« Je suis bien sûr après qu'il y aura jamais mieux que notre médecin pour être en capacité de dire si (rires) s'il faut une intervention rapide ou pas. » (E6)

3.4 Rôles le jour de la consultation

3.4.1 Professionnel vu avant le médecin

La plupart des participants imaginaient une intervention de l'AM en amont de la consultation du médecin.

« Il [l'AM] ferait le début et puis l'autre [le médecin] finirait » (E12)

Comme en médecine du travail

« comme pour les visites médicales de travail aussi. Tu vois une personne qui va te prendre les urines, qui va te faire la tension. Et après, on doit patienter dans la salle d'attente pour aller après chez un autre médecin. » (E11)

Nécessité d'un local à part, en lien avec les cabinets des médecins

« Ouais dans ma tête je me dis que s'il y a une assistante médicale qui a un petit cabinet à elle, à côté [...] qui est en lien avec les médecins... » (E3)

Aller chercher le patient en salle d'attente

« Je le vois bien arriver en salle d'attente, déjà MOINS patienter » (E3)

3.4.2 Interrogatoire

3.4.2.1 Première approche

L'assistant médical pourrait faire une « première approche » (E3) en interrogeant le patient pour recueillir les informations de base :

« « Bonjour, vous venez pour quoi ? » (l'assistante médicale), donc je lui dis « parce que mon enfant a de la fièvre depuis 3 jours euh ... Il ne mange plus, il a du mal à boire euh... » voilà. Combien il pèse, euh combien il mesure... Ok, je lui donne toutes les informations de base » (E3)

3.4.2.2 Difficultés à aborder certains sujets avec l'AM

Les participants étaient nombreux à avoir mentionné qu'il pourrait être compliqué de se livrer à l'assistant médical pour certaines choses.

Avoir des limites à l'interrogatoire par l'AM

Je ne sais pas comment l'assistant médical pourrait savoir quand s'arrêter. (E1)

Ne pas parler de sujets délicats ou personnels avec l'AM

« Aborder des sujets délicats avec eux ? Non ! » (E3)

3.4.2.3 Le médecin devrait rester le seul interlocuteur dans certaines circonstances

Pouvoir choisir de ne pas dire à l'AM

« Je pense que si on ne le dit pas à l'assistant médical, ça changera pas forcément les constantes qu'il aura pris. Ça annulera pas forcément tout son travail. Le dire à l'assistant médical, ça complètera son travail mais c'est pas forcément nécessaire si on veut pas le dire à l'assistant médical. » (E9)

Un seul interlocuteur, de préférence le médecin

« Mais si t'as des antécédents, que t'as quelque chose qui va pas, j'ai pas envie que la terre entière soit au courant quoi. J'ai juste envie que UNE personne de confiance soit au courant. Et en l'occurrence c'est MON médecin traitant. » (E3)

Problèmes ressentis comme honteux ou intimes

*« j'ai pas envie de parler de ***[mes soucis] à tout le monde [...] Non mais les soucis, je parle... vraiment, tu vois... intimes, vraiment très personnels. » (E10)*

Problèmes de santé grave

« Et il y a des choses pour lesquelles ça vous embêterait de parler à quelqu'un d'autre qu'à votre médecin ? - ... ça dépend. Si vous avez une maladie grave, si vous avez quelque chose à parler... Peut-être que... Je sais pas, pour le moment, j'ai pas eu. » (E12)

Problèmes psychologiques

Et si l'assistant était avec vous pendant toute la consultation [...] par exemple pour noter sur l'ordinateur pendant que le médecin, lui, vous examine ? Non, surtout pour des choses psychologiques. (E1)

3.4.2.4 Redondance

Le fait d'être interrogé par un assistant en préconsultation impliquait pour certains patients un risque de devoir se répéter.

Le médecin devrait reposer les questions

Je ne vois pas le médecin ne pas reposer les questions. (E1)

Le patient devrait se répéter

« Non, ça, ça me dérangerait de... de répéter 2 fois la même histoire » (E4)

3.4.2.5 Interrogatoire et examen clinique pas toujours séparés dans le temps

L'un des participants a abordé le fait qu'en pratique, une partie de l'interrogatoire était faite par son médecin au cours de l'examen clinique.

« C'est à dire que, au moment où il prend la tension, le temps qu'il fasse ses bricoles, son machin, son truc, il peut parler aussi. Demander si ça va, demander si on est fatigué, demander euh... parler de mon surpoids... » (E5)

3.4.3 Etablir une « fiche technique » pour le médecin

La moitié des personnes interrogées a évoqué la prise des constantes qui pourrait être faite par l'assistant médical.

« Alors que SI on lui libère un peu de temps à travers une assistante médicale qui, elle, effectue la tension, le poids euh... Enfin, qui établit une fiche technique en fait de pourquoi je viens » (E3)

Température, pesée

« Est-ce qu'il y a des choses [...] qui ne te dérangeraient pas qu'elles soient faites par un assistant médical plutôt que par ton médecin ? - Mmmh, euh... Ben, tout ce qui est euh, ouais : prise de température, prise de poids, à la limite... » (E4)

3.4.3.1 Avis divergents au sujet de la tension

Certains participants ne voyaient pas d'inconvénient à ce que la tension soit prise par l'assistant médical. Pour d'autres, au contraire, il était important que cela reste fait par le médecin.

L'AM pourrait prendre la tension

« La prise de tension et la prise de température, on le fait déjà nous-même, chez nous, si besoin, quand on a un tensiomètre qui est prescrit et que... un spécialiste nous demande de faire des prises régulières alors... je vois pas pourquoi un assistant médical pourrait pas le faire. » (E9)

La tension devrait rester un acte fait par le médecin pour certains (2 : 2-8)

« pour la tension. Il [le docteur] ne va pas se rendre compte. Elle [l'AM] va lui dire... - enfin, elle ou quelqu'un d'autre – elle a 15/16 ou... et je trouve que si lui-même la prend ça devrait le renseigner mieux que de dire après. » (E2)

3.4.3.2 Limites de la « fiche technique »

« Moi, je trouve que lui [le médecin], faisant les choses, se rend mieux compte que si c'est quelqu'un qui les dit. » (E2)

3.4.4 Rôle pendant la consultation

Déléguer l'ensemble de l'examen clinique à l'AM

C'était une possibilité envisagée par l'un des participants.

« Ben toute la partie qui se fait en général sur la... dont je parlais tout à l'heure, sur la... table d'auscultation. [...] que fait le médecin. Que ce soit pour une angine ou autre ou... quand il regarde dans les oreilles, ou qu'il écoute la respiration ou qu'il prend le rythme cardiaque. Ce genre de choses. Peut-être que ça pourrait être exécuté par cette personne-là pour accélérer le... enfin, pour réduire le travail du médecin ? » (E9)

Aider les patients qui le nécessitent

« l'assistant serait là pour accompagner le médecin... et accompagner aussi la patiente âgée pour enlever un vêtement ou l'asseoir sur la table [...] même tenir un enfant, aussi, si il bouge trop, le calmer » (E11)

Présence permanente inopportune

Si l'AM avait pour mission d'assister le médecin au cours de la consultation, cela pourrait poser problème.

« Ça veut dire que, déjà, dans le cabinet ils seraient 2 ? En consultation, il y aurait l'assistant qui pourrait euh... ? [...] Euh... ça, ça me dérangerait moi ouais ! »(E10)

Pratiquer les tests diagnostiques

Les participants qui ont évoqué les tests diagnostiques ne voyaient pas d'inconvénient à ce qu'ils soient délégués à un assistant.

« Oui, voilà, ça, ce genre de tests pour les angines, oui, non, bien évidemment. On va dire n'importe qui peut le faire. » (E4)

Une des personnes interrogées a émis une nuance : il ne fallait pas que le test soit ressenti comme étant invasif pour le déléguer.

« Mettre le coton dans la gorge, honnêtement, j' préfère que ce soit mon toubib quand même hein ! [fait une grimace] » (E5)

Faire un diagnostic : l'apanage du médecin

« Est-ce qu'il y a des choses que tu penses qu'il ne faudrait absolument pas déléguer par contre ? - Hum... ben donc la pose de diagnostic. Parce que c'est vrai que ça pourrait être dangereux de confier ça à... de laisser quelqu'un déduire des choses alors qu'il a pas fait d'études médicales. » (E7)

3.4.5 Rôle en fin de consultation

3.4.5.1 Préparer ou renouveler l'ordonnance

Ce sujet a été abordé par peu de personnes mais ne faisait pas l'unanimité.

Certains envisageaient que les ordonnances soient rédigées ou même renouvelées par l'assistant.

« et éventuellement après que ce soit l'assistante médicale qui – je sais pas si elle peut mais...- faire l'ordonnance derrière. » (E3)

« De toutes façons, quand j'y vais, ce serait un assistant, il me renouvelle ma... mon ordonnance et puis c'est tout. Un assistant peut aussi bien le faire que le médecin. » (E12)

Une autre n'envisageait pas que les prescriptions puissent être faites par quelqu'un d'autre que le médecin.

*« Qu'est-ce que je laisserais pas... (silence) ben... (silence) ouais : toutes les prescriptions, je les laisserais pas, évidemment, à une assistante médicale. »
(E7)*

Pour un autre participant, les échanges qui ont lieu pendant l'établissement de l'ordonnance par le médecin avaient un rôle thérapeutique.

*« est-ce que le fait de pouvoir discuter quand il établit l'ordonnance, ça participe aussi à la relation avec le médecin, et donc au potentiel de guérison. »
(E6)*

3.4.5.2 Transmettre au patient des informations venant du médecin

Cette possibilité de transmission d'information a été soulevée par l'un des participants.

Récapituler la consultation

« Quand on arrive en fin de consultation et qu'on règle, il nous donne les ordonnances et puis il refait un topo sur ce qu'il a prescrit comme... sur l'ordonnance, sur la suite à avoir : est-ce qu'on se revoit dans 2 mois, dans 6 mois dans... est-ce qu'on fait des tests entre les 2, voilà. L'assistant médical peut se charger de ça aussi. » (E9)

Expliquer les ordonnances données hors consultation

« souvent les médecins laissent des ordonnances dans les salles d'attente [...] dans des enveloppes que les clients, que les patients viennent récupérer [...] Peut-être que... plutôt que... pour des gens qui sont inquiets ou qui ont des questions à poser et qui voient pas le médecin à cette étape-là, ben ça pourrait être bien d'avoir à faire à un assistant médical pour... pour lui poser des questions ou refaire le point là-dessus si ça n'a pas déjà été fait avec le médecin. » (E9)

Comme les secrétaires des médecins spécialistes

« quand on va voir un spécialiste, au final, il y a un certain nombre d'informations qui nous sont retranscrites par l'intermédiaire de la secrétaire aussi. » (E9)

3.5 Rôle dans l'organisation des soins autour du patient

3.5.1 Coordination avec les autres intervenants du domaine médical

3.5.1.1 Accompagner le patient dans les démarches

Il pourrait aussi servir à accompagner les patients dans les démarches. Par exemple, si on a une intervention chirurgicale de prévue, vérifier qu'on a bien fait les démarches, qu'on a bien pris rendez-vous avec l'anesthésiste... (E1)

Aider à la prise de rendez-vous chez les spécialistes

« Je sais que ce qui est la galère, c'est de prendre les rendez-vous euh ... avec les spécialistes. [...] Donc peut-être, à l'aide de prise de rendez-vous. Mais encore... euh... Je sais pas si Doctolib se généralise beaucoup en ce moment ? » (E5)

Faire un lien avec les autres corps de métier

« c'est [...] faire un lien avec d'autres corps de métier, qui m'aurait été utile pour mon problème particulier. » (E7)

3.5.1.2 La coordination n'est pas délégable en totalité

Informations nécessaires au médecin pour un bon suivi

« Il se trouve que là, à X, je suis tombé sur un généraliste qui a voulu prendre ça en charge. Et s'assurer que... que mes rendez-vous avec les différents spécialistes étaient bien pris et qu'il y avait une coordination de tous les intervenants dans... dans le suivi de ma santé. [...] J'allais dire : PEUT-ÊTRE que l'assistant pourrait faire ça. Euh... il pourrait faire ça peut-être pour la partie administrative uniquement, pour s'assurer que les rendez-vous sont bien pris. Mais, le médecin, il a quand même BESOIN d'avoir en tête, je pense, aussi, les opinions, les avis des uns et des autres. [...] pour continuer à suivre en toute connaissance de cause le patient qu'il a ... qu'il a pris sous son aile ou à sa charge. » (E6)

3.5.1.3 Conseiller les patients sur les autres professionnels de santé à consulter

Bien connaître le réseau de soin du secteur

« Tu vois, quand il y a eu besoin des radios du cœur pour A., on savait pas trop... On avait été galoper sur Bordeaux alors qu'on avait ça pas très loin enfin... [...] [s'il y a une personne] qui pouvait centraliser toutes ces infos-là, ouais, ce serait pas mal. » (E10)

Connaître les caractéristiques des spécialistes pour bien conseiller les patients

« me donner des contacts. M'orienter, directement, vers un... vers tel ou tel praticien, et me donner le contact directement. Ça aurait pu être pratique. Au lieu que ce soit moi qui fasse mes recherches de savoir qu'est-ce qui peut concerner mon problème, c'est-à-dire plein de choses et... quel, quel médecin aller voir. Et... lesquels connaissent, déjà, mon symptôme parce qu'il y en a plein que j'ai vu qui ne connaissent pas » (E7)

Le médecin serait plus efficace

« je sais pas s'il [l'AM] sera aussi efficace, en terme de choix, que le médecin lui-même quand il... qui peut-être connaît MIEUX les capacités des spécialistes à gérer ce qu'il a identifié... » (E6)

3.5.2 Rôle d'assistant du patient

Il pourrait être comme... un assistant quoi. - C'est un assistant ! (sourire) - (sourires) Oui mais c'est l'assistant du médecin, moi je voulais dire un peu comme l'assistant du patient. Mais ça ferait peut-être beaucoup. Mais pour les choses importantes... (E1)

3.5.2.1 Vérifier la prise des rendez-vous non urgents

Si on a un examen de prévu... Pas si c'est en urgence parce que quand c'est urgent, on sait ce qu'on a à faire. Mais quand c'est à faire dans quelques temps. Vérifier qu'on a bien pris rendez-vous pour tel examen... (E1)

3.5.2.2 Vérifier que les examens sont faits

*« Je vote que l'assistant médical ait un planning avec le suivi de tes prises de sang, et qu'elle t'envoie un petit message ou un petit rappel en disant :
« Ecoutez, vous étiez censée faire une prise de sang la semaine dernière, j'ai toujours pas les résultats qui sont tombés euh... Est-ce que vous l'avez faite ? Est-ce que vous avez renoncé ? Est-ce que vous avez simplement oublié ? Là oui, ça peut être bien. » (E3)*

Soutenir et rassurer le patient si nécessaire

« Je pense qu'il y a beaucoup de personnes qui sont dans ce cas aussi quoi. Qui ont peur des résultats et qui ne font pas. [...] Et avoir quelqu'un derrière et se sentir soutenu ça peut être bien. » (E3)

3.5.2.3 Suivre les examens faits

« Genre une prise de sang, qu'elle ait les résultats d'une prise de sang, pour pouvoir éventuellement m'appeler pour revoir mon médecin traitant parce qu'il y a quelque chose qui va pas : oui. » (E3)

4 Attentes concernant le profil de l'AM

4.1 Compétences attendues

4.1.1 Formation

La formation des assistants a été évoquée succinctement par quelques participants.

La valeur de l'AM dépendrait de sa personnalité et de sa formation

« Est-ce que l'autre personne [l'AM] pourra peut-être aussi, hein, assurer le mieux-être des patients sur cette partie-là ? Encore une fois, ça va dépendre des personnes qu'on aura en face [...] Puis des fois, des formations et puis des, des cursus des uns et des autres. » (E6)

Avoir quelques compétences médicales

« un assistant qui aurait des compétences un peu plus médicales que la secrétaire » (E6)

Pas de formation médicale particulière

« pour moi c'est pas quelqu'un qui a une formation médicale » (E4)

4.1.2 Grande disponibilité

« Ce qui serait bien, voilà. C'est qu'il soit euh... très très disponible. » (E6)

4.1.3 Professionnalisme

« Qu'est-ce que vous attendriez, personnellement, vous, de l'intervention de cet assistant ? - Qu'il s'occupe bien de moi. » (E8)

4.1.4 Compétences en communication

« Il aura peut-être aussi les bons mots pour avoir une première approche avec le patient, pour le rassurer un minimum. Faire une petite, une petite entrée en douceur. » (E3)

4.1.5 Compétences comportementales - Attitudes

« c'est sûr que je verrais plus le métier d'assistant médical comme du relationnel, enfin, je verrais aussi une bonne part de relationnel dans le métier d'assistant médical » (E9)

Importance de la personnalité de l'assistant médical

« Qu'est-ce que vous attendriez, personnellement, vous, de l'intervention de cet assistant ? - Ben qu'il soit aimable d'abord. » (E8)

Avoir conscience que le patient est un individu

« Moi, je sais que mes relations avec les médecins, je les vis différemment suivant l'attention qu'ils me portent en tant qu'individu. Euh... (rire) je suis pas seulement quelqu'un à soigner. Je suis A.B. Euh... Voilà. Je pense que c'est aussi important que, lui [l'AM], il ait conscience de ça. » (E6)

Être rassurant

« Lui [l'AM], il est là pour faire quelque chose, si il me rassure dans sa pratique, [...] il n'y a pas de raison que ça ne se passe pas bien. » (E6)

Être doux et bienveillant

« tu sais que t'as une personne bienveillante [l'AM] du côté de la médecine qui veille un peu sur toi quoi. » (E3)

4.2 Secret professionnel au même titre que les autres intervenants en santé

Trois participants ont évoqué clairement le secret professionnel.

« Parce qu'une infirmière, elle n'a pas... elle a un secret professionnel... Tout le monde a un secret professionnel, donc ils [les AM] doivent aussi avoir un secret professionnel » (E2)

4.3 Relation du patient avec l'AM

4.3.1 Relation avec l'assistant différente de celle avec le médecin

Relation ancienne avec le médecin, pas avec l'assistant

« Enfin, j'imagine mal une assistante médicale arriver - alors que ça fait 10 ans que je vois mon médecin traitant - arriver comme ça et qu'elle espère une relation euh... la même relation que j'ai avec le médecin quoi. » (E3)

La place de l'AM par rapport au médecin posait question

Une des participantes imaginait l'assistant médical plus proche du médecin que du patient.

« L'assistante médicale, elle est proche du médecin, elle est pas censée être proche du patient. Enfin, à mon sens. » (E3)

Un autre pensait que l'AM pourrait parfois mieux appréhender les problèmes des patients que le médecin. Les longues études du médecin pourraient en effet l'empêcher de comprendre certaines inquiétudes des patients.

« Il n'a pas l'expérience du médecin, il n'a pas fait 8 ans d'études, il est plus proche de... de « nous » que le médecin, qui lui, est sachant et qui aura pas forcément, qui arrivera pas forcément à se mettre à la place du patient. » (E9)

L'AM peut-être plus accessible que le médecin pour les patients timides

« Pour les gens, peut-être un peu timides, c'est peut-être bien... Ou qui ont... peur de parler de certaines choses. - D'avoir quelqu'un d'autre que le médecin à qui se confier ? Oui, il y a des gens que ça peut gêner peut-être, je sais pas. » (E8)

4.3.2 Confiance moindre qu'en son médecin

« Mais j'aurais plus confiance en les paroles d'un médecin traitant que d'une assistante médicale. Personnellement. » (E3)

Réception des informations données par l'AM au patient influencée par cette confiance limitée

« C'est-à-dire que l'assistante médicale, si elle me donne des informations pour me rassurer, je ne les capterais pas [...] Je ne les prendrais pas sérieusement en compte quoi. » (E3)

Difficultés à se confier autant qu'au médecin

« Ça c'est sûr que moi, personnellement, je pourrais pas euh... me confier autant. » (E3)

4.3.3 Situation potentiellement évolutive

Augmentation potentielle de la confiance avec le temps

« si le métier vient à se développer, et, j'en sais rien, peut-être que j'aurai une confiance en elle aussi, ou en lui et euh... et je me lâcherai. Mais là, à première vue, c'est pas ce que j'imagine quoi. » (E3)

L'assistant médical pourrait favoriser la confiance du patient par son comportement

« Après, c'est des confiances entre êtres humains. Lui, il est là pour faire quelque chose, si il me rassure dans sa pratique, si... » (E6)

5 Effets attendus de l'intervention de l'AM sur la prise en charge en médecine générale

5.1 Possibles effets bénéfiques

5.1.1 Meilleure tenue du dossier médical et du dossier médical partagé

Améliorer la fiabilité du dossier médical partagé

« Euh... et peut être que le moyen de développer ce genre de chose-là, de la fiabiliser et de montrer l'intérêt pour les patients, ça serait que ça soit pris en charge par quelqu'un qui s'en occupe pleinement. - Vous parlez du dossier médical partagé là ? Celui qui est sur la carte vitale ? - Ouais, ouais, ouais. » (E6)

Pour améliorer l'efficacité de la prise en charge

« Mais quand même : en terme d'efficacité médicale, je veux dire, le fait d'avoir des infos sous les yeux quand vous connaissez pas le patient, c'est quand même bien. Et... et si on se fout en l'air avec sa bagnole au bord de la route, le médecin généraliste qui vous connaît, il est pas là hein ! [...] C'est un type qui doit prendre une décision de suite hein ! Et il faut pas qu'il se gourre dans la décision qu'il va prendre. Donc... si avec son smartphone, ou l'ordinateur qu'il a dans le camion, il arrive à avoir toutes les données pour prendre la bonne décision, c'est quand même mieux, je trouve hein ? » (E6)

Et améliorer la sécurité de la prise en charge

« si un médecin est en train de me traiter quelque chose, euh, qu'il a ça comme idée en terme de traitement, il faut qu'il ait la possibilité, DE SUITE, de savoir si j'ai déjà été traité pour ça, s'il y a des effets secondaires ou pas sur le

traitement, est-ce que ce sera le plus approprié ou pas [...] Ou quel risque il peut prendre si jamais il choisit ce type de traitement là. » (E6)

5.1.1.1 Faciliter le travail du médecin en tenant à jour le dossier médical

Comme ça le médecin aurait accès à tout dans son ordinateur. (E1)

5.1.1.2 Utilité en cas de changement de médecin

Moi j'ai dû changer de médecin, alors c'est vrai que ça serait bien, pour le dossier. Ça demanderait beaucoup de travail au début, enfin, la première fois, mais après, ce serait plus facile. (E1)

5.1.2 Gain de temps

« si on analyse brutalement les choses et qu'on met pas d'humain dedans, oui, évidemment, est-ce que c'est au médecin de taper une ordonnance ? Non. Il... je sais pas moi : il prend son dictaphone et il dit « bon, vous me tapez une ordonnance avec ça, ça et ça » et ça, ça lui prend 10 secondes. Taper une ordonnance c'est 5 minutes. [...] Donc évidemment, à la fin de la journée, euh... 5 minutes converties en 10 secondes, ça va faire quelques minutes quand même. » (E6)

5.1.2.1 Améliorer les temps d'attente pour les patients

Raccourcir les délais de rendez-vous

« Il [l'AM] pourrait aider de façon à ce qu'on puisse aller plus souvent euh... avoir moins d'attente pour aller au cabinet médical. » (E12)

Diminuer l'attente en salle d'attente

« Ya moins d'attente aussi, c'est pas mal » (E3)

Mais cette attente n'était pas toujours ressentie comme problématique.

« évidemment, si ça permet d'avoir moins de temps d'attente... le jour du rendez-vous – encore que ça, ça, on finit par le gérer hein quand même » (E6)

Diminuer l'anxiété de l'attente

« Je pense que ça permettrait d'avoir des, des temps d'attente avec une plus grande sérénité. [...] Je, je sais, enfin, peut-être que j'en fais partie d'ailleurs mais, je sais qu'il y a des gens qui angoissent entre le moment où ils ont appelé le médecin et le moment où ils pourront aller le voir. » (E6)

5.1.2.2 Augmenter la disponibilité du médecin

Décharger le médecin

« Ça soulagerait déjà le médecin. Donc pour les médecins, ça serait ? - Moins stressant, et moins... moins... les journées un peu plus... douces on va dire. Parce qu'elles sont hard les journées. Et je pense que ça soulagerait pas mal le médecin. » (E11)

Temps pour être plus proche et plus à l'écoute du patient

« Mais voilà : moi, pour moi, l'assistante médicale, c'est vraiment qu'elle permet de lâcher du temps un petit peu au médecin pour que le médecin soit plus PROCHE et plus à l'écoute de son patient. » (E3)

Temps pour avoir une vue plus globale des dossiers des patients

« Si le médecin est un peu plus dispo... euh... si on lui enlève de la routine au médecin, est-ce qu'il aura... Est-ce qu'il se permettra d'avoir une vue plus globale ? » (E5)

Temps pour faire plus de consultations

« Effectivement, ça peut alléger le travail du médecin et lui permettre [...] de voir plus de patients dans la journée. » (E9)

Et recevoir plus fréquemment les patients qui en ont besoin

« les gens qui ont besoin de voir plus souvent leur médecin et que les médecins peuvent peut-être pas trop accepter [...] peut-être que là, ça pourrait être utile pour eux pour leur permettre de voir plus leur médecin. » (E9)

5.1.2.3 Se concentrer sur son travail de médecin

Peut-être que le médecin [...] pourrait se concentrer sur son travail de médecin. (E1)

Un travail technique

« le cœur du métier du médecin, en gros, c'est... Tu disais : tout ce qui est technique ? - Ben c'est l'analyse des symptômes, la prescription de médicaments ou prescrire euh... pour un médecin généraliste euh... ben d'aller voir un spécialiste, ou quel spécialiste aller voir, ce genre de choses. Vraiment la... ben... le diagnostic en fait. » (E9)

Rassurer et conseiller

« LE médecin traitant (qui) arrive, (qui) se concentre que sur la consultation-même et qu'après, on ait un petit temps d'échange pour rassurer si besoin, pour donner des conseils, vous voyez » (E3)

Que le médecin fasse ce pour quoi il a été formé

« C'est plus pour que les médecins, comme beaucoup de professions, mais les médecins en particulier, se consacrent à leur job et à ce pourquoi ils ont été formés quoi. » (E5)

5.1.3 Les avantages d'un travail en équipe

Deux personnes pour s'occuper du patient

« t'as double euh... Dans ma tête c'est que t'as double personne qui s'occupe de toi en gros. » (E3)

Sécurisant comme une équipe hospitalière

« c'est comme si : tu vas dans un hôpital, tu as tout un personnel autour de toi, tu te sens en sécurité, tu te sens... à ta place si t'es pas bien » (E3)

Complémentarité entre le médecin et son assistant

« Va savoir, y même peut-être des trucs que l'assistant du médecin verrait ou penserait alors que le médecin aurait peut-être oublié tellement qu'il a de... » (E11)

Bénéficier de deux avis

« Peut-être que l'assistant, il aura aussi ses expériences à lui et qu'il pourra euh... Il aura forcément une vision différente de celle du médecin. » (E9)

Echanges entre le médecin et l'AM pour une meilleure prise en charge

« il y aurait peut-être un échange, vous voyez, entre l'assistante médicale et le médecin sur certaines décisions ou sur certains suivis qui pourrait être euh... un peu rassurant. » (E3)

Envisager d'autres solutions

« t'as 2 personnes autour de toi qui euh... qui ont le même discours, ou pas. Et s'ils n'ont pas le même discours, qui peuvent en débattre et euh... qui peuvent éventuellement te proposer d'autres solutions. » (E3)

5.1.4 Avoir un rendez-vous complet systématique

« en général on prend quand même les signes vitaux. La tension, les trucs comme ça ? Peut-être que même si c'était pas UTILE, l'assistant médical aurait pu COMPLETER le rendez-vous, en la prenant quand même. Ça et puis d'autres... je sais pas s'il y a d'autres pratiques de base que la prise de tension qui servent à avoir des choses faciles et utiles ? » (E7)

Avoir un récapitulatif des constantes à chaque consultation

« Ça pourrait être utile d'avoir un petit récap à chaque visite, même si ça concerne pas ça forcément. » (E7)

Permettrait de ne pas méconnaître un problème

« j'ai pas de problème qui concerne ça [la tension]. Si ça se trouve, j'aurais eu un problème ou, la baisse de tension, des trucs comme ça, mais que j'arrivais pas à l'identifier, ça aurait pu faire partie de mon problème et à ce moment-là on l'a pas prise. Donc ça aurait pu manquer VRAIMENT. » (E7)

5.2 Possibles effets négatifs

5.2.1 Disparition possible des secrétaires médicales

L'un des participants pensait que l'AM pourrait remplacer la secrétaire.

« Mais bon, à terme, peut-être que les secrétaires médicales n'existeraient plus alors hein » (E6)

5.2.2 Risque de perdre en simplicité

« Seulement il faut pas que... que ça alourdisse un peu tout le système » (E8)

5.2.3 Risques liés à la diminution du temps passé avec le médecin

« Ce qui m'embêterait, c'est que quand tu restes un quart d'heure dans le cabinet d'un médecin, que d'un coup, ça soit réduit à 5 minutes. » (E5)

5.2.3.1 Importance de prendre le temps de rapports humains

Pour la majorité des participants, le temps que le médecin passait avec eux avait de la valeur car il permettait de créer une relation humaine et pas uniquement technique.

« il y a un prix à payer : c'est l'attente entre deux patients parce qu'il [le médecin] prend le temps. De poser son diagnostic, de discuter avec les gens... donc d'humaniser les rapports. » (E6)

A l'inverse, lorsque le temps avec le médecin était minué, les patients le ressentaient et étaient mal à l'aise.

« les médecins, à Bordeaux, quand j'étais à Bordeaux, c'est 20 minutes, même un quart d'heure top chrono la consultation, et c'est vrai que tu te sens pas à l'aise. Parce que du coup t'es obligé de débiter tout ce que t'as le plus vite possible. Si t'oublies un truc, tu te dis, en sortant du rendez-vous : « mais merde, j'ai oublié de parler de ça » et euh... donc oui, c'est vrai par contre qu'en ville ils ont pas le temps quoi. Et tu le sens en tant que patient. » (E7)

Aller chez le médecin ne se résumait pas à demander quelque chose et partir

« j'y vais pas souvent chez le médecin, mais quand j'y vais, j'aime bien qu'il... On parle un peu de tout, de rien. Oui, il me demande à chaque fois où est-ce que j'en suis dans mon travail, euh... C'est, c'est une relation euh... C'est pas : j'y vais, je demande ça et je m'en vais. » (E4)

5.2.3.2 Problématique que le médecin délègue certaines choses

Risque de perte d'information

« Moi je trouve que lui [le médecin], faisant les choses, se rend mieux compte que si c'est quelqu'un qui les dit. [...] Donc euh, moi je sais que ça me dérangerait un peu. » (E2)

Risque de perte de qualité de la prise en charge

« Est-ce qu'on peut encore continuer à avoir une médecine de qualité si on décharge ce médecin de charges euh... d'actions qu'on considère comme euh... annexe à son activité principale » (E6)

Rôles de certains actes considérés comme inutiles dans la prise en charge

Un participant qui souffrait d'une maladie chronique disait que pour lui, ce qui entourait l'acte médical, même si ça n'était pas technique, était important.

« peut-être que tout ce qui est autour et qu'on considère comme inutile : le temps à passer à rédiger une ordonnance... Ben c'est aussi du temps de conversation avec le patient. Et... et, alors ça, évidemment, c'est... c'est quantifiable en temps [...] Est-ce que c'est quantifiable en temps... perdu ? Est-ce qu'on peut rajouter le qualificatif de « perdu » à côté de ce temps-là, je suis pas certain. » (E6)

Il ajoutait que le psychologique avait probablement une place importante dans le traitement et la guérison des malades.

« Je sais pas si c'est [le fait que le médecin prenne le temps d'humaniser ses rapports] un « plus » en matière de guérison ou traitement des pathologies. Moi j'ai l'impression que le psychologique, quand même, a une place importante. » (E6)

5.2.3.3 Travail à la chaîne

« Ça fait vraiment travail à la chaîne quoi. » (E4)

5.2.4 Allonger la durée de rendez-vous pour le patient

« Ça risque de... d'allonger un peu » (E8)

5.2.5 Augmenter le coût de la prise en charge

Quelques participants ont évoqué le coût financier des AM.

« J'ai l'impression que ça ferait encore des frais supplémentaires. [...] Qu'on creuserait encore le trou de la sécu sans... dans mon cas, avoir une performance euh... que pour l'instant je verrais pas quoi. » (E5)

5.3 Evolution de la relation médecin-patient avec l'intervention de l'AM

5.3.1 Rôle du lien avec le médecin dans la prise en charge :

Rôle de la relation patient-médecin dans la guérison

« peut-être que ça [la nouvelle organisation avec un AM] PEUT participer comme ça, justement, au soucis d'optimisation de l'organisation qui finit par nuire au « gras » qu'il y a autour de la simple consultation hein, de tout ce qui

relève des rapports humains mais qui n'est pas... lié à une pratique particulière [...] et qui pourtant, à mon avis, participe à la guérison, en tous les cas à l'évolution du patient et à la relation avec sa maladie. » (E6)

Ancienneté de la relation avec le médecin facilitatrice de la prise en charge

« C'était mon médecin généraliste de quand j'étais enfant. Ça a fait du bien. Ça aide énormément ça aussi. - De le connaître ? - Ouais, ouais ouais, de le connaître, ouais. » (E11)

5.3.2 La présence d'un AM ne changerait pas la relation du patient avec le médecin

C'était ce que pensait la majorité des personnes interrogées.

Parce que la relation était ancienne et des habitudes étaient prises

« est-ce que vous pensez que s'il y a quand même cet assistant médical, ça changerait votre relation avec votre médecin ? - Oh non, je pense pas. [...] Parce qu'on se connaît trop maintenant avec P. [nom du médecin] On a trop l'habitude. » (E8)

Parce que la relation n'existait pas vraiment du fait que le patient consultait très peu

« j'ai pas une relation particulière avec ce médecin-là. [...] lui, je suppose qu'en me voyant 2 fois par an, il ne doit pas trop me situer, surtout à Y. où il doit voir, avoir, un bon nombre de patients. A part mon dossier médical, il doit pas forcément se rappeler... des fois où il m'a vu donc euh j'ai pas forcément de... Je pense pas que ça changerait ma relation... » (E9)

Parce que garder le lien de confiance avec son médecin était aussi un choix du patient

« J'ai une entière confiance en mon médecin, et voilà : je veux garder ce lien de confiance avec lui. » (E3)

5.3.3 L'intervention de l'AM risquerait de dégrader la relation avec le médecin

C'était ce à quoi s'attendaient une minorité des participants.

« j'ai l'impression qu'il y a quand même un risque que la qualité – peut-être pas du soin immédiat – mais la qualité de la relation, en tous les cas [...] entre le patient et le médecin soit dégradée. » (E6)

Les médecins risqueraient de ressembler à des robots ou des ordinateurs

« Oui moi je trouve que ça peut changer la relation entre le client... entre le patient et son médecin. - Et c'est quelque chose d'important ? – Oui - D'accord - Oui sinon après c'est des robots. » (E2)

Les patients risqueraient de devenir des clients

« je trouve que ça casse cette relation euh... patient-docteur et ça fait vraiment plus euh... client pour le coup. » (E4)

La relation risquerait de devenir impersonnelle

« Que la relation soit pas une relation en 2 secondes euh... [...] que ça ne devienne pas une relation... complètement impersonnelle quoi. » (E5)

5.3.3.1 Garder une certaine durée de consultation avec le médecin pour garder un lien

« peut-être, juste, le désavantage, ce serait, pour certains qui ont besoin d'un lien parce qu'ils voient souvent leur médecin pour des gros problèmes par exemple, euh... C'est de, justement, ne plus sentir le lien avec le médecin puisque la moitié du rendez-vous est faite par quelqu'un d'autre et que ça doit aller vite » (E7)

5.3.3.2 La réorganisation de l'hôpital avait privilégié la rentabilité au détriment des rapports humains

C'était l'avis d'un des participants. Il comparait cela à l'arrivée des assistants médicaux en médecine générale.

« peut-être que ça PEUT participer comme ça, justement, au soucis d'optimisation de l'organisation qui finit par nuire au « gras » qu'il y a autour de la simple consultation hein, de tout ce qui relève des rapports humains mais qui n'est pas... lié à une pratique particulière [...] et qui pourtant, à mon avis, participe à la guérison, en tous les cas à l'évolution du patient et à la relation avec sa maladie. » (E6)

5.3.3.3 Difficulté de savoir quelles tâches sont déléguables

Ce participant s'interrogeait sur les limites de ce qui pourrait être confié à un AM sans que cela porte atteinte à la relation patient-médecin.

« Jusqu'où on peut pousser le curseur ? Voilà. Est-ce que tout ce qui est considéré comme annexe dans l'activité du médecin, qui est censé – en tous cas sur le papier – pas participer aux rapports entre lui et son patient et donc au, au mieux-être [...] de son patient euh... ça, ça peut être transféré à quelqu'un d'autre ? » (E6)

5.3.4 La modification de la relation dépendrait du médecin

C'était ce qu'avançaient quelques-unes des personnes interrogées.

« Et du coup, sur la relation, vous avez l'impression que ça enlèverait un... quelque chose ? De ce que j'ai compris ? - Ça pourrait enlever quelque chose oui. Ça va dépendre du médecin. Mais oui, ça pourrait. » (E5)

Médecin investi : risque de perte de qualité relationnelle

« peut-être que si y a un autre intervenant dans le processus de relation avec le médecin, peut-être que ça dégraderait les rapports qu'on peut avoir. A condition que le médecin lui-même ait... aille au-delà, je veux dire, du... du simple diagnostic médical qu'il, qu'il ait un peu d'empathie quoi. » (E6)

Médecin peu investi dans la relation : pas de changement

« Avec mon médecin actuel, je sais que je, je me sens pas comprise. Et donc de toutes façons, que le rendez-vous soit expédié ou pas [à cause de la présence de l'assistant médical qui fait la moitié de la consultation], je m'en f... c'est pas que je m'en fiche. Mais de toutes façons, si j'avais un gros problème, je ne me tournerais pas vers lui » (E7)

5.3.5 La modification de la relation dépendrait de la fréquence de consultation

« Mais ça peut changer la relation des... il y a des gens qui voient, effectivement, leur médecin une fois toutes les 2 semaines. Là, effectivement, de le voir moins, lui, peut-être que ça changerait leur relation avec leur médecin. Mais moi, personnellement, ça va pas m'affecter plus que ça. » (E9)

5.4 Peu de modifications de la prise en charge

« Donc tu me disais, oui : « est-ce que ça changerait beaucoup ? » Non ! » (E8)

6 Avis global sur la possible intervention d'un AM

6.1 Intérêt variable

6.1.1 Difficile à évaluer par le patient

Parce que les participants manquaient de connaissances sur la situation

« Encore une fois, je connais pas sa masse de travail, je me rend pas compte de tout ce qu'il peut faire à côté. Peut-être qu'il en aurait besoin mais ça je le vois pas. » (E4)

Parce que les médecins étaient plus concernés que les patients

« je dirai que c'est plus pour les médecins que pour les patients quoi ! Parce que moi je... J'ai pas de BESOIN particulier dans l'immédiat chez le médecin. » (E5)

6.1.2 Avis partagé

« Je sais pas comment il fera lui, s'il en prend un. Il y a le pour et le contre, comme dans beaucoup de choses. » (E8)

6.1.3 En fonction du type de consultation

Pas utile pour des consultations occasionnelles ou courtes selon la moitié des interrogés

« C'est pour ça que je vois pas trop... J'ai pas des rendez-vous, généralement, qui durent 2 heures quoi. » (E5)

« j'estime pas aller suffisamment souvent chez mon médecin pour nécessiter euh... qu'on emploie un assistant médical pour moi. » (E9)

Eventuellement utile pour des consultations fréquentes ou longues

« Mais c'est vrai que ça doit dépendre aussi des gens et de la fréquence à laquelle les gens euh... Les gens qui ont des maladies chroniques, j'imagine que c'est... peut-être mieux, pour eux, d'alléger. » (E5)

6.1.4 En fonction du type de patient

Utile pour les personnes dépendantes

Les personnes âgées et les bébés ont été cités en exemple comme personnes pouvant justifier l'aide d'un AM pendant la consultation.

« est-ce que vous pensez... que ça pourrait apporter des choses, être bénéfique sur certains points ? - Alors moi, oui. Mais pas pour nous. Pour les personnes âgées. » (E11)

Mais peut-être pas pour les autres

« Après au niveau patient, à part les personnes âgées, oui, où ça serait positif, pour les autres catégories d'âge, ben ça je saurais pas répondre. » (E11)

6.1.5 En fonction du type d'exercice du médecin

Inutile si le médecin n'était pas débordé

« tu penses pas qu'il en aurait besoin en fait ? - Oh franchement... Enfin, je vois pas comment en fait [...] Honnêtement il est pas assez en flux tendu pour... Enfin, moi, mon médecin, je vois qu'il a assez quand même de... De créneaux horaires disponibles [...] Donc je me dis qu'il est pas débordé non plus (rires) » (E4)

Utile en cas de surcharge de travail du médecin

« j'ai l'impression que c'est vraiment... en flux hyper-tendu quoi. Pour moi j'imagine ça mais... que dans les... que, genre euh... à Paris ! Enfin, que pour les mecs hyper-tankés » (E4)

6.2 Une bonne solution

6.2.1 Bien pour quelques personnes

« c'est pas négatif d'avoir un assistant pour un médecin. » (E11)

6.2.2 Enrichissant

« je trouve que ce serait enrichissant » (E3)

Un plus pour le médecin

« je pense que ce serait un plus, oui. Même pour le médecin » (E3)

Un plus pour les patients

« Ça... c'était quand même une plus-value euh... ça pourrait être un service finalement pour beaucoup [...] Les personnes handicapées, invalides, âgées ou les mamans surchargées avec les bébés euh... » (E10)

6.2.3 Pas d'inconvénient

« je vois aucun inconvénient quoi. Enfin... Je sais même pas si il POURRAIT y avoir des inconvénients en soi. » (E3)

6.3 Une solution acceptable

« je suis ouverte à ce que ça passe » (E12)

6.3.1 En fonction de la relation de confiance avec son médecin

Facile à accepter en cas de relation de confiance avec le médecin

« j'imagine que... ça me dérangerait pas euh... Enfin, je ferais confiance au médecin quoi. » (E9)

Plus difficile à accepter quand la relation était médiocre avec le médecin

« Il y a une de mes amies qui racontait qu'elle s'était un peu engueulée avec son médecin parce que (silence) il lui disait tout le temps « mais vous ne me faites pas confiance ! etc. » « mais si, mais il y a ci et ça » enfin, j'ai pas très bien compris. Alors peut-être que ça gênerait certaines personnes. » (E8)

6.3.2 Acceptable sous conditions

« ça me gêne pas que... une activité, enfin, l'activité et les relations que j'ai avec mon médecin soient en partie transférées à une autre personne, [...] A condition qu'on y perde pas en qualité. » (E6)

6.3.3 Une solution qui existe déjà

La moitié des personnes interrogées ont évoqué le fait que ce genre de métier existe déjà dans de nombreux secteurs, notamment en médecine.

« Il y a beaucoup de métiers où c'est déjà... organisé de cette manière-là. » (E9)

6.3.4 Evolution du système de santé adapté à la problématique actuelle

« C'est presque une analyse de comptable : si on sait qu'on mettra pas un kopek de plus dans la médecine [...] Et qu'il faut qu'elle soit plus efficace, sans avoir plus, ben oui, forcément, c'est vers ce genre de choses-là qu'il faut aller. » (E6)

A laquelle il faut s'adapter

« Si demain, du jour au lendemain, il y avait un assistant médical, je me conformerais à ce qu'on me demande de faire et j'aurais pas de problème avec ça. » (E9)

6.4 Une solution inutile pour certains

« Est-ce que ça me choquerait ? Non. Si tout d'un coup il y avait quelqu'un qui le faisait euh... certaines choses. Euh... Est-ce que j'en verrai l'utilité : non. » (E5)

6.4.1 Rien de plus pour quelques-uns

« de toutes façons, je vois pas bien ce qu'il pourrait faire de plus. » (E12)

6.4.2 Absence de bénéfices pour plusieurs participants

« Moi je trouve que ce serait pas... bénéfique pour le patient » (E2)

6.4.3 Changer de médecin

La question se posait pour certains participants.

« Parce que s'il y a un patient qui serait pas d'accord pour ça, il risque peut-être, éventuellement, de changer de médecin. » (E11)

6.5 Une solution dommageable pour d'autres

« ce que je peux vous dire tout de suite : je trouve dommage. » (E2)

6.5.1 Un choix assujéti à des contraintes budgétaires

« Et ce qui fait qu'au bout du compte, j'ai comme l'impression que, pour des raisons budgétaires, économiques – et, et c'est des choix hein, la société peut pas tout payer, il faut choisir. Est-ce qu'on paye ça, est-ce qu'on paye ça ? » (E6)

6.5.2 Risque d'augmentation des tâches administratives

« j'ai toujours peur, en rajoutant quelqu'un, en rajoutant un salarié sur un cabinet médical, en clair, c'est un peu ça, ce qu'on croit... Tout d'un coup, il va y avoir ENCORE PLUS de tâches administratives quoi. [...] C'est ça en fait, le problème c'est que j'ai peur qu'on aille a contrario euh... de ce que peut-être, les gens souhaitent quoi. » (E5)

6.5.3 Risque évoqué de dégradation du service public de la santé

« Mais moi, encore une fois, je suis pas en capacité de déterminer le niveau de dégradation du service public de la santé, si tant est qu'il y en ai vraiment un, à faire ce genre de choix-là. » (E6)

6.6 Des difficultés attendues pour instaurer les AM

« c'est pas très commode à organiser hein, ça ? Il peut pas le faire dans la salle d'attente. Parce que s'il y a des gens... » (E8)

6.7 Une question de choix politiques

6.7.1 Pas une priorité

« Voilà, je pense pas que ce soit, aujourd'hui euh... la priorité. J'entends dire qu'il y a la désertification des médecins et cætera. Moi pour l'instant, je touche du bois, on n'y est pas confronté ici, euh... mais, je pense pas que ce soit une priorité quoi. » (E5)

6.7.2 D'autres options d'organisation

Doctolib

« Je sais pas si Doctolib se généralise beaucoup en ce moment ? » (E5)

Utiliser l'argent différemment

« Les médecins généralistes, c'est pas les mieux équipés généralement. Ils ont assez peu de choses quand même, enfin, je trouve ! Je sais pas ce qu'ils ont dans leurs armoires, mais euh... (tousse) il me semble pas euh... que ce serait la priorité [d'instaurer le métier d'AM]. Si la sécu veut les aider, ce serait peut-être plus, justement, de l'aide au matériel, à l'investissement, à... je sais pas quoi. » (E5)

6.7.3 Pas LA solution idéale

« Pour moi, dans un monde idéal, peut-être utopique hein ? Plutôt que d'avoir un médecin et un assistant, on aurait 2 médecins. » (E6)

6.7.4 Un sentiment d'échec

« ça serait presque abdiquer sur le fait... ou, VALIDER le fait que budgétairement, on peut plus faire d'effort pour le système de santé. » (E6)

7 Favoriser l'acceptation du patient

Une question capitale

« Ça me dérange pas d'avoir un assistant mais si on m'impose de dire euh... « vous aurez lui et pas autre chose »... et beh ils me revoient pas la fois après. » (E12)

7.1 Être informé avant la rencontre

« Oui, il faut une information oui. Que ça atterrisse pas comme ça du jour au lendemain quand t'arrives dans le cabinet tu dis « oups, pourquoi ils sont deux ? » » (E11)

7.1.1 Pour laisser le choix au patient

« Je préfère le savoir avant. C'est le libre arbitre après. On est capable de gérer ses affaires. » (E12)

Comme le patient a le choix, actuellement, d'accepter ou non la présence d'étudiants en médecine :

« Alors il prend des étudiants parce que de temps en temps y a des jeunes avec lui (...) Donc à chaque fois il me demande si ça me dérange qu'ils soient là ou pas. - Et ça vous dérange ? - Non ça ne me dérange pas. A chaque fois je dis que ça ne me dérange pas. » (E1)

7.1.2 Mode d'information

Présentation physique

Quand vous dites qu'il le présente, vous voulez dire... en chair et en os ? - Oui, il faut qu'il le présente vraiment la première fois qu'on voit l'assistant médical. (E1)

Information par informatique lors de la prise de rendez-vous

« Ben tu vois le jour où tu prends ton rendez-vous, ça peut-être aussi : paf un truc qui se... comme on le fait par internet, ça peut être aussi : paf, y a un encart qui se met » (E10)

Information téléphonique lors de la prise de rendez-vous

« Ou à moins que l'interlocuteur au téléphone de la plate-forme nous tienne informé. Ça peut être faisable aussi. Que ce soit une note qu'ils prennent quand ils reçoivent un appel d'un patient. » (E11)

Information par courrier ou par mail

« Moi, je pense que... ça doit faire l'objet d'un courrier à tous les patients du médecin hein. » (E6)

Affichage en salle d'attente insuffisant

« Il peut le remettre dans la salle d'attente pour rappeler justement à la personne qui a eu le courrier « ah oui, c'est vrai ! ». Mais euh... dans la salle d'attente ce sera trop tard parce que tu seras déjà au pied du mur. » (E11)

7.2 Rôle fondamental du médecin

« je pense que si le médecin joue bien son rôle, [...] l'assistante médicale peut être euh... peut être très très bien. » (E3)

7.2.1 Importance de la confiance du médecin dans son AM

Analogie avec l'interne en médecine générale

« Tu te dis « bon, il a bien ausculté ou... [d'un air un peu inquiet, parlant de l'interne] ? ça se passe comment ? » (rises). Et quand tu vois que le médecin, il dit rien et qu'il fait l'ordonnance... T'as confiance en ton médecin donc tu te dis que l'auscultation a été bonne et tu fais confiance » (E3)

7.2.2 Explication par le médecin lui-même

« ça, ça peut peut-être être une source de stress ou d'inquiétude ou de malaise pour les gens. Donc c'est important que l'assistant médical soit... présenté aux patients par le médecin. » (E9)

Question de la légitimité de l'AM pour présenter ses missions

si c'est directement l'assistant qui se présente « je suis untel, je fais... » ben je ne sais pas si l'assistant a la légitimité pour ça. (E1)

Parce que c'est le médecin qui décide de ce changement

« D'accord, faut que ça vienne de votre médecin... - Ouais, je pense. Oui. Oui, parce que c'est lui qui doit... c'est lui qui décide de, de modifier ses rapports avec son patient quoi. » (E6)

Le médecin devrait présenter l'AM

« Qu'il l'introduise, ben, en expliquant : « voilà, c'est telle personne, c'est mon assistant médical » (E9)

Expliquer les missions de l'AM

« Tenir informé le patient comme quoi il y aura une personne qui peut procéder à des actes entre guillemets « médicaux » : la tension, la prise de la tension, la prise d'urines... » (E11)

Du fonctionnement de l'équipe

« moi je préférerais qu'il m'explique. Qu'il voit lui aussi les choses par rapport à son assistant. Comment ils vont fonctionner les 2. » (E2)

De l'intérêt du travail avec un AM

« Si le médecin me dit que ça peut être euh... enfin, pour lui, pour le soulager un peu » (E2)

Des changements induits

« qu'il lui explique un petit peu comment ça va se dérouler ou la nouvelle euh...
Qu'il explique aux patients le changement de procédure » (E9)

De ce qui ne dépendra pas de l'AM

« Et, et quand je disais « expliquer ce que fait l'assistant médical mais expliquer aussi ce qu'il ne fait pas », c'est, de dire au patient, que le médecin dise au patient : « c'est toujours moi qui m'occupe du diagnostic, c'est toujours moi qui contrôle ça, ci, cela » voilà ; ou « j'ai toujours un visuel sur votre dossier », ce genre de choses. ». (E9)

7.2.3 Rassurer le patient

Sur la pérennité de la qualité de la prise en charge

« Si le médecin me dit que ça [...] le dérange pas dans son travail, dans sa façon de donner son diagnostic. » (E2)

Sur le fait que le médecin continuerait d'avoir les informations

« Que les patients n'aient pas peur que... comme c'est l'assistant médical qui contrôle l'administratif et qui regarde les... le dossier du patient et les rendez-vous qu'il a pu faire ... enfin, les choses qui se sont passées dans sa vie entre 2 rendez-vous, euh... Qu'ils aient pas peur que le médecin n'en ait pas connaissance. » (E9)

Sur la conservation de la relation

« expliquer [...] que ça nuira pas aux relations entre le médecin et le [patient]... » (E6)

7.3 Pas de nécessité d'information préalable

Près de la moitié des personnes interrogées ne trouvaient pas nécessaire d'être averties de la présence d'un assistant avant la consultation.

« Moi, personnellement, je pense que je m'en ficherais même si je suis pas prévenue et que j'arrive dans la salle du médecin et qu'il me dit juste euh...
« Voilà, l'assistante médicale, elle va faire ça » ça me conviendrait. » (E7)

Analogie avec une consultation aux urgences

« On nous dit : « faut passer, d'abord, voir l'assistant pour prendre la tension et cætera » ? On le ferait. [...] Quand on va aux urgences, ça se passe comme ça. Donc là on ferait pareil. [...] On s'y plierait de la même manière. » (E10)

Habitude d'être examiné par des internes ou d'autres médecins

« si vous n'étiez pas prévenue, ça...- Non. Ça me pose AUCUN problème. Parce qu'aussi, j'ai l'habitude, peut-être, que ce soit des internes aussi, qui nous auscultent à nous. » (E3)

7.4 Importance d'avoir un bon contact avec l'AM

« Moi, je sais que mes relations avec les médecins, je les vis différemment suivant l'attention qu'ils me portent en tant qu'individu. Euh... (rire) je suis pas seulement quelqu'un à soigner. Je suis A. B. Euh... Voilà. Je pense que c'est aussi important que lui il ait conscience de ça. [...] Alors si l'assistant il est aussi conscient de ça, qu'il, qu'il est dans les mêmes dispositions, y a pas de raison »

(E6)

8 Ouvertures, limites de l'enquête, vues par les participants

Un entretien à refaire après avoir expérimenté une consultation avec un assistant médical

« Donc toi, tu penses que ce serait une question intéressante à poser une fois que ce serait mis en place ? – Ouais - Et aux patients qui ont eu à faire à un assistant médical ? - Ouais. Même nous ! Pour voir, pour savoir ce que ça ferait. Parce que là, on pourrait donner un nouvel avis. Avant : que le médecin et après : avec l'assistant. - Mmmh. - Parce que là, j'arrive pas à me... projeter. »

(E11)

« Peut-être qu'à l'avenir si je... je suis dans le bain et que ça m'a pas plu, j'aurai peut-être quelque chose à dire. Pour l'instant, j'ai pas. » (E12)

Discussion

1 Discussion de la méthode

Type d'étude :

Ce qui nous intéressait était de recueillir une large variété de réponses, sans nécessairement les quantifier. Le choix de faire une étude qualitative permettait d'éviter de limiter les réponses des patients à celles que nous aurions préétablies dans un questionnaire quantitatif.

Etant donné les circonstances sanitaires, nous avons mené des entretiens individuels. Nous y avons possiblement perdu en synergie dans les réponses par rapport à des *focus groups* mais y avons très probablement gagné en profondeur et en clarté pour certains entretiens. En profondeur parce que certains participants parlaient de leur relation avec les soignants, ce qui aurait été plus difficile en groupe. En clarté parce que certaines attentes, notamment celles concernant la confidentialité, s'appuyaient sur le vécu des participants ; elles n'auraient probablement pas été formulées en groupe, ou du moins pas aussi clairement.

Lieu de l'étude

Le choix a été fait de limiter le recrutement de patients à un département et d'y faire varier l'indice APL, l'âge, le sexe et le rythme de consultation des participants.

Le département de la Gironde se prêtait bien à cette étude puisque les indices APL en 2018 pour l'accès aux médecins généralistes y sont compris entre 0 et 9,6 (23). Nous avons pu faire varier cet indice de 2,1 à 6,9 et recueillir ainsi les avis de personnes différentes face à la problématique des difficultés d'accès aux soins. Plus qu'en Charente, par exemple, où l'APL varie de 1,2 à 5,3.

Ce département a également été choisi pour des raisons pratiques et logistiques puisque nous y avons des connaissances.

Critères d'échantillonnage

Les situations problématiques pour l'accessibilité énumérées par A. Nguyen-Khac (7) nous ont servi à déterminer les critères à recueillir (tableau 3).

Tableau 3 : Détermination des variables de l'étude

Situation diminuant l'accessibilité selon A Nguyen-Khac	Critères retenus pour notre étude
Personne âgée isolée	Age, moyen de transport personnel
Parents de jeunes enfants	Personne à charge médicalement
Personnes atteintes de maladies chroniques	Fréquence de consultation
Difficultés financières	Profession

Recrutement des participants

Notre méthode de recrutement a permis de sélectionner 12 volontaires de façon intentionnelle et correspondant aux critères recherchés.

Cette façon de recruter est susceptible d'avoir engendré un biais dans les réponses. Les participants faisant l'entretien sur demande de leurs amis ou connaissances, ils pouvaient essayer de répondre ce qu'ils pensaient être la « bonne réponse », dans l'idée de nous aider. Pour limiter cet effet, nous avons insisté auprès des participants, par écrit et à l'oral, sur le fait qu'il n'y avait ni bonne ni mauvaise réponse. Qu'il y avait leurs attentes, qui seraient, et c'était souhaitable, probablement différentes de celles des autres.

Cette méthode nous a également permis de limiter au maximum les biais liés au volontariat : nous avons pu interroger des personnes qui ne se seraient peut-être pas portées volontaires si nous avions recruté différemment.

Nous avons également évité de biaiser les réponses en ne recrutant pas les participants chez leur médecin généraliste (solution qui avait été envisagée pendant un temps). Avec notre méthode de recrutement, nous ne connaissions pas les médecins des participants et avons à cœur, ainsi, de favoriser la franchise de leurs réponses.

Guide d'entretien et pratique.

Le guide d'entretien a été rédigé avec des questions ouvertes, afin d'orienter le moins possible les réponses des participants.

En pratiquant les entretiens, nous voulions rester le plus neutre possible. La tenue vestimentaire était notamment adaptée à chaque participant au moment de l'entretien. Malgré tout, il peut y avoir eu des biais dus au manque d'expérience de la chercheuse en animation d'entretien. Le retour demandé aux participants sur les thèmes relevés après les entretiens permettait de limiter en partie ce biais.

Nous avons décidé de résumer, au cours des entretiens, les articles 9-1 et 9-2 de l'avenant 7 à la convention entre les médecins libéraux et l'assurance maladie (14).

Nous n'avions pas le sentiment d'avoir d'opinion personnelle tranchée concernant les AM. Néanmoins, afin de ne pas trop influencer les réponses en risquant d'être partial dans notre résumé, nous avons choisi de nous fonder en grande partie sur la présentation faite par l'assurance maladie en conférence de presse (24). Nous partions du principe que c'était probablement la base utilisée par les médias pour informer la population.

Dans un souci de fluidité de l'entretien, nous avons pris le parti de dire le résumé sans le lire. Nous avons finalement décidé, dès le 3ème entretien, de le lire textuellement, afin d'être plus sûrs de délivrer exactement la même information à tous et de ne pas orienter les réponses.

Afin d'éviter que les participants ne se renseignent en amont, nous avons évité d'évoquer le terme « assistant médicaux » trop tôt avant l'entretien.

Skype

Recueillir les données par entretien vidéo, à la place d'un entretien en présentiel, peut les appauvrir. En effet, le chercheur n'a pas accès à l'environnement de l'enquêté pour l'observer. Il n'en a pas la maîtrise. Et il ne voit que le visage, et à la rigueur le buste de l'enquêté. Ce biais est néanmoins modeste vu notre question de recherche.

L. Soyer et N.Tanda, dans une revue de la littérature sur l'utilisation de Skype en entretien, concluaient que l'entretien vidéo par Skype peut être une alternative ponctuelle à l'entretien en face à face (25).

Le fait que l'entretien soit proposé par Skype n'a pas entraîné de refus de participation, même quand les participants ont dû installer le logiciel pour l'occasion.

Enregistrement et transcription des entretiens

Par une mauvaise gestion du matériel, les deux enregistrements du 1^{er} entretien n'en ont enregistré que les 10 premières minutes. Nous avons donc noté toutes les idées retenues immédiatement après l'entretien. Mais il existait un biais de mémorisation. Nous avons pris d'autres mesures afin de limiter le plus possible son impact : nous avons fait vérifier le relevé de thèmes à l'enquêtée et, dans les résultats, nous avons privilégié dès que possible les verbatims provenant d'autres entretiens, quand ils exprimaient aussi clairement la même idée. Le fait d'avoir poursuivi les entretiens jusqu'à saturation a aussi amoindri l'influence de ce biais.

Analyse des données

Nous avons effectué un codage simple des entretiens, en faisant une analyse en continu. Cela correspond à l'une des méthodes d'analyse thématique décrite par Pierre Paillé et Alex Mucchielli dans leur ouvrage de méthodologie d'analyse qualitative (26). Elle y est décrite comme une technique d'analyse plus personnelle, permettant une analyse plus riche du corpus. En effet, cette technique d'analyse ne dépend pas d'une grille qu'on applique à chaque entretien. Chaque entretien vient au contraire compléter et enrichir l'arborescence des thèmes.

Le codage simple peut favoriser les biais d'interprétation. C'est pour réduire ces biais que nous avons procédé à une triangulation des données en demandant à chaque participant de commenter et valider la liste des thèmes relevés lors de leur entretien. Seul l'un d'entre eux n'a pas répondu à notre sollicitation à cette date, malgré une relance. Nous avons tout de même inclus les données de cet entretien. Les 11 autres participants ont tous approuvé et validé leurs thèmes.

2 Discussion des résultats

Rappelons que la majorité des participants a affirmé n'avoir jamais entendu parler des assistants médicaux avant l'étude et le résumé que nous leur avons fait. C. Raguideau et L. Levesque ont fait le même constat dans leur étude sur les représentations que se faisaient les patients et les médecins des assistants médicaux (20). Malgré cela, nous avons pu recenser une large palette d'attentes.

Elles recoupaient en grande partie les missions et objectifs proposés par l'avenant 7 (14).

2.1 Résumé des résultats

Plusieurs participants disaient que si le médecin choisissait lui-même les rôles de son assistant, ils lui feraient confiance.

Gérer l'administratif

Les assistants pourraient avoir un rôle administratif : gestion de rendez-vous, gestion des dossiers médicaux, vérification des vaccinations et des dépistages, gestion du règlement de la consultation. Cette rubrique apportait des nouveautés par rapport à l'avenant 7 : les AM pourraient s'occuper des contrôles administratifs auxquels sont soumis les médecins, ainsi que du développement du dossier médical partagé. La seule limite évoquée à cela était que les secrétaires médicales remplissaient déjà la plupart de ces missions.

Réguler les appels

Pour l'un des participants, les AM pourraient réguler les consultations, estimer l'urgence à voir le patient et adapter le délai de rendez-vous. Ce rôle n'est pas précisé dans l'avenant.

Faire des préconsultations

Les AM pourraient recevoir les patients en préconsultation, dans un local à part. Ils pourraient prendre les constantes, la délégation de la prise de tension étant la seule à poser question pour une patiente. Ils pourraient faire un entretien préliminaire superficiel. Pour l'un des participants, tout l'examen clinique pourrait leur être confié s'ils en rendent compte au médecin ensuite.

Accompagner le médecin pendant la consultation

Les AM pourraient accompagner le médecin pendant la consultation, pour leur apporter une aide technique (exception faite des actes désagréables). En revanche, les participants ne souhaitaient pas qu'ils soient présents en permanence. Ils ne devraient pas poser de diagnostics et les avis divergeaient en ce qui concerne les prescriptions. Alors que certains attendaient que cette fonction reste exclusivement médicale, d'autres envisageaient que les AM puissent préparer l'ordonnance pour le médecin, voire même qu'ils fassent les renouvellements seuls et expliquent les prescriptions aux patients.

Suivre et coordonner les soins

Quelques participants pensaient que la coordination des soins devrait rester uniquement du domaine du médecin, sous peine de moins bien connaître le dossier de son patient. Pour les autres, ils attendaient d'un AM une bonne connaissance du réseau de soin de son secteur. Il serait ainsi en mesure de conseiller les patients sur les autres professionnels, les démarches à faire et éventuellement aider à la prise de rendez-vous. Les AM pourraient également être chargés du suivi des examens complémentaires prescrits par le médecin.

Avoir de grandes capacités relationnelles.

Le statut des AM par rapport au secret professionnel posait question. Ils pourraient malgré tout être des intermédiaires utiles entre le patient et le médecin, parfois plus à même que le médecin de comprendre certaines inquiétudes des patients. La relation patient-AM serait différente de la relation patient-médecin, car étant plus récente, la confiance ne serait pas la

même qu'envers le médecin. Cette relation pourrait s'améliorer avec le temps et dépendrait de l'AM.

Des effets de l'intervention de l'AM sur les prises en charge.

L'effet serait bénéfique pour certains, améliorant l'efficacité et la sécurité de la prise en charge. Le gain de temps médical permettrait d'avoir une attente moins longue et moins anxiogène pour les rendez-vous. Cela rendrait aussi le médecin plus disponible et plus focalisé sur son cœur de métier pendant sa consultation. Le travail d'équipe entre le médecin et l'assistant serait bénéfique et favoriserait une organisation plus systématique.

Cependant, des risques ont également été évoqués. L'accès au médecin généraliste perdrait peut-être en simplicité. Voir le médecin moins longtemps diminuerait les rapports humains avec lui. Certains patients étaient inquiets d'une baisse de la qualité de la prise en charge et d'un risque d'une perte d'information pour le médecin. Cela pourrait aussi augmenter le coût de la prise en charge.

Les effets de ce changement d'organisation sur la relation du patient avec son médecin ne faisaient pas l'unanimité. Certains pensaient qu'elle ne serait pas impactée, d'autres craignaient qu'elle devienne impersonnelle et déshumanisée.

L'intérêt de la mesure était variable : bien pour quelques-uns, inutile ou dommageable pour d'autres. Elle pourrait être utile à la communauté et aux médecins, mais pas nécessairement aux patients pris individuellement. C'était une question de choix politiques à laquelle certains s'adapteraient mais qui n'était pas vue par tous comme une solution idéale.

Des leviers pour favoriser l'acceptabilité de la mesure

L'acceptabilité dépendrait beaucoup du degré de confiance du patient envers son médecin. Si certains n'estimaient pas avoir besoin d'être averti de l'arrivée d'un assistant médical, pour d'autre en revanche, cette information était nécessaire avant la consultation, pour que les patients gardent le choix de pouvoir accepter ou refuser ce nouveau genre de prise en charge.

Nous allons discuter quelques-uns de ces résultats et considérer leurs implications possibles en médecine générale.

2.2 Composition de l'échantillon

L'échantillon était correctement varié en termes d'indice APL. Les territoires sous-dotés, les territoires moyennement dotés et les territoires bien dotés en médecins généralistes sont définis par la Drees (6). Ils étaient tous représentés. Pour maximiser un peu plus la variation, nous aurions pu interroger des personnes résidant sur les territoires dont l'APL était extrême (Lartigue, APL : 0 ; Villenave d'Ornon, APL : 9,6). Nous ne l'avons pas fait pour des raisons d'ordre pratique liées à notre mode de recrutement.

La variation de l'échantillon était satisfaisante en termes de sexe, d'âge et de rythme de consultation.

Pour les autres caractéristiques de la population que nous avons relevées, nous ne cherchions pas à les faire varier car cela aurait fait trop de catégories. En revanche, il pourrait être intéressant de refaire la même étude en faisant varier ces catégories, pour chercher

d'éventuelles nouvelles attentes (personnes n'étant pas indépendantes pour les transports ou en recherche d'emploi par exemple).

2.3 Interrogatoire par un assistant médical et place du secret professionnel

Le texte de l'avenant 7 à la convention précise que les missions énumérées qui peuvent être confiées aux assistants par les médecins sont des exemples. Elles ne sont pas limitatives. Elles sont laissées à l'appréciation des médecins. Dans ces missions, on note, dans la rubrique « tâches de nature administratives (...) sans lien direct avec le soin » : « le recueil et l'enregistrement des informations (...) médicales » (14).

On peut donc très bien envisager qu'une partie de l'interrogatoire, concernant les antécédents médicaux, l'évolution entre deux consultations, les motifs de consultation ou l'histoire de la maladie, puisse être fait en préconsultation par l'assistant médical.

Des confidences limitées

Dans notre étude, les échanges avec les assistants médicaux ont été évoqués par la majorité des participants. Alors que certains n'y voyaient aucun inconvénient, la plupart préféraient qu'il y ait des limites à l'entretien avec un assistant médical. Par exemple, certains signalaient qu'ils n'aimeraient pas devoir exposer à l'assistant des sujets qu'ils considèrent comme gênants ou très personnels. Ils préféreraient n'en parler qu'à leur médecin.

La question du secret professionnel

Certaines personnes interrogées étaient inquiètes du risque de divulgation des informations par l'assistant médical. Elles se sont posé la question du statut de l'assistant par rapport à la confidentialité et au secret professionnel. Cette inquiétude était retrouvée également chez une minorité des patients interrogés par E. Mourgues sur ce thème (19).

Cette question du secret professionnel n'est effectivement pas abordée dans le texte de l'arrêté que nous leur avons résumé.

En revanche, le Code de la santé publique (CSP) stipule que « le médecin doit veiller à ce que les personnes qui l'assistent dans son exercice soient instruites de leurs obligations en matière de secret professionnel et s'y conforment. » (27) Il précise également que « toute personne prise en charge par un professionnel de santé (...) a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. » (28). Le même article souligne aussi que les professionnels de santé d'une même équipe de soin peuvent partager entre eux les données nécessaires à la prise en charge du patient. Et l'assistant médical et le médecin forment une équipe de soin au sens de l'article L1110-12 du CSP (29).

Implications possibles

Une partie de ce qui est dit au médecin par le patient pourrait être recueillie par l'assistant médical au cours d'un premier entretien. L'assistant devrait, légalement, respecter le secret professionnel. En informer les patients permettrait sans doute de lever quelques-unes de leurs réticences.

Selon notre échantillon, pour que la transition se passe au mieux, il faudrait aussi que le patient ait la liberté de communiquer ou non ses données à l'assistant médical ; et qu'il garde un vrai temps d'échange avec son médecin. Mmes Raguideau et Levesque concluaient aussi à l'importance de la conservation d'un temps d'échange, seul à seul, avec le médecin (20).

2.4 Relation patient-médecin et répercussion sur la prise en charge

Nous savons, grâce à la littérature, qu'entretenir une relation durable et de qualité avec leur médecin généraliste a une grande importance pour les patients. Ce serait un prérequis à la confiance et à la bonne communication entre eux (16). Une étude de 2016 de l'IRDES conclut même que pour les personnes âgées, la qualité de la relation entretenue avec les professionnels de santé est la dimension la plus importante pour qu'elles se sentent satisfaites de leur prise en charge (30). Dans une enquête menée en Lorraine, le manque de disponibilité et le manque d'écoute étaient les causes de changement de médecin généraliste les plus fréquemment citées par les personnes interrogées (31).

La relation patient-médecin et la prise en charge pourraient perdre en qualité.

Selon plusieurs participants à notre étude, l'intervention d'un assistant médical en médecine générale risquerait d'avoir une influence négative sur cette relation avec leur médecin généraliste. Et ceci, principalement pour ceux qui ressentaient l'investissement de leur médecin dans cette relation.

Certains participants faisaient l'hypothèse que la délégation d'une partie de la consultation à un assistant médical, pour libérer du temps médical, diminuerait le temps passé par le médecin avec son patient. Dans ce cas, ils craignaient une possible robotisation de la médecine à des fins d'efficacité, et au détriment des rapports humains. Leur relation avec le médecin pourrait en être dégradée et devenir impersonnelle. Ces inquiétudes étaient également citées dans d'autres travaux interrogeant les patients sur les assistants médicaux, même si ça n'était pas l'opinion de la majorité (18–20).

Avoir suffisamment de temps avec le médecin pour pouvoir lui exprimer ses interrogations, écouter ses explications et être rassuré est important pour les patients. Parce que c'est précisément ce temps qui permet de créer la relation. Et que cette relation a prouvé son effet positif sur différents indicateurs de santé (32). M. Thomas résumait cela en disant du médecin clinicien qu'il est « le premier des médicaments essentiels » (33).

L'un de nos participants l'expliquait en disant qu'il était important que le médecin généraliste prenne le temps d'humaniser les rapports. Pour lui, ces rapports humains, constitués entre autres de tout ce qui se passe entre médecin et patient hors de l'acte médical proprement dit (« le gras » autour de la consultation), avaient un rôle possible dans la guérison, et un rôle certain dans l'acceptation par le patient de sa maladie. Cela rejoint ce qu'expliquait M. Balint en 1955 (34) : le médecin est le médicament le plus utilisé en médecine générale. Il ajoutait que ce qui importait n'était pas seulement les pilules ou les médicaments mais aussi l'ambiance dans laquelle ils étaient prescrits et pris. Les relations humaines, telles qu'elles sont décrites par notre patient, semblent se rapprocher de l'ambiance décrite par Balint et qui joue un rôle dans la prise en charge.

Nous pourrions donc considérer que l'arrivée d'une tierce personne (l'AM) dans le binôme relationnel patient-médecin n'est pas sans risque de modifier cette relation. Avec elle, il

pourrait y avoir une baisse de l'efficacité du médecin en tant que « premier médicament essentiel » et ainsi une dégradation de la qualité de la prise en charge.

La confiance et la relation perdureraient, la prise en charge resterait de qualité

A l'inverse, la plupart de nos participants pensaient que la présence de l'assistant médical n'aurait pas d'effet sur leur relation avec leur médecin. C'est un résultat que l'on retrouve quantifié dans l'étude d'E. Mourgues où 28% des répondants seulement pensaient qu'elle serait altérée (19).

L'une de nos participantes expliquait que grâce à l'assistant médical, elle s'attendait à ce que médecin ait plus de temps pour l'écouter, la rassurer, et lui expliquer ce qui doit l'être.

Dans ce cas-là, nous pouvons en effet imaginer que la relation ne serait pas détériorée. La confiance de la patiente dans son médecin est le fondement d'une relation de qualité qui ne serait pas altérée.

Implications possibles

La relation du patient avec son médecin est importante et a un rôle thérapeutique. Elle est fondée sur la confiance et demande que le praticien passe du temps auprès de son patient.

La relation du patient avec l'assistant médical sera également une relation soigné-soignant, avec ses particularités. Quelques patients pensaient en effet qu'un assistant pourrait être plus à même que le médecin de comprendre certaines de leurs problématiques et qu'il pourrait être plus abordable.

Même s'il peut falloir du temps pour instaurer une relation patient-assistant, celle-ci pourrait bien avoir également un effet bénéfique sur la prise en charge du patient. A condition toutefois que le travail d'équipe soit de qualité.

Il serait intéressant d'interroger des patients qui ont à faire à un AM au cabinet de leur médecin généraliste et de chercher à mettre en évidence l'existence de cet effet bénéfique.

2.5 Travail d'équipe

La médecine générale et l'approche centrée-patient

M. Balint disait que l'examen (dont l'entretien fait partie intégrante), était plus facile et plus fiable s'il était mené par une personne plutôt que par plusieurs (35). Cela ne plaide pas pour le travail d'équipe. D'autant que les enseignements et la pratique de la médecine générale privilégient l'approche centrée-patient. Est-il possible de centrer l'approche sur le patient si les informations sur sa pathologie, le patient et son environnement ne sont pas recueillies par une seule et même personne ? Ne risque-t-on pas d'y perdre des informations utiles ?

L'un de nos participants disait que dans un monde idéal, plutôt qu'un médecin et un assistant, il y aurait deux médecins.

Les intérêts du travail en équipe

Le travail d'équipe en médecine est un sujet qui est connu des patients, notamment de ceux qui ont déjà fréquenté l'hôpital. Il a été abordé au cours des entretiens, et plusieurs

personnes y voyaient des avantages. Elles supposaient que les échanges entre le médecin et son assistant et la confrontation de leurs avis respectifs seraient bénéfiques à leur prise en charge. L'une des patientes trouvait cela rassurant.

L'exercice du médecin généraliste est un exercice isolé. Pas isolé au sens géographique du terme, puisqu'il peut exercer dans une structure avec d'autres médecins ou d'autres professionnels de santé. Isolé, parce qu'il est seul à voir son patient en consultation. Il est donc le seul à pouvoir observer son patient, et c'est sur la base de ce qu'il a observé qu'il propose une prise en charge.

Aujourd'hui, de plus en plus, le médecin peut discuter de la prise en charge avec d'autres professionnels. Il n'en reste pas moins que l'observation du patient vient essentiellement de lui. La présence d'un assistant médical, autre professionnel qui voit et observe le patient, pourrait contribuer à réduire cet isolement du médecin dans l'intérêt des patients.

T. Bodenheimer, dans une étude parue en 2007 sur la mise en place d'équipes de soins primaires en Californie (36), faisait le constat suivant : certains médecins réduisaient leur patientèle plutôt que d'organiser une équipe à même de prendre en charge plus de patients. Cette façon de faire ne pouvait pas suffire à l'échelle de la population générale, à moins de majorer fortement le nombre de médecins. T. Bodenheimer a étudié plusieurs équipes de soins primaires (dont certaines avec des assistants médicaux) qui fonctionnaient bien. A partir de là, il a listé une série de règles nécessaires pour créer une équipe efficace. D'abord, il s'agit de recenser les tâches régulières qui peuvent être déléguées par le médecin, et de les évaluer. Ensuite, il faut créer des protocoles détaillés pour ces tâches et former une personne à les suivre. Enfin, il faut superviser cette personne afin de vérifier que la tâche est réalisée régulièrement et correctement.

Implications possibles

Actuellement, sur certains territoires français, il existe un déséquilibre entre la demande et l'offre de soin. Nous pourrions considérer que l'exercice de la médecine générale sans assistant (telle que nous la connaissons) est mieux à la prise en charge centrée-patient. Mais peut-être est-ce un idéal qui n'est plus adapté à la situation de certaines zones.

Avec une équipe bien formée, où chacun (assistant, médecin, secrétaire ...) a un rôle bien défini, où les protocoles de prise en charge sont clairs et la communication efficace entre les différents membres de l'équipe, cette nouvelle organisation pourrait présenter des atouts pour les patients. Des atouts sur le plan collectif d'abord : que tous puissent avoir un suivi par une équipe de médecine générale ; et des atouts sur le plan individuel ensuite, grâce à la complémentarité entre le médecin et son assistant.

De plus, si le médecin garde un temps d'échange avec son patient, cela limiterait les inconvénients liés au fait d'avoir plusieurs intervenants.

2.6 Communication du médecin et adaptation du patient

Dans notre étude, parmi les participants qui évoquaient les risques et les inconvénients du déploiement des assistants médicaux, la majorité n'y était cependant pas fermement opposée. Et beaucoup avaient des idées de ce qui pourrait favoriser leur adaptation à cette nouvelle organisation.

Le rôle du médecin est prépondérant dans cette entreprise. Un participant signalait que puisque c'est du médecin que viendrait la décision d'embaucher un assistant et de modifier l'organisation des soins - organisation qui fait partie du contrat tacite qui le lie à son patient- il serait donc justifié que ce soit aussi le médecin qui communique sur cette nouvelle organisation.

Le droit qu'a le malade de choisir librement son médecin et son mode de prise en charge est fondamental (37). Travailler avec un assistant médical est un choix du médecin. Ça n'est pas un choix du patient tant qu'il n'en est pas informé et n'a pas la possibilité de le refuser.

Il semblerait en fait que les patients de notre échantillon, même les plus réfractaires, étaient tous prêts à accepter l'intervention d'un assistant médical. A la condition pour certains d'être informés par le médecin, avant la consultation, du fonctionnement de cette nouvelle équipe. Cela leur permettrait d'avoir la liberté, à leur tour, de l'accepter ou de le refuser. L'information devrait concerner les rôles de l'assistant et préciser ce qui ne dépendrait pas de lui. Elle devrait aussi rassurer les patients sur la pérennité de la qualité de leur prise en charge.

L'idée de changer de médecin a été évoquée par une patiente, pour le cas où elle ne serait pas informée de l'intervention d'un AM avant la consultation ; une autre pour le cas où elle serait mal-à-l'aise avec l'assistant.

Différents vecteurs d'informations ont été proposés par les patients de notre étude. Parmi eux, l'affichage en salle d'attente, s'il était isolé, était insuffisant parce qu'il informerait les patients trop tardivement et leur retirerait cette liberté de choisir.

Conclusion

Les attentes des patients au sujet des assistants médicaux étaient partagées entre espoirs et craintes.

En effet, passer d'une prise en charge par un médecin connu depuis longtemps, et en qui le patient a confiance, à une prise en charge qui lui associe un assistant inconnu constitue un grand changement. Cela risque de modifier la relation particulière qu'a le patient avec son médecin. Cette relation contribue pourtant à l'originalité et à l'efficacité de la prise en charge en médecine générale. C'est un risque qui n'est pas négligeable.

Notre étude, se fondant sur les attentes des patients, a permis de faire émerger quelques suggestions susceptibles d'aider à cette transition. Le travail d'équipe a des qualités qui devraient profiter aux patients s'il est bien organisé. Libérer du temps au médecin, c'est augmenter sa disponibilité, y compris pendant la consultation. A condition toutefois de conserver un temps d'échange et d'écoute entre eux, ce qui est essentiel.

Si certains participants étaient réfractaires à ce changement, tous semblaient prêts à l'envisager dans l'hypothèse où ils en auraient été informés à l'avance, leur liberté de pouvoir dire non étant ainsi respectée. Cette information devrait émaner du médecin. Elle leur présenterait les avantages du travail avec un assistant et les rassurerait quant à leurs inquiétudes.

Nos résultats étaient cohérents avec ceux d'une autre thèse menée sur le sujet qui utilisait la même méthodologie que nous. Il serait intéressant de renforcer nos conclusions par une autre étude, utilisant la technique des *focus groups*. Cela pourrait mettre au jour des attentes supplémentaires et nos propositions pourraient ainsi être confortées et complétées.

Bibliographie

1. Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires. WHO [En ligne].1978 [consulté le 9 août 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/
2. Chaput H, Vergier N, Lefebvre-Hoan I. Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? Les Dossiers de la Drees [En ligne]. 2017 [consulté le 12 août 2019]; (17): 63p. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd17.pdf>
3. Synthèse de l'activité régulière situation au 1er janvier 2018. CNOM [En ligne]. 2019 [consulté le 5 févr 2019]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/pie6yf/cnom_atlas_2018_synthese_activite_reguliere_0.pdf
4. Bachelet M, Anguis M. Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée. Etudes et Résultats [En ligne]. 2017 [consulté le 18 févr 2020];(1011). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-medecins-d-ici-a-2040-une-population-plus-jeune-plus-feminisee-et-plus>
5. Les conditions de travail des médecins généralistes. In: von Lennep F, dir. Portrait des professionnels de santé [En ligne]. Drees; 2016 [consulté le 10 août 2020]. p. 126-32. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche18-3.pdf>
6. Legendre B. En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6 % de la population. Etudes et Résultats [En ligne]. 2020 [consulté le 17 févr 2020];(1144): 6p. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/en-2018-les-territoires-sous-dotes-en-medecins-generalistes-concernent-pres-de>
7. Nguyen-Khac A. Mesures de l'accès aux soins : l'apport d'enquêtes sur les pratiques et perceptions des patients. Revue française des affaires sociales. 2017;(1):187-95.
8. Insee Tableaux de l'économie française [En ligne]. c2018 [consulté le 2 août 2019]. Population par âge; [environ 5 écrans]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303333?sommaire=3353488>
9. Ameli.fr [En ligne]. [mise à jour le 18 décembre 2018; consulté 2 août 2019]. Incidence des ALD en 2017; [environ 2 écrans]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/incidence/incidence-des-ald-en-2017.php>
10. Fournier C, Bourgeois I, Naiditch M. Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires. Questions d'économie de la Santé [En ligne]. 2018 [consulté le 10 août 2020]; (232):8p. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/232-action-de-sante-liberale-en-equipe-asalee.pdf>
11. Flahault D. Buts de la conférence. In: John E. Fogarty International Center For Advanced Study In The Health Sciences, OMS, dir. Une Catégorie intermédiaire de personnel sanitaire : l'assistant médical. 1973; Bethesda.

12. Harvey Estes E. L'assistant médical. In: John E. Fogarty International Center For Advanced Study In The Health Sciences, OMS, dir. Une Catégorie intermédiaire de personnel sanitaire : l'assistant médical. 1973; Bethesda.
13. orientation.ch [En ligne]. [mis à jour le 6 août 2020; consulté le 4 févr 2020]. Assistant médical CFC / Assistante médicale CFC; [Environ 4 écrans]. Disponible sur: <https://www.orientation.ch/dyn/show/1900?id=22>
14. Arrêté du 14 août 2019 portant approbation de l'avenant n° 7 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016. JORF du 20 août 2019. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000038934376&categorieLien=id>
15. Ministère des Solidarités et de la Santé [En ligne]. c2019 [consulté le le 10 août 2020]. Fiche 26 : la représentation des usagers du système de santé; [environ 3 écrans]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/modeles-et-documents/guide-usagers-votre-sante-vos-droits/article/fiche-26-la-representation-des-usagers-du-systeme-de-sante>
16. Krucien N, Vaillant ML, Pelletier-Fleury N. Les transformations de l'offre de soins correspondent-elles aux préoccupations des usagers de médecine générale ? Questions d'économie de la Santé [En ligne]. 2011 [consulté le 11 août 2020]; (163): 6p. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes163.pdf>
17. Chaput H, Monziols M, Ventelou B, Zaytseva A, Chevillard G, Mousquès J, et al. Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale. Etudes et Résultats [En ligne]. 2020 [consulté le 17 févr 2020]; (1140). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/difficultes-et-adaptation-des-medecins-generalistes-face-a-l-offre-de-soins>
18. Vigouroux L. Les patients accepteraient-ils d'être reçus en préconsultation par un(e) assistant médical(e) avant une visite chez leur médecin généraliste ? [Thèse d'exercice]. Montpellier: Université de Montpellier; 2017. 95 p.
19. Mourgues E. Enquête d'opinion menée auprès de patients sur l'amélioration de l'accès aux soins avec l'intervention d'un assistant médical [Thèse d'exercice]. Poitiers: Université de Poitiers; 2019. 129p.
20. 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 d'exercice]. Marseille: Aix-Marseille Université; 2019. 107 p. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02384560>
21. Dictionnaire de l'Académie française. 9^{ème} édition [En ligne]. [consulté le 12 août 2020]. Disponible sur: <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9A3037>
22. Code de la santé publique - Article R1121-1. Legifrance [En ligne]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000034696952&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20200720&fastPos=2&fastReqId=2031080098&oldAction=rechCodeArticle>
23. data.Drees [Internet]. Indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) 2018 aux médecins généralistes. [consulté le 18 févr 2020]. Disponible sur: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx>

24. Déploiement des assistants médicaux : les médecins vont pouvoir bénéficier d'une aide financière à leur embauche [Communiqué de presse]. L'Assurance Maladie; 19 juin 2019 [cité 29 avr 2020]. Disponible sur:
https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CP_Assistants_medicaux.pdf
25. Soyer L, Tanda N. Skype, un média innovant pour optimiser la coopération à distance entre chercheur et participants à la recherche. Innovations Pédagogiques, nous partageons, et vous?. 2016;3:27-42.
26. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse thématique. In: L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 3eme édition. Armand Colin; 2012. p. 231-314. Disponible sur:
http://www.cairn.info/feuilleter.php?ID_ARTICLE=ARCO_PAILL_2012_01_0231
27. Code de la santé publique - Article R4127-72. Legifrance [En ligne]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006912944&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=>
28. Code de la santé publique - Article L1110-4. Legifrance [En ligne]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000020886954&cidTexte=LEGITEXT000006072665>
29. Code de la santé publique - Article L1110-12. Legifrance [En ligne]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000031919035&dateTexte=&categorieLien=cid>
30. Guillaume S, Or Z. La satisfaction des personnes âgées en termes de prise en charge médicale et de coordination des soins : une approche qualitative exploratoire. IRDES | Questions d'économie de la Santé. 2016;(214):6p.
31. Boivin J-M, Aubrege A, Muller-Collé F, de Korwin J-D. Pourquoi les patients changent-ils de médecin généraliste ? Enquête auprès de 1 148 patients de la région Lorraine. La Revue du Praticien - Médecine Générale. 3 mars 2003; 17(604):293-7.
32. Riedl D, Schüßler G. The Influence of Doctor-Patient Communication on Health Outcomes: A Systematic Review. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. 2017;63(2):131-50.
33. Thomas M. Le médecin : le premier des médicaments essentiels. Plaidoyer pour la médecine clinique et la relation de soin. La Revue de Médecine Interne. 2016; 37(9):577-8.
34. Balint M. The doctor, his patient, and the illness. The Lancet. 1955; 268(6866):683-8.
35. Balint M. The doctor's therapeutic function. The Lancet. 1965; 285(7397):1177-80.
36. Bodenheimer T. Building teams in primary care: lessons learned [En ligne]. Oakland, Calif: California HealthCare Foundation; 2007 [consulté le 5 août 2020]. 16 p. Disponible sur:
<http://bibpurl.oclc.org/web/19258>
<http://www.chcf.org/documents/chronicdisease/BuildingTeamsInPrimaryCareLessons.pdf>
37. Code de la santé publique - Article L1110-8. Legifrance [En ligne]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006685751>

Annexe 1 : Canevas d'entretien

1) Pouvez-vous me raconter le déroulement d'une consultation chez votre médecin traitant ?

- Depuis la prise de RDV
- Que fait votre médecin en premier ? et ensuite ?
- Avec qui travaille-t-il (y a-t-il par exemple une secrétaire, des étudiants, un kiné...) ?

2) Que savez-vous au sujet des assistants médicaux ?

- Par quel biais ?

L'assistant médical en résumé

Les médecins qui le souhaitent peuvent maintenant être aidés dans leur mission par un assistant médical.

Missions de l'assistant médical :

Chaque médecin peut choisir les missions qu'il confie à son assistant médical au sein de 3 types de missions :

- Des tâches administratives : accueil du patient, gestion du dossier médical (informations administratives ou médicales) ...
- Des tâches en rapport avec la préparation ou le déroulement de la consultation : aide à l'habillage, au déshabillage, prise de tension, température, poids, taille, pratiques de test (par exemple le test pour l'angine), délivrance de kit de dépistage, aide à la réalisation d'actes techniques (par exemple électrocardiogramme)...
- Des missions d'organisation et de coordination avec les autres professionnels de santé (par exemple : médecins spécialistes, kiné, infirmier, sage-femme...) pour assurer la prise en charge des patients.

Le poste d'assistant médical ne doit pas se substituer à d'autres professions de santé. Ses missions lui sont propres.

Profils et formation de l'assistant médical :

Cette fonction peut être assurée aussi bien par d'actuels aides-soignants, infirmières, secrétaires médicales que par tout autre profil souhaitant suivre cette nouvelle voie professionnelle.

Dans tous les cas, l'assistant médical devra être formé ou s'engager à suivre une formation spécifique qui

3) Imaginons que votre médecin traitant décide de faire appel à un assistant médical, qu'attendriez-vous personnellement de son intervention ?

- Quels changements dans le déroulement de la consultation ?

4) Pensez-vous que ça puisse modifier votre relation avec votre médecin traitant ? Comment ?

5) Qu'est-ce que vous accepteriez facilement qui soit délégué à l'assistant médical de votre médecin généraliste ?

6) Quels bénéfices pensez-vous que l'assistant médical apporterait dans votre prise en charge ?

7) Qu'est-ce qui pourrait être difficile à accepter pour vous comme délégation de tâche à l'assistant de votre médecin généraliste ?

8) Que pensez-vous de cette nouvelle possibilité d'organisation ?

- Qu'est-ce qui ferait pour vous que ce nouveau mode d'organisation (intervention d'un assistant médical) soit une bonne chose ?
- Qu'est-ce qui ferait pour vous que ce nouveau mode d'organisation (intervention d'un assistant médical) soit une mauvaise chose ?

9) Qu'est-ce qui pourrait faciliter votre acceptation de l'intervention d'un assistant médical ?

Annexe 2 : Informations et consentement

Titre du projet : Les attentes des patients concernant le nouveau métier d'assistant médical en médecine générale.

Bonjour,

Je vous remercie de participer volontairement à ce projet de recherche en médecine générale.

Je m'appelle Caroline Besnier Douence. Après 9 ans d'études de médecine, je prépare ma thèse pour devenir Docteur en médecine générale.

Dans le contexte de difficultés d'accès aux médecins, un nouveau métier de la santé a été créé en France en 2019, l'assistant médical. Je mène actuellement une enquête sur ce qu'attendent les patients du nouveau métier d'assistant médical en médecine générale.

Le principe est que vous partagiez avec moi vos expériences et vos points de vue en les détaillant autant que possible. Il n'y a pas de mauvaises « réponses ». Mon objectif est d'avoir de nombreux avis différents, qui peuvent même être contradictoires entre eux.

L'entretien dure en moyenne 30 à 60 minutes.

Je vais en faire un enregistrement audio, afin de pouvoir le retranscrire en détail.

Vos réponses resteront confidentielles et seront anonymisées (votre nom et vos données personnelles n'apparaîtront pas sur la version écrite de l'entretien). Les enregistrements audio seront détruits après la retranscription. Les transcriptions seront enregistrées de manière sécurisée.

Je les analyserai ensuite et utiliserai les résultats dans le cadre de ma thèse.

Vous avez la possibilité de quitter l'étude ou d'arrêter l'entretien à n'importe quel moment sans avoir à vous justifier.

Si quelque chose n'est pas clair, n'hésitez pas à m'en faire part, que je puisse mieux vous l'expliquer.



Autorisation de captation/utilisation voix

LES ATTENTES DES PATIENTS CONCERNANT LE NOUVEAU METIER D'ASSISTANT MEDICAL.

Dans le cadre de ma thèse, je souhaite vous interviewer et procéder à un enregistrement audio pour faciliter la transcription écrite de l'interview.

Je suis autorisée à utiliser Skype compte tenu des circonstances sanitaires actuelles.

Le support audio sera détruit immédiatement après la transcription écrite, et votre anonymat est garanti tout au long de l'exploitation des données.

Afin d'organiser les entretiens, j'ai également éventuellement besoin de vos nom, prénom, numéro de téléphone et/ou adresse e-mail. Toutes ces données ne seront vues et conservées que par moi et seront supprimées une fois ma thèse soutenue (octobre 2020).

Cette autorisation sera conservée jusqu'à la soutenance de ma thèse. Vous pourrez exercer vos droits sur les données vous concernant (cf. encadré *Conformité du traitement au RGPD et à la LIL*).

Je, soussigné(e)

Certifie avoir lu le texte m'informant des modalités de l'enquête,

Accepte de participer à l'étude et

Accepte que l'entretien soit enregistré par support audio.

A

Le / /

Signature :

Conformité du traitement au règlement général sur la protection des données (RGPD) et à la loi Informatique et libertés (LIL)

Le recueil de votre consentement constitue un traitement de données à caractère personnel soumis au RGPD et à la LIL. Ce traitement a été déclaré au registre des traitements de données à caractère personnel de l'université de Poitiers. Conformément à l'article 13 du RGPD, les informations suivantes vous sont communiquées :

Responsable du traitement : le Président de l'Université de Poitiers **Base légale du traitement (article 6 RGPD) :** mission d'intérêt public

Déléguée à la protection des données (DPO) : Isabelle Guérineau (dpo@univ-poitiers.fr)

Destinataires des données (toute personne amenée à manipuler les données) :

Caroline Besnier Douence (caroline.douence@etu.univ-poitiers.fr)

Durée de conservation des données :

- les autorisations de captation/utilisation voix des participants sont conservés jusqu'à la soutenance

Annexe 3 : Questionnaire d'échantillonnage

- Vous êtes :
 - Un homme
 - Une femme

- Votre âge :

- Votre profession :

- Consultez-vous votre médecin généraliste :
 - Régulièrement ?
 - Occasionnellement ?

- Avez-vous une ou plusieurs personnes qui dépendent de vous pour les consultations médicales (enfants, personnes âgées, personne handicapée...) ?
 - Oui
 - Non

- Indice d'accessibilité potentielle localisée de la commune d'habitation (ou commune d'habitation) :

- Avez-vous un moyen de transport personnel pour aller chez le médecin ?
 - Oui
 - Non

Résumé

Introduction

En France, l'accès aux soins de premier recours varie selon les zones mais peut être difficile dans certains territoires. C'est vrai pour la médecine générale libérale qui voit ses effectifs stagner quand la population augmente. Afin d'améliorer la situation, de nouvelles mesures sont mises en place. Parmi elles, l'avenant 7 à la convention médicale prévoit le possible déploiement d'assistants médicaux auprès des médecins libéraux. Les médecins pourraient se décharger sur eux de certaines tâches, le but étant de leur libérer du temps médical. Quelles sont les attentes des patients concernant les assistants médicaux ? Et quelles implications pratiques peuvent-elles avoir ?

Matériel et méthode

Une enquête qualitative a été organisée, par entretiens semi-dirigés individuels, auprès de personnes majeures, habitant en Gironde. Les participants étaient recrutés en variation maximale sur les critères suivants : accessibilité potentielle localisée de leur commune de résidence, sexe, âge, rythme de consultation. Les entretiens, vidéo ou en présentiel, étaient enregistrés avec l'accord des participants, transcrits et analysés selon une méthode d'analyse thématique en continu.

Résultats

Douze personnes, âgées de 23 à 91 ans, ayant des APL variant de 2,1 à 6,9 ont été interrogées. Quatre par Skype, huit en présentiel. Les participants attendaient que les assistants : gèrent les tâches administratives, renseignent le dossier médical, régulent les appels, prennent les constantes et fassent même éventuellement tout l'examen clinique, aident pendant la consultation et coordonnent les soins et le suivi des examens du patient. L'assistant aurait de grandes qualités relationnelles et une formation adaptée à ses missions. Son intervention permettrait de libérer du temps médical mais au risque, selon certains, de dégrader leur relation avec leur médecin et la qualité de leur prise en charge. D'autres voyaient surtout les avantages d'un travail en équipe. Certains participants attendaient une information du médecin, avant la première rencontre avec l'assistant. Elle présenterait l'assistant et ses missions, et rassurerait le patient sur le maintien d'une bonne prise en charge.

Discussion

Les attentes des patients étaient partagées entre espoirs et craintes. Si certains étaient réfractaires à ce changement, tous semblaient prêts à l'envisager. Pour certains, une information devait leur être délivrée à l'avance pour respecter leur liberté de pouvoir dire non.

Mots-clés MeSH : pratique professionnelle, soins de santé primaire, opinion



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 !

