

2024-2025

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en Médecine générale

Quels sont les déterminants de la collaboration avec un assistant médical pour les médecins généralistes installés des Pays de la Loire ?

GARNIER Gaël

Né le 17/06/95 à Laval (53)

BILLAUD Robin

Né le 16/01/96 à Bressuire (79)

Sous la direction du Dr PEUROIS Matthieu

Membres du jury

Dr RAMOND-ROQUIN Aline | Présidente

Dr PEUROIS Matthieu | Directeur

Dr DELAHAYE Josselin | Membre

Dr CAILLARD Jean-Baptiste | Membre

Soutenue publiquement le :
12 Juin 2025

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné **BILLAUD Robin**
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant le **02/04/2025**

Je, soussigné **GARNIER Gaël**
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant le **02/04/2025**

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Cédric ANNWEILER

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr
Sébastien FAURE

Directeur du département de médecine : Pr Vincent DUBEE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	PHYSIOLOGIE	Médecine
ANGOULVANT Cécile	MEDECINE GENERALE	Médecine
ANNWEILER Cédric	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT	Médecine
ASFAR Pierre	REANIMATION	Médecine
AUBE Christophe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
AUGUSTO Jean-François	NEPHROLOGIE	Médecine
BAUFRETON Christophe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BELLANGER William	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELONCLE François	REANIMATION	Médecine
BIERE Loïc	CARDIOLOGIE	Médecine
BIGOT Pierre	UROLOGIE	Médecine
BONNEAU Dominique	GENETIQUE	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
BOURSIER Jérôme	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
BOUVARD Béatrice	RHUMATOLOGIE	Médecine
BRIET Marie	PHARMACOLOGIE	Médecine
CAMPONE Mario	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CAROLI-BOSC François- Xavier	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CASSEREAU Julien	NEUROLOGIE	Médecine
CLERE Nicolas	PHARMACOLOGIE / PHYSIOLOGIE	Pharmaci e
COLIN Estelle	GENETIQUE	Médecine
CONNAN Laurent	MEDECINE GENERALE	Médecine
COPIN Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
COUTANT Régis	PEDIATRIE	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	PHYSIOLOGIE	Médecine
CRAUSTE-MANCIET Sylvie	PHARMACOTECHNIE HOSPITALIERE	Pharmaci e
DE CASABIANCA Catherine	MEDECINE GENERALE	Médecine
DERBRE Séverine	PHARMACOGNOSIE	Pharmaci e

DESCAMPS Philippe	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
D'ESCATHA Alexis	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
DINOMAS Mickaël	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine
DUBEE Vincent	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
DUVERGER Philippe	PEDOPSYCHIATRIE	Médecine
EVEILLARD Matthieu	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmaci e
FAURE Sébastien	PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE	Pharmaci e
FOURNIER Henri-Dominique	ANATOMIE	Médecine
FOUQUET Olivier	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
FURBER Alain	CARDIOLOGIE	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	PNEUMOLOGIE	Médecine
GOHIER Bénédicte	PSYCHIATRIE D'ADULTES	Médecine
GUARDIOLA Philippe	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
GUILET David	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmaci e
HUNAUULT-BERGER Mathilde	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
JEANNIN Pascale	IMMUNOLOGIE	Médecine
KAZOUR François	PSYCHIATRIE	Médecine
KEMPF Marie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	Médecine
LACOEUILLE FRANCK	RADIOPHARMACIE	Pharmaci e
LACCOURREYE Laurent	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	Médecine
LAGARCE Frédéric	BIOPHARMACIE	Pharmaci e
LANDREAU Anne	BOTANIQUE/ MYCOLOGIE	Pharmaci e
LASOCKI Sigismond	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION	Médecine
LEBDAL Souhil	UROLOGIE	Médecine
LEGENDRE Guillaume	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
LEGRAND Erick	RHUMATOLOGIE	Médecine
LEMEE Jean-Michel	NEUROCHIRURGIE	Médecine
LERMITE Emilie	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
LEROLLE Nicolas	REANIMATION	Médecine
LIBOUBAN Hélène	HISTOLOGIE	Médecine
LUQUE PAZ Damien	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE	Médecine
MARCHAIS Véronique	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmaci e

MARTIN Ludovic	DERMATO-VENEREOLOGIE	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	Médecine
MENEI Philippe	NEUROCHIRURGIE	Médecine
MERCAT Alain	REANIMATION	Médecine
ORVAIN Corentin	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
PAISANT Anita	RADIOLOGIE	Médecine
PAPON Nicolas	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmaci e
PASSIRANI Catherine	CHIMIE GENERALE	Pharmaci e
PELLIER Isabelle	PEDIATRIE	Médecine
PETIT Audrey	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
PICQUET Jean	CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
PODEVIN Guillaume	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
PROCACCIO Vincent	GENETIQUE	Médecine
PRUNIER Delphine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
PRUNIER Fabrice	CARDIOLOGIE	Médecine
PY Thibaut	MEDECINE GENERALE	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	MEDECINE GENERALE	Médecine
REYNIER Pascal	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
RIOU Jérémie	BIostatistique	Pharmaci e
RINEAU Emmanuel	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION	Médecine
RIQUIN Elise	PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
RODIEN Patrice	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
ROQUELAURE Yves	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
ROUSSEAU Audrey	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROUSSEAU Pascal	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROY Pierre-Marie	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
SAULNIER Patrick	BIOPHYSIQUE ET BIostatistiques	Pharmaci e
SERAPHIN Denis	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmaci e
SCHMIDT Aline	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine

TESSIER-CAZENEUVE Christine	MEDECINE GENERALE	Médecine
TRZEPICZUR Wojciech	PNEUMOLOGIE	Médecine
UGO Valérie	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
URBAN Thierry	PNEUMOLOGIE	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	PEDIATRIE	Médecine
VENARA Aurélien	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie- Claire	PHARMACOTECHNIQUE	Pharmacie
VERNY Christophe	NEUROLOGIE	Médecine
WILLOTEAUX Serge	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

AMMI Myriam	CHIRURGIE VASCULAIRE ET THORACIQUE	Médecine
BAGLIN Isabelle	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	IMMUNOLOGIE	Médecine
BEGUE Cyril	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELIZNA Cristina	MEDECINE INTERNE	Médecine
BENOIT Jacqueline	PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BERNARD Florian	ANATOMIE	Médecine
BESSAGUET Flavien	PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BLANCHET Odile	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
BOISARD Séverine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
BOUCHER Sophie	ORL	Médecine
BRIET Claire	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
BRILLAND Benoit	NEPHROLOGIE	Médecine
BRIS Céline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
BRUGUIERE Antoine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CHABRUN Floris	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
CHAO DE LA BARCA Juan- Manuel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
CHOPIN Matthieu	MEDECINE GENERALE	
CODRON Philippe	NEUROLOGIE	Médecine
DEMAS Josselin	SCIENCES DE LA READAPTATION	Médecine
DESHAYES Caroline	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE	Pharmacie

DOUILLET Delphine	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
FERRE Marc	BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	PHYSIOLOGIE	Médecine
GHALI Maria	MEDECINE GENERALE	Médecine
GUELFJESSICA	MEDECINE GENERALE	Médecine
HADJ MAHMOUD Dorra	IMMUNOLOGIE	Pharma
HAMEL Jean-François	BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE	Médicale
HAMON Cédric	MEDECINE GENERALE	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
HERIVAUX Anaïs	BIOTECHNOLOGIE	Pharmacie
HINDRE François	BIOPHYSIQUE	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	MEDECINE GENERALE	Médecine
KHIATI Salim	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
LEFEUVRE Caroline	BACTERIOLOGIE ; VIROLOGIE	Médecine
LEGEAY Samuel	PHARMACOCINETIQUE	Pharmacie
LEPELTIER Elise	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
LETOURNEL Franck	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
MABILLEAU Guillaume	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE	Médecine
MALLET Sabine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
MAROT Agnès	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
MESLIER Nicole	PHYSIOLOGIE	Médecine
MIOT Charline	IMMUNOLOGIE	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	PHILOSOPHIE	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	IMMUNOLOGIE	Pharmacie
PAILHORIE Hélène	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Médecine
PAPON Xavier	ANATOMIE	Médecine
PASCO-PAPON Anne	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
PENCHAUD Anne-Laurence	SOCIOLOGIE	Médecine
PIHET Marc	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
PIRAUX Arthur	OFFICINE	Pharmacie
POIROUX Laurent	SCIENCES INFIRMIERES	Médecine
RONY Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	Médecine
ROGER Emilie	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie

SAVARY Camille	PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE	Pharmacie
SCHMITT Françoise	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	PHARMACIE CLINIQUE ET EDUCATION THERAPEUTIQUE	Pharmacie
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	MEDECINE GENERALE	Médecine
VIAULT Guillaume	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie

AUTRES ENSEIGNANTS

ATER		
BARAKAT Fatima	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
ATCHADE Constantin	GALENIQUE	Pharmacie
PRCE		
AUTRET Erwan	ANGLAIS	Santé
BARBEROUSSE Michel	INFORMATIQUE	Santé
COYNE Ashley	ANGLAIS	Santé
O'SULLIVAN Kayleigh	ANGLAIS	Santé
RIVEAU Hélène	ANGLAIS	
PAST-MAST		
AUBRUHET Hélène		
BEAUVAIS Vincent	OFFICINE	Pharmacie
BRAUD Cathie	OFFICINE	Pharmacie
CAVAILLON Pascal	PHARMACIE INDUSTRIELLE	Pharmacie
DILÉ Nathalie	OFFICINE	Pharmacie
GUILLET Anne-Françoise	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie
MOAL Frédéric	PHARMACIE CLINIQUE	Pharmacie
CHAMPAGNE Romain	MEECINE PHYSIQUE ET READAPTATION	Médecine
KAASSIS Mehdi	GASTRO-ENTEROLOGIE	Médecine
GUITTON Christophe	MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION	Médecine
LAVIGNE Christian	MEDECINE INTERNE	Médecine
PICCOLI Giorgina	NEPHROLOGIE	Médecine
POMMIER Pascal	CANCEROLOGIE-RADIOTHERAPIE	Médecine
SAVARY Dominique	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
PLP		
CHIKH Yamina	ECONOMIE-GESTION	Médecine

Remerciements communs :

À **Madame la Professeure RAMOND-ROQUIN Aline**

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury. Nous vous remercions sincèrement pour votre présence et pour l'attention bienveillante que vous avez portée à notre travail. Veuillez recevoir l'expression de notre profonde reconnaissance.

À **Monsieur le Docteur PEUROIS Matthieu,**

Merci d'avoir accepté la direction de ce travail de recherche. Tu nous à guidé tout au long des étapes avec rigueur, patience et bienveillance. Merci pour ta disponibilité, tes conseils avisés et pour la confiance que tu nous as accordée.

À **Messieurs les Docteurs DELAHAYE Josselin et CAILLARD Jean Baptiste,**

Nous vous remercions d'avoir accepté de vous rendre disponible pour porter un regard critique sur ce travail. Votre expertise et vos remarques nous honorent et enrichissent cette démarche. Veuillez recevoir l'expression de notre gratitude.

À **Monsieur le Docteur HAMON Cédric** qui nous a inspiré ce sujet au cours de longues discussions, toujours très intéressantes. Merci pour la qualité de tes enseignements.

Nous remercions l'URML des Pays de la Loire pour avoir transmis notre questionnaire à deux reprises aux médecins des Pays de la Loire. Nous remercions également l'ensemble des médecins généralistes ayant répondu à notre questionnaire et qui nous ont permis de réaliser cette thèse.

Remerciements de Robin BILLAUD :

À ma famille

À ma mère et ma sœur,

Merci pour votre soutien tout au long de ces longues années d'études. Vous m'avez transmis des valeurs essentielles et toujours cru en moi, même dans les moments de doute. Cette thèse vous est dédiée autant qu'à moi.

À mes grands-parents, à ma famille élargie,

Merci pour votre fierté, votre attention. Votre bienveillance m'a toujours accompagné.

À ma belle famille,

Merci pour votre présence rassurante, vos sourires, votre écoute. Vous avez été une force tranquille sur laquelle j'ai pu m'appuyer tout au long de ce parcours.

À Alicia et Olympe,

Je ne me répéterai jamais assez à quel point je suis chanceux de t'avoir rencontrée si tôt dans ma vie. Merci pour ton immense soutien au quotidien.

À mes amis,

Merci à ceux qui ont jalonné mon chemin d'études et de vie.

J'ai une pensée toute particulière pour mes co-externes d'Angers : Gaël, Aurélien, Matthieu, Maxime, Hugo. Ceux avec qui j'ai partagé des gardes, des journées à la fac, des partiels et des post partiels, des nuits blanches, des immenses fous-rires : merci d'avoir rendu cette aventure humaine inoubliable.

REMERCIEMENTS

Aux médecins qui ont marqué ma formation,

À mes maîtres de stage,

Merci pour votre disponibilité, votre pédagogie, votre humanité. Vous m'avez transmis bien plus que des connaissances : un regard, une posture, une manière d'être médecin. Je pense tout particulièrement à Anne PLESSIS. Merci pour ton regard si humain et éclairant au-delà des approches normées de ce métier.

À tous ceux qui m'ont accueilli au sein de leur cabinet, dans les hôpitaux, dans les services, Merci de m'avoir fait confiance, d'avoir partagé votre quotidien, de m'avoir laissé une place à vos côtés. Vous avez contribué à faire de moi le médecin que je deviens.

Remerciements de Gaël GARNIER :

A ma famille.

A mes parents, sans qui rien n'aurait été possible. Vous m'avez toujours donné les moyens de réussir. Un soutien indéfectible et irremplaçable qui m'a permis de passer ces études dans les meilleures conditions.

A mon frère. A toutes les choses que l'on a partagées et que l'on partagera à l'avenir.

A Phœbé, l'amour de ma vie, mon amie, mon alliée. Tu me soutiens, tu m'élèves, et chaque jour avec toi est une bénédiction inestimable. Comment ne pas être heureux lorsque l'on est à tes côtés et que l'on partage de si beaux projets. Merci d'avoir été patiente ces derniers mois qui furent intenses. A Platon, fidèle compagnon à quatre pattes.

A mes amis.

A Robin, qui a accepté de réaliser cette aventure avec moi. Ami fidèle, toujours de bon conseil, compréhensif, je mesure la chance de te compter à mes côtés.

A mes amis et notamment ceux qui m'ont accompagné lors de mon externat et de mon internat. Un remerciement particulier aux gars : Aurélien, Hugo, Matthieu, Maxime et Robin.

Au corps médical qui m'a toujours bien accueilli au cours de mes différents stages.

Liste des abréviations

AAMA	Association Américaine des Assistants Médicaux
AFGSU	Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence
AFML	Association pour la Formation des Médecins Libéraux
ALD	Affection de Longue Durée
AM	Assistant Médical
APL	Accessibilité Potentielle Localisée
CCI	Chambre de Commerce et d'Industrie
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNN	Convention Collective Nationale
CNAM	Conservatoire National des Arts et Métiers
CPNEFP	Commission Paritaire Nationale Emploi et Formation Professionnelle
CPTS	Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
CQP	Certificat de Qualification Professionnelle
CSMF	Confédération des Syndicats Médicaux Français
DAM	Délégué de l'Assurance Maladie
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
ECG	Électrocardiogramme
ETP	Équivalent Temps Plein
FAE	Formation d'Adaptation à l'Emploi
FMF	Fédération des Médecins de France
GUESS 49	Groupeement d'Employeurs Social et Solidaire 49
IDE	Infirmière ou Infirmier Diplômé(e) d'État
IPA	Infirmière ou Infirmier de Pratique Avancée
IRDES	Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé
MSP	Maison de Santé Pluridisciplinaire
OPTAM	Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée
OPTCO EP	Opérateur de Compétence des Entreprises de Proximités
QPV	Quartier Prioritaire de la Ville
RNCP	Répertoire National des certifications Professionnelles
SML	Syndicat des Médecins Libéraux
UNCAM	Union National des Certifications Professionnelles
UNOACAM	Union Nationale des Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie
URML 49	Union Régionale des Médecins Libéraux des Pays de la Loire
USA	États Unis d'Amérique
VAE	Validation des Acquis de l'Expérience
ZAC	Zone d'Action Complémentaire
ZIP	Zone d'Intervention Prioritaire

Plan

SERMENT D'HIPPOCRATE

INTRODUCTION

- 1. La démographie médicale en France**
- 2. Évolution de la population sur le territoire**
- 3. Le projet de loi « Ma Santé 2022 »**
- 4. Le projet de loi Rist (25)**
- 5. La nouvelle convention médicale**
- 6. L'assistant médical aux USA**
- 7. L'assistant médical en Allemagne**
- 8. Limites de la comparaison aux modèles étrangers**

MÉTHODES

RÉSULTATS

DISCUSSION

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIÈRES

ANNEXES

QUELS SONT LES DETERMINANTS DE LA COLLABORATION AVEC UN ASSISTANT MEDICAL POUR LES MEDECINS GENERALISTES INSTALLES DES PAYS DE LA LOIRE ?

GARNIER Gaël, BILLAUD Robin

Ce travail de recherche a été effectué en binôme dans le cadre d'une co-thèse.

L'ensemble du travail initial s'intéressant à la thématique des assistants médicaux (AM) et du transfert de tâches a été proposé par Gaël GARNIER qui a sollicité le Dr PEUROIS Matthieu dans le cadre d'une demande de direction.

Une fois la direction validée, Robin BILLAUD a intégré ce projet de recherche.

L'élaboration de la problématique, la revue initiale de la littérature ainsi que la rédaction de la fiche de thèse, du questionnaire et les démarches pour sa validation ont été effectuées de manière conjointe.

La répartition des tâches s'est ensuite organisée de manière complémentaire, à la fois selon les centres d'intérêt de chaque auteur mais également en fonction de leurs disponibilités respectives.

Concernant l'introduction, Gaël GARNIER a pris en charge l'analyse de la démographie médicale et les problématiques d'accès aux soins primaires en France, la présentation de la loi Rist, les apports de la nouvelle convention médicale ainsi que le modèle allemand de l'AM. Robin BILLAUD a pris en charge l'analyse du modèle américain de l'AM et l'organisation actuelle proposée en France.

La gestion de l'outil informatique en lien avec le questionnaire durant la période d'inclusion a été effectuée par Gaël GARNIER.

L'analyse statistiques des résultats a été effectuée par Robin BILLAUD.

Le travail de comparaison à la littérature existante a fait l'objet d'échanges en binôme puis la rédaction de la discussion et de la conclusion a été réalisée par Robin BILLAUD.

La mise en page du manuscrit et l'intégration de l'ensemble de la bibliographie ont été effectuées en binôme.

Les démarches post rédaction en lien avec l'autorisation d'impression, le dépôt du manuscrit, son impression et la préparation du support pour la soutenance orale ont été effectuées par Gaël GARNIER.

INTRODUCTION

En France en 2025, l'accès aux soins primaires est de plus en plus difficile. Entre 2012 et 2021, la densité de médecins généralistes sur le territoire a nettement diminué du fait de la baisse des effectifs de médecins généralistes et de l'augmentation de la population (1). Cette réalité impact l'ensemble du territoire français bien que des disparités au sein des différentes régions existent (2). Il en résulte une inadéquation entre l'offre et la demande de soins qui met en tension un système de santé fragile dont le fonctionnement est au cœur de réformes politiques qui se succèdent quinquennat après quinquennat pour tenter d'améliorer la situation.

C'est dans ce climat particulier que le gouvernement d'Emmanuel Macron de 2017 a proposé dans son projet de loi "Ma Santé 2022" la création et l'aide au financement du métier d'assistant médical (AM) dans les cabinets de médecine générale pour pallier la problématique de l'accès aux soins primaires (3). En contrepartie de l'aide apportée sur le plan médical et/ou administratif par l'AM, les médecins bénéficiant de ce dispositif s'engagent à augmenter le nombre de patients vu en consultation.

A l'instar de nos confrères des États-Unis ou d'Allemagne pour lesquels il est plus commun de travailler en collaboration avec des AM (4), cette proposition vient bouleverser la méthode de travail de la plupart des omnipraticiens français. La question de la délégation de tâches et du transfert de compétences se heurte à celle de l'identité et de la représentation du médecin généraliste.

Depuis l'annonce de ce dispositif, plusieurs travaux qualitatifs ont été réalisés pour recueillir l'opinion des médecins généralistes. Une revue de la littérature réalisée par Sarah BRIZARD en 2021 met en évidence les motivations principales des médecins vis à vis du dispositif : le besoin d'alléger la charge de travail des médecins et leur redonner du temps médical, la volonté d'améliorer l'offre et l'accès aux soins, le moindre coût de l'emploi des assistants. En parallèle, les principaux freins retrouvés sont la méconnaissance de la profession, le risque de chevauchement de tâches avec d'autres professionnels (infirmiers dont infirmiers de pratique avancée), la crainte d'une dégradation de la relation médecin-patient et des obstacles financiers (5).

Dans sa thèse de 2018, Jean Baptiste PRUNIERES interroge les médecins généralistes sur le temps hebdomadaire moyen consacré aux tâches non médicales avec une moyenne retrouvée d'environ 13 heures sur les 121 médecins

questionnés (6). Enfin, les patients ont également été interrogés à propos des assistants médicaux dans différents travaux en particulier celui d'Elsa MOURGUES en 2019 retrouvant 57% des 872 patients interrogés qui estiment une diminution du délai de rendez-vous grâce aux assistants médicaux (7). Cette acceptation de la part des patients, cantonnée à une petite échelle française semble extrapolable à très large échelle au travers notamment d'une revue de la littérature internationale s'intéressant au degré de satisfaction du patient vis à vis de l'assistant médical dans une quinzaine de pays (8).

Pourtant, alors que le projet de loi initial "Ma Santé 2022" prévoyait le déploiement de 4000 assistants médicaux en France d'ici 2022, moins de 2500 contrats sont signés en mars 2022 avec un nouvel objectif annoncé par l'assurance maladie à 10.000 assistants médicaux d'ici 2025 lors de l'ouverture des négociations de la nouvelle convention médicale en octobre 2023 (9).

Peu de travaux quantitatifs de grande ampleur ont été établis à ce jour dans la région des Pays de la Loire.

L'objectif principal de ce travail de recherche est de mettre en évidence les déterminants de la collaboration avec un assistant médical pour les médecins généralistes installés des Pays de la Loire.

L'objectif secondaire est d'identifier les leviers, les freins et les limites concernant la mise en place de ce dispositif.

1. La démographie médicale en France

1.1. Approche nationale

1.1.1. Décroissance du nombre de médecins généralistes

Au 1er janvier 2024, 329 434 médecins sont inscrits au tableau de l'Ordre des médecins soit une variation positive de +10% des effectifs depuis 2010 et +1,4% depuis 2023. Cependant, on peut s'interroger sur l'absence de communication du conseil de l'ordre des médecins sur le nombre de médecins généralistes au premier janvier 2024, information qui était donnée de manière annuelle jusqu'alors. En effet, cette augmentation de médecins en activité semble faussement rassurante car uniquement liée à l'augmentation des médecins des spécialités autres que la médecine générale.

Les projections prévoient une diminution du nombre de médecins généralistes à 81 912 pour 2025, soit une diminution supplémentaire de 3% en 3 ans. La figure 1 montre la lente décroissance du nombre de médecins généralistes au cours du temps et la prévision du nombre de médecins généralistes entre 2023 et 2025. La prévision de nombre de médecins généralistes pour les 3 années à venir ne figure plus sur l'Atlas fourni par l'ordre des médecins français.

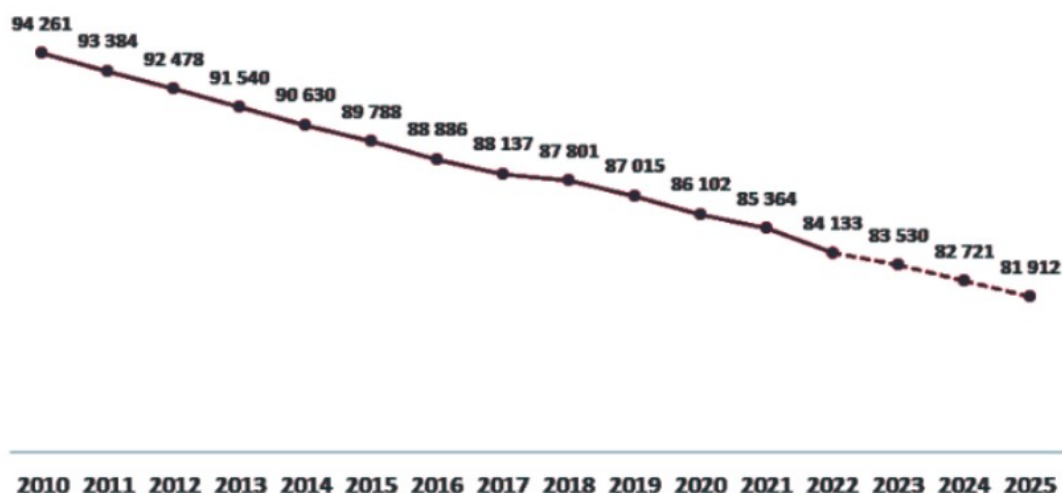


Figure 1 : Prévision du nombre de médecins généralistes en activité régulière jusqu'en 2025 (2)

Or, le nombre de médecins inscrits au tableau de l'Ordre des médecins a augmenté respectivement de 1,7% et 21,5 % par rapport à 2021 et 2010. Cette augmentation représente 56 176 médecins supplémentaires en 12 ans. Cependant, il est important de noter que cette augmentation est essentiellement due à l'augmentation du nombre

des médecins des autres spécialités. En effet depuis 2010, on note une augmentation de 6,6 % du nombre de médecins spécialistes (hors médecin généraliste).

La figure 2 ci-dessous montre l'évolution du nombre de médecins généralistes et des médecins d'autre spécialité entre 2012 et 2021. On note une lente décroissance du nombre de médecins généralistes au cours du temps, et au contraire une lente majoration du nombre de médecins d'une autre spécialité au cours du temps.

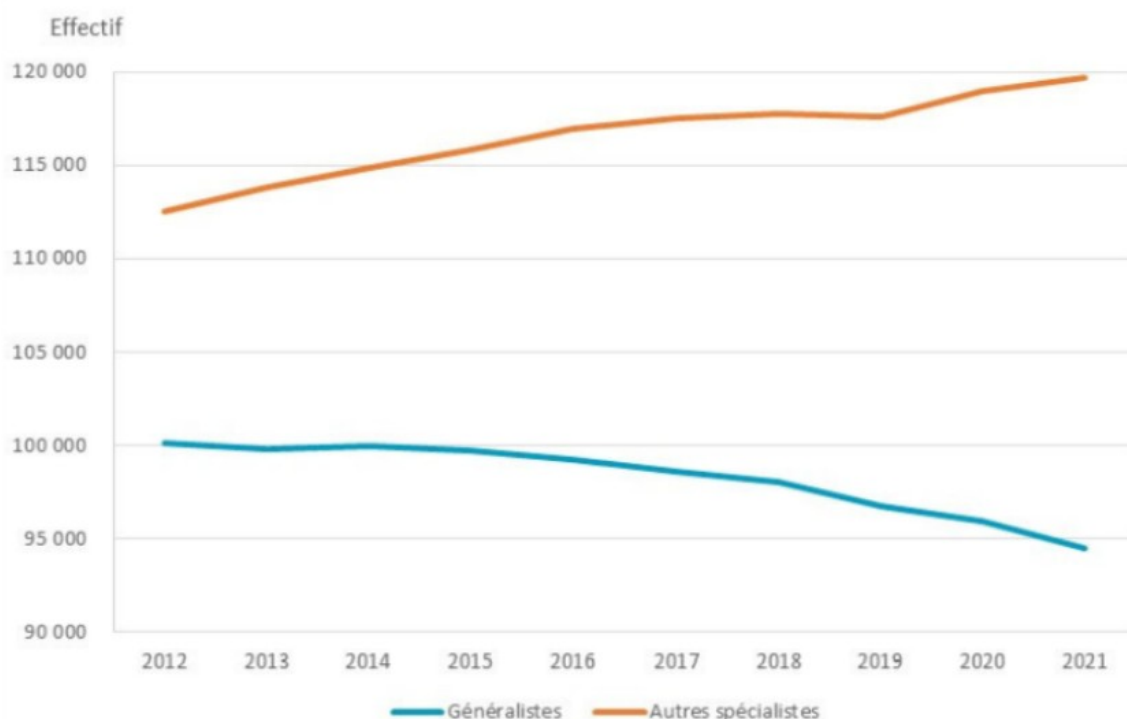


Figure 2 : Effectifs de médecins en activité par spécialité entre 2012 et 2021 (1)

La diminution du nombre de médecins est aussi due à des choix politiques. En effet, jusqu'en 2020, le nombre d'étudiants en médecine pouvant entrer en deuxième année était défini par l'État, on nommait cela le *numerus clausus*. Le nadir du *numerus clausus* a été atteint en 1993 avec seulement 3500 étudiants pouvant entrer en deuxième année de médecine créant un manque de renouvellement de médecins 20 ans plus tard. D'autant plus que l'augmentation du *numerus clausus* a été très lente les années suivantes pour atteindre 9314 en 2018.

En 2020, le gouvernement du président Macron annonce la fin du *numerus clausus* et son remplacement par le *numerus apertus* qui est censé être moins limitant et mieux adapté aux besoins médicaux.

Le premier ministre, Gabriel Attal, annonce une augmentation extraordinaire du *numerus apertus* avec un objectif à 16 000 places en 2027. Cela représente une augmentation de 457% du nombre d'étudiants en seconde année de médecine en moins de 40 ans. Si cette mesure est appliquée, l'effet ne sera pas observé avant 2035.

Le nombre d'étudiants admis en seconde année de médecine n'est, lui aussi, plus transmis de manière officielle. Nous ne savons pas combien d'étudiants sont admis en seconde année de médecine pour la promotion 2024-2025.

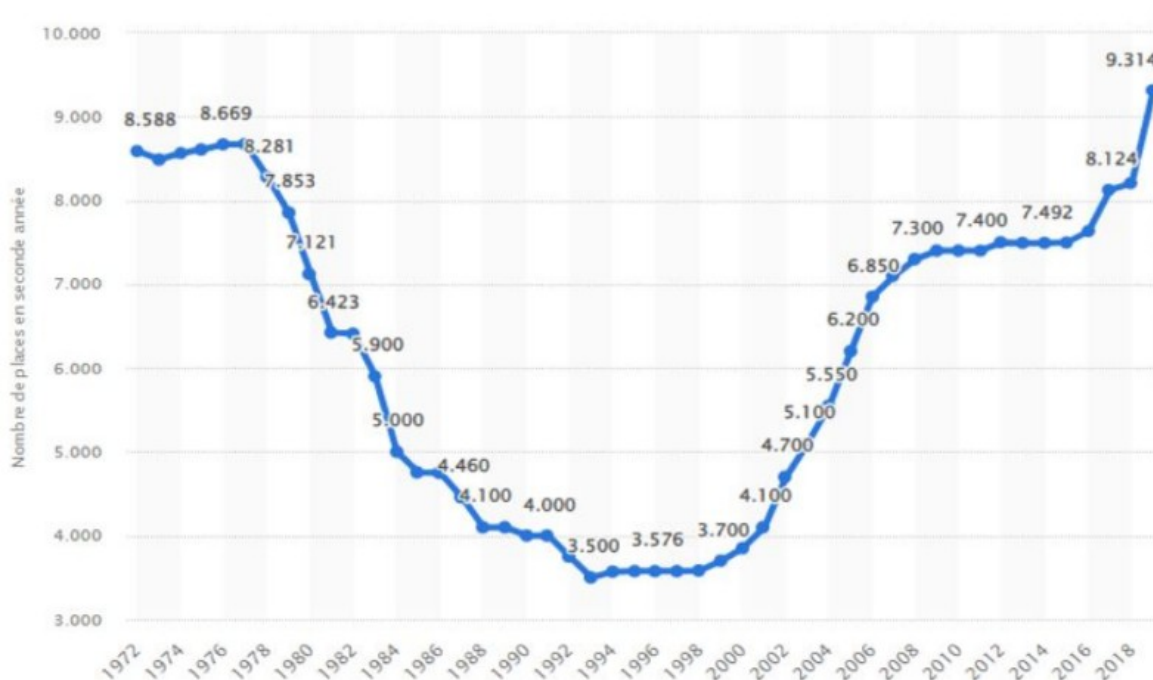


Figure 3 : Nombre de places ouvertes en deuxième année de médecine de 1972 à 2019 (1)

1.1.2. Vieillessement de la profession de médecin généraliste

Il existe également un vieillissement des praticiens. En effet, l'âge moyen des médecins inscrits (France métropolitaine) est de 57,6 ans, ce qui est très comparable à l'âge médian qui est de 57,8 ans. Au 1er janvier 2022, les médecins âgés de 60 ans et plus représentent 48,7% de l'ensemble des inscrits et les moins de 40 ans représentent seulement 20,4% de ce même effectif. Les chiffres fournis par le conseil de l'ordre national comprennent tous les médecins en activité. Les chiffres concernant les médecins généralistes ne sont pas transmis pour 2024.

1.1.3. Féminisation de la profession de médecin généraliste

On observe également une féminisation notable de la profession. En effet, les femmes représentaient seulement 38,2 % des médecins généralistes en 2010, elles représentent désormais 45,2 % en 2022. La parité n'est actuellement pas encore obtenue uniquement car les médecins généralistes retraités en activité sont dénombrés dans l'effectif des médecins généralistes en activité.

Or, un rapport de la DREES de 2012 retrouve une différence de 10 % entre le temps de travail d'un médecin généraliste homme contre un médecin généraliste femme avec respectivement, en moyenne, 59 heures par semaine pour un homme contre 53 heures par semaine pour une femme (10).

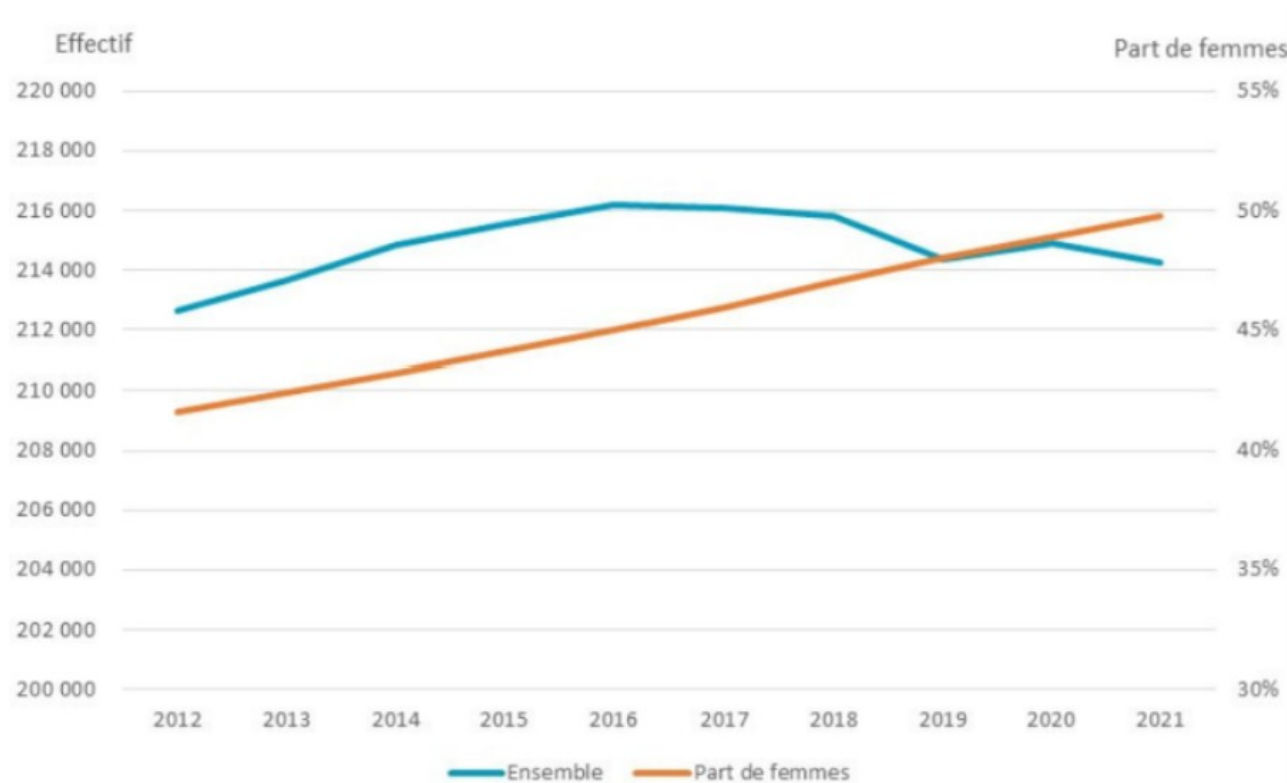


Figure 4 : Effectifs de médecins en activité et part de femmes parmi eux de 2012 à 2021 (1)

Malgré tout, le rapport de la DREES de 2016 montre que 98 % de l'ensemble des français ont accès à un médecin généraliste en moins de 10 minutes et finalement 52 000 français doivent parcourir 20 minutes ou plus pour avoir accès à un médecin généraliste (11).

1.2. Approche régionale

On note une disparité de densité des médecins généralistes en respectant un gradient Nord-Sud.

La plus basse densité de médecins généralistes se trouve en Centre Val de Loire avec moins de 118 médecins généralistes pour 100 000 habitants contre 170 médecins généralistes pour 100 000 habitants en Provence Alpes Côte d'Azur (PACA).

La figure 5 montre que la densité médicale dans les Pays de la Loire est légèrement supérieure à la moyenne nationale mais nettement derrière la région PACA ou Bretagne.

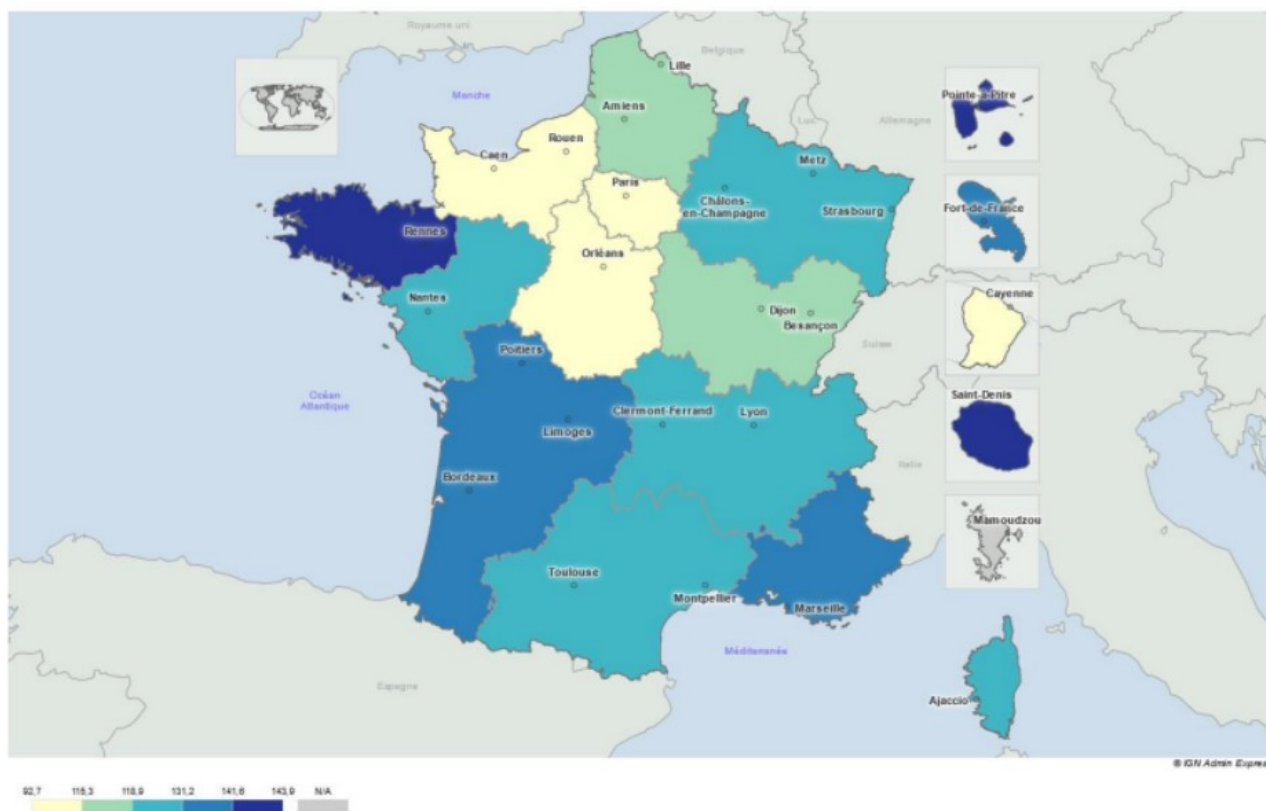


Figure 5 : Densités régionales des médecins généralistes en activité régulière au premier janvier 2024 (pour 100 000 habitants) (12)

1.3. Approche départementale

1.3.1. Disparité de répartition des médecins généralistes

A l'échelle des Pays de la Loire, on note une forte disparité d'accessibilité à un médecin généraliste entre les départements. La densité de médecins généralistes en Mayenne et en Sarthe est aux alentours de 110 médecins généralistes pour 100 000 habitants, ce qui représente un tiers de moins que le Maine et Loire et la Loire Atlantique. La figure ci-dessous montre la variation de densité médicale en France, par département et retrouve des majorations de densité dans les régions contenant un CHU et une diminution de densité pour les départements limitrophes. La Mayenne et la Sarthe ne font pas exception.

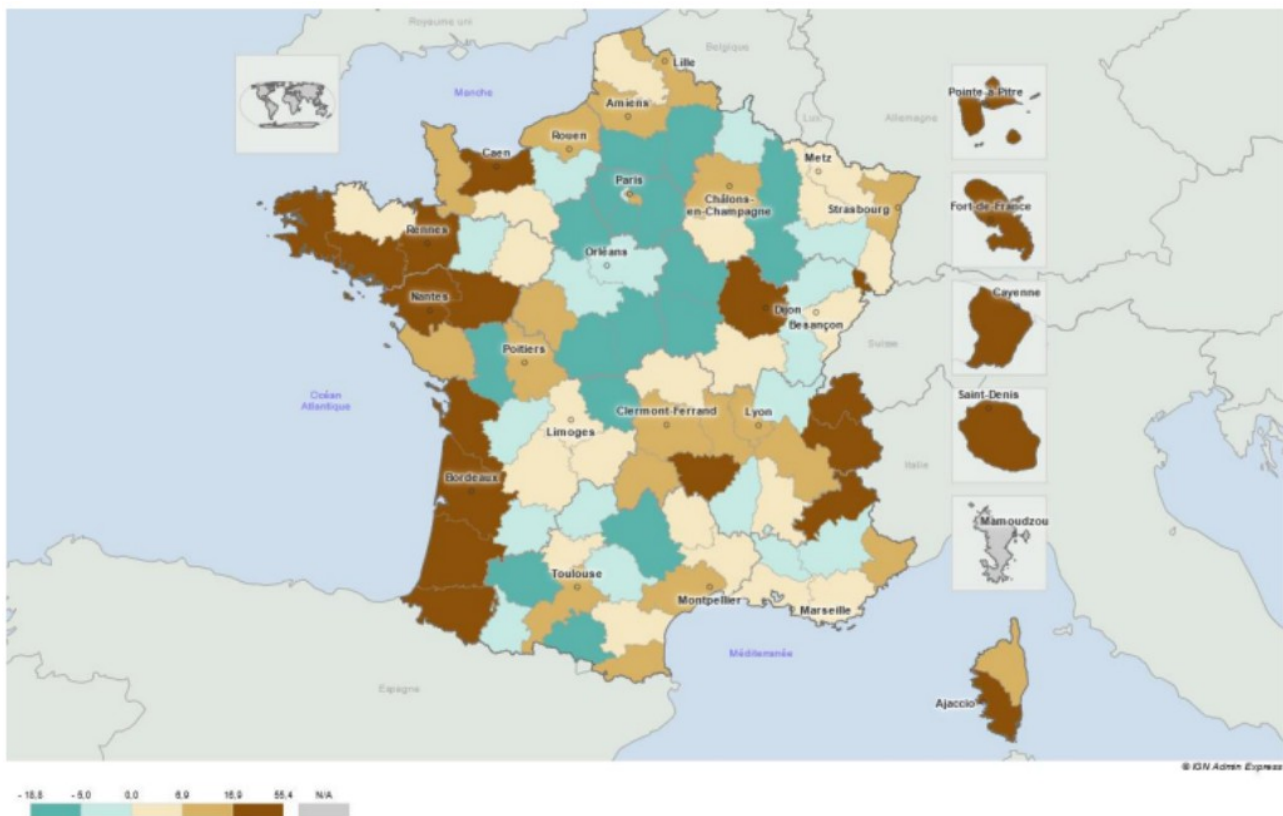


Figure 6 : Variation de la densité (%) de médecins en activité entre 2010 et 2024 (12)

La DRESS et l'IRDES ont créé un indicateur nommé APL qui signifie Accessibilité Potentielle Localisée, dans le but d'expliciter ces différences d'accessibilité aux médecins généralistes sur le territoire. Il s'agirait d'un outil plus intéressant que la densité de médecin généraliste par nombre d'habitants car il tient compte de l'offre de soin et des besoins de la population et s'intéresse à des territoires géographiques fins.

Les départements de la Mayenne, de la Sarthe et de la Vendée se trouvent en dessous de la moyenne nationale avec respectivement 2,5 ; 2,5 et 2,9 consultations accessibles par an par habitant, pour une moyenne nationale à 3,3. Alors que le Maine et Loire et la Loire Atlantique obtiennent des résultats respectivement à 3,9 et 3,8 consultations accessibles par an par habitant. La figure 7 illustre la disparité de l'indicateur APL dans les Pays de la Loire en 2022.

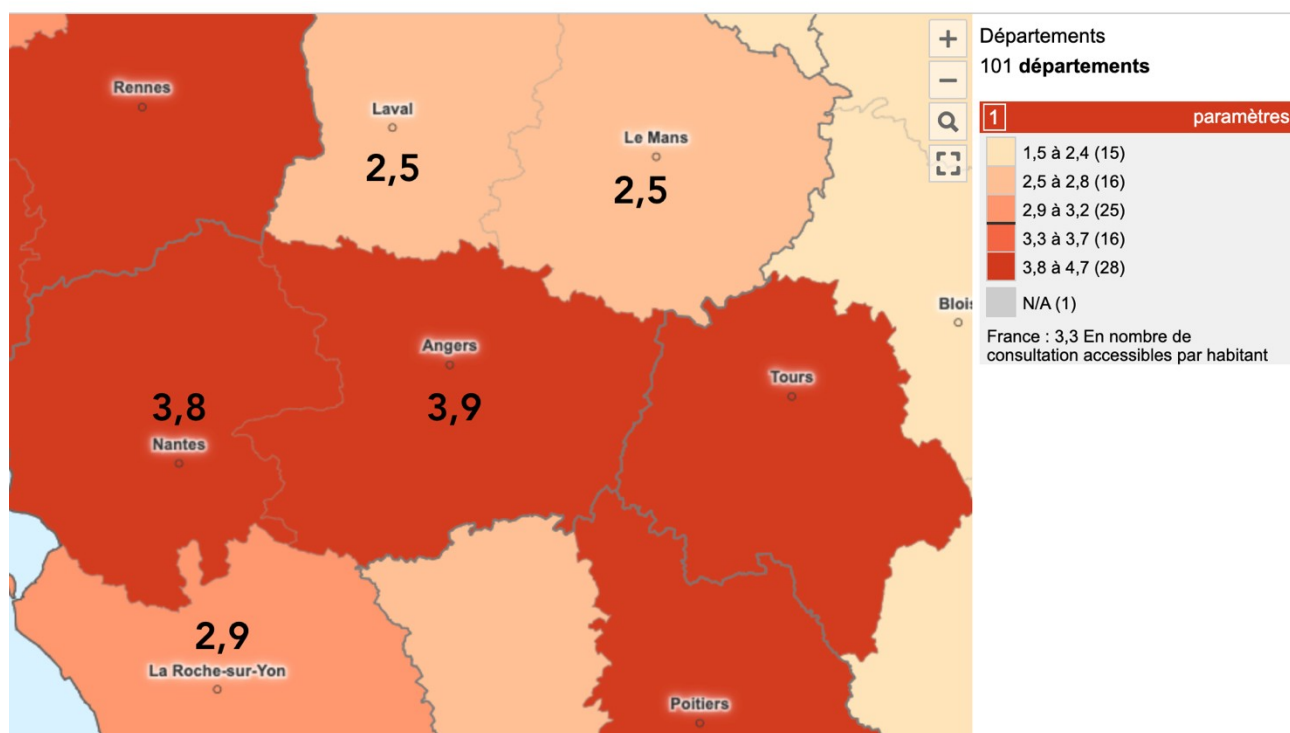


Figure 7 : APL aux médecins généralistes de moins de 65 ans en 2022 (13)

1.3.2. Vieillissement accru de la population de médecins généralistes dans les zones sous denses

Là encore, il existe des disparités dans notre région, on retrouve une moyenne d'âge supérieure à 54,8 ans dans les départements de la Mayenne, la Sarthe et la Vendée alors que l'âge moyen des médecins généralistes dans le Maine et Loire et la Loire atlantique est inférieur à 54,8 ans.

Les figure 8 et 9 illustrent le vieillissement plus important de la population des médecins depuis en dizaine d'années en Mayenne, Sarthe et dans une moindre mesure en Vendée. Au 1^{er} janvier 2024, la part des médecins de plus de 60 ans en activité régulière s'élève à 32,2% en Mayenne, 22,3% en Sarthe, 21% en Vendée, 16,6% dans le Maine et Loire et 15,1% en Loire Atlantique.

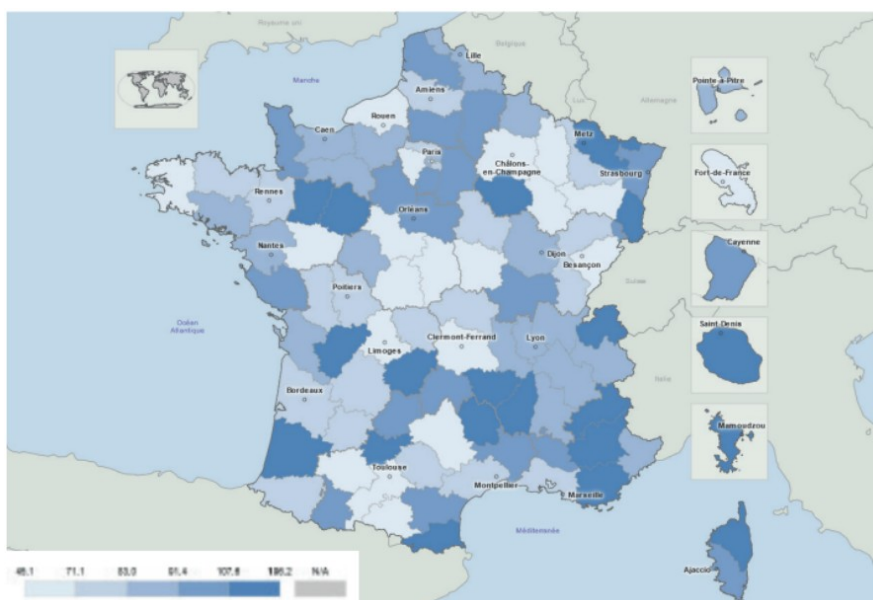


Figure 8 : Variation des effectifs des médecins en activité de 60 ans et plus entre 2010 et 2023 (14)

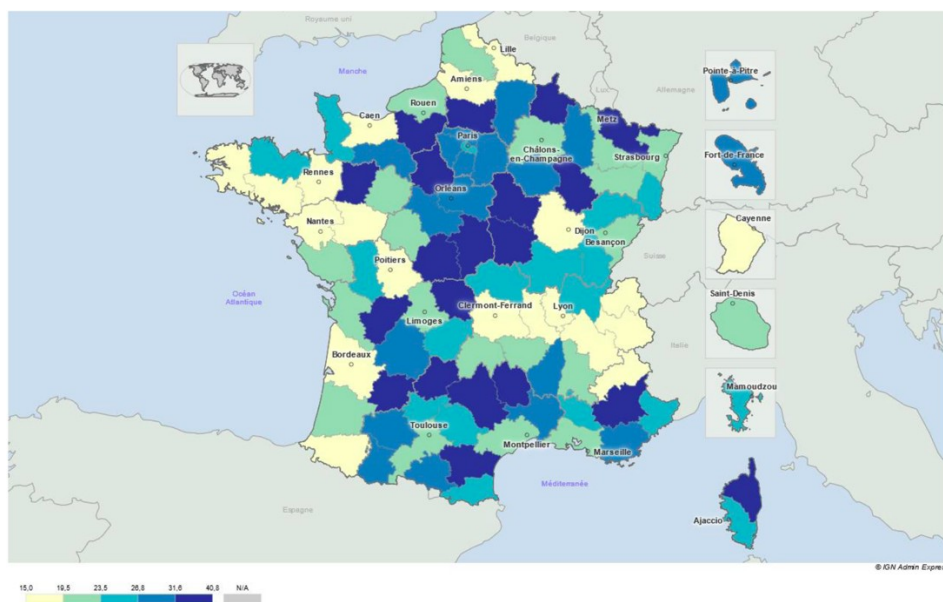


Figure 9 : Proportion de médecins de 60 ans et plus chez les médecins en activité régulière au 1er janvier 2024 (12)

2. Évolution de la population sur le territoire

2.1. Approche nationale

La France n'est pas une exception. Tout comme l'ensemble de ses voisins européens, elle assiste à un vieillissement de sa population. Ce vieillissement est dû à une augmentation de l'espérance de vie d'une part, mais également à la baisse de la natalité d'autre part.

Notre pays constate une diminution de son solde naturel depuis 2013 avec une nette accélération à partir de 2019. En effet, l'épidémie de COVID19 a entraîné une augmentation des décès mais aussi une baisse des naissances. La figure 10 montre une augmentation du nombre de décès en 2019-2020 mais une diminution sur les années 2021 à 2023. En revanche, le nombre de naissances est en constante diminution.

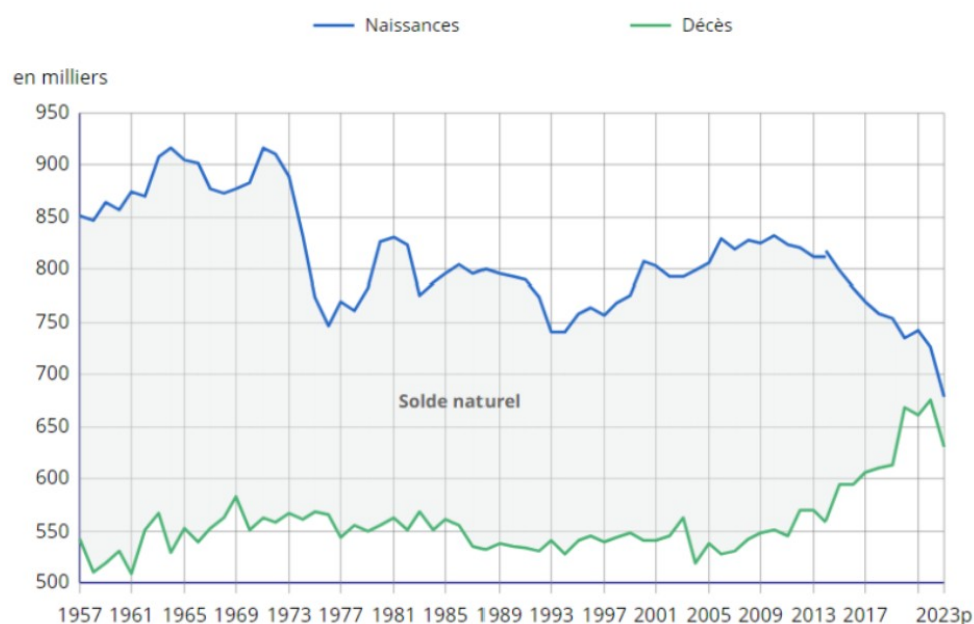


Figure 10 : Nombre de naissances, de décès et solde naturel depuis 1957 (15)

La population française a observé un baby-boom au sortir de la seconde guerre mondiale, entre 1945 et 1960, entraînant une augmentation significative du nombre de naissances pendant cette période avant de se normaliser jusque dans les années 70. Il en résulte une augmentation du nombre de français âgés entre 60-80 ans en 2024. La figure 11 montre le glissement de la population née pendant le baby-boom dans les différentes tranches d'âge au cours du temps.

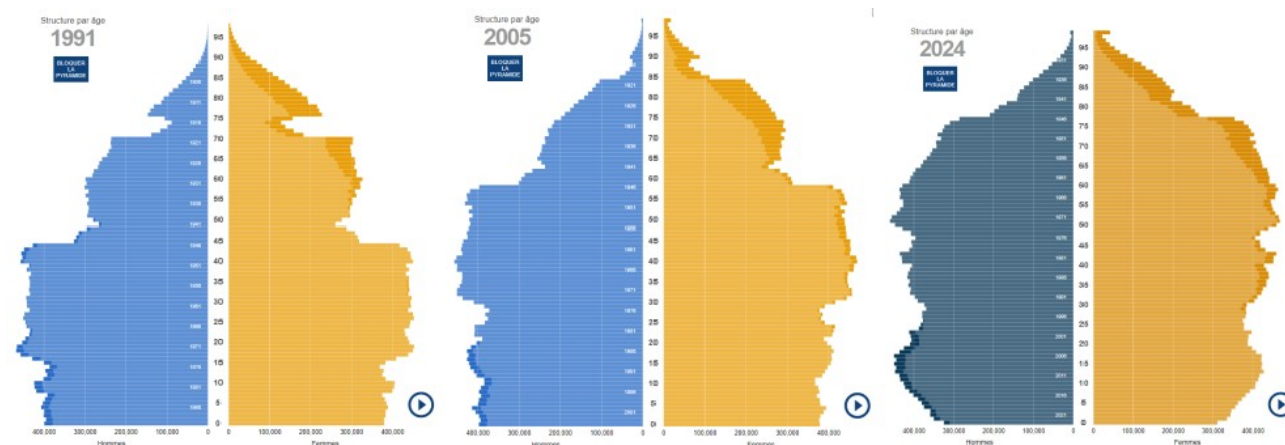


Figure 11 : Répartition de la population française selon différentes tranches d'âge, comparativement entre 1991, 2005 et 2024 (16)

Les prévisions montrent que le nombre de français âgés de 75-85 ans devrait augmenter de 50 % entre 2020 et 2030. Aussi, la tranche décennale suivante, les plus de 85 ans devrait augmenter de plus de 50%. Or, le degré de dépendance est fortement lié à l'âge. Alors que la France éprouve actuellement d'importantes difficultés à accueillir les sujets dépendants par manque de structure mais aussi par manque de personnel qualifié dans l'aide à la personne.

L'augmentation du nombre de personnes âgées non dépendantes pose aussi un problème d'accès au soin car il s'agit de la tranche d'âge la plus consommatrice de soins en France. La figure 12 montre l'augmentation importante de la consommation de soin après 65 ans pour atteindre un maximum entre 80-95 ans.

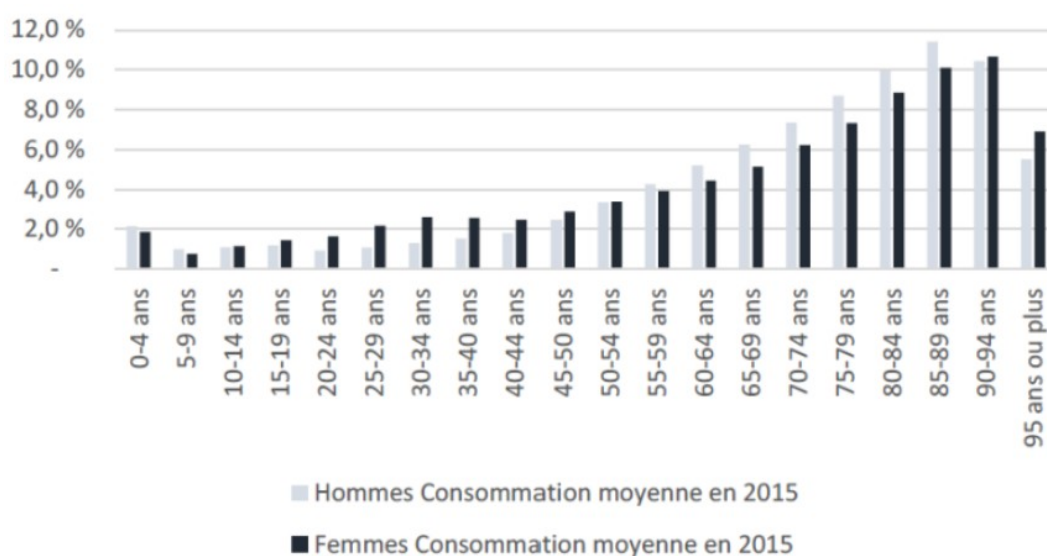


Figure 12 : Consommation moyenne de soins selon la tranche d'âge en 2015 (17).

En 2023, 30 à 39 % des français de plus de 25 ans cumulent au moins deux pathologies chroniques. La figure 13 montre notamment que 75% de la population au-dessus de 75 ans déclare une maladie ou un problème de santé chronique ou durable. Les maladies chroniques nécessitent, le plus souvent, un traitement et une surveillance médicale accrue impliquant généralement une consommation plus importante de soins primaires.

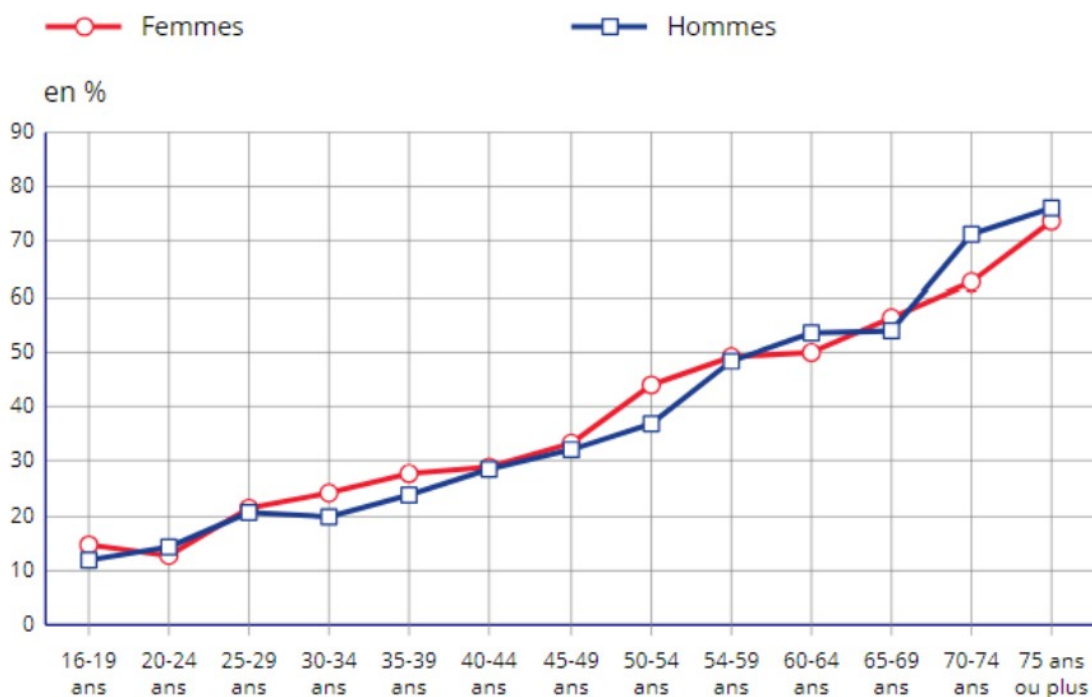


Figure 13 : Part des personnes déclarant une maladie ou un problème de santé chronique ou durable selon le sexe et l'âge en 2017 (18)

2.2. Approche régionale

Le vieillissement de la population française est global mais plus rapide dans certaines régions. En effet, la proportion de personnes de plus de 65 ans dans la population totale est plus élevée dans ce que l'on désigne par la « diagonale du vide », et de manière plus générale dans les campagnes hors des agglomérations. Il faut noter que la densité de médecin y est aussi plus faible que dans les autres départements de France.

Cependant, on note que l'effectif de sujets âgés est plus important dans les grandes villes mais reste proportionnellement plus faible que l'effectif de la population de moins de 65 ans.

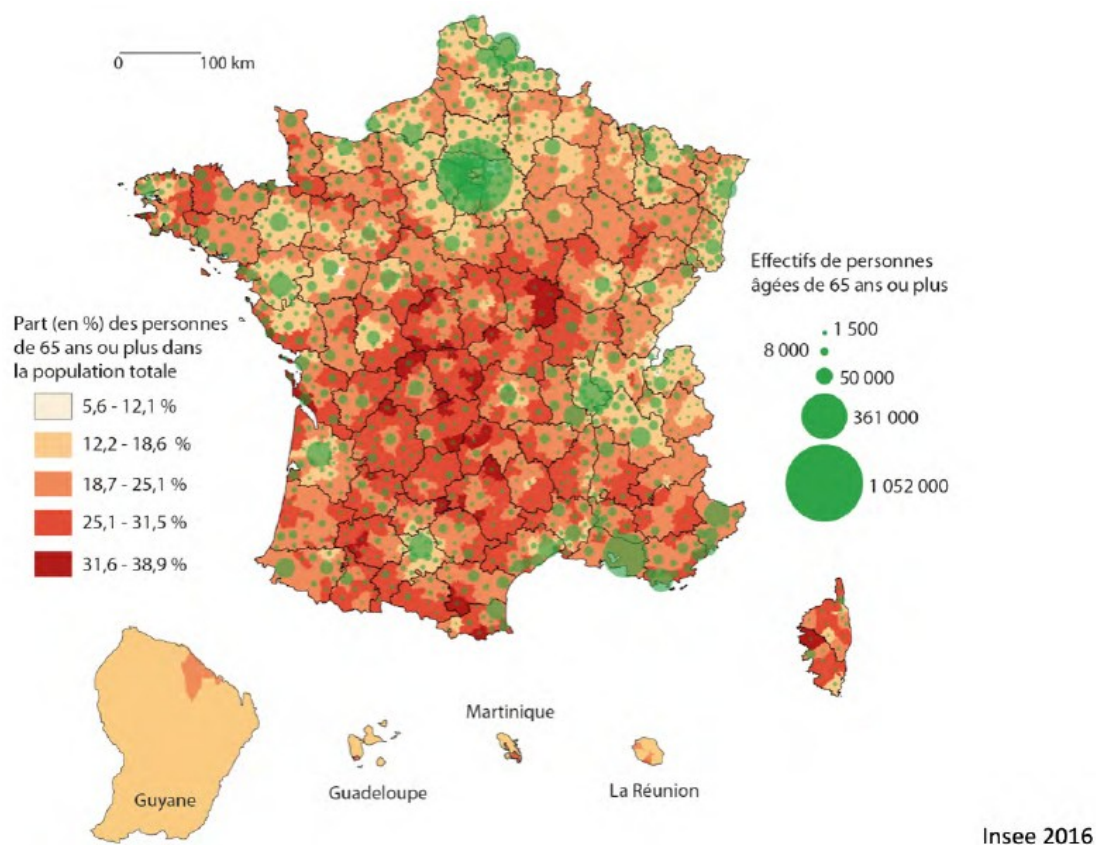


Figure 14 : Répartition des personnes de plus de 65 ans au sein du territoire (19)

2.3. Approche départementale

Il existe aussi une disparité à l'échelle départementale au sein des Pays de la Loire : la part de la population âgée de plus de 65 ans est plus importante en Vendée (25,2%), en Mayenne (22,7%) et dans la Sarthe (22,6%) par rapport au Maine et Loire (20,4%) et la Loire Atlantique (18,7%) (13).

3. Le projet de loi « Ma Santé 2022 »

3.1. Objectifs principaux

A partir de 2017, le projet de loi "Ma Santé 2022" a pour objectif de favoriser l'accès aux soins primaires (3) à travers plusieurs leviers dont les principaux sont :

- Le déploiement à large échelle des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) pour mailler le territoire avec un regroupement des professionnels de santé
- La labellisation et le développement des "Hôpitaux de proximité"
- L'apport d'une aide financière aux médecins libéraux pour l'embauche d'un assistant médical selon un cadre bien défini.

3.2. L'assistant médical tel que proposé par l'Assurance Maladie

3.2.1. Rôles et missions

L'assistant médical est présenté comme une personne dont le rôle est d'épauler le médecin libéral avec lequel il travaille en partenariat pour le décharger de tâches que l'on peut regrouper selon trois thématiques principales (20) :

- Administrative : avec par exemple l'accueil du patient, la création et la mise à jour du dossier médical, la facturation ou encore l'aide à la mise en place de la télémédecine
- Clinique : avec l'aide au déshabillage et à l'habillage des patients plus fragiles, la prise des constantes, la mise à jour du dossier en matière de vaccination, de dépistage, de mode de vie mais aussi l'aide à la réalisation d'actes techniques comme l'électrocardiogramme (ECG)
- Organisationnelle et de coordination : en particulier dans le liens avec les autres acteurs de santé (autres médecins spécialistes, pharmaciens, IDE, kinésithérapeutes, sage-femme) et l'hôpital

En plus de définir les missions que l'assistant médical peut réaliser, l'assurance maladie précise les actes qui ne relèvent pas des compétences de ce dernier, à savoir :

- Les activités exclusivement à distance
- Les actes cliniques qui ne serait pas réalisées avec des appareils complètement automatiques (ECG, mesure de pression artérielle) dans la mesure où l'assistant n'est pas considéré comme un professionnel de santé (même s'il s'agit d'un profil IDE, aides-soignants ou auxiliaire de puériculture)

- Les activités exclusives au domicile du patient (il n'existe pas dans ce cas d'indemnité kilométrique)

L'assistant médical ne peut remplacer des acteurs de santé déjà en place et relève de missions à part entière. Le médecin avec lequel un contrat est établi engage sa responsabilité propre lorsque les actes de l'assistant sont réalisés en son absence ou sans sa supervision.

3.2.2. Profil

Le poste d'assistant médical peut être occupé par des personnes aux profils variés. Toute personne bénéficiant d'un niveau baccalauréat ou équivalent peut prétendre à une formation pour devenir assistant médical. A l'heure actuelle, il s'agit généralement d'un parcours de reconversion et les assistants médicaux sont souvent issus des filières aides-soignantes ou infirmières mais peuvent aussi être des secrétaires médicales.

3.2.3. Formation

Dans tous les cas, une mise à niveau des compétences nécessaires est requise par le biais d'une formation spécifique en alternance, dont le contenu pédagogique théorique est transmis via des cours en présentiel mais également à distance. Ces formations sont accessibles par différents cursus :

- Après un parcours de formation continue
- En contrat de professionnalisation
- En parcours « ProA », pour les salariés du secteur avec niveau de qualification inférieur au grade de licence
- Par Validation des Acquis de l'Expérience (VAE)
- Par Préparation Opérationnelle à l'Emploi Collective (POEC) ou individuel (POEI), un financement collectif ou individuel conditionnée par des besoins spécifiques dans des secteurs précis
- Par un autre parcours d'accompagnement via France Travail

Le contenu de cette formation est décrit dans la convention collective des personnels des cabinets médicaux (21). Les assistant médicaux possèdent au maximum deux années pour obtenir leur certificat de qualification professionnelle (CQP). Pour les auxiliaires de puériculture, aides-soignants ou infirmiers diplômés d'État, une attestation de Formation d'adaptation à l'emploi (FAE) dans le domaine de l'organisation et de la gestion administrative d'un cabinet médical est nécessaire. A noter que depuis l'entrée en vigueur de la nouvelle convention médicale le 22 juin 2024, ce délai de deux années est temporairement suspendu pour les assistants médicaux issu d'un parcours de réorientation dans un contexte de difficultés à obtenir l'accord de financement de leur formation.

La Commission Paritaire Nationale Emploi et Formation Professionnelle (CPNEFP) des cabinets médicaux, en collaboration avec la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), a conçu un référentiel d'évaluation pour l'obtention du CQP d'assistant médical. Ce certificat est officiellement inscrit par France Compétences au Répertoire national des certifications professionnelles sous le numéro RNCP 36358 - Code NSF331, depuis le 22 avril 2022. Il s'agit donc depuis cette date d'une qualification professionnelle complètement reconnue par l'État.

Dans la région des Pays de la Loire, trois organismes de formation sont mentionnés par la Convention Collective Nationale (CCN) (22):

- Le Conservatoire national des arts et métiers (CNAM) des Pays de la Loire
- Dopamine formation, un organisme de formation géré par L'Association pour la Formation des Médecins Libéraux (AFML)
- La chambre de commerce et d'industrie (CCI) du Mans et de la Sarthe

La formation est organisée en 4 modules d'une durée totale initiale de 384 heures en 2023 et désormais à 266 heures depuis le 22 juin 2024 et ce sans modification du contenu pédagogique.

- Le module 1 concerne le suivi du parcours de santé du patient et aborde les examens et soins courants en cabinet médical, la coordination, les vaccinations et dépistages ainsi que des notions de politique de santé publique.
- Le module 2 concerne l'accueil et la prise en charge administrative des patients et s'intéresse à la création et la tenue d'un dossier médical, avec le vocabulaire et un logiciel approprié. La communication avec les patients et la télémedecine y sont également abordés.
- Le module 3 est celui de l'hygiène et de la qualité avec les thématiques de gestion de risque, d'identitovigilance et de pharmacovigilance.
- Le module 4 valide des compétences essentielles pour être un assistant opérationnel avec l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 1 (AFGSU 1) ainsi que des éléments cliniques comme la prise des constantes mais aussi la gestion des stocks.

Il est possible de faire une demande de financement de la formation. L'organisme de financement principalement sollicité est l'opérateur de compétence des entreprises de proximités (OPTCO EP).

3.2.4. Conditions de financement

L'aide à l'emploi d'un assistant médical par l'assurance maladie est accessible à tous les médecins généralistes libéraux y compris ceux récemment installés, à condition d'exercer en secteur 1 ou secteur 2 avec un engagement de modération tarifaire (Optam ou Optam-CO). Des ajustements spécifiques au contrat peuvent être proposés aux médecins en situation de handicap, atteints d'une maladie chronique ou ayant une activité mixte (partiellement libérale et salariée). Au-delà du secteur dans lequel exerce le praticien, l'appui de l'assistant médical se justifie, selon l'assurance maladie, à partir d'un certain niveau d'activité. Les 30 % des médecins généralistes ayant les patientèles les moins volumineuses ne sont ainsi pas concernés par ce dispositif. Il s'agit des médecins dits inférieurs au « P30 » c'est à dire inférieur aux 30ème percentile de la distribution nationale des patientèles médecin traitant.

Cela correspond, au 31 décembre 2021, à moins de 775 patients médecins traitants. En cas de primo-installation, l'intégration du dispositif reste possible mais l'objectif de progression de patientèle doit tendre vers P50 soit environ 1045 patients médecins traitants (20).

3.2.5. Recrutement de l'assistant médical

Le recrutement de l'assistant médical peut être effectué directement par le médecin ou par l'intermédiaire d'une structure organisée en groupement d'employeurs. L'avantage de cette structure réside dans la délégation de la partie administrative liée au contrat de travail, moyennant une commission ou une rémunération. À l'échelle nationale, l'assurance maladie propose le groupement d'employeur MG France. À l'échelle de la région des Pays de la Loire est proposé le groupement d'employeurs social et solidaire 49 (GUESS 49) créé en 2017. Depuis 2019, il est également possible de solliciter l'Union Régionale des Médecins Libéraux des Pays de la Loire (URML 49) en ce sens (20).

3.2.6. Modalités du financement

Le montant de financement accordé par l'Assurance Maladie dépend de la durée hebdomadaire de travail pendant laquelle le médecin souhaite employer l'assistant médical. Cette aide couvre une partie du salaire de l'assistant médical : à mi-temps avec l'option 0,5 équivalent temps plein (ETP) ou à temps plein (option 1 ETP) pour les deux premières années du contrat. Ensuite, sous certaines conditions, le financement peut être augmenté pour atteindre un temps plein et demi (option 1,5 ETP) ou deux temps pleins (option 2 ETP). L'aide peut varier de 19 000 à 38 000 euros la première année, et de 11 000 à 22 000 euros à partir de la troisième année. Cette aide est

pérenne et peut être renouvelée à l'échéance du contrat de cinq ans signé avec l'assurance maladie. Le montant peut être majoré pour les médecins au-delà du P95, c'est-à-dire à plus de 2187 patients médecins traitant.

Deux options sont donc possibles durant les deux premières années pour les médecins. L'une pour l'embauche d'un assistant à mi-temps (option 0,5 ETP) avec un montant maximal de l'aide estimé à 19000 euros la première année, 14000 euros la seconde puis 11000 euros à partir de la troisième année. L'autre option est l'embauche d'un assistant médical à temps plein (option 1 ETP) avec une aide maximale estimée à 38000 euros la première année, 28000 euros la seconde puis 22000 à partir de la troisième année (23).

Tableau I : Montants maximaux de l'aide en fonction temps pendant le dispositif

Montants maximaux de l'aide (euros)		
	0,5 équivalent temps plein (ETP)	1 équivalent temps plein (ETP)
1re année	19 000	38 000
2e année	14 000	28 000
3e années et suivantes	11 000	22 000
Montant majoré pour les médecins situés entre P90 et P94	13 000	26 000
Montant fixe pour les médecins ayant une patientèle les situant en P95 et au-delà	19 000	38 000

Le montant de l'aide annuelle est durable et évolutif, diminuant progressivement à mesure que l'augmentation de l'activité générée par l'apport de l'assistant médical améliore les revenus du cabinet. A partir de la troisième année, l'aide se stabilise.

Pendant les deux premières années du contrat, l'aide est versée en une seule fois, dans le mois suivant la signature du contrat et l'année suivante à la même date.

Dès la troisième année, l'aide est versée en deux tranches : un acompte de 50% suivi d'un solde. Les deux versements sont réalisés dans les deux mois suivant la date de signature du contrat. Le solde est proratisé en

fonction de l'atteinte ou non des objectifs fixés pour l'année précédente. Plus on s'éloigne des objectifs fixés et moins l'aide financière est importante.

3.2.7. L'objectif de progression de patientèle

Le médecin est libre dans les missions qu'il souhaite confier à l'assistant médical dans la limite de ce qui est encadré. L'objectif est d'être le plus efficace de manière à dégager du temps au médecin pour lui permettre d'augmenter le nombre de patient médecin traitant et/ou le nombre de patient vu au moins une fois dans l'année correspondant à la file active. Cette augmentation de patient est propre à chaque contrat, mais le nombre est défini au moment de la contractualisation avec l'assurance maladie, avec un objectif à atteindre dans les deux années qui suivent la signature du contrat. Les contrats avec l'assurance maladie sont établis pour une durée de 5 ans.

Chaque projet est individualisé en fonction des paramètres du médecin employeur mais l'assurance maladie met à disposition un simulateur qui permet d'avoir une idée plus précise de l'objectif attendu pour des médecins qui seraient intéressés par ce dispositif.

Par exemple pour un assistant 0,5 ETP et pour un médecin généraliste installé de moins de 65 ans qui aurait une patientèle médecin traitant de 775 patients (P30) lors de la signature du contrat, une augmentation de 195 patients médecin traitant est attendue soit une majoration de 25% de sa patientèle médecin traitant. Dans ce même exemple avec un assistant 1 ETP, la majoration attendue est de 305 patients soit une augmentation de 39% de la patientèle médecin traitant.

Spécialité à sélectionner								
Médecins généralistes (hors médecins à expertise particulière)								
médecin de 65 ans ou plu	0,5 ETP		1 ETP		1,5 ETP (sous conditions)		2 ETP (sous conditions)	
Non								
File active initiale à écrire	Nombre de patients supplémentaires attendus en file active	Objectif de patientèle total en file active	Nombre de patients supplémentaires attendus en file active	Objectif de patientèle total en file active	Nombre de patients supplémentaires attendus en file active	Objectif de patientèle total en file active	Nombre de patients supplémentaires attendus en file active	Objectif de patientèle total en file active
1 218	312	1 530	468	1 686	605	1 823	708	1 926
Patientèle médecin traitant initiale à écrire	Nombre de patients supplémentaires attendus en patientèle	Objectif de patientèle total en patientèle MT	Nombre de patients supplémentaires attendus en patientèle	Objectif de patientèle total en patientèle MT	Nombre de patients supplémentaires attendus en patientèle	Objectif de patientèle total en patientèle MT	Nombre de patients supplémentaires attendus en patientèle	Objectif de patientèle total en patientèle MT
775	195	970	305	1 080	397	1 172	458	1 233

Conditions d'accès aux options 1,5 ETP et 2 ETP : médecins généralistes (hors médecins à expertise particulière), exerçant en zone d'intervention prioritaire (ZIP), ayant déjà signé un contrat option 1 ETP et ayant atteint l'intégralité des objectifs de son contrat. Cette option n'est accessible qu'à partir de la 3e année du contrat.

L'objectif de file active (PFA) du médecin généraliste (non médecin à expertise particulière) dont la PFA est inférieure au 30e percentile de la distribution nationale de la PFA des médecins généralistes (hors médecins à expertise particulière) alors qu'ils sont éligibles à l'aide (car leur patientèle médecin traitant (PMT) est supérieure ou égale au 30e percentile) est calculé de la manière suivante : nombre de patients dans la PFA de départ - nombre de patients supplémentaires à prendre en charge si le médecin avait été au 30e percentile + nombre qui sépare la PFA de départ du médecin au 30e percentile.

Figure 15 : Objectifs estimés de progression de patientèle pour un assistant 0,5 ETP et un médecin généraliste installé de moins de 65 ans qui aurait une patientèle médecin traitant de 775 patients (P30)

Pour un assistant 0,5 ETP et pour un généraliste installé de moins de 65 ans qui aurait une patientèle médecin traitant de 1200 patients lors de la signature du contrat, une augmentation de 168 patients médecin traitant est

attendue soit une majoration de 14% de sa patientèle médecin traitant. Dans ce même exemple avec un assistant 1 ETP, la majoration attendue est de 281 patients soit une augmentation de 23% de la patientèle médecin traitant.

Spécialité à sélectionner								
Médecins généralistes (hors médecins à expertise particulière)								
Médecin de 65 ans ou plu	0,5 ETP		1 ETP		1,5 ETP (sous conditions)		2 ETP (sous conditions)	
Non								
File active initiale à écrire	Nombre de patients supplémentaires attendus en file active	Objectif de patientèle total en file active	Nombre de patients supplémentaires attendus en file active	Objectif de patientèle total en file active	Nombre de patients supplémentaires attendus en file active	Objectif de patientèle total en file active	Nombre de patients supplémentaires attendus en file active	Objectif de patientèle total en file active
1 218	312	1 530	468	1 686	605	1 823	708	1 926
Patiente médecin traitant initiale à écrire	Nombre de patients supplémentaires attendus en patientèle	Objectif de patientèle total en patientèle MT	Nombre de patients supplémentaires attendus en patientèle	Objectif de patientèle total en patientèle MT	Nombre de patients supplémentaires attendus en patientèle	Objectif de patientèle total en patientèle MT	Nombre de patients supplémentaires attendus en patientèle	Objectif de patientèle total en patientèle MT
1 200	168	1 368	281	1 481	365	1 565	421	1 621

Conditions d'accès aux options 1,5 ETP et 2 ETP : médecins généralistes (hors médecins à expertise particulière), exerçant en zone d'intervention prioritaire (ZIP), ayant déjà signé un contrat option 1 ETP et ayant atteint l'intégralité des objectifs de son contrat. Cette option n'est accessible qu'à partir de la 3^e année du contrat. L'objectif de file active (PFA) du médecin généraliste (non médecin à expertise particulière) dont la PFA est inférieure au 30^e percentile de la distribution nationale de la PFA des médecins généralistes (hors médecins à expertise particulière) alors qu'ils sont éligibles à l'aide (car leur patientèle médecin traitant (PMT) est supérieure ou égale au 30^e percentile) est calculé de la manière suivante : nombre de patients dans la PFA de départ + nombre de patients supplémentaires à prendre en charge si le médecin avait été au 30^e percentile + nombre qui sépare la PFA de départ du médecin au 30^e percentile.

Figure 16 : Objectifs estimés de progression de patientèle avec 0,5 ETP pour un généraliste installé de moins de 65 ans qui aurait une patientèle médecin traitant de 1200 patients (entre P50 et P70)

Pour un assistant 0,5 ETP et pour un généraliste installé de moins de 65 ans qui aurait une patientèle médecin traitant de 2000 patients lors de la signature du contrat, une augmentation de 32 patients médecin traitant est attendue soit une majoration de 1.6% de sa patientèle médecin traitant. Dans ce même exemple avec un assistant 1 ETP, la majoration attendue est de 158 patients soit une augmentation de 8% de la patientèle médecin traitant.

Spécialité à sélectionner								
Médecins généralistes (hors médecins à expertise particulière)								
Médecin de 65 ans ou plu	0,5 ETP		1 ETP		1,5 ETP (sous conditions)		2 ETP (sous conditions)	
Non								
File active initiale à écrire	Nombre de patients supplémentaires attendus en file active	Objectif de patientèle total en file active	Nombre de patients supplémentaires attendus en file active	Objectif de patientèle total en file active	Nombre de patients supplémentaires attendus en file active	Objectif de patientèle total en file active	Nombre de patients supplémentaires attendus en file active	Objectif de patientèle total en file active
1 218	312	1 530	468	1 686	605	1 823	708	1 926
Patiente médecin traitant initiale à écrire	Nombre de patients supplémentaires attendus en patientèle	Objectif de patientèle total en patientèle MT	Nombre de patients supplémentaires attendus en patientèle	Objectif de patientèle total en patientèle MT	Nombre de patients supplémentaires attendus en patientèle	Objectif de patientèle total en patientèle MT	Nombre de patients supplémentaires attendus en patientèle	Objectif de patientèle total en patientèle MT
2 000	32	2 032	158	2 158	205	2 205	236	2 236

Conditions d'accès aux options 1,5 ETP et 2 ETP : médecins généralistes (hors médecins à expertise particulière), exerçant en zone d'intervention prioritaire (ZIP), ayant déjà signé un contrat option 1 ETP et ayant atteint l'intégralité des objectifs de son contrat. Cette option n'est accessible qu'à partir de la 3^e année du contrat. L'objectif de file active (PFA) du médecin généraliste (non médecin à expertise particulière) dont la PFA est inférieure au 30^e percentile de la distribution nationale de la PFA des médecins généralistes (hors médecins à expertise particulière) alors qu'ils sont éligibles à l'aide (car leur patientèle médecin traitant (PMT) est supérieure ou égale au 30^e percentile) est calculé de la manière suivante : nombre de patients dans la PFA de départ + nombre de patients supplémentaires à prendre en charge si le médecin avait été au 30^e percentile + nombre qui sépare la PFA de départ du médecin au 30^e percentile.

Figure 17 : Objectifs estimés de progression de patientèle avec 0,5 ETP pour un généraliste installé de moins de 65 ans qui aurait une patientèle médecin traitant de 2000 patients (entre P90 et P95)

Pour les médecins de plus de 65 ans ou possédant les plus grosses patientèles (P95 et au-delà), un objectif de "simple" maintien de patientèle est attendu pour bénéficier du dispositif avec une perte tolérée de 10%.

Spécialité à sélectionner									
Médecins généralistes (hors médecins à expertise particulière)									
Médecin de 65 ans ou plus	0,5 ETP		1 ETP		1,5 ETP (sous conditions)		2 ETP (sous conditions)		
Oui									
File active initiale à écrire	Nombre de patients supplémentaires attendus en file active		Nombre de patients supplémentaires attendus en file active		Nombre de patients supplémentaires attendus en file active		Nombre de patients supplémentaires attendus en file active		
1 218	0 (tolérance jusqu'à -122 patients)		0 (tolérance jusqu'à -122 patients)		0 (tolérance jusqu'à -122 patients)		0 (tolérance jusqu'à -122 patients)		
	Objectif de patientèle total en file active		Objectif de patientèle total en file active		Objectif de patientèle total en file active		Objectif de patientèle total en file active		
	1 218 (tolérance jusqu'à 1096 patients)		1 218 (tolérance jusqu'à 1096 patients)		1 218 (tolérance jusqu'à 1096 patients)		1 218 (tolérance jusqu'à 1096 patients)		
Patientèle médecin traitant initiale à écrire	Nombre de patients supplémentaires attendus en patientèle		Nombre de patients supplémentaires attendus en patientèle		Nombre de patients supplémentaires attendus en patientèle		Nombre de patients supplémentaires attendus en patientèle		
775	0 (tolérance jusqu'à -78 patients)		0 (tolérance jusqu'à -78 patients)		0 (tolérance jusqu'à -78 patients)		0 (tolérance jusqu'à -78 patients)		
	Objectif de patientèle total en patientèle MT		Objectif de patientèle total en patientèle MT		Objectif de patientèle total en patientèle MT		Objectif de patientèle total en patientèle MT		
	775 (tolérance jusqu'à 697 patients)		775 (tolérance jusqu'à 697 patients)		775 (tolérance jusqu'à 697 patients)		775 (tolérance jusqu'à 697 patients)		

Conditions d'accès aux options 1,5 ETP et 2 ETP : médecins généralistes (hors médecins à expertise particulière), exerçant en zone d'intervention prioritaire (ZIP), ayant déjà signé un contrat option 1 ETP et ayant atteint l'intégralité des objectifs de son contrat. Cette option n'est accessible qu'à partir de la 3^e année du contrat. Pour les médecins de 65 ans ou plus, il existe une tolérance dans l'application de l'objectif de patientèle total pouvant aller jusqu'à 10%.

Figure 18 : Objectifs de progression nul pour les médecins de 65 ans et plus, toute patientèle confondue

A noter que les figures utilisées proviennent d'un tableau Excel® mis à disposition sur le site de l'assurance maladie jusqu'en mai 2023. A partir de cette date, la téléchargement de ce fichier a été remplacé par un outil en ligne permettant d'estimer les objectifs directement sur le site. La figure 19 reprend les données de l'exemple de la figure 15 et nous permet de confirmer qu'il n'y a pas eu de changement de progression de patientèle dans les simulations entre la période antérieure à mai 2023 et la fin de l'année 2024 (23).

VOTRE SITUATION

- Vous êtes : **Médecin généraliste (hors médecin à expertise particulière).**
- Vous avez : **Moins de 65 ans.**
- Votre patientèle médecin traitant : **775.**
- Votre patientèle file active : **1218.**

NOMBRE DE PATIENTS SUPPLÉMENTAIRES À PRENDRE EN CHARGE

Vous pouvez bénéficier d'un assistant médical à mi-temps (0,5 équivalent temps plein [ETP]) ou à temps plein (1 ETP).

Le nombre de patients à prendre en charge au terme de **3 ans** * sera de :

- pour un assistant médical à mi-temps (0,5 ETP) :
 - **195 patients supplémentaires en patientèle médecin traitant ;**
 - **312 patients supplémentaires en patientèle file active.**
- pour un assistant médical à temps plein (1 ETP) :
 - **305 patients supplémentaires en patientèle médecin traitant ;**
 - **468 patients supplémentaires en patientèle file active.**

Figure 19 : Objectifs de progression de patientèle inchangés par rapport au données de la fig 15 et avec le nouveau simulateur en ligne (2024)

L'assurance maladie propose un suivi par le biais d'un rendez-vous tous les 6 mois avec un délégué de l'assurance maladie (DAM) pour faire un point sur l'atteinte ou non des objectifs fixés.

3.2.8. Les modification du plan de financement depuis sa mise en place

Depuis l'annonce en 2017 puis le déploiement progressif du dispositif, ce dernier a évolué. Il existait initialement un prérequis d'exercice en structure de soins coordonnées par exemple au sein d'une maison de santé pluridisciplinaire (MSP) ou suite à l'intégration d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS). Ceci n'est plus actuellement un critère d'exclusion du dispositif.

Il en va de même pour la notion d'exercice en zone sous dotés. Actuellement, le dispositif classique (option ½ ou 1 ETP) est ouvert à tous les médecins qui répondent aux critères de convention médicale (secteur 1 ou secteur 2 avec Optam ou Optam-Co) et de volume de patientèle médecin traitant (au-delà de P30), peu importe la densité médicale du lieu dans lequel ils exercent. La notion d'exercice en zone sous dotés intervient secondairement dans l'éventualité d'une majoration du contrat à 1.5 voir 2 ETP à partir de la 3ème année.

En ce qui concerne le type de contrat, l'assurance maladie a supprimé la possibilité de souscrire à un ⅓ temps depuis l'arbitrage du 1er mai 2023. Les contrats signés avant cette date auront néanmoins la possibilité d'être renouvelés.

Le 4 juin 2024 a été signée la nouvelle convention médicale pour la période 2024-2029 entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam), l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (Unoacam) ainsi que 5 des 6 syndicats les plus représentatifs des médecins libéraux à savoir MG France, Avenir-Spé Le Bloc, la Confédération des Syndicats médicaux français (CSMF), la Fédération des médecins de France (FMF) et le Syndicat des Médecins Libéraux (SML) (24).

Dans le cadre de cette nouvelle convention, il est annoncé une revalorisation de plus de 5% de tous les montants de l'aide à l'emploi d'un assistant médical, qu'il s'agisse d'un contrat déjà en place ou bien d'un nouveau contrat.

Le tableau II illustre l'évolution des aides financières en lien avec l'adoption de la nouvelle convention médicale.

Tableau II : Évolution des aides financières en lien avec l'adoption de la nouvelle convention médicale

	Pour 0,5 équivalent temps plein (0,5 ETP)		Pour 1 équivalent temps plein (1 ETP)		Pour 1/3 d'équivalent temps plein (1/3 ETP) (2)	
	AVANT	APRÈS (nouvelle convention médicale)	AVANT	APRÈS (nouvelle convention médicale)	AVANT	APRÈS (nouvelle convention médicale)
1re année	18 000 €	19 000 €	36 000 €	38 000 €	Cette option ne peut plus être souscrite depuis le 1er mai 2023	
2e année	13 500 €	14 000 €	27 000 €	28 000 €	9 000 €	9 450 €
3e année et suivantes	10 500 €	11 000 €	21 000 €	22 000 €	7 000 €	7 350 €
3e année et années suivantes pour les médecins ayant les patientèles les plus importantes (P90 à P94) (1)	12 500 €	13 000 €	25 000 €	26 000 €	8 350 €	8 767 €
Montant fixe quelle que soit l'année pour les médecins à très forte patientèle (≥ P95)	18 000 €	19 000 €	36 000 €	38 000 €	12 000 €	12 600 €

Pour les médecins présentant les patientèles les plus importantes (entre P90 et P95), le montant de l'aide est majoré à compter de la 3ème année en comparaison aux autres médecins. Pour les médecins au-delà de P95, le montant de la première année ne décroît pas et perdure pendant l'intégralité du contrat.

A partir du début de la 3ème année, il est possible pour certains médecins que l'aide initiale souscrite pour un contrat 1 ETP soit majorée à 1,5 ETP voire 2 ETP selon les conditions suivantes :

- Exercer en zone d'intervention prioritaire (ZIP)
- Être qualifié ou spécialiste en médecine générale (à l'exclusion des médecins à exercice particulier)
- Avoir déjà signé un contrat avec option 1 ETP
- Avoir atteint l'intégralité des objectifs de leur contrat

Le tableau III précise les aides correspondant à la majoration possible des contrat dans le cadre de l'atteinte des objectifs.

Tableau III : Montants maximaux des aides en cas de majorations des contrat à 1,5 ou 2 ETP

Montants maximaux de l'aide (euros)		
	1,5 équivalent temps plein (ETP)	2 équivalents temps plein (ETP)
3e année	33 000	44 000
Montant majoré pour les médecins situés entre P90 et P94	39 000	52 000
Montant fixe pour les médecins ayant une patientèle les situant en P95 et au-delà	57 000	76 000

Pour les médecins primo-installés, l'objectif initial à atteindre correspond au nombre du 50e percentile (P50) de la distribution nationale, et ce, dans un délai de trois ans à partir de la mise en place du contrat. Un nouvel objectif de patients supplémentaires est fixé une fois que l'objectif initial de P50 est atteint si celui-ci est obtenu avant la fin du contrat ou à la fin de la troisième année.

Si l'objectif de P50 n'est pas atteint, l'objectif minimal à avoir est le seuil P30 pour rester dans le dispositif. Dans ce cas, un nouvel avenant est signé avec un nouvel objectif personnalisé en fonction de la situation du médecin employeur. Cet objectif est à atteindre dans les 2 ans à compter de la signature de l'avenant. A l'issue des deux années suivant la signature de l'avenant au contrat, le montant de l'aide est proratisé sur la base du taux d'atteinte de l'objectif.

En cas d'activité mixte pour un médecin primo-installé, l'objectif est modulé selon son temps d'activité libérale réel tout en conservant pour objectif minimal le seuil de P30.

4. Le projet de loi Rist (25)

Le projet de Loi Rist, promulgué le 19 mai 2023 se justifie par les 6 millions de français qui n'ont pas de médecin traitant et dont 600 000 sont en ALD. Comme les précédentes lois, il vise à réduire les déserts médicaux et permettre une meilleure accessibilité aux soins.

4.1. Les grands principes de la loi Rist

4.1.1. Infirmière de pratique avancée (IPA)

L'infirmier de pratique avancée est un professionnel de santé ayant une licence de soins infirmiers puis ayant fait deux années de cursus universitaire pour atteindre un niveau de 5 ans d'études après le baccalauréat.

La profession a été créée en 2016 par la loi Touraine dans le cadre de la modernisation du système de santé puis a été appliquée en 2018.

On dénombre 1467 IPA en 2023, le but du gouvernement était d'en avoir formé 5000 en 2024.

La loi Rist expérimente l'accès direct aux IPA dans certains départements et pour 5 ans, en contrepartie, ces derniers doivent adresser un compte-rendu au médecin traitant mais aussi renseigner le dossier médical partagé.

Elle donne accès à la primo-prescription de certains produits ou certaines prestations. La liste des produits médicamenteux n'est pas encore établie. A savoir que les IPA peuvent déjà prescrire des examens biologiques très complets, comparable à ce que pourrait prescrire un médecin généraliste au quotidien.

4.1.2. Masseurs kinésithérapeute

Le masseur kinésithérapeute peut prendre en charge des patients non vus préalablement par un médecin généraliste mais seulement pour 8 séances, au-delà, le patient doit consulter son médecin généraliste pour une éventuelle prolongation des soins. Il doit également envoyer un compte-rendu au médecin traitant et renseigner le dossier médical du patient.

4.1.3. Orthophoniste

De la même manière, le bilan orthophoniste peut désormais se faire sans l'avis préalable d'un médecin généraliste.

4.1.4. Pédicure Podologue

Les pédicures-podologues peuvent procéder directement à la gradation du risque podologique des patients diabétiques et prescrire les séances de soins de prévention adaptées. Un compte rendu est adressé au médecin traitant du patient et reporté dans le dossier médical partagé de ce dernier.

4.1.5. Infirmière diplômée d'État

La loi Rist autorise la prise en charge de la prévention et le traitement des plaies par les IDE ainsi que la prescription de certains examens complémentaires et produits de santé. En contrepartie, un devoir d'information au médecin traitant doit être fait concernant les résultats des interventions.

4.1.6. Autres professionnels de santé

D'autres professions voient leurs compétences augmenter mais ne sont pas en premier plan par rapport au médecin généraliste : les lunetiers opticiens peuvent adapter les prescription de correction visuel du médecin concerné après accord écrit de ce médecin.

4.2. La création de nouveaux statuts professionnels

4.2.1. Assistant dentaire de niveaux II

Après une formation adaptée, l'assistant dentaire peut contribuer aux actes d'imagerie à visée diagnostique, aux actes prophylactiques, aux actes orthodontiques et à des soins post-chirurgicaux.

La seule limite est qu'il ne doit pas y avoir plus d'assistants dentaires de niveau II que de dentiste dans la structure concernée.

4.2.2. Assistant de régulation médicale

La loi Rist intègre comme profession de santé l'assistant de régulation médical. Il doit nécessairement être sous la responsabilité d'un médecin.

4.2.3. Préparateur en pharmacie

La loi permet aux préparateurs en pharmacie de vacciner sous la supervision d'un pharmacien.

4.2.4. Pharmacien

A titre expérimental, les pharmaciens biologistes vont pouvoir réaliser le dépistage du cancer col utérus. Ils vont aussi pouvoir renouveler trois fois, par délivrance d'un mois, une ordonnance expirée pour le traitement d'une pathologie chronique. Ils peuvent également vacciner.

4.3. La permanence des soins

Un des grands principes de la loi Rist est la mise en place de la permanence de soins chirurgiens-dentistes, sages-femmes, infirmiers libéraux et médecins. Il rend responsable ces professionnels de santé sur la permanence de soin notamment lorsque les cabinets et services hospitaliers ferment la nuit. Les principes de la loi tendent vers une autogestion du temps de permanence entre les professionnels de santé en évoquant la "responsabilité collective" quant au respect de la permanence de soin par les professionnels de santé.

5. La nouvelle convention médicale

La nouvelle convention s'articule autour de 4 axes (26) :

- Amélioration de l'attractivité du monde libérale
- Amélioration des rémunérations
- Meilleure accessibilité médicale
- Qualité du système de santé

Elle entrevoit de nombreux changements pour les médecins libéraux avec une refonte et une revalorisation de certaines rémunérations, notamment pour les spécialités qui gagnent le moins d'argent comme les pédiatres, les psychiatres ou les pédopsychiatres.

La consultation chez le médecin généraliste est passée de 26,5€ à 30€ en décembre 2024. La nouvelle convention compte valoriser les consultations longues et complexes en créant une cotation pour les consultations longues à partir de 2026 rémunérée 60€, chez des patients âgés de plus de 80 ans dans les 3 cas suivant:

- Sortie d'hospitalisation (non cumulable avec MSH)
- Dé-prescription de traitement chez un patient polymédiqué
- Consultation d'orientation vers une structure médico-sociale.

De plus, les consultations obligatoires du 9e et 24e mois sont revalorisées à 60€.

A l'instar de l'acte médical, le forfait patient est aussi valorisée de manière substantielle, voir le tableau ci-dessous.

Tableau IV : Évolution du forfait patient avec la nouvelle convention médicale (juin 2024)

Patient	Montants actuels	Montants revalorisés	Si patient C2S
(ALD) 80 ans ou plus	70 €	100 €	110€
(ALD) 0-79 ans	46 €	55 €	65€
80 ans et plus	46 €	55 €	65€
75-79 ans	5 €	15 €	25€
7 à 74 ans	5 €	5 €	15€
Moins de 7 ans	6 €	15 €	25€
<i>Patients non vus dans les 2 ans par le médecin ou son collaborateur</i>	-	5 €	5€

L'accent est mis sur la prévention avec la mise en place d'une rémunération de 5 euros sur des items particuliers reposant sur la thématique de la vaccination, du dépistage ou encore du suivi.

Tableau V : Détails des items du forfait prévention de la nouvelle convention médicale (juin 2024)

Thème	Indicateurs	Population cible
<u>Vaccination</u>	Vaccin contre la grippe : campagne annuelle	≥65 ans OU en ALD* OU sous traitement*
	Vaccin contre le covid : campagne annuelle	≥65 ans OU en ALD* OU sous traitement*
	Vaccin contre le pneumocoque (20-valent) : 1 dose unique	≥18 ans ET en ALD* OU sous traitement*
	Vaccin contre ROR : au moins 2 doses entre la naissance et 24 mois inclus	Enfants de 16 à 35 mois inclus
	Vaccin contre le méningocoque C : au moins 1 dose entre la naissance et 12 mois inclus	Enfants de 5 à 23 mois inclus
	Vaccin contre HPV : au moins 2 doses reçues entre 10 et 14 ans inclus	Enfants de 11 à 15 ans inclus
<u>Dépistage</u>	Dépistage organisé du cancer colorectal : kit de détection de sang dans les selles tous les 2 ans	Hommes + Femmes de 50 à 74 ans inclus
	Dépistage organisé du cancer du sein : mammographie de dépistage tous les 2 ans	Femmes de 50 à 74 ans inclus
	Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus : rythme et examen selon l'âge**	Femmes de 25 à 65 ans inclus
	Dépistage du diabète par glycémie à jeun : tous les 3 ans	≥45 ans ET en ALD*
	Dépistage de la MRC par Albuminurie + Créatininurie + Créatininémie : tous les ans	≥18 ans ET en ALD*
<u>Suivi</u>	Suivi du diabète par dosage HbA1c : tous les 6 mois	ALD diabète OU sous traitement*
	Examen obligatoire de l'enfant du 9 ^{ème} mois : entre 8 et 10 mois inclus	Enfants de 8 à 21 mois inclus
	Examen obligatoire de l'enfant du 24 ou 25 ^{ème} mois : entre 22 et 26 mois inclus	Enfants de 22 à 37 mois inclus
	Examen bucco-dentaires annuel : tous les ans	Enfant de 3 à 24 ans inclus

De plus, la mise en place de mesures incitatives à l'installation chez les jeunes médecins mais aussi chez les médecins de plus de 67 ans, notamment dans les ZIP ou QPV.

Enfin, la convention encourage les médecins à embaucher un assistant médical :

- Possibilité de basculer dans un contrat 1,5 ou 2 ETP pour les généralistes exerçant en ZIP ayant rempli les objectifs pour un assistant médical 1 ETP
- Assouplissement des conditions de mise en place:
 - Pour les médecins de plus de 65 ans et à fortes patientèles (> P95), il leur est demandé de maintenir leur patientèle dans les objectifs du contrat
 - Pour les nouvellement installés: dès l'atteinte de l'objectif P50 de patientèle pour le médecin, les nouveaux objectifs doivent être atteints dans les 2 ans et non 1 an comme auparavant
- Revalorisation des aides de 5%
- Extension des missions des assistants médicaux pour ouvrir les réflexions avec l'ensemble des parties prenantes sur l'extension des missions pour les assistants médicaux selon le profil
- Ouverture d'une réflexion sur la mutualisation volontaire des objectifs liés à l'emploi d'un assistant médical. Des travaux techniques seront conduits pour définir les conditions de cette mutualisation pour les exercices regroupés ou pluridisciplinaires volontaires.

6. L'assistant médical aux USA

Le métier d'assistant médical est récent en France mais déjà implanté depuis plusieurs dizaines d'années dans plusieurs pays occidentaux dont les États-Unis d'Amérique (USA).

6.1. Comparaison des systèmes de soins français et américain

En 2023, les USA représentent toujours la première puissance économique mondiale. Le PIB des USA en 2023 s'élève à 27720,71 milliards de dollars (versus 3052 pour la France qui se trouve en 7ème position mondiale) (27).

Souvent présenté comme le numéro un de divers secteurs comme l'innovation, la culture, l'armée, ou encore la politique internationale, peut-on dire de la première puissance mondiale qu'elle possède le meilleur système de santé ?

On constate un déclin de l'espérance de vie aux USA depuis 2014 (28). En 2021, l'espérance de vie aux USA est de 76,1 ans (versus 82,5 ans en France). On peut également s'intéresser à d'autres indicateurs de santé comme la mortalité infantile en 2021 : 5,4 décès pour 1000 naissances aux USA en comparaison aux 3,6 décès pour 1000 naissances en France. Les chiffres sont également sans appel du côté de la mortalité maternelle avec la pire statistique pour un pays occidental en 2021 : 23,8 décès pour 100 000 naissances vivantes, soit près de 3 fois plus qu'en France.

Pourtant, les USA sont le pays qui dépense le plus en matière de santé avec 17,8% de son PIB en 2021, loin devant l'Allemagne puis la France tous deux à un peu moins de 13% du PIB.

Au-delà des investissements dans la santé et des données statistiques sur l'état de santé des populations, la France et les USA se démarquent par leurs systèmes de santé opposés (29).

En France, la Sécurité Sociale pour tous est instaurée à partir de 1945 avec un système dont l'affiliation est imposée à toute personne en situation régulière et résidant en France, de manière à garantir une protection sociale minimale pour tous. Il s'agit d'un système créé par l'État et dont la gestion est confiée aux représentants des employeurs et des syndicats de salariés.

Aux USA, il n'y a pas de système d'assurance maladie publique généralisée pour tous. La plupart des citoyens est protégé en premier lieu par des assurances privées à travers l'emploi puis par le marché individuel. On retrouve dans ce système les vestiges d'un passé économique marqué entre autre par le « capitalisme du bien-être » des

années 1920 : une stratégie d'entreprise marquée par l'incitation à se tourner vers les avantages sociaux proposés par les entreprises du secteur privé et non vers l'État ou les syndicats. Cela permettait à l'époque de fidéliser la classe ouvrière dans un souci de productivité et de rentabilité.

Aujourd'hui encore, les employeurs n'ont pas l'obligation de proposer une couverture santé à leurs employés, bien que des mesures incitatives aient été mises en place à partir de 2015, à travers les lois sociales du président Obama. En 2020, seulement 56% des entreprises proposent une couverture sociale à certains de leurs salariés.

En effet, les deux systèmes de santé sont ainsi très différents. Du côté français, la couverture des soins est universelle et assure tous les citoyens peu importe leur âge, leur catégorie socio-professionnelle, leur lieu de résidence ou encore leur état de santé. A l'inverse, la couverture du système américain est très hétérogène et dépend de tous ces critères.

En France, la répartition du montant total des dépenses de soins est de 78,2% pour la sécurité sociale et 13,4% pour les organismes complémentaires. Aux USA, le budget fédéral de l'État prend en charge 48% du budget total des soins (correspondant aux soins des plus démunis ou anciens combattants). Les employeurs et les salariés financent les 52% restants. Les inégalités sont d'autant plus marquées qu'il existe aux USA des franchises sur les assurances santé (allant parfois jusqu'à 2000 dollars par an) là où les soins en France sont parfois sans avance de frais sinon complètement remboursés par le régime d'assurance obligatoire et/ou l'assurance santé complémentaire.

On note aux USA un certain surcoût administratif résidant dans la difficulté des procédures de facturation des actes médicaux puisqu'il existe de nombreuses assurances santé différentes. Ce contexte a probablement favorisé l'installation de l'assistant médical dans ce système.

6.2. Caractéristiques de l'assistant médical américain

6.2.1. Rôle et missions

Les assistants médicaux sont chargés d'effectuer des missions administratives et cliniques courantes pour favoriser le bon fonctionnement des cabinets médicaux. Ils ne sont pas limités à la pratique avec des médecins, et encore moins uniquement des médecins généralistes puisqu'ils peuvent également intervenir auprès d'autres professionnels de santé comme les podologues, les chiropraticiens ou encore les orthoptistes.

Aux USA, les assistants médicaux se distinguent d'une autre profession dénommée "physical assistant", que l'on pourrait traduire par "adjoint" de consultation. Les adjoints ont une formation plus longue (généralement de 3 ans)

ainsi que des missions cliniques plus poussées puisqu'ils peuvent intervenir en partenariat avec le médecin dans la démarche diagnostique et même prescrire certains médicaments.

La diversité des compétences des assistants médicaux varie aux USA, en particulier selon le lieu, la taille et la spécialité du cabinet dans lequel ils sont employés. Dans les petites structures, les assistants médicaux ont souvent des missions généralistes à l'inverse des plus grandes structures où leur rôle est plus spécialisé dans un domaine défini (30).

Parmi les différentes tâches administratives, on retrouve la gestion des appels téléphoniques, l'accueil des patients, la mise à jour et le classement des dossiers médicaux, la gestion de formulaires d'assurances et feuilles de soins, la prise de rendez-vous ou encore la gestion de la facturation et de la comptabilité. Ils peuvent aussi avoir un rôle de coordination avec les hôpitaux et les laboratoires de proximité. Les assistants médicaux peuvent aider dans la gestion des stocks de l'entreprise médicale

Sur le plan clinique, il existe des régulations différentes qui encadrent ce que l'assistant médical est autorisé à faire, selon les lois de chaque État. Parmi les missions, on retrouve la prise des antécédents médicaux, la prise des constantes cliniques, les explications et reformulations concernant les procédures médicales et les traitements des patients, la préparation des patients pour les examens cliniques et l'assistance au médecin lors de ces examens. Aux USA, les assistants médicaux peuvent également préparer et administrer des médicaments mais aussi autoriser des renouvellements d'ordonnances, effectuer des électrocardiogrammes, retirer les sutures et effectuer certains soins de pansements.

6.2.2. Formation

Les programmes de formation peuvent être enseignés dans des lycées professionnels, des écoles professionnelles une fois le niveau secondaire validé mais également à travers certains programmes universitaires. Ces programmes universitaires durent généralement un ou deux ans débouchant respectivement sur un certificat ou un diplôme d'une part et sur un "diplôme d'associé" d'autre part que l'on peut mettre en parallèle avec le niveau Brevet de Technicien Supérieur (BTS) en France (30).

Les thématiques enseignées regroupent l'anatomie, la physiologie, l'étymologie médicale ainsi que la dactylographie, l'art de la tenue de dossiers, la comptabilité et des enseignements autour des grands principes du fonctionnement des assurances aux USA. Les étudiants apprennent aussi des techniques de laboratoire, des procédures cliniques et diagnostiques ainsi que quelques principes pharmaceutiques généraux autour notamment

de l'administration des médicaments. Une formation aux premiers secours est également délivrée. Il existe aussi des cours concernant les relations avec les patients, le droit médical et l'éthique. Dans les programmes accrédités on retrouve généralement la participation à un stage pratique au sein d'une structure de soins.

Selon l'Association Américaine des Assistants Médicaux (AAMA), la plupart des employeurs préfèrent embaucher des diplômés ayant bénéficié de programmes formels et encadrés. En réalité, elle n'est pas clairement obligatoire. Le niveau requis est celui attestant la validation du cycle secondaire (équivalent baccalauréat en France). Certains assistants médicaux peuvent être directement formés au sein de la structure qui les recrute, bien que ce phénomène tende à disparaître.

Aux USA il existe deux organismes principaux qui accréditent les programmes de formation pour les assistants médicaux : la Commission on Accreditation of Allied Health Education Programs (CAAHEP) et le Accrediting Bureau of Health Education Schools (ABHES).

Puisqu'il n'existe pas de licence unique obligatoire pour pratiquer ce métier mais des parcours divers, certains organismes ont créé des accréditations qui valorisent et certifient un certain degré de compétence. La plus connue d'entre elles est celle de l'American Association of Medical Assistants (AAMA).

6.2.3. Rémunération

Les revenus des assistants médicaux varient en fonction des compétences, du lieu d'exercice et de l'expérience de ces derniers. En 2023, le revenu annuel moyen est de 43 350 dollars mais il existe des disparités au sein de la profession puisque les 10% les moins rémunérés gagnent moins de 33 500 dollars alors que les 10% les mieux rémunérés gagnent plus de 56 480 dollars. A titre de comparaison, le salaire annuel moyen tous secteurs confondus est estimé à 65 460 dollars aux USA en 2023. Un assistant médical aux USA en 2023 perçoit ainsi en moyenne 0,66 fois le salaire moyen (31).

6.2.4. Conditions d'exercice et perspectives d'emploi

Les statistiques des revenus sont basées sur un temps de travail annuel moyen de 2080 heures. De nombreux assistants médicaux à temps plein travaillent plus de 40 heures par semaine, correspondant à la norme de temps de travail hebdomadaire pour le pays.

En 2023, on dénombre 763 040 assistants médicaux aux USA, répartis pour 56% d'entre eux dans des cabinets médicaux. L'effectif des assistants médicaux américains a connu une augmentation de l'ordre de 34% en dix ans.

7. L'assistant médical en Allemagne

7.1. Comparaison des systèmes de soins français et allemand (32)

Les systèmes de soin français et allemand s'inspirent d'un même modèle bismarckien. Il est donc intéressant de comparer les politiques sanitaires de ces deux pays. Cependant, il faut noter que le système français est de plus en plus mixte (bismarckien-beveridgien).

Les dépenses de santé en Allemagne sont parmi les plus élevées au monde, de l'ordre de 489 milliards d'euros mais sont globalement comparables aux nôtres. Lorsqu'on les compare au PIB, il y a respectivement 12,7% du PIB pour l'Allemagne et 12,1% pour la France en 2021.

L'espérance de vie en Allemagne est de 81,2 ans en 2023 et est comparable à celle de la France qui est de 83,1 ans, de même que l'espérance de vie en bonne santé qui est de 64,7 ans en Allemagne contre 65,5 ans en France en 2022. Le taux de mortalité infantile est quant à lui plus bas en Allemagne avec 3,2 décès pour 1000 naissances contre 4 décès pour 1000 naissances en France.

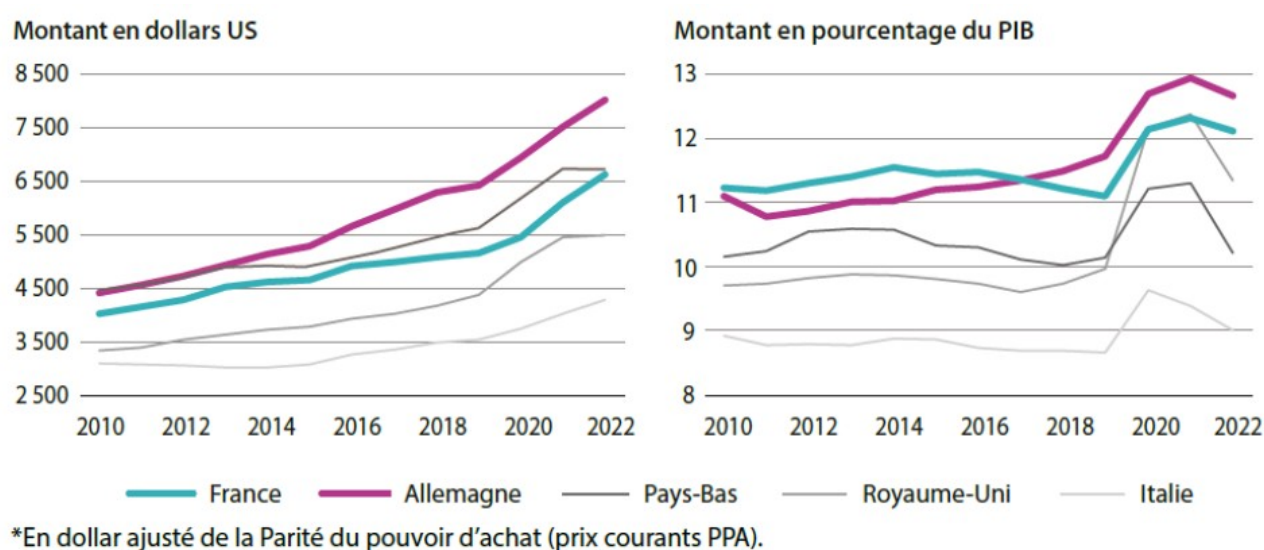


Figure 20 : Dépenses de santé par habitant et en pourcentage du produit intérieur brut (PIB)

La structure de financement des dépenses en santé est quasiment identique dans chacun des deux pays mais on note un reste à charge plus important dans les foyers allemands contrebalancé par une meilleure prise en charge par l'assurance publique en France. Ainsi, les systèmes de santé allemand et français semblent comparables.

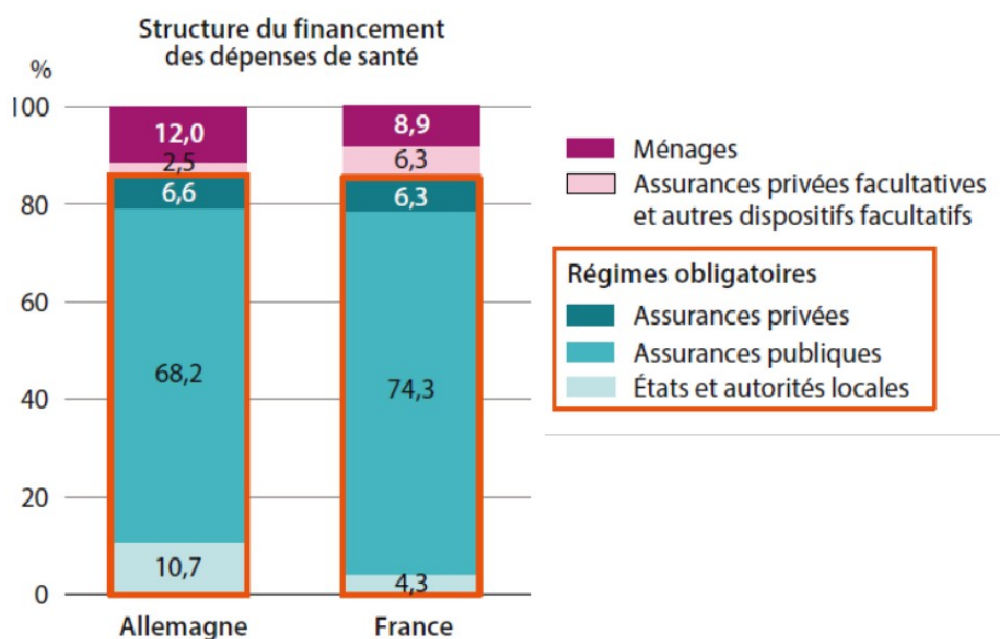


Figure 21 : Comparaison des structures de financement des dépenses de santé entre Allemagne et France

7.2. Des exercices différents en pratique

En 2021, 54% des médecins généralistes en Allemagne exercent dans un cabinet individuel contre seulement 38% en France en 2019. En revanche, les cabinets individuels emploient en moyenne 5,2 personnes (notamment des assistants médicaux et/ou infirmiers), le médecin généraliste allemand n'exerce jamais seul en réalité.

Le médecin est rémunéré par une association de rémunération à l'acte et un budget basé sur la capitation. Par exemple, il sera payé une seule fois s'il voit le patient une fois ou plusieurs fois dans le trimestre. Cela renforce l'idée que le médecin ne délivre pas une prestation et qu'il n'est pas "redevable" au patient même si ce dernier consulte à plusieurs reprises. De plus, le médecin allemand reçoit 10 euros par patient tous les 4 mois et 40 euros pour les patients chroniques. Chaque année le médecin négocie son budget avec l'ordre des médecins et par département. En France, le patient s'attend à un résultat et presque automatiquement à une ordonnance à la fin de chaque consultation. En effet, 90% des consultations se soldent par une ordonnance en France contre seulement 72% en Allemagne.

La durée de consultation chez un médecin généraliste en Allemagne est de 8 minutes contre 16 minutes en France. Par conséquent, même si le médecin généraliste allemand déclare travailler moins en moyenne 52,9 heures par semaine contre 54h par semaine en France, il peut voir plus de patients. En effet, en 2019, le nombre moyen de "consultations médecins par habitant" était de 5,9 en France contre 9,8 en Allemagne.

7.3. Caractéristique de l'assistant médical allemand

Le métier d'assistant médical en Allemagne a été créé dans les années 1960. On dénombre 440 000 assistants médicaux officiant en Allemagne dont 340 000 employés en libéral en 2021. L'autorisation permettant d'employer un assistant médical dure deux ans.

En France, si la plupart des médecins emploient une secrétaire médicale (84 %), début 2022, seulement 5 % des médecins généralistes disposaient d'un assistant médical et 5 % des médecins généralistes travaillaient avec un autre professionnel de soins hors assistant médical.

7.3.1. Formation

La formation d'assistant médical dure 3 ans, il s'agit d'une formation alternant entre un établissement où sont dispensés les cours théoriques et un établissement où l'on apprend la pratique (cabinet médical ou hôpital).

Après avoir exercé en tant qu'assistant médical pendant 3 ans, l'assistant médical peut poursuivre une formation qualifiante nommée « *Nichtärztliche Praxisassistenten* » (*NäPa*) qui prévoit 271 heures de formation s'étalant sur maximum 5 ans. Cela comprend 201 heures de formation théorique, 20 heures de gestion des urgences et 50 heures de formation pratique (visite à domicile). Cependant, la durée de cette formation peut être réduite en fonction de l'expérience personnelle. Cette formation peut donner le droit à l'assistant médical de réaliser des visites seul au domicile. La validation de la formation se fait par un écrit d'une heure mais aussi par la participation à au moins 90% des cours ainsi que la validation de visites à domicile et de cas documentés.

Les primes et indemnités de formation sont fixées annuellement par l'association des professions médicales et l'association des assistants médicaux.

Contrairement à la France, la formation d'assistant médical en Allemagne se réalise au début des études supérieures. En France, il s'agit plutôt d'une voie de reconversion d'autres professionnels de santé (IDE, AS) ou des secrétaires.

7.3.2. Économie

Les AM allemands sont employés par leur médecin généraliste référent. Le salaire minimum est de 1900 euros par mois en début de carrière contre 3713 euros par mois après 17 ans d'ancienneté. 10% gagnent plus de

3625 euros par mois et 10% gagnent moins de 2067 euros par an. En moyenne, le salaire brut moyen d'un salarié allemand est de 4323 euros par mois en 2023. On retrouve une forte disparité de salaire dans les différents *länder*.

Les cabinets qui emploient un assistant médical qualifié *NäPa* bénéficient d'une subvention pouvant aller jusqu'à 23 800 points par trimestre. Le financement du système de santé allemand repose grandement sur le système de point, chaque point ayant une valeur selon le *land* et selon les années en fonction des accords avec la *KV* ou *Kassenärztliche Vereinigungen* (Associations des médecins conventionnés). Par exemple, la valeur du point se trouve généralement autour de 0,11 centimes d'euro, ce qui représente environ 2618 euros par trimestre.

7.3.3. Conditions générales pour obtention d'un *NäPa*

Le médecin allemand doit déclarer qu'il emploie un *NäPa* pour au moins 20 heures par semaine et doit remplir une des deux conditions suivantes:

- Volume de patient : il doit avoir traité en moyenne au moins 700 patients par trimestre et par médecin généraliste sur les quatre derniers trimestres. Si plusieurs médecins travaillent dans le cabinet, ce seuil augmente de 521 patients par médecin supplémentaire.
- Prise en charge des patients âgés : il doit avoir suivi en moyenne au moins 120 patients de plus de 75 ans par trimestre et par médecin généraliste sur les quatre derniers trimestres. Pour les cabinets avec plusieurs médecins, le seuil augmente de 80 patients par médecin supplémentaire.

7.3.4. Rôles

En Allemagne, les missions confiées se rapprochent de celles définies en France par l'assurance maladie.

Sur le plan administratif, on retrouve la gestion des appels, de la prise de rendez-vous, tenue du dossier médical et de la facturation.

Sur le plan clinique, l'assistant peut relever les constantes vitales, réaliser une prise de sang, un électrocardiogramme (ECG) ou encore des explorations fonctionnelles respiratoires (EFR). Une certaine liberté dans les actes peut être donnée par le praticien encadrant ce qui permet à certains assistants médicaux de réaliser des sutures ou des contrôles de la vision. L'assistant peut aussi intervenir sur de la prévention, les soins post-traitement et l'entretien du matériel médical.

8. Limites de la comparaison aux modèles étrangers

Dans les deux exemples que nous venons de traiter, les assistants médicaux font partie intégrante du système de santé, et ceci depuis les années 1960. En France, le métier d'assistant médical est récent et a été mis en place dans un système qui semble encore structurellement inadapté. Le système de l'assistanat médical vient modifier les habitudes, du côté des soignants comme des patients.

Aux USA et en Allemagne, le métier d'assistant médical est considéré comme une voie professionnelle à part entière dont on peut suivre le cursus directement dans le supérieur. En France, il s'agit actuellement d'une trajectoire de réorientation.

Le système de santé tel qu'il fonctionne actuellement en France peut constituer un frein au développement du dispositif des AM. Le modèle de rémunération à l'acte induit que le médecin généraliste, directement rémunéré par le patient, doit personnellement apporter une solution ou au moins s'impliquer activement dans la prise de décision ou le conseil. Cela suppose d'y consacrer un temps suffisant pour chaque patient. L'intégration de l'AM pourrait modifier cette représentation car le même montant serait payé du patient au médecin pour un temps de consultation en binôme qui lui diminuerait. Ce changement impliquerait nécessairement une évolution des mentalités, du côté des soignants comme des patients.

MÉTHODES

1. Matériels et méthodes

1.1. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de l'étude est de mettre en évidence les déterminants de la collaboration entre les médecins généralistes installés sur le territoire des Pays de la Loire et les assistants médicaux.

L'objectif secondaire est d'identifier les leviers, les freins et les limites concernant la mise en place de ce dispositif chez les médecins généralistes installés de la région.

1.2. Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative descriptive transversale réalisée par questionnaire informatisé.

1.3. Population cible

La population cible correspond aux médecins généralistes installés de la région Pays de la Loire, c'est-à-dire des départements : Loire-Atlantique (44), Maine-et-Loire (49), Mayenne (53), Sarthe (72) et Vendée (85).

1.4. Questionnaire

Le questionnaire a été réalisé à l'aide du logiciel de traitement de texte Word® puis retranscrit en ligne grâce à l'outil informatique LimeSurvey®. Le contenu du questionnaire est inspiré du travail de thèse de Vincent PAUBERT soutenu le 28 janvier 2021 dont l'intitulé était "Les assistants médicaux en France : Enquête d'opinion auprès des médecins généralistes installés en Limousin" (33). L'idée était de réaliser un travail de recherche similaire pour pouvoir comparer au mieux les résultats sur un territoire géographique différent.

Nous avons modifié la structure du questionnaire en commençant par la partie qui concerne l'assistant médical pour finir par la partie concernant les caractéristiques du médecin répondant, en partant du principe que l'attention diminue au fil du temps de réponse et que la deuxième partie du questionnaire nécessite moins d'attention que la première pour le répondant.

Pour le reste du contenu du questionnaire, nous nous sommes réappropriés librement certaines formulations et avons supprimé certaines questions pour en ajouter d'autres, à la lumière des recherches effectuées pour la rédaction de l'introduction de ce travail de recherche mais aussi d'échanges avec différents professionnels de santé concernant la thématique des assistants médicaux.

La version textuelle du questionnaire validée avant diffusion est disponible en annexe 1.

1.4.1. 1^{ère} partie : l'assistant médical

Cette première partie était constituée de 7 questions dont 5 avec l'utilisation d'échelles de Likert en quatre niveaux (pas du tout d'accord, pas d'accord, d'accord ou tout à fait d'accord). Nous n'avons pas réintroduit les items "ni d'accord ni pas d'accord" et "neutre" qui complètent généralement les échelles de Likert pour forcer les répondants à se positionner comme cela avait été suggéré dans le précédent travail de recherche de Vincent PAUBERT.

La première question, sous forme d'échelle de Likert, venait interroger les médecins de manière générale sur la question de la délégation de tâche médico-administrative avec une seule section : "Pensez-vous que vous pourriez travailler en collaboration avec un assistant médical en lui déléguant certaines tâches médicales ou administratives ?".

La deuxième question, sous forme d'échelle de Likert, venait interroger les médecins sur l'accès et la qualité des soins avec 6 sous sections :

- Rendre plus accessible les soins primaires
- Libérer du temps pour suivre de nouveaux patients en tant que médecin traitant
- Améliorer la qualité des soins en médecine générale
- Améliorer le suivi des patients
- Renforcer la coopération entre les différents acteurs de santé
- Améliorer la mise à jour et la tenue du dossier médical

La troisième question, sous forme d'échelle de Likert, venait interroger les médecins sur les conditions d'exercice avec 7 sous sections :

- Diminuer le temps administratif consacré chaque jour
- Libérer du temps purement médical
- Renforcer l'attractivité du métier de médecin généraliste
- Limiter la pénurie de médecins en zone sous dense
- Limiter le risque d'épuisement professionnel
- Répondre plus facilement aux demandes de soins non programmés ou urgents
- Libérer du temps pour accueillir plus de patients

La quatrième question, sous forme d'échelle de Likert, venait interroger les médecins sur les freins au déploiement des assistants médicaux avec 5 sous sections :

- Rémunérer l'assistant médical au début de son contrat alors qu'il n'est pas encore formé constitue un frein
- Devoir salarier soit même l'assistant est un frein à son recrutement
- L'agencement de votre cabinet est actuellement inadapté pour accueillir un assistant médical
- L'intervention de l'assistant médical dans la dynamique de soin risque d'altérer la relation médecin-malade
- La crainte d'un chevauchement de tâches avec d'autres professionnel de santé (ex : Infirmière de Pratique Avancée)

La cinquième question, sous forme d'échelle de Likert, venait interroger les médecins sur les aides financières proposées par l'assurance maladie avec 4 sous sections :

- Ces aides vous paraissent suffisamment incitatives* (l'astérisque rappelant les ordres de grandeur de l'aide financière selon le temps de travail de l'assistant)
- Vous redoutez une emprise de la sécurité sociale sur votre pratique
- L'augmentation de patientèle et de file active demandée en contrepartie de ces aides vous semble trop importante
- Le fait qu'un mode de financement collectif n'existe pas constitue un frein (en particulier pour des structures types MSP ou centres de santé)

La sixième et la septième question était deux questions fermées successives pour savoir si les médecins interrogés avaient déjà un assistant médical ou un projet d'assistant médical.

1.4.2. 2^{ème} partie : le profil des médecins

Cette deuxième partie était constituée de 10 questions dont 9 questions fermées ou à choix multiples simples et une question à réponse ouverte.

La première question interroge l'âge du répondant.

La deuxième question s'intéresse au sexe du répondant.

La troisième question s'intéresse à l'ancienneté d'installation au sein de la région des Pays de la Loire.

La quatrième question est à choix multiples et concerne le mode d'exercice.

La cinquième question s'intéresse au territoire urbain ou rural de l'activité.

La sixième question interroge sur le type de secrétariat en place.

La septième question concerne le nombre de patients "médecin traitant" déclarés.

La huitième question interroge sur un travail en collaboration avec un(e) IDE ASALEE.

La neuvième question interroge sur un travail en collaboration avec un(e) IPA.

La dixième question est la seule question ouverte et questionne le facteur le plus stressant de l'activité professionnelle.

1.4.3. Diffusion du questionnaire

Le questionnaire a été validé par l'équipe enseignante du département de médecine générale de la faculté d'Angers avant d'être diffusé aux médecins via la liste de diffusion de l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) des Pays de la Loire.

Le questionnaire a été partagé par mail aux différents médecins généralistes installés de la région le vendredi 27 octobre 2023.

Pour des raisons de protections des données personnelles nous n'avons pas eu accès aux adresses mails des médecins généralistes auprès desquels l'enquête a été diffusée. Nous avons cependant eu connaissance des effectifs dans la liste de diffusion au moment du partage du questionnaire.

Le questionnaire a bénéficié d'une unique relance par mail le 2 octobre 2024 via la même liste de diffusion de l'URML des Pays de la Loire pour être clôturé de manière définitive le 8 octobre 2024.

1.5. Méthode d'analyse des résultats

L'analyse statistique des différents résultats a été effectuée avec le logiciel « BiostatTGV® ». Les tests statistiques utilisés étaient le Chi2, le test exact de Fisher, le t student, et le test de Mann Whitney choisis en fonction des effectifs et de l'objectif de cette analyse. Le seuil de significativité choisi pour l'ensemble des analyses statistiques est de 0,05. Les données qualitatives ont été retranscrites dans le logiciel Windows Excel® et ont fait l'objet d'une analyse par thématique par fréquence d'occurrence de thèmes abordés.

Nous avons effectué une analyse univariée sur le critère de jugement principal pour tenter de déterminer les facteurs favorisant l'approbation des médecins généralistes au projet des assistants médicaux tel qu'il est actuellement proposé par l'assurance maladie.

Après avoir réparti les médecins en deux groupes distincts (Favorable vs Défavorable), nous avons effectué des tests statistiques en croisant successivement les données avec différentes variables liées au profil des médecins répondants.

Nous avons extrait les données des réponses au questionnaire pour réaliser les tableaux de contingence. Grâce à ces tableaux, nous avons effectué les tests via le logiciel Biostats TGV®.

Sur le critère de l'âge et de l'ancienneté d'installation, nous avons appliqué un test de Shapiro-Wilk pour vérifier la normalité de la distribution des données.

RÉSULTATS

1. Résultats

1.1. Population cible de l'étude

Notre enquête a été partagée par mail, grâce à la liste de diffusion de l'URML des Pays de la Loire, à un total de 3180 médecins généralistes installés au sein de la région des Pays de la Loire avec la répartition suivante par départements :

- Loire Atlantique (44) : 1365
- Maine-et-Loire (49) : 775
- Mayenne (53) : 185
- Sarthe (72) : 345
- Vendée (85) : 510

A l'issue de la diffusion du questionnaire, réalisée entre le 27 octobre 2023 et le 8 octobre 2024, nous avons recueilli un total de 104 réponses dont 85 étaient complètes et 19 étaient partielles.

Le taux de réponse de cette étude est de 3,3%.

1.2. Caractéristiques de la population étudiée

1.2.1. Sexe

Sur les 87 répondants à cette question, 56 (64,37%) ont déclaré être une femme et 31 (35,63%) ont déclaré être un homme.

1.2.2. Âge

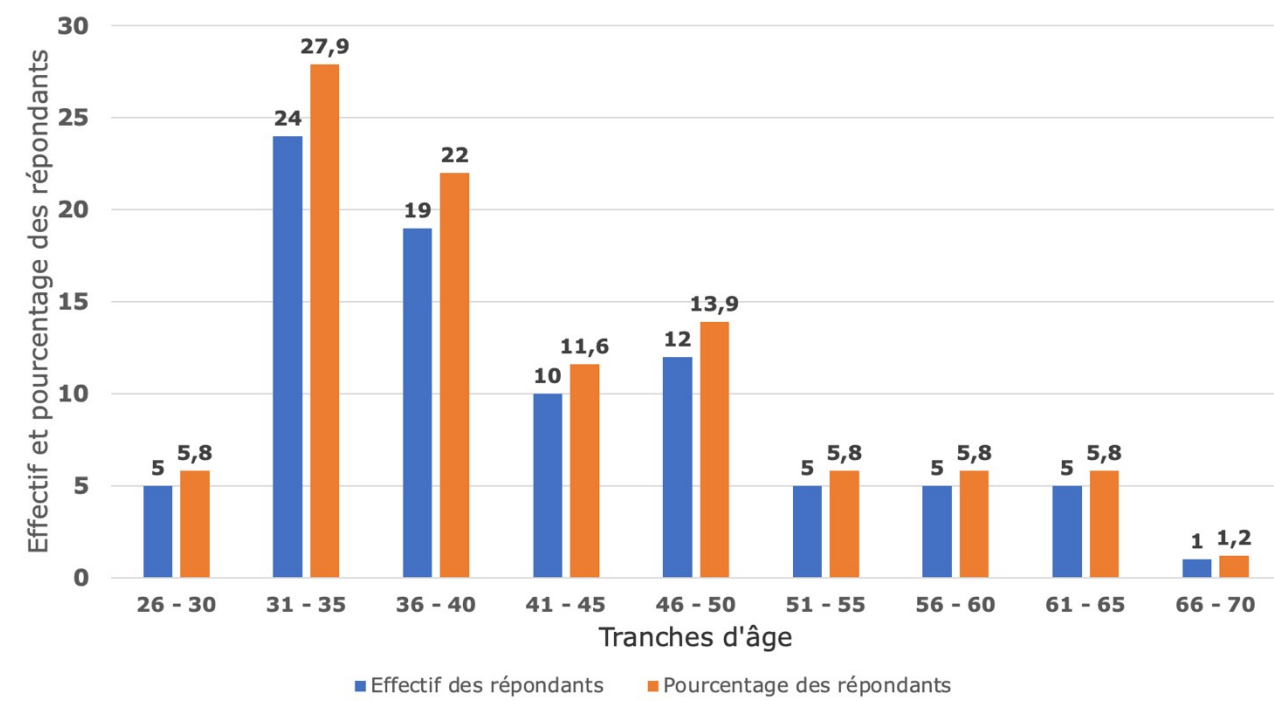


Figure 22 : Répartition des répondants par tranches d'âge

La moyenne d'âges des participants est de 41,8 ans, pour un âge minimum de 29 ans et un âge maximum de 67 ans. L'écart type est de 10 ans.

On retient un total de 86 réponses sur cette question après retrait d'une réponse évaluée comme une anomalie, un médecin ayant déclaré être âgé d'un an.

1.2.3. Ancienneté d'installation

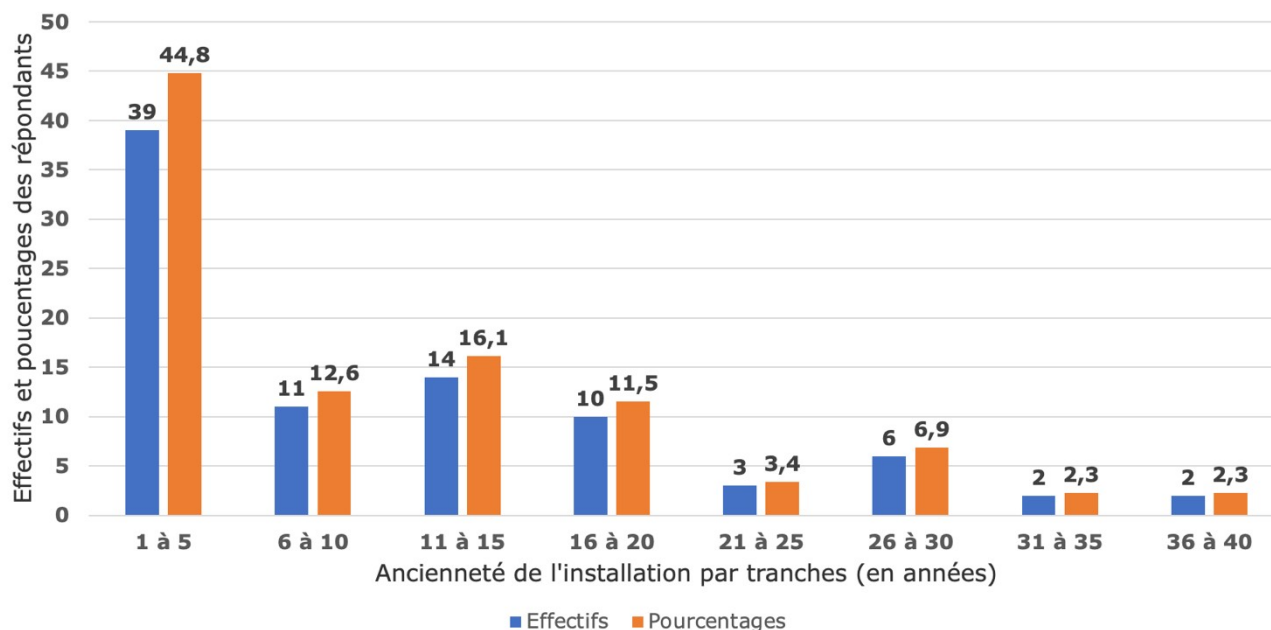


Figure 23 : Répartition des répondants selon l'ancienneté de l'installation par tranches (années)

Les praticiens nouvellement installés (entre 1 et 5 ans d'installation) représentent la tranche majoritaire des répondants avec 44,8% de l'effectif des répondants.

1.2.4. Mode d'exercice

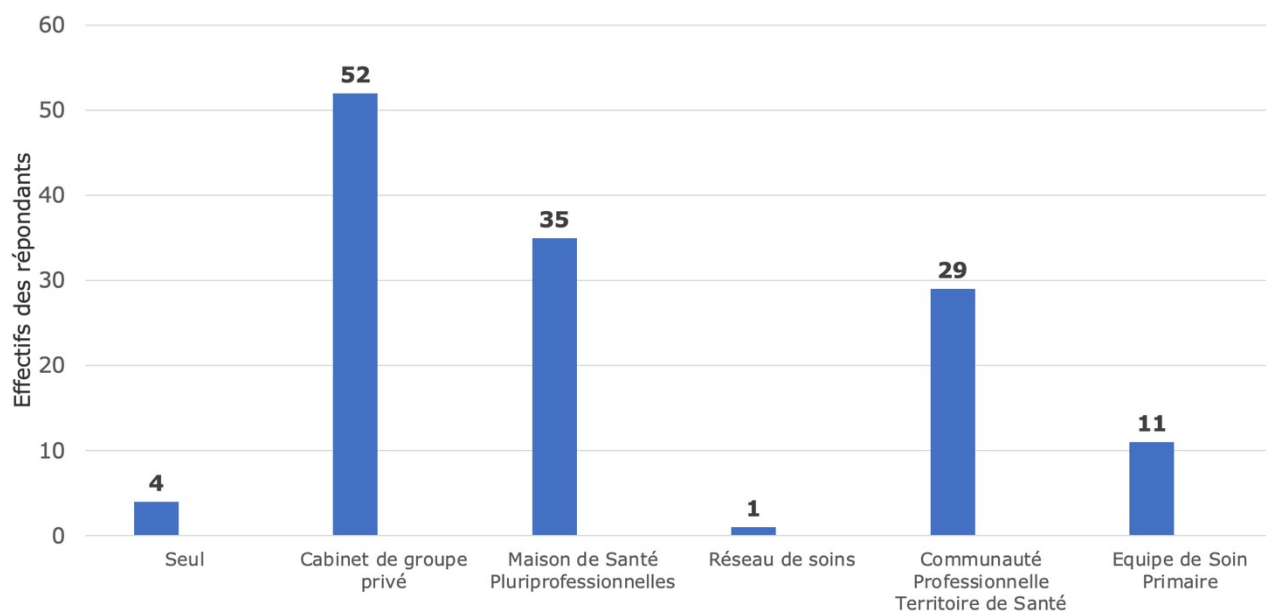


Figure 24 : Répartition des répondants selon le mode d'exercice

Sur les 87 répondants à cette question, une grande majorité déclarait exercer en groupe (95,4%) alors que seulement 4 personnes déclaraient travailler seul. A noter qu'un des répondants déclare travailler seul mais collabore également au sein d'une CPTS.

1.2.5. Territoire d'exercice

64,3% des médecins ont déclaré exercer en milieu rural et 37,9% en milieu urbain.

1.2.6. Type de secrétariat

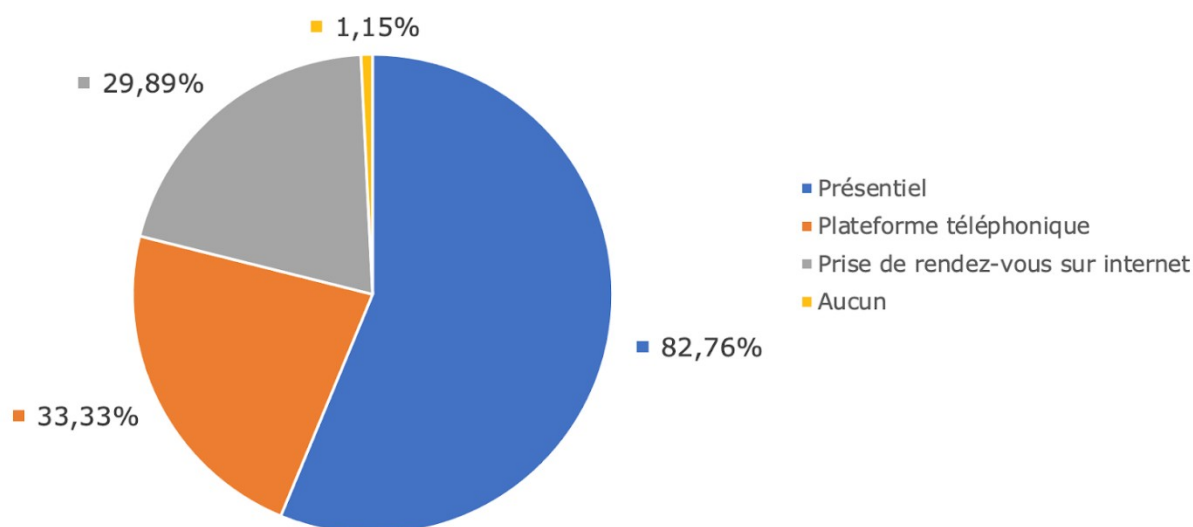


Figure 25 : Répartition des répondants selon le type de secrétariat

13 médecins répondants ont un secrétariat présentiel et la possibilité d'une prise de rendez-vous sur internet.

10 médecins répondants ont un secrétariat présentiel et une plateforme téléphonique.

7 médecins ont à la fois un secrétariat présentiel, la possibilité d'une prise de rendez-vous sur internet et une plateforme téléphonique.

1.2.7. Nombre de patients « médecin traitant »

Les répondants ont déclaré en moyenne 1055 patients "médecin-traitant" avec un minimum à 10 et un maximum à 2650 patients. L'écart type était de 508 patients.

Nous avons classé les médecins répondants en six catégories distinctes selon les percentiles de la distribution nationale des patients "médecin traitant" des généralistes en France, actualisés avec les données de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie de février 2023. Cette répartition est de nouveau confirmée dans la publication au journal officiel de la république de la nouvelle convention médicale du 21 juin 2024 dans la section annexe 10 (26).

Tableau VI : Répartitions des répondants selon les percentiles de la distribution nationale des patientèles "médecin traitant" (juin 2024)

Nombre de patients "médecin traitant"	< 775	775 - 1045	1046 - 1336	1337 - 1858	1859 - 2187	> 2187
Percentiles correspondants de la distribution nationale	< P30	P30 - P50	P51 - P70	P71 - P90	P91- P95	> P95
Nombre de médecins répondants	25	18	16	26	0	2
Pourcentage de l'effectif de médecins répondants (%)	28,7	20,7	18,4	29,9	0	2,3

Les deux sous-groupes majoritaires de l'étude correspondent à des médecins situés entre P71 et P90 (29,9%) et des médecins situés dans la tranche inférieure à P30 (28,7%).

1.2.8. Travail avec une IDE ASALEE et/ou IPA

32 % des médecins interrogés ont déclaré travailler en collaboration avec un.e IDE du dispositif ASALEE et 8 % ont déclaré travailler avec un.e IPA. Aucun médecin n'a déclaré ne pas connaître l'IPA et un seul médecin a déclaré ne pas connaître l'IDE ASALEE.

1.2.9. Activité de Maître de Stage Universitaire

56 % des médecins ont déclaré une activité en tant que maître de stage universitaire.

1.2.10. Analyse qualitative sur le facteur de stress

Les médecins interrogés étaient invités à décrire le facteur le plus stressant de leur activité. 75 réponses ont été recueillies à cette question. Nous avons regroupé les verbatims par thématiques.

Nous avons réalisé une analyse thématique en nous basant sur le nombre d'occurrence des principales idées émises que nous avons retranscrit à travers la figure 26 ci-après.

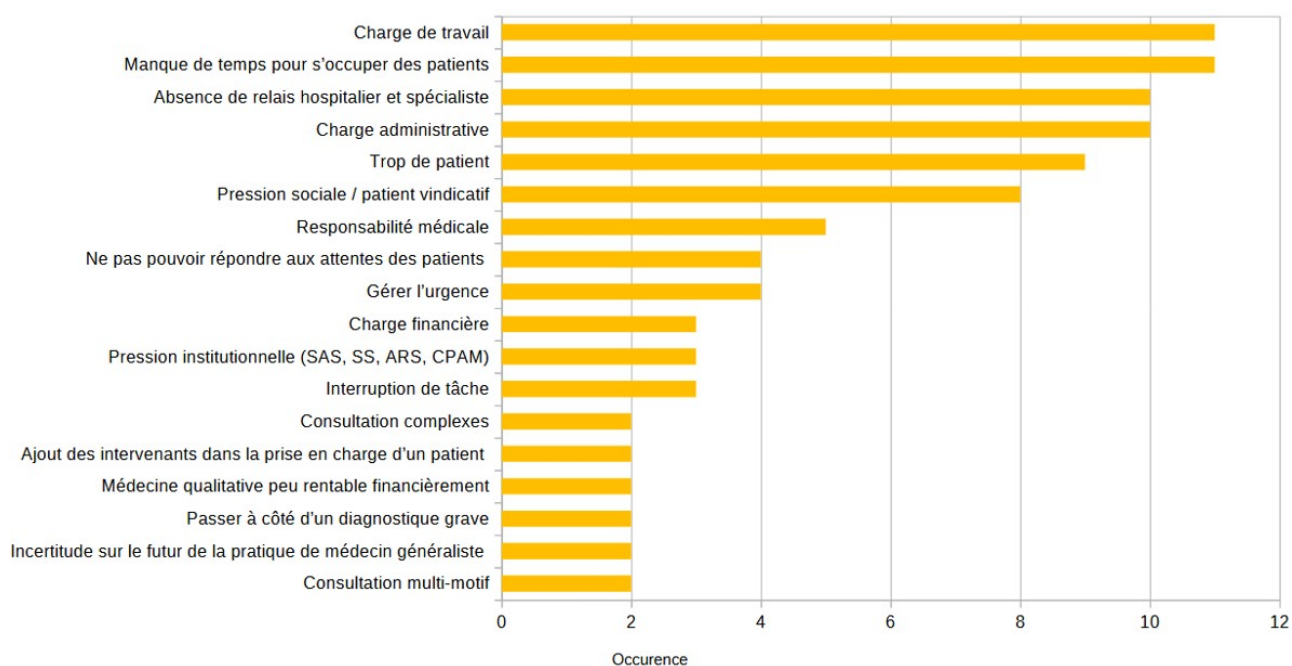


Figure 26 : Nombre d'occurrence des thématiques au sein des verbatims du facteur stress

Le principal facteur de stress identifié correspond à la prise en charge globale des patients : trop de patient entraîne une charge de travail importante, une impossibilité de répondre aux demandes des patients qui sont parfois vindicatifs et, au final, n'avoir que peu de relais hospitalier ou spécialiste. Ensuite, vient la gestion du cabinet avec les différentes charges (administrative et financière) et la pression ressentie de certaines institutions (mise en place du SAS, CPAM, ARS). Enfin, le thème de responsabilité médicale revient fréquemment avec des difficultés à gérer l'urgence avec les incertitudes qu'elles comportent et la possibilité de passer à côté d'un diagnostic grave.

1.3. Analyse descriptive du questionnaire sur l'AM

1.3.1. Envisager de travailler en collaboration avec l'AM

Les médecins interrogés peuvent envisager un travail en collaboration avec un assistant médical pour la majorité des 88 répondants. Nous avons réparti les médecins en deux groupes : Le groupe "Favorable" composé de 67 médecins et regroupant les réponses "Tout à fait d'accord" et "Plutôt d'accord" et le groupe "Défavorable" composé de 21 médecins regroupant les réponses "Pas d'accord" et "Pas du tout d'accord"

Dans notre étude, 76,1% des médecins interrogés se positionnent en faveur, avec une répartition à 45,4% "tout à fait d'accord" et 30,7% "plutôt d'accord".

1.3.2. Thématique de l'accès et de la qualité des soins

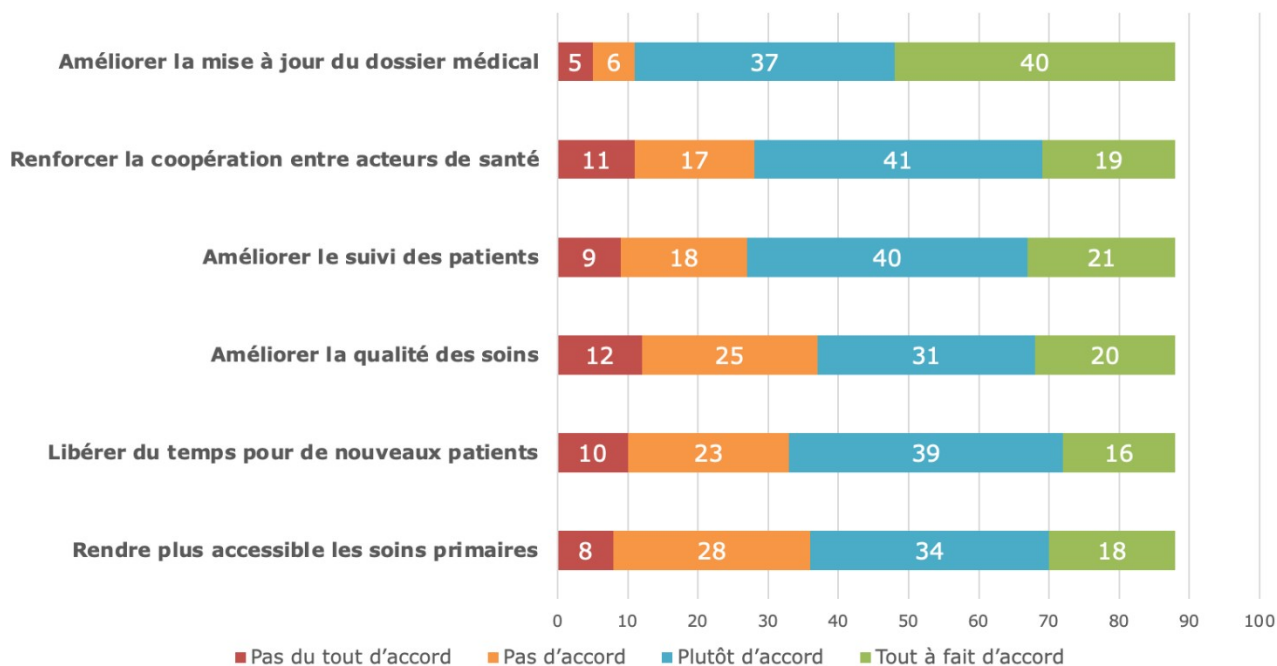


Figure 27 : Répartition des répondants sur la thématique de l'accès et la qualité des soins

Une large majorité des médecins interrogés (87,5%) est en accord avec l'affirmation suivante : les assistants médicaux peuvent améliorer la mise à jour du dossier médical.

Par ailleurs, les médecins interrogés sont globalement en accord avec les autres affirmations évoquées.

L'affirmation la plus partagée est que « l'assistant médical va rendre plus accessible les soins primaires » avec 59 % en accord.

1.3.3. Thématique des conditions d'exercice

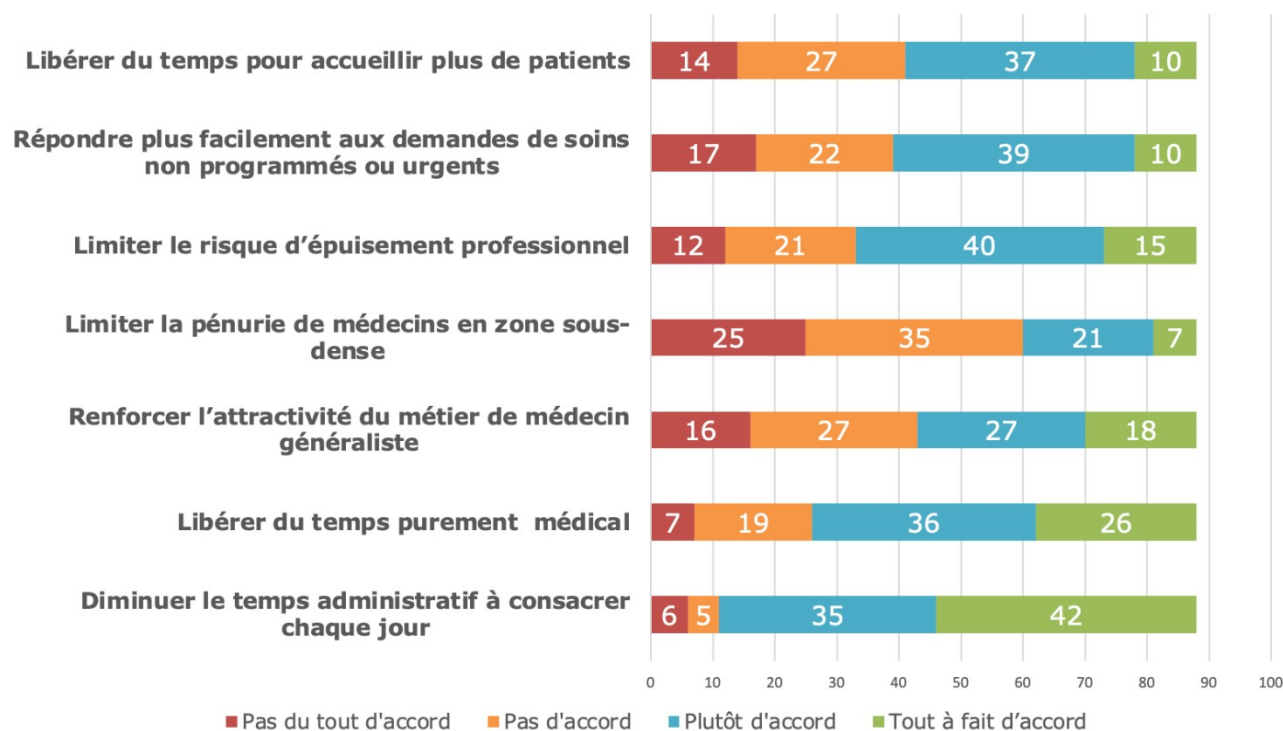


Figure 28 : Répartition des répondants sur la thématique des conditions d'exercice

Une large majorité de médecins répondants (87,5%) est en accord avec le fait qu'un assistant leur permettrait de « diminuer le temps administratif à consacrer chaque jour ». De la même manière, 70,45 % sont en accord avec le fait que l'assistant médical pourrait permettre de « libérer du temps médical ».

Cependant, 68,18 % sont en désaccord avec le fait que l'assistant médical pourrait « limiter la pénurie de médecins en zone sous-dense ».

1.3.4. Thématique des freins au déploiement des AM

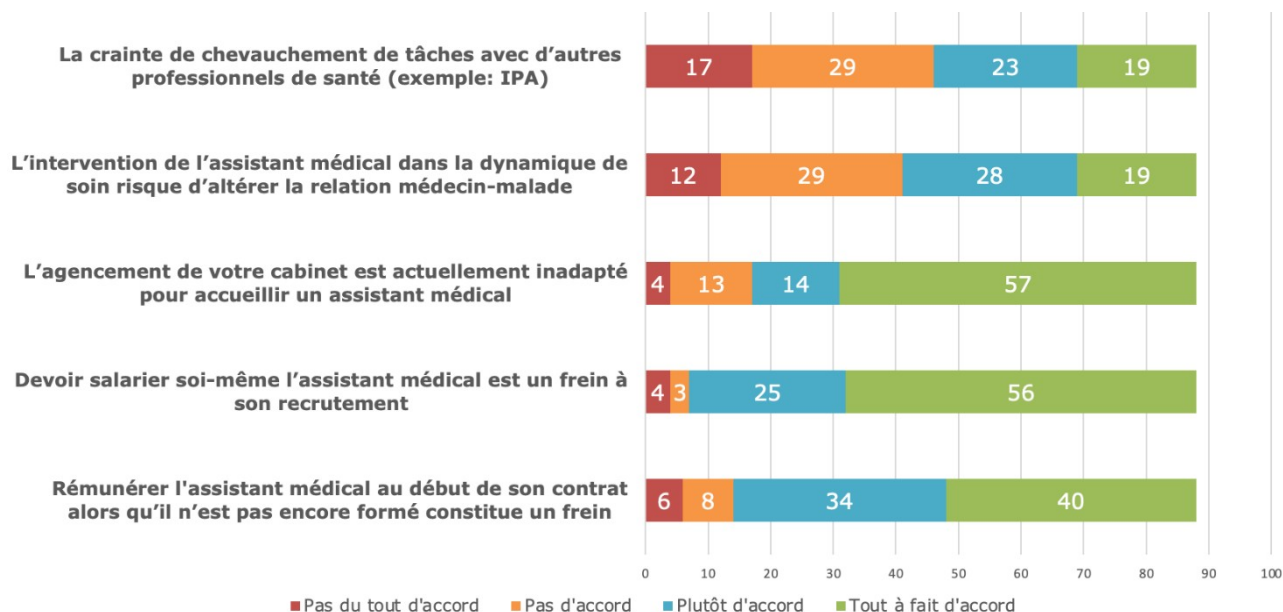


Figure 29 : Répartition des répondants sur la thématique des freins au déploiement des AM

Une large majorité de médecins répondants approuvaient que les assertions suivantes étaient des freins à la mise en place des assistants médicaux : « l'agencement de votre cabinet est actuellement inadapté pour accueillir un assistant médical » (80,6%), « devoir salarier soi-même l'assistant médical est un frein à son recrutement » (92%) et enfin « rémunérer l'assistant médical au début de son contrat alors qu'il n'est pas encore formé constitue un frein » (84,1%).

1.3.5. Thématique des aides financières

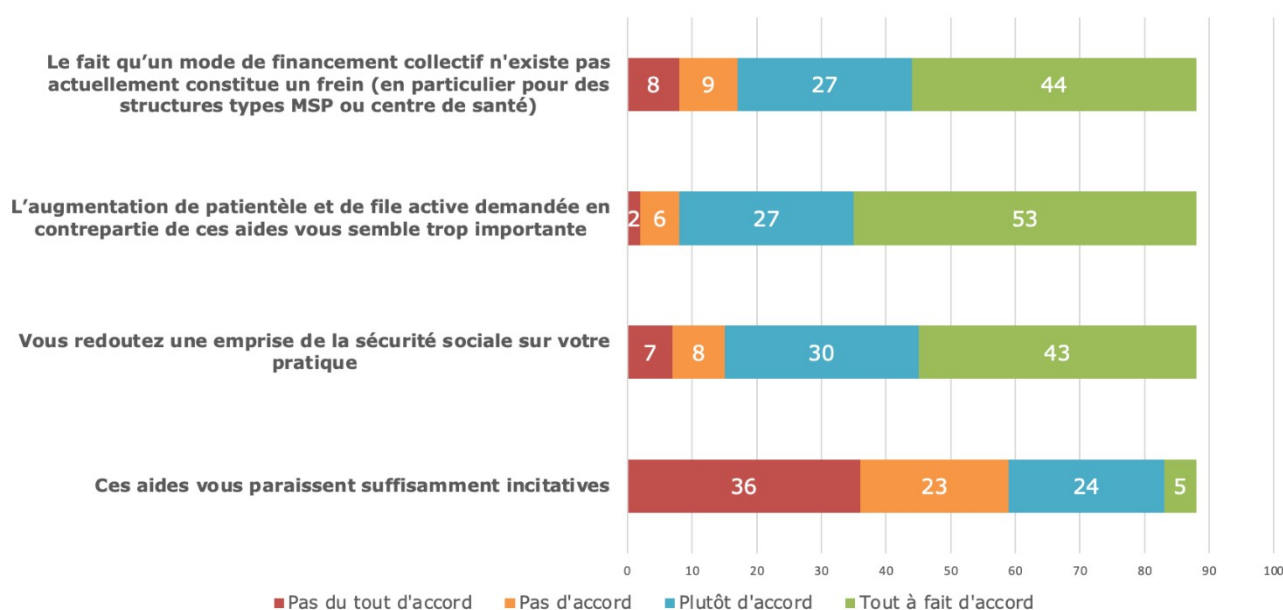


Figure 30 : Répartition des répondants sur la thématique des aides financières

« L'augmentation de patientèle et de file active demandée en contrepartie de ces aides vous semble trop importante » semble être une idée très présente parmi les médecins répondants car ils sont 90 % à être en accord avec cette assertion. Mais suivi de près par une crainte d'emprise de la sécurité sociale (82,9%) et par le manque de mode de financement collectif des assistants médicaux (80,7%).

1.3.6. Travaillez-vous déjà en collaboration avec un AM ?

15 médecins interrogés (soit 17%) ont déclaré être déjà dans une pratique en collaboration avec un assistant médical.

1.3.7. Avez-vous un projet d'AM ?

28 médecins (soit 31,8%) ont déclaré avoir un projet de travail en partenariat avec un assistant médical.

1.4. Analyse statistique univariée sur l'adhésion à l'AM

1.4.1. Impact du sexe

Tableau VII : Analyse univariée sur le critère du sexe

Variable	N	Modalités	N	Défavorable		Favorable		Test	Correction de Yates	p value
				n	%	n	%			
Sexe	87	H	31	6	28,6	25	37,9	khi deux (X ²)	Non	0,438
		F	56	15	71,4	41	62,1			

Le test statistique n'a pu mettre en évidence de différence statistique significative entre les médecins du groupe "Défavorable" et ceux du groupe "Favorable" sur le critère du sexe.

1.4.2. Impact de l'âge et de l'ancienneté d'installation

Tableau VIII : Analyse univariée sur le critère de l'âge et de l'ancienneté d'installation

Variable	N	Groupe	N	Moyenne	Ecart type	Variance	Minimum	Q25	Médiane	Q75	Maximum	Test	p value
Âge	86	Défavorable	21	39,9	8,69	75.65	29	34	37	44	65	Mann Whitney (U-test)	0,4443
		Favorable	65	42,4	10,37	107.49	30	34	40	49	67		
Ancienneté d'installation	87	Défavorable	21	8.26	8.47	71.74	1	3	5	11	34	Mann Whitney (U-test)	0,192
		Favorable	66	11.31	9.93	98.70	1	3	8	17,8	38		

Pour les deux groupes, une p value < 0,001 a été mise en évidence. Cela nous a permis de confirmer que ces données ne suivent pas une loi normale. Dans ce contexte, les conditions d'utilisation du test de Student n'étaient pas respectées et nous avons appliqué le test de Mann-Whitney.

Nous n'avons pas mis en évidence de différence significative entre les médecins du groupe "Défavorable" et ceux du groupe "Favorable" sur le critère de l'âge et de l'ancienneté d'installation.

Pour ces variables, nous avons réalisé une analyse complémentaire en sous-groupe.

Tableau IX : Analyse univariée en sous-groupes sur le critère de l'âge

Variable	N	Modalités	n	Défavorable		Favorable		Test	p value
				n	%	n	%		
Âge des médecins par groupe	86	26 - 30	5	2	9,52	3	4,62	Fisher	0,625
		31 à 35	24	6	28,57	18	27,69		
		36 à 40	19	4	19,05	15	23,07		
		41 à 45	10	5	23,81	5	7,69		
		46 à 50	12	2	9,52	10	15,38		
		51 à 55	5	1	4,76	4	6,16		
		56 à 60	5	0	0	5	7,7		
		61 à 65	5	1	4,76	4	6,15		
		66 à 70	1	0	0	1	1,54		

Pour la variable "âge" nous avons repris la répartition par tranches de 5 ans telle que nous l'avions proposée dans la présentation des résultats.

Nous n'avons pas en évidence de différence significative entre les médecins du groupe "Défavorable" et ceux du groupe "Favorable" sur le critère de l'âge avec l'analyse en sous-groupe.

De la même manière nous avons effectué des sous-groupes pour la variable "ancienneté d'installation" par tranches telles que nous l'avions proposé dans la présentation des résultats.

Tableau X : Analyse univariée en sous-groupes sur le critère de l'ancienneté d'installation

Variable	N	Modalités	n	Défavorable		Favorable		Test	p value
				n	%	n	%		
Ancienneté d'installation par groupe	87	1 à 5	39	12	57,14	27	40,9	Fisher	0,591
		6 à 10	11	3	14,28	8	12,12		
		11 à 15	14	3	14,28	11	16,66		
		16 à 20	10	1	4,76	9	13,63		
		21 à 25	3	1	4,76	2	3,03		
		26 à 30	6	0	0	6	9,09		
		31 à 35	2	1	4,76	1	1,51		
		36 à 40	2	0	0	2	3,03		

Nous n'avons pas mis en évidence de différence significative entre les médecins du groupe "Défavorable" et ceux du groupe "Favorable" sur le critère de l'ancienneté d'installation avec l'analyse en sous-groupe.

1.4.3. Impact du mode et du milieu d'exercice

Tableau XI : Analyse univariée sur le critère du milieu d'exercice

Variable	N	Modalités	N	Défavorable		Favorable		Test	Correction de Yates	p value
				n	%	n	%			
Milieu d'exercice	87	Rural	54	9	42,8	45	68,2	khi deux (χ^2)	Non	0,037
		Urbain	33	12	57,1	21	31,8			

Tableau XII : Analyse univariée sur le critère du mode d'exercice

Variable	Répondants	Réponses	Modalités	N	Défavorable		Favorable		Test	p value
					n	%	n	%		
Mode d'exercice	87	132	Cabinet Privé	52	16	55,17	36	34,96	Fisher	0,007
			MSP	35	4	13,81	31	30,1		
			CPTS	29	2	6,89	27	26,21		
			Réseau de soins	1	0	0	1	0,97		
			Seul	4	2	6,89	2	1,94		
			ESP	11	5	17,24	6	5,82		

La question sur le mode d'exercice était à réponses multiples. Nous avons récupéré les réponses de 87 répondants mais nous avons réalisé une analyse sur la fréquence totale des 132 réponses recueillies.

Il existe des différences statistiquement significatives sur les critères du milieu et du mode d'exercice :

- Les médecins du groupe "favorable" exerce pour 68,2% d'entre eux en milieu rural en comparaison au 31,8% qui exerce en milieu urbain (p value < 0,05)
- Les médecins exerçant en MSP et en CPTS semblent plus représentés dans le groupe "Favorable". 30,1% des médecins favorables exercent en MSP en comparaison au 13,8% des médecins défavorables et 26,21% d'entre eux adhèrent à une CPTS en comparaison au 6,89% des médecins défavorables (p value < 0,01)

1.4.4. Impact de l'organisation du secrétariat

Tableau XIII : Analyse univariée sur le critère de l'organisation du secrétariat

Variable	Répondants	Réponses	Modalités	N	Défavorable		Favorable		Test	p value
					n	%	n	%		
Secrétariat	87	128	Présentiel	72	16	53,33	56	57,15	Fisher	0,718
			Plateforme téléphonique	29	6	20	23	23,47		
			Prise de rdv internet	26	8	26,67	18	18,36		
			Aucun	1	0	0	1	1,02		

La question étant possiblement à choix multiples, nous avons de nouveau effectué une analyse de fréquence en comptabilisant les 128 réponses recueillies à travers les données de 87 médecins répondants.

Nous n'avons pas mis en évidence de différence significative entre les médecins du groupe "Défavorable" et ceux du groupe "Favorable" sur le critère du secrétariat médical.

1.4.5. Impact de la patientèle « médecin traitant »

Tableau XIV : Analyse univariée en sous-groupe sur le critère de la patientèle « médecin traitant »

Variable	N	Modalités	Percentile	n	Défavorable		Favorable		Test	p value
					n	%	n	%		
Patientèle médecin traitant	87	< 775	< P30	25	8	38,09	17	25,76	Fisher	0,578
		775 - 1045	P30 - P50	18	4	19,05	14	21,21		
		1046 - 1336	P51 - P70	16	5	23,81	11	16,66		
		1337 - 1858	P71 - P90	26	4	19,05	22	33,34		
		1859 - 2187	P91 - P95	0	0	0	0	0		
		> 2187	> P95	2	0	0	2	3,03		

Nous avons réalisé une analyse d'emblée en sous-groupe en reprenant la répartition des patientèles "médecin traitant" basée sur celle des percentiles nationaux qui servent de support de base pour la mise en place du programme.

Nous n'avons pas mis en évidence de différence significative entre les médecins du groupe "Défavorable" et ceux du groupe "Favorable" sur le critère des patientèles "médecin traitant" avec l'analyse en sous-groupe.

1.4.6. Impact du statut MSU

Tableau XV : Analyse univariée sur le critère de l'activité comme MSU

Variable	N	Modalités	N	Défavorable		Favorable		Test	Correction de Yates	p value
				n	%	n	%			
Maître de stage universitaire	85	Oui	49	9	42,86	40	62,5	khi deux (χ^2)	Non	0,114
		Non	36	12	57,14	24	37,5			

Nous n'avons pas mis en évidence de différence significative entre les médecins du groupe "Défavorable" et ceux du groupe "Favorable" sur les critères d'exercice en MSU

1.4.7. Impact d'un partenariat avec IDE ASALEE ou IPA

Nous n'avons pas mis en évidence de différence significative entre les médecins du groupe "Défavorable" et ceux du groupe "Favorable" sur le de travail en collaboration avec une IPA.

Tableau XVI : Analyse univariée sur les critères IDE ASALEE et IPA

Variable	N	Modalités	N	Défavorable		Favorable		Test	p value
				n	%	n	%		
IDE ASALEE	86	Oui	28	2	9,52	26	40	Fisher	0,014
		Non	58	19	90,48	39	60		
IPA	87	Oui	7	1	4,76	6	9,1	Fisher	1
		Non	80	20	95,24	60	90,9		

Il existe des différences statistiquement significatives sur le critère de la collaboration avec un.e IDE ASALEE :

- Les médecins travaillant déjà avec un.e IDE ASALEE semble plus représenté dans le groupe "favorable" avec 40% de l'effectif contre 9,52% dans le groupe défavorable (p value < 0,05)

DISCUSSION

1. Forces et limites de l'étude

1.1. Forces de l'étude

Notre travail s'inscrit dans un contexte de réorganisation des soins primaires en France, où le recours aux assistants médicaux semble représenter un axe important. Ce projet, toujours en cours de déploiement, reste au cœur à la fois des réflexions actuelles en santé publique et des négociations conventionnelles. Il s'agit donc d'un sujet d'intérêt général, en lien direct avec les problématiques d'accessibilité, de qualité et de coordination des soins de premier recours.

Nous avons choisi de nous appuyer sur une méthodologie déjà utilisée, celle de la thèse de Vincent PAUBERT réalisée en région Limousin. Cela nous a permis de comparer nos résultats avec ceux d'un travail antérieur, et de renforcer ainsi la validité externe de notre analyse.

Par ailleurs, trois années séparent notre étude de celle de V.PAUBERT, réalisée en 2021. Cette distance temporelle est un atout pour l'évaluation d'un dispositif encore jeune. Elle permet d'observer si certaines tendances se confirment dans le temps, et de mieux identifier les déterminants qui semblent stables, au-delà des différences locales éventuelles.

Sur le plan méthodologique, le choix d'un positionnement comparatif, opposant un groupe favorable et un groupe défavorable à l'adhésion au dispositif, constitue également un point fort. Il permet de dépasser une simple description pour explorer les facteurs associés à l'engagement des médecins, et d'enrichir l'interprétation des résultats.

Enfin, la diffusion du questionnaire s'est faite via un seul intermédiaire : l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) des Pays de la Loire. Une unique relance a été réalisée. Ce choix méthodologique a permis de limiter le risque de biais de réponses multiples, renforçant la fiabilité des données recueillies. Aucun élément de notre enquête ne porte à croire qu'un médecin a pu répondre deux fois au questionnaire.

1.2. Limites de l'étude

Notre étude présente néanmoins plusieurs limites. Tout d'abord, bien que l'échantillon soit de taille satisfaisante pour un travail de thèse, le nombre de répondants reste relativement modeste au regard de la population cible. Cette limitation peut restreindre la puissance statistique de certaines analyses et réduire la généralisation de nos résultats.

Le recueil des données s'est appuyé sur un auto-questionnaire en ligne, ce qui expose à plusieurs biais classiques. On peut citer le biais de sélection dans la mesure où les médecins les plus concernés ou sensibilisés par la thématique sont sans doute ceux qui ont le plus répondu. Il existe probablement également un biais de désirabilité sociale, qui peut amener certains répondants à formuler des réponses perçues comme valorisantes. Cela pourrait conduire à une surestimation de certaines tendances et une sous-estimation des difficultés réelles dans la pratique. Enfin, l'utilisation des échelles de Likert, de par sa structure, se heurte au biais d'acquiescement qui est cette tendance pour le répondant à répondre systématiquement par l'affirmative.

Notre approche transversale a permis d'explorer des corrélations entre différents éléments du profil des médecins et leur positionnement vis-à-vis du dispositif des assistants médicaux. Toutefois, en l'absence de suivi dans le temps, elle ne permet pas d'établir de relations causales. On ne peut affirmer si certaines caractéristiques influencent l'adhésion, ou si à l'inverse, l'adhésion elle-même modifie la posture organisationnelle du médecin. Cette approche ne permet pas non plus d'observer l'évolution des opinions ou des pratiques dans le temps. Il est possible que certains médecins actuellement défavorables puissent, dans un autre contexte ou après réorganisation, modifier leur positionnement. Une étude longitudinale permettrait de mieux comprendre ces trajectoires d'adhésion.

Bien que nous ayons réalisé des comparaisons statistiques rigoureuses en analyse univariée, l'absence d'analyse multivariée limite la capacité à déterminer si les associations observées sont indépendantes les unes des autres. Une telle approche aurait permis d'isoler l'effet propre de chaque variable, en contrôlant les facteurs de confusion potentiels. Cela représente une perspective méthodologique intéressante pour un travail futur reposant sur un échantillon plus large.

Par ailleurs, certaines questions du questionnaire peuvent faire l'objet d'interprétations subjectives, selon la culture professionnelle ou l'expérience du répondant. Cette variabilité introduit un biais de mesure difficilement contrôlable avec ce type de méthodologie.

Bien que l'étude ait été menée à l'échelle régionale, nous n'avons pas recueilli l'appartenance départementale des répondants, ce qui a renforcé la protection de l'anonymat comme dans les précédents travaux. Cette information aurait toutefois pu permettre d'identifier des dynamiques locales spécifiques, par exemple en lien avec la densité médicale ou la structuration territoriale des soins primaires. Ce point pourrait faire l'objet d'un approfondissement dans des travaux futurs.

Enfin, il convient de souligner que notre critère principal portait sur l'adhésion déclarée au dispositif des assistants médicaux, en se basant sur une projection pour le médecin à travailler ou non de cette manière. Il peut exister un décalage entre cet adhésion de principe et l'engagement concret dans une démarche de recrutement ou d'intégration de l'assistant médical dans la pratique. Ce biais est inhérent aux études déclaratives, mais il invite à la prudence dans l'interprétation des intentions exprimées. Pour limiter ce biais nous avons posé clairement la question d'un projet au-delà d'une simple adhésion théorique au dispositif. Dans notre étude, 76,1% des médecins se positionnent en faveur d'une collaboration avec un assistant médicale et 31,8% déclare un projet d'assistant médical à venir.

2. Comparaison au travail de référence (V.PAUBERT, 2021)

2.1. Caractéristiques des populations des deux études

Nous avons obtenu un total de 104 réponses à notre questionnaire, un résultat comparable à celui de l'étude menée en 2021 qui avait recueilli 107 réponses.

La population de notre étude se distingue par une représentation plus marquée des femmes, qui constituent 64,4 % des répondants, contre une répartition équilibrée dans l'étude de référence (49,5 % de femmes et 50,5 % d'hommes).

En termes d'âge, notre échantillon apparaît également plus jeune, avec une moyenne de 41,8 ans, à comparer aux 47,4 ans observés en 2021. Au-delà de la moyenne, la répartition par tranches d'âge illustre cette différence : 30,2 % des répondants de notre étude ont moins de 35 ans, contre 18,7 % dans l'échantillon du Limousin. À l'inverse,

les médecins âgés de 55 ans et plus ne représentent que 15,1 % de notre échantillon, contre 34,6 % dans l'étude de V.PAUBERT.

Concernant l'ancienneté d'installation, les médecins installés depuis moins de cinq ans constituent 38 % de notre population, soit une proportion plus importante qu'en 2021 où ils représentaient 28 %.

Le milieu d'exercice déclaré est majoritairement rural, avec 64 % des répondants exerçant en zone rurale dans notre enquête, une répartition comparable à celle retrouvée dans le Limousin (59 %).

S'agissant du volume de patientèle, les médecins interrogés dans les Pays de la Loire déclarent suivre en moyenne 1055 patients en tant que médecin traitant. L'écart type important (508 patients) témoigne d'une forte hétérogénéité. Dans le Limousin, une tendance similaire est observée, avec une moyenne de 963 patients et un écart type de 410.

Le mode d'exercice le plus représenté dans les deux enquêtes est le cabinet de groupe privé, avec des proportions proches : 56 % dans notre étude contre 54 % dans celle de V.Paubert. Toutefois, la proportion de médecins exerçant en MSP est plus élevée dans notre échantillon (38,5 % contre 24 %). À l'inverse, l'exercice isolé reste très minoritaire dans notre enquête (4 %), alors qu'il concerne 20 % des médecins interrogés dans l'étude de V.Paubert.

Enfin, notre échantillon semble davantage engagé dans des dynamiques de collaboration interprofessionnelle. Ainsi, 32 % des médecins interrogés déclarent travailler avec une infirmière du dispositif ASALEE, contre seulement 8 % dans l'étude du Limousin. Il est à noter que plus d'un tiers des répondants de cette dernière étude déclaraient ne pas connaître ce dispositif en 2021. Par ailleurs, 8 % des médecins interrogés dans notre étude rapportent une collaboration en cours avec une infirmière de pratique avancée (IPA).

2.2. Objectif principal : les déterminants de la collaboration

L'objectif principal de notre étude était d'identifier les déterminants associés à la mise en place d'une collaboration entre les médecins généralistes installés dans les Pays de la Loire et un assistant médical.

Parmi les médecins interrogés, 76,1 % se déclarent favorables à une telle collaboration. Ce taux d'adhésion représente une progression notable de 14 points en trois ans par rapport à V.Paubert qui rapportait un taux d'adhésion de 62,6 %.

Afin d'enrichir l'analyse de nos résultats, nous avons également confronté certaines de nos données à celles issues du travail conduit en 2023 par Pierre Calonge en Bourgogne-Franche-Comté, dont une partie du travail repose sur une méthodologie proche (34).

2.2.1. Âge du médecin

Dans l'étude du Limousin, les médecins appartenant au groupe « favorable » à l'assistant médical étaient statistiquement plus jeunes que ceux du groupe « défavorable » ($p < 0,05$). Ce lien entre jeunesse et adhésion au dispositif n'a pas été retrouvé dans notre enquête, et ce malgré une surreprésentation des jeunes médecins parmi les répondants. À l'inverse, Pierre Calonge, dans son étude menée en 2023 auprès des médecins installés en Bourgogne-Franche-Comté, a observé une association significative entre l'âge plus avancé (plus de 55 ans) et une opinion favorable à l'intégration d'un assistant médical ($p < 0,05$). Pourtant, l'âge moyen de ses participants, à 45,4 ans, était comparable à celui des autres travaux.

Ainsi, l'effet de l'âge sur l'adhésion au dispositif semble varier selon les contextes et les populations étudiées. Plusieurs peuvent être formulées pour expliquer ces divergences. D'une part, certaines études (comme celle de V.Paubert) suggèrent que les jeunes médecins seraient plus attirés par les nouvelles formes d'exercice, notamment collaboratives. Cette tendance est appuyée par des données comme celles issues d'un sondage du Conseil National de l'Ordre des Médecins (35), qui met en évidence une appétence des jeunes générations pour les organisations collectives du soin. D'autre part, l'adhésion des médecins plus âgés peut s'expliquer par un besoin croissant d'allègement de la charge de travail, souvent plus intense au fil des années. C'est l'hypothèse avancée par Pierre Calonge, dont l'étude montre une association significative entre un bénéfice non commercial (BNC) élevé (que l'on peut envisager comme un marqueur d'une forte activité clinique) et l'expression d'un besoin d'aide humaine. Ce lien peut paraître contre-intuitif, mais il souligne l'intérêt fonctionnel de l'assistant médical pour les médecins à forte activité, quelle que soit l'ancienneté d'exercice.

2.2.2. Sexe du médecin

Le sexe des répondants n'apparaît pas, dans notre étude, comme un déterminant statistiquement significatif de l'adhésion à la collaboration avec un assistant médical, et ce malgré une surreprésentation des femmes dans notre échantillon. Ce résultat est en cohérence avec ceux retrouvés dans les études antérieures, qui ne rapportaient pas non plus de lien significatif entre le sexe des médecins et leur positionnement vis-à-vis du dispositif (33)(34).

2.2.3. Ancienneté d'installation du médecin

Dans l'étude de V.Paubert, les médecins du groupe "favorable" à l'AM étaient installés depuis moins longtemps que ceux du groupe "défavorable" ($p < 0,05$). Nous n'avons pas retrouvé ce lien statistique dans notre étude et il n'a pas été mis en évidence dans l'étude de BFC de Pierre Calonge. Pour tenter de comprendre pourquoi les résultats varient d'une étude à l'autre, on peut s'appuyer sur les différentes étapes du parcours professionnel d'un médecin généraliste installé.

Au début de sa carrière, un jeune médecin peut choisir d'intégrer directement un assistant médical dans son organisation, tout comme il peut décider de s'installer en maison de santé ou en structure coordonnée. Mais cette période peut aussi être marquée par des incertitudes, notamment financières ou organisationnelles, qui freinent ce type d'engagement : embaucher un salarié, avec des objectifs à remplir pour bénéficier des aides, peut sembler risqué quand on débute.

Le milieu de carrière semble, lui, être un moment plus favorable pour envisager une collaboration avec un assistant médical. Le médecin a alors une activité plus stable, une meilleure visibilité sur sa charge de travail et encore suffisamment d'années d'exercice pour que ce changement ait un vrai intérêt.

En phase de fin de carrière, bien que l'assistant médical puisse constituer un soutien utile pour alléger une activité soutenue, cette période est généralement moins favorable aux réorganisations importantes. La perspective de la retraite prochaine ou la stabilité d'un mode d'exercice installé depuis de nombreuses années peuvent freiner l'envie d'engager des changements de structure.

2.2.4. Le mode d'exercice du médecin

L'appartenance à une MSP est apparue comme un déterminant de l'adhésion à l'assistant médical dans l'étude de V.Paubert en 2021, et ce résultat est confirmé dans notre enquête ($p < 0,01$). Dans une volonté d'approfondir

l'analyse des dynamiques d'exercice coordonné, nous avons ajusté notre questionnaire afin d'identifier spécifiquement l'appartenance à une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS). Cette distinction a permis de mettre en évidence un lien statistiquement significatif ($p < 0,01$) entre l'adhésion à une CPTS et la propension à collaborer avec un assistant médical dans notre étude.

Il semble cohérent de penser que les médecins impliqués dans des projets de soins partagés sont globalement plus réceptifs aux dispositifs organisationnels portés par les institutions publiques. Les MSP, par exemple, fonctionnent en partie grâce à des financements publics conditionnés à la mise en œuvre de projets de santé structurés. C'est notamment le cas de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI), dont la rémunération comprend une part fixe liée aux caractéristiques de la structure, et une part variable reposant sur l'atteinte d'objectifs de santé publique (prévention, vaccination, dépistage, précarité, etc.).

Ce mode de fonctionnement, fondé sur des engagements chiffrés en contrepartie d'un soutien financier, est proche du dispositif d'aide à l'embauche d'un assistant médical. On peut donc raisonnablement penser que les médecins déjà familiers de ce type de contractualisation sont plus enclins à intégrer d'autres dispositifs reposant sur une logique similaire, comme celui des assistants médicaux.

2.2.5. Le milieu d'exercice du médecin

L'exercice en milieu rural apparaît comme un déterminant significatif de la collaboration avec un assistant médical dans notre étude, avec 68,2 % des médecins favorables issus de ce type de territoire ($p < 0,05$). Ce constat est en accord avec la littérature existante. Dans l'étude menée par V.Paubert, le groupe favorable à l'assistant médical comptait 73 % de médecins exerçant en zone rurale ($p < 0,01$). En 2023, P.Calonge a quant à lui choisi de s'appuyer sur le zonage défini par les Agences Régionales de Santé (ARS), en distinguant les zones d'intervention prioritaire (ZIP) et les zones d'action complémentaire (ZAC). Parmi les médecins favorables à l'AM dans son échantillon, 79 % exerçaient en zone sous-dense (ZIP et ZAC confondues).

Ces résultats convergents permettent d'envisager un lien étroit entre exercice rural, exercice en zone sous-dense, et attrait pour le travail en collaboration avec un assistant médical. Pourtant, un paradoxe émerge : dans notre étude, 68 % des médecins interrogés déclarent ne pas considérer l'assistant médical comme une solution adaptée pour faire face à la pénurie de médecins en zones sous-denses.

Plusieurs éléments peuvent contribuer à expliquer cette apparente contradiction. Les zones rurales et sous-denses sont fréquemment décrites comme des territoires aux conditions d'exercice difficiles, du fait du déséquilibre entre l'offre de soins disponible et la demande de la population. Dans ce contexte, l'assistant médical peut représenter une réponse concrète, immédiate et utile pour soulager la charge de travail des médecins déjà en poste. Il n'est donc pas surprenant que les praticiens concernés se montrent favorables à ce soutien dans leur pratique quotidienne. Cependant, bien que bénéfique sur le plan organisationnel, l'assistant médical ne répond pas à la racine du problème démographique. Le caractère « sous-dense » d'un territoire repose sur deux variables : le nombre d'habitants à soigner et le nombre de médecins disponibles. L'ajout d'un assistant médical, s'il améliore l'efficience, ne compense pas l'absence de nouveaux praticiens. Ce dispositif peut donc être perçu comme un levier d'amélioration de l'exercice, sans pour autant constituer une réponse suffisante à la problématique de l'accès aux soins dans ces zones.

2.2.6. L'organisation du secrétariat du médecin

Contrairement aux résultats des thèses de V.Paubert et P.Calonge, qui retrouvaient une association significative entre la présence d'un secrétariat physique et l'adhésion au dispositif d'assistant médical ($p < 0,05$), notre étude ne met pas en évidence ce lien.

Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer cette absence d'association. Il est envisageable que les médecins interrogés dans notre enquête perçoivent le soutien administratif de l'assistant médical comme distinct de celui déjà assuré par le secrétariat médical, qu'il soit physique ou à distance. Dans notre étude, 87,5 % des répondants estiment que l'assistant médical constitue une solution pertinente pour diminuer leur charge administrative quotidienne. Ce décalage dans les représentations pourrait notamment s'illustrer par des tâches telles que la mise à jour du dossier médical : plutôt que d'être effectuée à l'accueil du patient (moment généralement dévolu à la prise de rendez-vous ou à l'orientation) cette tâche pourrait être envisagée lors d'un temps d'échange dédié avec l'AM, en amont de la consultation médicale. Cette hypothèse est confortée par le fait que 87,5 % des médecins de notre échantillon considèrent que l'AM peut améliorer la qualité de la mise à jour du dossier médical.

Le périmètre d'intervention de l'assistant médical, tel qu'il est envisagé et mis en œuvre par les médecins interrogés, dépasse nettement les seules fonctions de soutien administratif. Plusieurs travaux récents, notamment la thèse de Raphaël Lheureux de 2023, montrent que les missions confiées incluent fréquemment l'aide à la

consultation, la prise de constantes, la coordination du parcours de soins ou encore le lien avec d'autres professionnels de santé (36). Dans ce contexte, la présence ou l'absence d'un secrétariat médical ne constitue plus un critère déterminant dans la décision de recourir à un assistant médical. Cette diversification des missions reflète aussi la pluralité des représentations que les praticiens associent à ce nouveau rôle. Tandis que certains y voient une fonction potentiellement redondante avec un secrétariat « amélioré », d'autres perçoivent l'assistant médical comme une ressource complémentaire, centrée sur l'organisation des soins et l'amélioration du suivi des patients. Cette hétérogénéité des usages et des attentes semble d'ailleurs encouragée par les instances publiques : la nouvelle convention médicale de juin 2024 propose un éventail de missions possibles sans en imposer le contenu, laissant ainsi aux médecins une marge de manœuvre pour façonner l'intégration de ce professionnel dans leur exercice.

2.2.7. La patientèle médecin traitant du médecin

Dans notre étude, aucun lien statistiquement significatif n'a été mis en évidence entre la taille de la patientèle médecin traitant et l'adhésion au dispositif assistant médical. Une tendance se dessine toutefois : les médecins ayant une patientèle située entre les percentiles P70 et P90 semblent plus enclins à adhérer au dispositif, tandis que ceux ayant une patientèle faible (<P30) ou très élevée (>P90) apparaissent moins concernés. Ce profil « intermédiaire haut » pourrait correspondre à un équilibre favorable : une charge de travail importante justifiant un besoin de délégation, sans pour autant atteindre un seuil de saturation dans l'organisation.

P.Calonge retrouve une tendance similaire, avec une patientèle plus élevée en moyenne chez les médecins favorables au dispositif. Cette observation, bien que non statistiquement significative, va dans le même sens que nos résultats et semble confirmer le profil type du médecin intéressé par ce mode d'organisation.

La thèse de V.Paubert objective elle une différence significative: les médecins ayant une patientèle P30–P50 et P90–P95 y sont surreprésentés dans le groupe "défavorable" ($p < 0,05$). À l'inverse, les médecins avec une patientèle située entre P70 et P90 apparaissent, comme dans notre étude, parmi les plus favorables. Cette convergence renforce l'hypothèse d'une forme de "seuil optimal de patientèle médecin traitant" pour rendre le travail en collaboration avec un assistant médical pertinent. Selon ces données, cet intervalle pourrait se situer quelque part entre 1337 et 1858 patients « médecin traitant ».

Ces éléments suggèrent que la taille de la patientèle constitue un facteur de contexte intéressant, mais ne suffit pas à prédire à elle seule l'adhésion au dispositif. Elle doit être interprétée à la lumière d'autres facteurs environnementaux et en particulier la capacité des médecins à s'inscrire dans une dynamique d'organisation voire de réorganisation en équipe.

2.2.8. Le statut MSU du médecin

Bien que l'analyse statistique n'ait pas mis en évidence de lien significatif entre la fonction de maître de stage universitaire (MSU) et une attitude favorable vis-à-vis du dispositif d'assistant médical, la proportion plus élevée de MSU dans le groupe favorable laisse envisager un lien possible. Plusieurs facteurs pourraient contribuer à cette tendance : la fonction de MSU suppose une pratique régulière de la délégation et du travail en équipe, compétences mobilisées également dans la collaboration avec un assistant médical. Par ailleurs, les MSU sont souvent engagés dans des dynamiques d'innovation pédagogique et organisationnelle. Ce profil de médecin pourrait ainsi influencer positivement la perception du dispositif. Il serait pertinent de croiser cette variable avec d'autres facteurs, tels que l'exercice coordonné, afin de déterminer s'il s'agit alors d'un facteur confondant ou du reflet d'un lien sous-jacent, non détecté par l'analyse statistique en raison d'une puissance insuffisante ou d'un effet modeste. On peut également évoquer un biais de sélection devant une plus forte propension des MSU à répondre aux enquêtes de thèse. En effet, 57 % des répondants à notre questionnaire indiquaient être des MSU ce qui ne reflète pas la réalité des médecins généralistes dans les Pays de la Loire.

2.2.9. La collaboration existante avec une IDE ASALEE ou une IPA

Dans notre étude, un lien statistiquement significatif a été mis en évidence entre la présence d'une infirmière ASALEE dans la structure et un avis favorable à l'assistant médical ($p < 0,05$). Ce résultat suggère que les médecins engagés dans une dynamique de travail coordonné, ayant déjà expérimenté la délégation à un professionnel paramédical, développent une plus grande appétence pour ce type d'organisation.

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cette association. Travailler avec une IDE ASALEE implique de repenser la prise en charge des patients chroniques dans une logique de parcours, en s'appuyant sur des compétences partagées et une communication interprofessionnelle. Cette expérience peut rendre les médecins plus confiants dans le fait de déléguer certaines tâches, y compris à un assistant médical. L'IDE ASALEE pourrait ainsi jouer un rôle d'initiation au travail pluri professionnel, qui peut lever des freins culturels et symboliques à la délégation.

Par ailleurs, la complémentarité perçue entre les deux rôles peut renforcer cette posture favorable. L'IDE ASALEE intervient sur le versant clinique et éducatif dans le cadre de protocoles validés, tandis que l'assistant médical intervient davantage sur le versant médico-administratif et organisationnel. Ensemble, ils pourraient permettre un gain de temps médical sans superposition de missions, ce qui peut être perçu par le médecin comme une optimisation du fonctionnement du cabinet.

La thèse de François Jean Adrien Barralis de 2023 suggère que le recours à une infirmière ASALEE pourrait rendre moins pertinent, le recrutement d'un assistant médical, notamment en raison d'une diminution du nombre de consultations réalisées directement par le médecin (37). Cette interprétation mérite toutefois d'être nuancée. En effet, pour être comptabilisé dans une file active d'un médecin, un patient n'a besoin d'être vu qu'une seule fois dans l'année, ce qui limite l'impact réel d'un transfert de consultations vers l'IDE ASALEE sur les objectifs contractuels. Par ailleurs, les patients suivis dans le cadre du dispositif ASALEE relèvent presque naturellement de parcours de prévention ou de prise en charge de pathologies chroniques, et sont souvent revus plusieurs fois par an par leur médecin traitant. Leur prise en charge par l'IDE ASALEE ne remet donc pas en cause leur rattachement au médecin traitant, qui reste déclaré comme tel. Cette divergence d'interprétation souligne l'importance du contexte local et de la dynamique organisationnelle des structures : les équipes ayant développé une culture du soin partagé peuvent tout à fait articuler le recours à une IDE ASALEE et l'intégration d'un assistant médical, dans une logique de coordination renforcée et d'une approche centrée sur le patient.

L'ensemble de ces résultats semble aller dans le sens d'une adhésion progressive au concept d'un travail en binôme avec un assistant médical, mais le projet de déploiement tel qu'il est proposé actuellement par l'assurance maladie se heurte toujours à plusieurs freins et limites.

2.3. Objectifs secondaires: leviers, freins et limites du dispositif

2.3.1. Qualité des soins et conditions d'exercice

Dans notre étude, les réponses concernant l'impact de l'assistant médical sur l'accès et la qualité des soins apparaissent globalement convergentes. Les médecins interrogés perçoivent majoritairement ce professionnel comme un atout pour améliorer la tenue du dossier médical (87,5 %), renforcer la coopération entre acteurs de santé (68,2 %), optimiser le suivi des patients (69,3 %), contribuer à la qualité des soins (58 %) et à une meilleure accessibilité aux soins primaires (59 %). Ces résultats, proches de ceux observés par le V.Paubert, confirment une

perception relativement stable et partagée du rôle structurant de l'assistant médical. Une évolution notable concerne l'accès au médecin traitant pour les nouveaux patients : ils sont désormais 62,5 % à estimer que l'assistant médical facilite cet accès, contre 35,5 % en 2021. Ce glissement peut traduire une meilleure appropriation du dispositif ou un changement de regard sur son potentiel à fluidifier l'offre de soins.

Lorsque ces résultats sont mis en perspective avec les données qualitatives recueillies sur les facteurs de stress, un lien peut être identifié. Les principales sources de tension exprimées par les médecins interrogés dans notre enquête concernent les sollicitations excessives des patients, la charge de travail, la gestion des soins non programmés, ainsi que l'organisation des tâches administratives. Ces dimensions recoupent précisément les domaines dans lesquels l'assistant médical est perçu comme un levier de soulagement : libération du temps médical (70,5 %) et diminution du temps administratif quotidien (87,5 %). Dès lors, il apparaît que l'assistant médical répond en partie à une souffrance professionnelle bien identifiée, en allégeant les contraintes périphériques à l'activité clinique et en recentrant le médecin sur le cœur de son métier.

2.3.2. Principaux freins

Nos résultats confirment les freins déjà identifiés dans la littérature, notamment ceux rapportés par V.Paubert en 2021, tout en révélant certaines évolutions. La crainte d'une altération de la relation médecin-patient progresse (53,4 % contre 43 % en 2021), interrogeant le cœur de l'identité professionnelle du médecin généraliste.

Cette inquiétude n'est pas nouvelle et s'inscrit dans une démarche de questionnement identitaire bien plus large, décrite notamment par la sociologue Géraldine Bloy, qui souligne combien la médecine générale constitue une discipline « en quête de reconnaissance », peinant à stabiliser son périmètre d'action dans un espace professionnel marqué par la segmentation des savoirs et la spécialisation croissante des pratiques (38). La figure du « généraliste singulier » s'est construite autour de compétences relationnelles spécifiques : sa capacité à instaurer une relation de confiance, à accompagner dans la durée et à tendre vers un modèle bio-psycho-social.

Dans la même perspective, la sociologue Simone Pennec propose d'analyser la médecine générale comme une profession située entre deux pôles : celui du savoir médical spécialisé et celui du service rendu à la personne (39). Dans les faits, de nombreux généralistes exercent dans un cadre où les dimensions relationnelles et contextuelles du soin priment sur la technicité, renforçant le sentiment d'irremplaçabilité du praticien dans la relation thérapeutique. L'introduction d'un assistant pourrait alors susciter une appréhension : non pas tant en raison d'un

chevauchement de tâches, mais parce qu'elle serait vécue comme une forme d'appauvrissement de cette spécificité relationnelle, sur laquelle repose une large part de la légitimité professionnelle des médecins généralistes.

Sur le plan économique, les freins restent majeurs : la quasi-totalité des répondants (92%) considère que salarier soi-même un assistant constitue un frein important. De même, la rémunération de ce dernier dès le début du contrat, alors même que sa formation n'est pas encore achevée, est perçue comme problématique par 84 % des médecins interrogés. Plusieurs thèses récentes, dont celles de Justine Dubus (2022) et de Margot Armbruster (2023), ont rapporté des témoignages de praticiens exprimant leurs réticences à assumer seuls la charge salariale et administrative liée au recrutement (40) (41). Dans ce contexte, un mode de financement ainsi que des objectifs collectifs et portés par la structure d'exercice (par exemple la MSP) apparaît comme une piste pertinente. Nos résultats confirment cette attente : plus de 80 % des médecins interrogés considèrent que l'absence d'un mode de financement collectif constitue un frein à l'intégration d'un assistant médical au sein de leur pratique.

L'obligation d'augmentation de la patientèle est jugée disproportionnée par 90,9 % des médecins, et seuls 33 % estiment la rémunération incitative. À cela s'ajoutent des freins structurels : inadéquation des locaux (80,7 %) et, dans une moindre mesure, proximité des missions avec d'autres professionnels (48 %).

Enfin, un élément majeur de tension réside dans la perception d'une ingérence croissante de la part de l'Assurance Maladie. Alors que 65,4 % des médecins exprimaient ce ressenti en 2021, ils sont 83 % dans notre étude à redouter une emprise institutionnelle sur leur pratique. Cette tendance peut être interprétée à la lumière du contexte socio-professionnel dans lequel notre enquête a été diffusée. Le questionnaire a en effet été envoyé le 27 octobre 2023, soit deux semaines après le mouvement de grève nationale du vendredi 13 octobre 2023, à l'appel de l'ensemble des syndicats représentatifs de la profession (42). Ce mouvement s'inscrivait dans un climat de tensions autour des négociations conventionnelles et des revalorisations tarifaires, fortement médiatisé dans les semaines qui ont suivies. Le discours porté par des collectifs comme "Médecins pour demain" a probablement contribué à accentuer cette défiance, en mettant en avant les risques de perte d'autonomie professionnelle dans le cadre d'un exercice trop normé ou sous condition d'objectifs administratifs jugés contraignants.

CONCLUSION

Ce travail de recherche avait pour objectif d'explorer les déterminants de la collaboration entre les médecins généralistes et les assistants médicaux dans la région Pays de la Loire. À partir d'un questionnaire diffusé à l'échelle régionale, plusieurs déterminants associés de manière statistiquement significative à cette collaboration ont été identifiés : l'exercice en milieu rural ($p < 0,05$), en maison de santé pluridisciplinaire (MSP) ($p < 0,01$), l'appartenance à une CPTS ($p < 0,01$) et la présence d'un.e IDE ASALEE dans la structure ($p < 0,05$).

Ces déterminants sont cohérents avec les résultats de l'étude référence ainsi que les données récentes de la littérature. Les résultats de l'enquête nous permettent également de confirmer un certain nombre de freins persistants à l'intégration du dispositif : des difficultés d'ordre logistique d'intégration de ce nouvel intervenant au sein des cabinets mais aussi l'aspect financier. La contrepartie exigée d'une augmentation de la patientèle, sur laquelle repose actuellement le financement, reste un point de fragilité du dispositif.

Malgré cela, les médecins interrogés reconnaissent un apport concret de l'assistant médical dans leur pratique quotidienne. Toutefois, ils ne considèrent pas ce professionnel comme une solution unique à la pénurie médicale ni aux difficultés d'accès aux soins primaires. L'enquête révèle également une crainte plus profonde : celle d'une perte de maîtrise sur le temps médical, le rythme de travail, et l'autonomie dans l'organisation du soin. Ces réticences témoignent de préoccupations identitaires persistantes au sein de la profession, à l'heure où la médecine générale est amenée à redéfinir son rôle dans un système de soins en mutation.

Ainsi, l'intégration d'un assistant médical ne se limite pas à une évolution seulement organisationnelle. Elle engage des dimensions relationnelles, symboliques et professionnelles plus profondes. Elle questionne la place du médecin au sein de l'équipe, sa manière de soigner, mais aussi la relation au patient, qui demeure au cœur de son métier.

Plusieurs perspectives se dessinent à partir de ces constats. Il semble d'abord nécessaire de renforcer une culture du soin en équipe dès la formation initiale, en particulier en médecine générale ambulatoire. Le modèle de formation reste encore majoritairement hospitalo-centré et n'intègre que marginalement les enjeux de coordination, de gestion ou de communication interprofessionnelle. Pourtant, ces compétences, bien loin d'un rôle hiérarchique, correspondent aujourd'hui aux attentes de la société : un médecin généraliste facilitateur du parcours de soin, garant de la cohérence et de la qualité des prises en charge.

Il apparaît également essentiel de repenser l'évaluation du dispositif, encore trop centrée sur des indicateurs quantitatifs. L'impact de l'assistant médical sur la qualité perçue du soin, sur la relation médecin-patient, sur la continuité et la compréhension du parcours mériterait d'être mieux exploré. En modifiant la narrative autour de ce dispositif (non plus comme un outil de productivité, mais comme un acteur de lien et d'amélioration du soin) il pourrait gagner en légitimité et en acceptabilité.

Enfin, cette réflexion interroge plus largement les modèles de financement des soins primaires, aujourd'hui peu adaptés aux nouvelles formes de travail collectif. Soutenir la délégation, la coordination, ou la communication interprofessionnelle suppose de reconnaître et de valoriser ces activités dans les mécanismes de rémunération. Il s'agit alors moins de récompenser la productivité individuelle que de donner les moyens de soigner autrement.

En définitive, le développement des assistants médicaux illustre une certaine résilience du système de santé, qui parvient à s'adapter aux tensions croissantes de l'offre de soins avec de nouvelles propositions. Cette capacité d'ajustement, bien que nécessaire, reste cependant marquée par une logique de réponses ponctuelles, souvent inscrites dans l'urgence.

Peut-on considérer ce dispositif comme une étape vers un modèle plus robuste, capable de soutenir dans la durée une organisation du soin fondée sur la coopération, la coordination et la qualité des pratiques ? Dans quelle mesure l'intégration de ce nouveau professionnel peut-elle contribuer à stabiliser et structurer les soins primaires, au-delà de la seule logique de productivité ?

Ces questions invitent à poursuivre la réflexion sur les conditions d'un système de santé durable, dans lequel l'assistant médical ne serait pas uniquement un levier d'efficacité, mais un acteur au service d'une médecine générale telle qu'elle a toujours été souhaitée : accessible, et profondément humaine.

BIBLIOGRAPHIE

1. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H, Monziols M, et al. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? 2021;
2. Arnault DF. ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE - 2022. :141.
3. Buzyn A, Vidal F. aux besoins du système de santé de demain. :6.
4. Reilly TL, Wright JR. A History of the American Association of Pathologists' Assistants: Creating an Organization, Winning Hearts and Minds, and Building an Invaluable Profession. Academic Pathology. 1 janv 2020;7:2374289520975158.
5. Brizard S. Facteurs d'intégration des assistants médicaux en soins primaires: une scoping review [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rennes 1; 2021 [cité 10 août 2022]. Disponible sur: <https://ged.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/4bd76265-977c-478d-afe2-f0deeeea4827>
6. Prunieres JB. Évaluation des tâches non médicales des médecins généralistes en Occitanie: étude transversale par auto-questionnaire [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2018 [cité 31 août 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03211473>
7. 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]. [France]: Université de Poitiers; 2019.
8. Hooker RS, Moloney-Johns AJ, McFarland MM. Patient satisfaction with physician assistant/associate care: an international scoping review. Hum Resour Health. 27 déc 2019;17(1):104.
9. Future convention médicale : «Un rendez-vous important pour les médecins et pour les assurés» [Internet]. 2022 [cité 24 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/future-convention-medicale-un-rendez-vous-important-pour-les-medecins-et-pour-les-assures>
10. Jakubovitch S. Les emplois du temps des médecins généralistes.
11. Rapport de la DREES - Portrait des professionnels de santé – édition 2016 Sous la direction de Muriel Barlet et Claire Marbot [Internet]. [cité 2 avr 2025]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/pano_gfs-2016_mel_301117.pdf
12. Arnault DF. ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE - 2024.
13. Observatoire des territoires - ANCT - Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. [cité 2 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/outils/cartographie-interactive/#bbox=-145323,6109688,55537,38049&c=indicator&selcodgeo=53018&view=map72>
14. Arnault DF. ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE - 2023.
15. Bilan démographique 2023 - Insee Première - 1978 [Internet]. [cité 2 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7750004>
16. Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 17 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>
17. Pour des finances sociales soutenables, adaptées aux nouveaux défis - Rapport du Haut-Conseil aux Finances de la Protection Sociale, 2022. 2022;
18. État de santé de la population – France, portrait social | Insee [Internet]. [cité 2 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238405?sommaire=4238781&q=sant%C3%A>
19. VIEILLISSEMENT DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE: RÉALITÉ ET CONSÉQUENCES - Rapport du Haut-

- Commissariat au Plan (Février 2023) [Internet]. [cité 2 avr 2025]. Disponible sur: https://www.info.gouv.fr/upload/media/organization/0001/01/sites_default_files_contenu_piece-jointe_2023_09_hcp_vieillessement_de_la_societe_francaise_-_realite_et_consequences.pdf
20. Rôle et missions de l'assistant médical [Internet]. [cité 2 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/aides-financieres/aide-emploi-assistants-medicaux-dans-les-cabinets/role-et-missions-de-l-assistant-medical>
21. Assistants médicaux | Convention collective nationale [Internet]. [cité 2 avr 2025]. Disponible sur: <https://ccn-cabinets-medicaux.fr/assistants-medicaux>
22. Listes des 31 organismes agréées pour la formation des assistants médicaux en France - Commission paritaire nationale emploi et formation professionnelle [Internet]. [cité 2 avr 2025]. Disponible sur: [https://ccn-cabinets-medicaux.fr/sites/default/files/Presentation%20par%20region%2019%20nov%202024\(5\).pdf](https://ccn-cabinets-medicaux.fr/sites/default/files/Presentation%20par%20region%2019%20nov%202024(5).pdf)
23. Aide à l'emploi d'un assistant médical | ameli.fr | Médecin [Internet]. [cité 2 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/aide-emploi-assistant-medical>
24. Signature d'une nouvelle convention médicale entre l'Assurance Maladie et les médecins libéraux [Internet]. 2024 [cité 2 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/presse/2024-06-04-cp-signature-convention-medical>
25. Accès aux soins loi Rist du 19 mai 2023 | vie-publique.fr [Internet]. [cité 2 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/loi/288203-acces-aux-soins-loi-rist-du-19-mai-2023>
26. Journal Officiel de la République - Arrêté du 20 Juin 2024 portant sur l'approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie [Internet]. [cité 3 avr 2025]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/gUcQY-SsH5mgsfckIXs63JUNJ-PzvDi6Xc_2Adw0K7g=/JOE_TEXTE
27. INDICATEURS ÉCONOMIQUES | FR | TRADINGECONOMICS.COM [Internet]. [cité 3 avr 2025]. Disponible sur: <https://fr.tradingeconomics.com/>
28. DREES 2021 - Les dépenses de santé en 2021- Résultats des comptes de la santé - Comparaisons internationales [Internet]. [cité 3 avr 2025]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-04/CNS2022MAJ280423.pdf>
29. Jaeggy C. Fondation Jean-Jaurès. [cité 3 avr 2025]. Systèmes de santé : une comparaison France / États-Unis. Disponible sur: <https://www.jean-jaures.org/publication/systemes-de-sante-une-comparaison-france-etats-unis/>
30. AAMA - Become a Medical Assistant [Internet]. [cité 3 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.aama-ntl.org/medical-assisting>
31. Bureau of Labor Statistics [Internet]. [cité 3 avr 2025]. Occupational Employment and Wages, May 2023 - Medical Assistants. Disponible sur: [https://www.bls.gov/oes/2023/may/oes319092.htm#\(2\)](https://www.bls.gov/oes/2023/may/oes319092.htm#(2))
32. Minery S. Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne - Rapport de l'IRDES Mars 2024.
33. Paubert V. Les assistants médicaux en France: enquête d'opinion auprès des médecins généralistes installés en Limousin [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Limoges. Faculté de médecine et de pharmacie; 2021.
34. Calonge P. Profils des médecins généralistes favorables à l'emploi d'un assistant médical en Bourgogne-Franche-Comté [Thèse d'exercice]. [1970-2024, France]: Université de Bourgogne; 2023.

35. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2019 [cité 3 avr 2025]. Enquête sur les déterminants à l'installation. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiques-presse/enquete-determinants-linstallation>
36. Lheureux R. Dispositif d'assistants médicaux: état des lieux auprès de médecins généralistes de l'Orne et de La Manche bénéficiant de ce dispositif [Thèse d'exercice]. [1971-...., France]: Université de Caen Normandie; 2023.
37. Barralis F. Assistant médical: étude d'impact et d'utilisation de ce nouveau dispositif en pratique courante libérale auprès des différents professionnels impliqués [Internet] [Thèse d'exercice]. [2020-...., France]: Université Côte d'Azur. Faculté de médecine; 2023 [cité 3 avr 2025]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04167133>
38. Bloy G, Schweyer FX. Introduction. In: Singuliers généralistes [Internet]. Presses de l'EHESP; 2010 [cité 3 avr 2025]. p. 11-20. Disponible sur: <https://stm.cairn.info/singuliers-generalistes--9782810900213-page-11>
39. Pennec S. La médecine générale, une « profession consultante » entre profession savante et prestations de services. In: Singuliers généralistes [Internet]. Presses de l'EHESP; 2010 [cité 3 avr 2025]. p. 205-20. Disponible sur: <https://stm.cairn.info/singuliers-generalistes--9782810900213-page-205>
40. Dubus J. Comment les cabinets médicaux de groupe se sont organisés pour accueillir un assistant médical?: Étude qualitative en région Grand-Est [Thèse d'exercice]. [1967-...., France]: Université de Reims Champagne-Ardenne; 2022.
41. Armbruster M. Ressenti des médecins généralistes de franche-comté ayant embauché un(e) assistant(e) médical(e) [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Franche-Comté. UFR Sciences de la Santé; 2023.
42. Ouest-France. Ouest-France.fr. 2023 [cité 1 avr 2025]. Médecins libéraux : pourquoi tous les syndicats appellent-ils à la grève le vendredi 13 octobre? Disponible sur: <https://www.ouest-france.fr/sante/medecins-liberaux-pourquoi-tous-les-syndicats-appellent-ils-a-la-greve-le-vendredi-13-octobre-490a6946-561b-11ee-aab6-4085e5fd9724>

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Prévision du nombre de médecins généralistes en activité régulière jusqu'en 2025 (2).....	4
Figure 2 : Effectifs de médecins en activité par spécialité entre 2012 et 2021 (1).....	5
Figure 3 : Nombre de places ouvertes en deuxième année de médecine de 1972 à 2019 (1).....	6
Figure 4 : Effectifs de médecins en activité et part de femmes parmi eux de 2012 à 2021 (1).....	7
Figure 5 : Densités régionales des médecins généralistes en activité régulière au premier janvier 2024 (pour 100 000 habitants) (12).....	8
Figure 6 : Variation de la densité (%) de médecins en activité entre 2010 et 2024 (12).....	9
Figure 7 : APL aux médecins généralistes de moins de 65 ans en 2022 (13).....	10
Figure 8 : Variation des effectifs des médecins en activité de 60 ans et plus entre 2010 et 2023 (14).....	11
Figure 9 : Proportion de médecins de 60 ans et plus chez les médecins en activité régulière au 1er janvier 2024 (12).....	11
Figure 10 : Nombre de naissances, de décès et solde naturel depuis 1957 (15).....	12
Figure 11 : Répartition de la population française selon différentes tranches d'âge, comparativement entre 1991, 2005 et 2024 (16).....	13
Figure 12 : Consommation moyenne de soins selon la tranche d'âge en 2015 (17).....	13
Figure 13 : Part des personnes déclarant une maladie ou un problème de santé chronique ou durable selon le sexe et l'âge en 2017 (18).....	14
Figure 14 : Répartition des personnes de plus de 65 ans au sein du territoire (19).....	15
Figure 15 : Objectifs estimés de progression de patientèle pour un assistant 0,5 ETP et un médecin généraliste installé de moins de 65 ans qui aurait une patientèle médecin traitant de 775 patients (P30).....	21
Figure 16 : Objectifs estimés de progression de patientèle avec 0,5 ETP pour un généraliste installé de moins de 65 ans qui aurait une patientèle médecin traitant de 1200 patients (entre P50 et P70).....	22
Figure 17 : Objectifs estimés de progression de patientèle avec 0,5 ETP pour un généraliste installé de moins de 65 ans qui aurait une patientèle médecin traitant de 2000 patients (entre P90 et P95).....	22
Figure 18 : Objectifs de progression nul pour les médecins de 65 ans et plus, toute patientèle confondue.....	23
Figure 19 : Objectifs de progression de patientèle inchangés par rapport au données de la fig 15 et avec le nouveau simulateur en ligne (2024).....	23
Figure 20 : Dépenses de santé par habitant et en pourcentage du produit intérieur brut (PIB).....	36
Figure 21 : Comparaison des structures de financement des dépenses de santé entre Allemagne et France.....	37
Figure 22 : Répartition des répondants par tranches d'âge.....	47
Figure 23 : Répartition des répondants selon l'ancienneté de l'installation par tranches (années).....	48
Figure 24 : Répartition des répondants selon le mode d'exercice.....	48
Figure 25 : Répartition des répondants selon le type de secrétariat.....	49
Figure 26 : Nombre d'occurrence des thématiques au sein des verbatims du facteur stress.....	51
Figure 27 : Répartition des répondants sur la thématique de l'accès et la qualité des soins.....	52
Figure 28 : Répartition des répondants sur la thématique des conditions d'exercice.....	53
Figure 29 : Répartition des répondants sur la thématique des freins au déploiement des AM.....	54
Figure 30 : Répartition des répondants sur la thématique des aides financières.....	54

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Montants maximaux de l'aide en fonction temps pendant le dispositif.....	20
Tableau II : Évolution des aides financières en lien avec l'adoption de la nouvelle convention médicale.....	25
Tableau III : Montants maximaux des aides en cas de majorations des contrat à 1,5 ou 2 ETP.....	26
Tableau IV : Évolution du forfait patient avec la nouvelle convention médicale (juin 2024).....	30
Tableau V : Détails des items du forfait prévention de la nouvelle convention médicale (juin 2024).....	31
Tableau VI : Répartitions des répondants selon les percentiles de la distribution nationale des patientèles "médecin traitant" (juin 2024).....	50
Tableau VII : Analyse univariée sur le critère du sexe.....	55
Tableau VIII : Analyse univariée sur le critère de l'âge et de l'ancienneté d'installation.....	55
Tableau IX : Analyse univariée en sous-groupes sur le critère de l'âge.....	56
Tableau X : Analyse univariée en sous-groupes sur le critère de l'ancienneté d'installation.....	56
Tableau XI : Analyse univariée sur le critère du milieu d'exercice.....	57
Tableau XII : Analyse univariée sur le critère du mode d'exercice.....	57
Tableau XIII : Analyse univariée sur le critère de l'organisation du secrétariat.....	57
Tableau XIV : Analyse univariée en sous-groupe sur le critère de la patientèle « médecin traitant ».....	58
Tableau XV : Analyse univariée sur le critère de l'activité comme MSU.....	58
Tableau XVI : Analyse univariée sur les critères IDE ASALEE et IPA.....	58

TABLE DES MATIÈRES

SERMENT D'HIPPOCRATE.....	C
INTRODUCTION.....	2
1. La démographie médicale en France.....	4
1.1. Approche nationale.....	4
1.1.1. Décroissance du nombre de médecins généralistes.....	4
1.1.2. Vieillessement de la profession de médecin généraliste.....	6
1.1.3. Féminisation de la profession de médecin généraliste.....	6
1.2. Approche régionale.....	7
1.3. Approche départementale.....	8
1.3.1. Disparité de répartition des médecins généralistes.....	8
1.3.2. Vieillessement accru de la population de médecins généralistes dans les zones sous denses.....	10
2. Évolution de la population sur le territoire.....	12
2.1. Approche nationale.....	12
2.2. Approche régionale.....	14
2.3. Approche départementale.....	15
3. Le projet de loi « Ma Santé 2022 ».....	16
3.1. Objectifs principaux.....	16
3.2. L'assistant médical tel que proposé par l'Assurance Maladie.....	16
3.2.1. Rôles et missions.....	16
3.2.2. Profil.....	17
3.2.3. Formation.....	17
3.2.4. Conditions de financement.....	19
3.2.5. Recrutement de l'assistant médical.....	19
3.2.6. Modalités du financement.....	19
3.2.7. L'objectif de progression de patientèle.....	21
3.2.8. Les modification du plan de financement depuis sa mise en place.....	24
4. Le projet de loi Rist (25).....	27
4.1. Les grands principes de la loi Rist.....	27
4.1.1. Infirmière de pratique avancée (IPA).....	27
4.1.2. Masseurs kinésithérapeute.....	27
4.1.3. Orthophoniste.....	27
4.1.4. Pédicure Podologue.....	28
4.1.5. Infirmière diplômée d'État.....	28
4.1.6. Autres professionnels de santé.....	28
4.2. La création de nouveaux statuts professionnels.....	28
4.2.1. Assistant dentaire de niveaux II.....	28
4.2.2. Assistant de régulation médicale.....	28
4.2.3. Préparateur en pharmacie.....	28
4.2.4. Pharmacien.....	28
4.3. La permanence des soins.....	29
5. La nouvelle convention médicale.....	30
6. L'assistant médical aux USA.....	32
6.1. Comparaison des systèmes de soins français et américain.....	32
6.2. Caractéristiques de l'assistant médical américain.....	33
6.2.1. Rôle et missions.....	33
6.2.2. Formation.....	34
6.2.3. Rémunération.....	35
6.2.4. Conditions d'exercice et perspectives d'emploi.....	35

7. L'assistant médical en Allemagne.....	36
7.1. Comparaison des systèmes de soins français et allemand (32).....	36
7.2. Des exercices différents en pratique.....	37
7.3. Caractéristique de l'assistant médical allemand.....	38
7.3.1. Formation.....	38
7.3.2. Économie.....	38
7.3.3. Conditions générales pour obtention d'un <i>NäPa</i>	39
7.3.4. Rôles.....	39
8. Limites de la comparaison aux modèles étrangers.....	40
MÉTHODES.....	41
1. Matériels et méthodes.....	41
1.1. Objectifs de l'étude.....	41
1.2. Type d'étude.....	41
1.3. Population cible.....	41
1.4. Questionnaire.....	41
1.4.1. 1 ^{ère} partie : l'assistant médical.....	42
1.4.2. 2 ^{ème} partie : le profil des médecins.....	43
1.4.3. Diffusion du questionnaire.....	44
1.5. Méthode d'analyse des résultats.....	44
RÉSULTATS.....	46
1. Résultats.....	46
1.1. Population cible de l'étude.....	46
1.2. Caractéristiques de la population étudiée.....	46
1.2.1. Sexe.....	46
1.2.2. Âge.....	47
1.2.3. Ancienneté d'installation.....	48
1.2.4. Mode d'exercice.....	48
1.2.5. Territoire d'exercice.....	49
1.2.6. Type de secrétariat.....	49
1.2.7. Nombre de patients « médecin traitant ».....	49
1.2.8. Travail avec une IDE ASALEE et/ou IPA.....	50
1.2.9. Activité de Maître de Stage Universitaire.....	50
1.2.10. Analyse qualitative sur le facteur de stress.....	50
1.3. Analyse descriptive du questionnaire sur l'AM.....	51
1.3.1. Envisager de travailler en collaboration avec l'AM.....	51
1.3.2. Thématique de l'accès et de la qualité des soins.....	52
1.3.3. Thématique des conditions d'exercice.....	53
1.3.4. Thématique des freins au déploiement des AM.....	54
1.3.5. Thématique des aides financières.....	54
1.3.6. Travaillez-vous déjà en collaboration avec un AM ?.....	55
1.3.7. Avez-vous un projet d'AM ?.....	55
1.4. Analyse statistique univariée sur l'adhésion à l'AM.....	55
1.4.1. Impact du sexe.....	55
1.4.2. Impact de l'âge et de l'ancienneté d'installation.....	55
1.4.3. Impact du mode et du milieu d'exercice.....	57
1.4.4. Impact de l'organisation du secrétariat.....	57
1.4.5. Impact de la patientèle « médecin traitant ».....	58
1.4.6. Impact du statut MSU.....	58
1.4.7. Impact d'un partenariat avec IDE ASALEE ou IPA.....	58
DISCUSSION.....	60

1. Forces et limites de l'étude.....	60
1.1. Forces de l'étude.....	60
1.2. Limites de l'étude.....	61
2. Comparaison au travail de référence (V.PAUBERT, 2021).....	62
2.1. Caractéristiques des populations des deux études.....	62
2.2. Objectif principal : les déterminants de la collaboration.....	63
2.2.1. Âge du médecin.....	64
2.2.2. Sexe du médecin.....	65
2.2.3. Ancienneté d'installation du médecin.....	65
2.2.4. Le mode d'exercice du médecin.....	65
2.2.5. Le milieu d'exercice du médecin.....	66
2.2.6. L'organisation du secrétariat du médecin.....	67
2.2.7. La patientèle médecin traitant du médecin.....	68
2.2.8. Le statut MSU du médecin.....	69
2.2.9. La collaboration existante avec une IDE ASALEE ou une IPA.....	69
2.3. Objectifs secondaires: leviers, freins et limites du dispositif.....	70
2.3.1. Qualité des soins et conditions d'exercice.....	70
2.3.2. Principaux freins.....	71
CONCLUSION.....	73
BIBLIOGRAPHIE.....	75
LISTE DES FIGURES.....	78
LISTE DES TABLEAUX.....	79
TABLE DES MATIÈRES.....	80
ANNEXES.....	I
ANNEXE 1 : Questionnaire de l'étude.....	I
ANNEXE 2 : Verbatims de la question sur le facteur de stress.....	I

ANNEXES

ANNEXE 1 : Questionnaire de l'étude

Quels sont les déterminants de la collaboration avec un assistant médical pour les médecins généralistes installés des Pays de la Loire ?

PARTIE 1 : ASSISTANTS MÉDICAUX

Depuis 2017, un projet gouvernemental de déploiement des assistants médicaux dans les cabinets de médecine générale est en cours en France.

1. Pensez-vous que vous pourriez travailler en collaboration avec un assistant médical en lui déléguant certaines tâches médicales ou administratives ?

☐ Pas du tout d'accord

☐ Pas d'accord

☐ Plutôt d'accord

☐ Tout à fait d'accord

2. Concernant **l'accès aux soins et la qualité des soins** pensez-vous que les assistants médicaux sont **une bonne solution pour** :

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Rendre plus accessible les soins primaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Libérer du temps pour suivre de nouveaux patients en tant que médecin traitant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Améliorer la qualité des soins en médecine générale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Améliorer le suivi des patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Renforcer la coopération entre les différents acteurs de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Améliorer la mise à jour et la tenue du dossier médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Concernant les **conditions d'exercice**, pensez-vous que les assistants médicaux sont une **bonne solution** pour :

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Diminuer le temps administratif consacrer chaque jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Libérer du temps purement médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Renforcer l'attractivité du métier de médecin généraliste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limiter la pénurie de médecins en zone sous-dense	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limiter le risque d'épuisement professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Répondre plus facilement aux demandes de soins non programmés ou urgents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Libérer du temps pour accueillir plus de patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Concernant **les freins** au déploiement des assistants médicaux :

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Rémunérer l'assistant médical au début de son contrat alors qu'il n'est pas encore formé constitue un frein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Devoir salarier soi-même l'assistant médical est un frein à son recrutement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'agencement de votre cabinet est actuellement inadapté pour accueillir un assistant médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'intervention de l'assistant médical dans la dynamique de soin risque d'altérer la relation médecin-malade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La crainte de chevauchement de tâches avec d'autres professionnels de santé (par exemple: Infirmière de Pratique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avancée)				
----------	--	--	--	--

5. Concernant les **aides financières** au recrutement d'un assistant proposées par la sécurité sociale :

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Ces aides vous paraissent suffisamment incitatives*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous redoutez une emprise de la sécurité sociale sur votre pratique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'augmentation de patientèle et de file active demandée en contrepartie de ces aides vous semble trop importante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le fait qu'un mode de financement collectif n'existe pas constitue un frein (en particulier pour des structures types MSP ou centre de santé)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*La sécurité sociale propose actuellement de participer au financement de l'assistant médical sous forme d'un financement pérenne et dégressif les 3 premières années, stable ensuite pendant 5 ans renouvelables. Cela correspond à 18 000€ la première année, 13 500€ la deuxième et 10 500€ par an au-delà pour 1/2 ETP d'assistant médical. En contrepartie le médecin est tenu d'augmenter sa patientèle et sa file active selon son niveau de patientèle initial, il doit également s'engager dans une démarche d'exercice coordonné (MSP, CPTS, autres).

6. Avez-vous un assistant médical ?

☐ Oui ☐ Non

7. Si vous avez répondu "Non" à la question précédente : Avez-vous un projet d'assistant médical ?

☐ Oui ☐ Non

.

PARTIE 2 : LE PROFIL DU MÉDECIN

1. Quel âge avez-vous ?

... ans

2. Êtes-vous : ☐ un homme ☐ une femme

3. Depuis combien d'années êtes-vous installé dans les Pays de la Loire ?

...ans

4. Quel est votre mode d'exercice : (plusieurs réponses possibles)

☐ Seul

☐ Cabinet de groupe privé

☐ MSP

☐ Réseau de soins

☐ CPTS

5. Dans quel territoire exercez-vous ?

☐ Milieu urbain

☐ Milieu rural

6. Quel(s) type(s) de secrétariat utilisez-vous ?

☐ Présentiel

☐ Plateforme téléphonique

☐ Prise de rendez-vous sur internet

☐ Aucun

7. Combien de patients « médecin-traitant » comptez-vous dans votre patientèle selon la sécurité sociale (AmeliPro) ?

... patients

8. Travaillez-vous en collaboration avec un(e) IDE ASALEE ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne connais pas ASALEE

9. Travaillez-vous en collaboration avec un(e) Infirmière en Pratique Avancée (IPA) ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne connais pas les IPA

10. Quel est, selon vous, le facteur le plus stressant dans votre activité professionnelle ?

ANNEXE 2 : Verbatims de la question sur le facteur de stress

nombre trop important de patient et l'absence de relai hospitalier
"les pressions de toutes parts:
- de la sécu pour rester dans les clous des recommandations
- des patients qui ont besoin de temps mais tirent sur la corde et veulent qu'on prennent toutes leurs famille sans baisser en qualité.
- les charges qui explosent
- le 15 et SAS qui nous demande toujours plus.
=> Faut faire mieux et plus vite avec moins"
consultations multi-motifs
Ne pas pouvoir répondre aux appels des patients
Le rythme
Les contraintes administratives, le manque de temps
De ne pas savoir comment je devrai exercer mon métier dans les prochaines années
charge de travail (journées longues, niveau de responsabilité, quantité de tâches à accomplir)
La quantité de travail
la responsabilité
Manque de temps
la charge de travail administratif
L'accès aux spécialistes, difficultés pour faire hospitaliser les patients, l'augmentation des tâches administratives
Le fait de ne pas savoir le nombre de consultations qu'on va devoir faire chaque jour en fonction des urgences
passer a coter d'un diagnostic grave
La surcharge de travail avec une pression sociale (crise sociale et médicale) très importantes sur un territoire sous doté.
Gérer l'urgence

Savoir que des patients n'ont plus de suivi.
Difficile d'avoir accès aux examens et spécialistes.
L'agressivité des patients et leur demande d'immédiateté
la surcharge permanente
L'instantanéité exigée en permanence
Le nombre de motifs de consultations et de demandes de Nouveau patient
la responsabilité médicale et le manque d'accès à tous types de médecins, généralistes et spécialistes
la paupérisation du métier si on veut pratiquer une médecine de qualité
pression des patients / exigence
Les multiples responsabilités que j'ai progressivement acceptées... Coordonnateur HAD, coordonnateur EHPAD, Vice-président CDOM, vice-président GIP DAC... C'est à la fois intéressant et à la fois stressant parce que le planning est ciselé pour tout faire rentrer...
Gestion du temps
Gestion des urgences
Le manque de disponibilité des structures de second recours en situation d'urgence ou de semi-urgence (avis spécialisés, lits d'hospitalisation, urgences, places d'hébergement...)
les sollicitations incessantes
Que l'on rajoute des intervenants de santé diluer les taches et en cas de problème la justice condamnera le médecin pas les autres professionnels de santé pas la sécu et encore moins les politiques et ministre de la santé
Rémunération trop basse de la cs, dévalorisation du métier, cs sont toujours complexes, on nous pousse à travailler mal, abattage. Insupportable

l'impatience des patients - pas de vraies urgences surtout des patients exigeants - très peu de reconnaissance actuellement comparativement aux années 2000 le manque de professionnels de santé en général

La gestion du personnel : nous avons maintenant 4 secrétaires compte tenu de la taille de notre cabinet. Il nous faudrait un RH/manager professionnel car il faut consacrer du temps à la gestion du secrétariat et à la formation des secrétaires au fur à mesure des changements du travail de secrétariat. J'y consacre personnellement au moins 1/2 journée, à condition qu'il n'y ai pas d'imprévus (absence imprévue, changement de procédure, changement des priorités ...). Le GE mis en place par l'URML ne propose pas ce type d'emploi. Je ne trouverai pas de RH à embaucher pour 4h par semaine !

La pression des institutions (pouvoirs publiques, ARS, CPAM...) pour faire toujours plus avec toujours moins ; des mesures qui sont à l'origine d'une dégradation de la qualité de soins et d'une baisse de l'attractivité du métier.. Et au final une incertitude quant à notre pratique future qui angoisse au quotidien répondre à la demande de nouveaux patient la permanence de soins sous sa forme actuelle
++++

Être en zone très déficitaire et n'avoir aucune vision d'avenir pour partir en retraite avec des successeurs. Être fatiguée par la charge de travail au vu de mon âge. Au niveau de la patientèle : Gestion des situations complexes de la patientèle âgée (> 85 ans) à domicile isolée incertitude diagnostique

La démographie catastrophique avec des demandes incessantes de patients pour être pris en suivi....

ajouter du personnel pour gérer des tâches administratives ridicules qu'on ne devrait pas avoir à gérer est un non-sens. Pour moi une PEC efficace c'est une PEC de A à Z par le MT. J'ai connu les cabinets ophtalmo ou l'ophtalmo faisait tout de la prise de TO à l'examen et c'était bien plus agréable que les centre actuels ou on passe entre les mains de 3-4 personnes pour ne voir l'ophtalmo que 5 minutes max. Le gouvernement a créé la pénurie de médecins et maintenant on veut déléguer les tâches c'est triste. Le plus simple c'est de supprimer des tâches inutiles aux médecins, comme les arrêts maladie de moins de 3 jours. Je ne me vois pas continuer ce métier si mon travail se borne à analyser des données prises par d'autres et coordonner une délégation de tâches. Un patient ne se confie pas pareil à un médecin qui prend le temps de le voir qu'à un médecin qu'il ne voit que 5 minutes, à la chaîne parce que ce pauvre médecin à une patientèle MT bien trop importante. Parfois je reçois une fille, qui me dit "j'ai l'impression que ma maman est un peu déprimée", alors quand je vois la maman je demande "et le moral ça va ?" et ça ouvre des discussions sur les vrais problèmes, qui parfois seraient tus. Alors pour moi le médecin de famille c'est essentiel, et ce rôle de médecin de famille va se perdre si on fait comme dans les centres ophtalmo avec plusieurs intervenants le temps objectifs de la CPAM en décalage avec les besoins de soins des patients

LA CHARGE DE TRAVAIL ET LA DIFFICULTE DE JOINDRE LES CONFRERES POUR ORIENTER OU PRENDRE UN AVIS

la pression financière des charges, et trouver l'équilibre entre charge mentale professionnelle et vie personnelle

l'administratif notamment informatique multitâche

Ne pas pouvoir répondre suffisamment à la demande des patients dans un temps imparti
L'équilibre entre demande des patients et capacité d'accueil pour permettre une vie personnelle

Les patients qui ne sont pas d'accord avec ce que je leur propose/ qui viennent avec leurs revendications et donc sont en colère après devoir rajouter des consultations en urgence pour répondre à la forte demande de soin, ne pas être complètement maître des horaires avec des journées à horaires extensibles

gérer les problèmes semi urgents des patients
Consultations de plus en plus complexes: poly pathologies- aggravation des difficultés sociales - détresse psychologique en nette augmentation (au niveau professionnel et/ou personnel)- multiplication des demandes administratives- changement sociétal avec exigence d'immédiateté des patients et une aggravation de l'assistantat dans leurs demandes (ex: enfant qui a de la fièvre : veulent un rdv mais n'ont donné aucun Doliprane en 24h) avec besoin d'éducation médicale+++ . Donc tenir une cadence de 20 minutes par patient (les 15 minutes pour moi sont impossibles à tenir) toute la journée est très stressant

la charge de travail et mon incapacité à pouvoir la réguler

Le temps

difficulté d'accès aux spécialistes

La charge de travail et les délais de consultation très longs (1 mois)

Je ne ressens pas de stress particulier

1

La charge administrative de travail.

urgences à gérer en plus du planning habituel

Les difficultés d'accès aux autres spécialistes, lors des demandes semi urgentes

"pression des nouveaux patients
manque de généralistes "

Charge administrative

"La pression des patients et nouveaux patients pour prise en charge en urgence.

Charges "

la gestion du temps

Je vais me retrouver seule et les charges salariales ne permettent pas actuellement de continuer mon activité avec des salariés après le départ de mon collègue.

la gestion des logiciels informatiques et leur mise a jour , notamment la cotation des actes pour la facturation de l'activité, la multiplicité des réseaux a renseigner quotidiennement (via trajectoire, amelipro , boites mails non sécurisées; boîte mail sécurisée biologie/ autres spécialistes) dont le service est instable (panne régulière pour différentes causes), assortie du déficit progressif de mes moyens financiers liés a la facturation de mon activité (je travaille toujours autant et perçois moins d'honoraires et je perds 50% de mon temps dans l'administratif et la programmation des soins) , sans compter l'incitation à travailler en coordination très distante avec d'autres professionnels de santé en cpts esclap... le médecin devra porter la responsabilité territoriale dont l'état se décharge. Je n'ai pas parlé de la gestion

comptable et administrative de mon cabinet...
mon adhésion à ce système est de plus en plus
fragile...

Les urgences, les demandes abusives
"j'ai un secrétariat téléphonique et en
présentiel (pas possibilité de double réponse)
j'adorerai travailler avec un assistant médical
qui de facto au vu des retours des confrères
permet de mieux accueillir de nouveaux patients
en se concentrant sur notre cœur de métier
Ce qui m'épuise :les multiples tâches (bug
informatiques interruptions multiples demandes
des patients du fait de la méconnaissance de
notre fonctionnement malgré des années
d'éducationdans plusieurs domaines de
compétences- je réclame des consultations
dédiées) le temps passé à orienter mes
patients vers le second recours
tout en étant moteur au sein de mon cabinet de
mon esp à la coprésidence de ma cpts et sans
beaucoup de relai par les confrères qui sont
sous l'eau aussi au vu de la démographie
médicale actuelle
au final c'est le stress du planning à respecter "
LA PRESSION DES DEMANDES DES PATIENTS
++++ AUQUEL ON NE PEUT PAS REpondre
PAR MANQUE DE TEMPS
surcharge administrative
le manque de temps pour bien faire son travail
le nombre de demandes de rdv trop important
et de papiers à devoir remplir en dehors des
consultations.

Quels sont les déterminants de la collaboration avec un assistant médical pour les médecins généralistes installés des Pays de la Loire ?

RÉSUMÉ

Introduction

Créé en 2017, le dispositif des assistants médicaux vise à améliorer l'accès aux soins primaires en libérant du temps médical. Malgré un soutien institutionnel fort, son déploiement reste inégal. Peu d'études ont exploré les déterminants de son adoption du point de vue des médecins généralistes.

Objectif

Identifier les déterminants de la collaboration entre les médecins généralistes installés de la région Pays de la Loire et les assistants médicaux.

Méthode

Étude quantitative transversale à partir d'un questionnaire diffusé par voie électronique via l'URML des Pays de la Loire. Les données ont été recueillies du 27/10/23 au 08/10/2024. Les résultats ont fait l'objet d'une analyse univariée pour identifier les variables significativement associées à la collaboration avec un assistant médical.

Résultats

104 réponses (85 complètes et 19 partielles) ont été analysées. L'exercice en Maison de Santé Pluridisciplinaire ($p < 0,01$), l'appartenance à une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé ($p < 0,01$), la présence d'un.e IDE ASALEE ($p < 0,05$) et l'exercice en milieu rural ($p < 0,05$) étaient significativement associés à l'intégration d'un assistant médical. Les freins identifiés concernaient principalement les contraintes logistiques en particulier d'agencement de cabinet, la rémunération conditionnée à une augmentation de la patientèle, ainsi que la crainte d'une perte de maîtrise de l'organisation du soin.

Conclusion

L'assistant médical constitue un levier organisationnel intéressant. Des déterminants favorables à son déploiement ont été identifiés mais des freins organisationnels, économiques et symboliques persistent. Son intégration interroge la redéfinition du rôle du médecin généraliste et appelle à repenser la formation, l'évaluation du dispositif et les modèles de financement pour réinventer un système de soins plus robuste, plus durable, et plus humain.

Mots-clés : Assistant médical, Médecine générale, Soins primaires, Organisation des soins, Exercice pluriprofessionnel

What are the determinants of collaboration with a medical assistant among General Practitioners practicing in the Pays de la Loire region ?

ABSTRACT

Introduction

Introduced in 2017, the medical assistant program was designed to enhance access to primary care by alleviating physicians' workload. Despite strong institutional backing, its implementation remains uneven nationwide. To date, few studies have examined the determinants of its adoption from the perspective of general practitioners (GPs).

Objective

To identify the factors influencing collaboration between general practitioners in the Pays de la Loire region and medical assistants.

Methods

A cross-sectional quantitative study was conducted using an online questionnaire distributed via the Regional Union of Private Practitioners (URML) in the Pays de la Loire. Data were collected between October 27, 2023, and October 8, 2024. A univariate analysis was performed to identify variables significantly associated with the integration of a medical assistant into practice.

Results

A total of 104 responses were analyzed (85 complete and 19 partial). Working within a multidisciplinary group practice ($p < 0.01$), membership in a Territorial Professional Health Community ($p < 0.01$), collaboration with an ASALEE nurse ($p < 0.05$), and practicing in a rural area ($p < 0.05$) were all significantly associated with the presence of a medical assistant. Key barriers included logistical constraints—particularly regarding workspace reorganization—financial incentives contingent upon increased patient volume, and concerns about a potential loss of control over care organization.

Conclusion

The medical assistant appears to be a promising lever for organizational transformation in primary care. While several facilitating factors for its adoption have been identified, persistent organizational, economic, and symbolic barriers must be addressed. Its integration invites a broader reconsideration of the general practitioner's role and highlights the need to revisit training programs, evaluation frameworks, and funding models to support the development of a more resilient, sustainable, and human-centered healthcare system.

Keywords : Medical assistant, General practice; Primary care, Healthcare organization, Interprofessional practice

