

# Evaluation de la collaboration d'assistants médicaux en médecine générale

## A - Récit :

### Le contexte :

Avec les discussions autour de la loi santé, l'actualité médicale de l'année 2019 est très fournie. Entre autres a émergé le concept des assistants médicaux. Le fait d'être interne en SASPAS, et donc très autonomisé, m'a amené à réfléchir à ma future pratique, mais aussi à me poser des questions de fond sur l'évolution de la médecine générale. J'ai remarqué que dans plusieurs de mes terrains de stage, nous perdons beaucoup de temps de consultation. Cela peut être à cause d'une mauvaise organisation du temps de travail, d'une mauvaise transmission des informations avec les autres professionnels de santé, mais aussi et surtout à cause de demandes non médicales de la part des patients et de tâches administratives trop prenantes. Le concept des assistants médicaux (AM) qui consisterait à décharger le médecin du temps non médical pour gagner en efficacité et gagner du temps clinique m'a d'emblée intéressé car j'ai pensé que cela pouvait répondre à une partie de ces problématiques.

J'ai entendu ou lu de nombreux avis négatifs ou inquiétudes de la part de confrères en ce qui concerne les assistants médicaux. Il est vrai qu'au départ, cela ressemblait à un effet d'annonce de la part du président Macron. « Former 2000 assistants médicaux ». Sans savoirs quelles seraient leurs attributions, toutes les craintes étaient permises. D'autant plus que les différentes institutions présentaient des visions différentes de ce en quoi pourrait consister ce rôle. Les paroles du directeur de la CPAM qui souhaitait que les AM permettent aux médecins de voir 6 patients par heure ont mis le feu aux poudres et attiré l'inimitié des médecins généralistes (MG) pour ce projet. Entre la peur des médecins généralistes de se voir remplacés, de perdre une partie de leur travail, ou de se voir imposer des cadences infernales et faire de l'abattage de patients, et perdre en qualité de soins, le projet de mise en place des AM était un sujet clivant et créant des tensions entre les professionnels.

Avec mes maîtres de stage universitaires (MSU), nous discutons régulièrement de ce qu'est ou devrait être la médecine générale en plus des débriefing habituels sur mes consultations. Nous avons à plusieurs reprises évoqué les missions possibles des assistants médicaux. Le Dr A est l'un de mes MSU. Il est installé dans une maison de santé pluridisciplinaire (MSP) à Trappes-en-Yvelines. 3 médecins généralistes travaillent dans la MSP. Celle-ci a été ouverte et inaugurée il y a moins d'un an. Il est, en plus de son activité clinique, investi dans le développement de la MG et de la santé en générale, au sein du département de médecine générale (DMG) de l'UVSQ, mais aussi dans différentes institutions régionales. Il avait déjà accueilli des externes, mais jamais d'interne. Je suis donc son premier SASPAS. Au sein de la MSP j'ai ma propre salle de consultation et mon propre planning. Il reçoit un autre interne de niveau 1 (SP1) : Samuel. Il travaille sur la MSP en tant qu'interne des 3 médecins qui y sont installés. Le Dr A étant ouvert aux nouveautés et aux expérimentations, et les locaux et l'organisation de la MSP étant modulables, je trouvais que toutes les conditions étaient réunies pour organiser une expérimentation de la présence des AM. Je lui ai donc soumis l'idée, qu'il a acceptée avec enthousiasme.

### Le 1er test :

Nous avons convenu que les 2 internes, Samuel et moi, nous mettrions dans la peau de l'assistant médical. Chacun utilisant un bureau médical, celui du Dr A et celui de l'interne, qui sont situés l'un en face de l'autre. Le Dr A aurait le rôle du médecin, passant d'une salle de consultation à l'autre. Nous avons choisi de faire l'expérimentation sur des créneaux prévus pour les urgences entre 16h et 18h. C'est à dire avec des patients prenant RDV la veille ou le jour même, pour un motif de

consultation relevant de l'urgence. En effet c'est le contexte qui nous a paru le plus simple à mettre en place. Mais c'est aussi la situation qui a été la plus prise pour exemple par les institutions et les médias, et qui colle le plus aux demandes et aux préconisations des professionnels de santé. La secrétaire sur place était informée de l'expérimentation pour gérer spécifiquement la prise de RDV durant cette plage horaire. Le secrétariat à distance qui double la secrétaire de la MSP en cas d'appel simultané avait les consignes habituelles pour les créneaux d'urgence.

Nous avons décidé de programmer un enchaînement de 2 RDV simultanés de 15 minutes sur une période de 2h. Cela permettait aussi de limiter la prise de risque pour que les autres médecins puissent absorber le flux de patients en cas d'échec de l'expérimentation.

Nous avons initialement défini les tâches de l'AM comme suit :

1. Mise à jour du dossier avec vérification des antécédents
2. Point sur le mode de vie de manière non systématique, mais par exemple en cas de plus de 70 ans, dépression ...
3. Point sur la consommation de tabac ou alcool
4. Point sur les allergies
5. Point sur les vaccins
6. Recueil de l'histoire de la maladie : écoute du patient puis synthèse et reformulation de la plainte. Demande de détails pour préciser la plainte mais sans orienter l'interrogatoire en fonction de la sémiologie.
7. Installation du patient sur la table d'examen puis déshabillage
8. Prise de constantes : TA, FC, température, poids, et si besoin FR, sat, taille ...
9. Appel et attente du médecin
10. Facturation

Au total nous avons vu 15 patients en un peu moins de 2h30. En ce qui me concerne, j'ai vu 8 patients. L'un d'eux était initialement sur le planning de Samuel qui avait pris du retard.

- Un patient pour la lecture d'une radio d'épaule à J3 d'une consultation initiale post chute. Diagnostic de tendinite sous épineux, prescription d'antalgiques et de kiné.
- Un patient pour suivi dermatologique, avec des lésions qui ne passent pas à J7 de prise de 2 anti H1. Suspicion de dermatite de contact, aggravée après baignade. Ajout de dermo-corticoides, prescription d'une biologie et reconvoqué dans 2 jours.
- Un enfant de 3 ans pour vomissements depuis la veille. Prescription d'un traitement symptomatique et certificat enfant malade.
- Un enfant pour une fièvre bien tolérée sans point d'appel de moins de 24h. Prescription d'un traitement symptomatique et certificat enfant malade.
- Un patient pour renouvellement de morphiniques dans le cadre d'un accident du travail il y a 1 an avec fracture. Le suivi est disparaté. Renouvellement des morphiniques mais reconvoqué dans la semaine pour qu'il refasse le point avec son médecin traitant.
- Une patiente pour dermabrasion et douleur d'un doigt dans le cadre du travail. Prescription d'une radio dans le cadre de l'accident du travail et arrêt de travail. Reconvoquée dans la semaine.
- Un patient pour renouvellement d'une ordonnance d'anti-hypertenseurs simple. Renouvellement effectué
- Une patiente pour douleur para-cervicale droite depuis 2 jours. Prescription d'un traitement symptomatique et de kiné.

Les suggestions d'amélioration :

Après avoir confronté nos ressentis, nous avons listé les améliorations à mettre en place pour le

prochain test :

- Trouver un moyen plus efficace pour prévenir le médecin lorsque le patient est prêt à être examiné. A terme on pourrait demander aux éditeurs de logiciels d'ajouter une commande ou un fil de discussion dans ceux-ci. Pour le prochain test nous utiliserons un service de messagerie instantanée, comme le Hangout de Google, que nous utilisons déjà dans la MSP pour communiquer entre nous.
- Optimiser le rôle de chacun pour faire disparaître les temps morts pendant la consultation. Le médecin doit éviter de se mettre à l'ordinateur durant la consultation car il écarterait l'AM. Pour ce faire, il pourrait dicter à l'AM les points à noter dans le dossier. L'idée serait que le médecin décrive et commente son examen clinique pour que l'AM le retranscrive directement. Il devrait aussi dicter sa conclusion et si l'ordonnance est simple ou qu'elle fait partie des ordonnances typiques pré-enregistrées, dicter le traitement avec la posologie. Il pourrait aussi dicter les certificats. L'AM imprimerait le tout et le transmettrait au médecin avant qu'il ne quitte le box, ou alors il le transmettrait au patient qui attendrait en salle d'attente que le médecin signe les documents. Cela laisse un rétro contrôle de la part du médecin.
- Préparer les ordonnances simples lors de la consultation, sous la dictée du médecin. Pour que ce soit réalisable et limiter les erreurs, il faudrait pré-enregistrer des ordonnances typiques pour les motifs de consultation les plus fréquents (type Gastro chez l'enfant ou lombalgie). Les ordonnances types devront être bien fournies et très larges, l'idée serait de supprimer les traitements en trop plutôt que d'ajouter les traitements manquants.
- Modifier le protocole de prise en charge de l'AM, mettre la mise à jour du dossier au second plan en cas de temps mort en attendant le médecin.
- Installer un poste informatique indépendant en dehors des bureaux de consultation pour le médecin : par exemple dans le bureau de la secrétaire. Il faut donc rajouter une 2ème vraie place assise. En dehors des consultations d'urgence, ce poste pourrait servir aux AM pour faire la facturation des consultations standards.
- Prévoir un algorithme pour la prise de RDV, pour faciliter le travail de la secrétaire et être sûr d'avoir des situations compatibles avec les consultations d'urgence assistées de l'AM.

Le 2ème test :

Nous réalisons un 2ème test trois semaines après le premier. Nous avons modifié le protocole de prise en charge par les AM comme suit :

1. Accueil du patient.
2. Recueil de l'histoire de la maladie : écoute du patient puis synthèse et reformulation de la plainte. Demande de détails pour préciser la plainte. Ne pas orienter l'interrogatoire en fonction de la sémiologie. Utiliser des mots simples voire non médicaux.
3. Installation du patient sur la table d'examen puis déshabillage.
4. Prise des constantes : TA, FC, température, poids, et si besoin FR, sat, taille ...
5. Attente du médecin. Optionnel :
6. Mise à jour du dossier avec vérification des antécédents
7. Point sur le mode de vie si besoin (plus de 70 ans, dépression ...)
8. Point sur la consommation de tabac ou alcool
9. Point sur les allergies
10. Point sur les vaccins
11. Noter l'examen dicté par le médecin.
12. Préparation des documents (certif, AT ...) et des ordonnances dictées par le médecin (seulement ordonnances simples et ordonnances pré-faites).
13. Facturation

Comme lors du précédent test, nous avons prévu des créneaux d'urgence de 16h à 18H. Nous avons

prévu des créneaux d'urgences de 15 min, avec des patients convoqués à 5 min d'intervalle (16H et 16h05, puis 16h15 et 16h20 ...). Le médecin dispose d'un poste informatique dans le bureau de la secrétaire. Chaque bureau dispose en outre de son propre lecteur de carte vitale et terminal bancaire. Enfin nous nous sommes mis d'accord avec mon co-interne pour que notre manière d'aborder la consultation ressemble à celle d'une Infirmière d'Accueil et d'Orientation (IAO) des urgences. Nous n'avons pas eu le temps de mettre en place l'algorithme d'aide à la priorisation des demandes de RDV pour la secrétaire. Le secrétariat physique et à distance avaient donc les consignes habituelles pour la prise de RDV d'urgence.

Nous avons vu 13 patients en environ 2h. En ce qui me concerne, j'ai vu 6 patients. Un patient initialement sur mon planning a été vu par Samuel.

- Un patient pour un certificat de non contre indication à la reprise du travail, avec des antécédents de dépression. L'examen est fait, mais pas le certificat demandé. Reconvocqué dans 48h. D'une part car le vaccin DTP n'était pas à jour et d'autre part le patient a des antécédents psychologiques complexes qui demandaient de ne pas faire le certificat dans l'urgence.
- Une enfant de 3 ans avec une rhinopharyngite. J'ai passé du temps à reconstituer un antécédent de syndrome de Guillain-Barré récent ayant nécessité une hospitalisation en réanimation, pour lequel elle a encore une légère perte de force dans les mains. Prescription d'un traitement symptomatique.
- Une patiente pour un certificat pour la pratique du sport, dans un contexte de surpoids et de besoin de réadaptation à l'effort. Certificat fait avec conseil de suivi pour sa perte de poids.
- - Un adolescent de 15 ans inconnu du cabinet pour une douleur de cuisse. J'ai passé du temps à reconstituer son antécédent de retard mental et son suivi habituel. Prescription d'antalgiques et surveillance par son médecin traitant.
- Une patiente pour gastrite sans signe de gravité.
- Une patiente pour une toux non fébrile. Prescription d'un traitement symptomatique avec DRP.

Les consultations ont été interrompues par deux coups de téléphone reçus par le Dr A qui ont duré chacun une dizaine de minutes, me mettant en retard. Samuel a pu absorber mon retard en voyant un patient de plus.

#### Les conclusions de l'expérimentation :

Le 2ème test était bien plus abouti que le 1er et nous a donné beaucoup de satisfaction. Nous pensons avoir trouvé une formule intéressante pour employer un AM dans le cadre des consultations d'urgence. La liste des actes à réaliser par l'AM durant ces consultations nous semble bien adaptée pour optimiser les rendez-vous. Avec un AM bien formé il semble possible de voir jusqu'à 8 patients par heure et par médecin, à condition que la détection des motifs urgents de consultation soit optimisée.

Comme nous l'avons déjà suggéré dans les propositions d'amélioration entre les 2 tests, nous pensons qu'il faut :

- Mettre en place des consignes claires auprès du secrétariat, qui soient identiques pour l'ensemble des médecins de la MSP, quant aux motifs de consultation d'urgence. Idéalement les secrétaires devraient avoir un algorithme d'aide à la décision, qui puisse classer les demandes en « urgent », « non urgent » et « avis du médecin ».
- Former les AM à l'interrogatoire type des 20 ou 30 motifs de consultation les plus fréquents en médecine générale, pour qu'ils puissent faire de la sémiologie, rebondir sur les éléments importants de l'interrogatoire sans oublier les signes de gravité des pathologies.
- Avoir des ordonnances et des certificats types que les AM puissent éditer, mais en gardant un

- contrôle de la part du médecin avant que le patient ne quitte la consultation.
- Organiser les locaux pour que tout le monde ait un bureau et un poste informatique, quelles que soient les missions affectées à chacun au cours de la journée.
  - Réfléchir aux autres missions de l'AM. En effet l'assistance dans les créneaux d'urgences ne représente qu'une part des prérogatives possibles. D'autant plus que les consultations d'urgence ne représentent qu'une part minoritaire des consultations sur une journée (entre 20 et 30 % par jours à Trappes).

## B - Problématiques :

Cette expérimentation nous a convaincus de l'utilité des AM dans le cadre des consultations d'urgence. Cependant elle a soulevé de nouvelles questions.

### 1. Sur le plan psychologique : Comment nous avons vécu cette expérience ?

Nous envisageons la création d'une nouvelle activité comme épanouissante et satisfaisant pour ceux qui l'exercent. Qu'en est-il ? A la suite de ces expérimentations, nous avons confronté nos ressentis.

### 2. Quels sont les autres missions possibles de l'assistant médical ?

Nous avons mis en place le poste d'assistant médical dans le cadre des consultations d'urgence. Ces consultations ne peuvent représenter qu'une à deux heures de travail par jour. Quelles peuvent être les autres missions de l'AM ? Ont-elles déjà été réfléchies ou expérimentées ? Qu'en est il dans d'autres pays ?

### 3. Les bénéfices des AM ont-ils été évalués dans les pays où cette profession existe ? Et si oui quels sont-ils ?

## C – Tâches d'apprentissage :

### 1. Comment avons-nous vécu cette expérimentation en tant que protagonistes ?

Cette première problématique a été directement abordée lors des débriefings de fin d'expérience dans lesquels nous avons d'abord cherché à recueillir les ressentis des différents participants avant d'aborder les améliorations à apporter au système. Les propos recueillis ont été retranscrits directement au cours du débriefing, pour la plupart de manière synthétique avec des mots clefs, et quelques propos expressément cités.

Le 1er débriefing :

L'expérimentation s'est plutôt bien déroulée. Nous avons pris presque deux heures pour débriefer, faire notre retour d'expérience et proposer des ajustements pour un 2ème essai qui s'est imposé de lui-même. Durant la première heure d'expérimentation, nous avons pris beaucoup de retard car mon co-interne et moi n'appliquions pas les mêmes consignes. En effet il n'appelait pas le médecin une fois le travail d'AM fait. Il attendait qu'il vienne et meublait le temps en examinant les patients. De plus nous avons légèrement modifié les procédures en cours de test, en enlevant la partie mise à jour du dossier et en allant plus vite à la prise de constantes et au déshabillage.

Il y a certes eu quelques erreurs de sélection des patients pour ces créneaux d'urgence, notamment concernant le renouvellement d'antxi-HTA et celui de morphiniques. J'ai expliqué d'emblée à ces patients que leur motif ne correspondait pas à une consultation urgente. Cela a soit généré de l'incompréhension de la part du premier patient, soit de la tension avec le second. Dans l'ensemble les patients ont été compréhensifs et satisfaits de la consultation. Je souhaitais les rappeler pour connaître leur ressenti quelques jours après mais je n'en n'ai malheureusement pas eu le temps.

En ce qui me concerne, j'ai trouvé qu'être dans la peau d'un AM était une expérience intéressante. Les assistants médicaux ne sont pas prévus pour être des internes en MG mais des aides-soignants ayant reçu 1 an de formation supplémentaire. Je pense avoir réussi à respecter les consignes sans trop de difficultés, ce que m'a confirmé le Dr A. J'ai même pris un certain plaisir à ne pas être responsable des points un peu complexes et à faire appel au médecin. Ceci m'a permis de complètement évacuer le stress lié à l'expérimentation et à la salle d'attente remplie à cause du retard, voire à installer une zone de confort psychologique. Les questions médicales du patient se soldaient par la réponse « je note votre question, on verra avec le médecin ». Pour essayer de me donner un cadre et de limiter dans mon champ d'action habituel, j'avais en tête les prérogatives des pompiers lorsqu'ils interviennent en soin primaire. Je présentais la situation au médecin comme un pompier la présenterait à la régulation du SAMU. Je me suis présenté à chaque patient comme l'interne mais avec aujourd'hui le rôle d'assistant médical. Puis j'expliquais qu'étant donné qu'ils avaient pris RDV sur un créneau d'urgence, ils rentraient dans le cadre de notre expérimentation. Je commençais la consultation avec eux. Puis je mettais à jour le dossier, je prenais les constantes et appelais le médecin, comme l'accueil infirmier des urgences.

J'ai trouvé beaucoup d'intérêt au rôle d'assistant médical pour rendre plus efficace la prise en charge globale du patient. En effet j'avais le temps de parler avec eux d'autres choses que la plainte du jour. Cela m'a permis par exemple de rattraper deux vaccinations non à jour, de mettre à jour les antécédents ou le mode de vie de certains patients, d'expliquer le fonctionnement du cabinet, d'apporter des informations en m'assurant que le patient ait bien compris comme la désobstruction rhino pharyngée (DRP) ou l'automesure tensionnelle. Dans un contexte classique de consultation en urgence, si j'avais été le médecin, je n'aurais probablement pas pris le temps de le faire pour ne pas me mettre en retard sur le planning de consultations. Le point négatif de l'expérience concerne le manque de coordination entre le médecin et moi lorsque celui-ci se trouvait dans le bureau. En effet nous n'avions pas anticipé la marche à suivre durant cette période. Je n'avais pas de rôle lorsque le médecin écrivait son observation.

Mon co-interne a eu un ressenti différent du mien car il a eu plus de mal à quitter la peau de l'interne et à se mettre dans la peau de l'AM. Il a plutôt travaillé comme un externe. Pour certaines plaintes il a examiné le patient et a rebondi sur des antécédents ou éléments de l'interrogatoire. Cependant ses réflexions sur le rôle de l'AM étaient proches des miennes. Le fait de limiter l'avis médical au motif de consultation pourrait permettre de « sacraliser » la consultation d'urgence. J'entends là que la consultation ne s'éternise pas et reste centrée sur le motif de consultation du patient. Cela permet de couper court au second motif lorsque le patient en a un sans non plus faire de l'abattage ou sans écarter les motifs cachés, quitte à reconvoquer le patient sur un créneau classique. Samuel a fait cela à plusieurs reprises. Il a plus été confronté aux contraintes administratives, car il a perdu du temps avec un courrier pour un spécialiste et un arrêt de travail que l'AM ne peut pas faire. Il a cependant plus ressenti les limites du rôle de l'AM, en pensant que certaines consultations pouvaient être moins efficaces voire dangereuses avec un AM. Par exemple, pour une consultation avec un très jeune nourrisson pour laquelle l'AM pourrait ne pas voir les signes d'urgence. Il pense que pour pallier ce problème, les patients sur ces créneaux doivent être mieux sélectionnés, avec des motifs de consultation limités et bornés à l'avance.

Pour le Dr A, le ressenti était aussi positif. Cependant, plusieurs réserves ont été émises sur le plan organisationnel. Lors de la 1ère partie de l'expérience, la coordination a été difficile entre les AM vu que nous n'appliquions pas les mêmes consignes. Ceci a engendré une prise de retard sur le planning jusqu'à 30 minutes. Sa réflexion a été la suivante : il y a en moyenne besoin de 5 à 7 min avec le médecin pour reprendre les éléments importants de l'interrogatoire, examiner et élaborer la prise en charge, ce qui laisse 7 à 10 min pour l'AM seul avec le patient. L'interrogatoire et le paiement étant des temps indispensables, c'est le temps de tenue du dossier qui doit être négligé. Durant l'expérimentation, il a insisté sur le fait que la mise à jour du dossier devait passer au second plan et

que la priorité était que le patient soit prêt à être examiné à son arrivée. Une fois les consignes rectifiées avec nous l'exercice a été un peu plus fluide et nous avons réussi à tenir les 15 min de consultation par patient.

Un aspect que j'ai trouvé intéressant est qu'il s'est senti en dehors de sa zone de confort à deux niveaux. Le 1er est organisationnel. Au départ il notait l'examen clinique dans le bureau de consultation. Puis trouvant cela trop long, pour gagner du temps sur la fin de l'expérience, il reprenait le dossier dans le bureau de la secrétaire entre deux consultations. Il a trouvé cette organisation très pénible et peu efficiente. Ce ressenti coïncide avec le mien sur les moments vécus comme des temps morts. Ce manque d'organisation et de coordination nous a amenés à réfléchir pour qu'un maximum de choses soient faites dans le box de consultation en présence du patient.

Le 2ème est le niveau médical. Il a été mis en difficultés pour la prise en charge d'un patient : celui consultant pour une dermatite atopique atypique. En effet dans une consultation standard, une partie de la prise en charge se dessine dans notre esprit dès l'interrogatoire. L'examen clinique sert à confirmer ou infirmer nos premières hypothèses, mais aussi parfois à temporiser pour gagner du temps de réflexion. Ici il a trouvé qu'il avait manqué de temps pour réfléchir à ce cas compliqué mais qui relevait quand même d'une consultation en urgence. Ce sentiment de doute a été majoré par ma présence. En effet, il a aussi été dérangé par le fait que j'étais à côté de lui et que je m'étais déjà fait mon avis sur la prise en charge. Il a pensé qu'il pouvait se tromper par manque de temps de réflexion et que je puisse relever une erreur, le prendre en défaut et le juger sur cette prise en charge. Pour ce patient je suis d'ailleurs sorti de ma fonction d'AM car il m'a demandé mon avis et nous avons établi la prise en charge ensemble. Ce sentiment ne sera pas reproductible avec un vrai AM, car il a été en partie induit par mon statut d'interne.

La plupart des points négatifs liés à l'expérimentation sont d'ordre organisationnels. Ils sont donc corrigibles et ne remettent pas en cause le concept. Nous nous sommes rendu compte que la sélection des motifs de consultation avait son importance. Il est nécessaire d'avoir un filtre en amont au niveau du secrétariat. Il faut éliminer d'emblée les problèmes complexes comme les certificats ou renouvellements d'ordonnance comme nous l'avions imaginé au départ. Cela nous montre aussi que certaines urgences doivent être gérées par le médecin traitant qui connaît déjà le patient (notamment pour les patients fragiles). La gestion des nouveaux patients est aussi mal adaptée sur ce type de créneaux car la création de dossier prend trop de temps et que la question du choix du médecin traitant se pose à ce moment-là.

Nous avons aussi mis en évidence la contrainte spatiale. Cette expérimentation nécessitait d'avoir des locaux adaptés. Les bureaux de consultation étaient à côté, ce qui est indispensable. Nous avons mis en évidence le fait que le médecin devait avoir son propre poste informatique : pour accéder à tous les téléservices d'Ameli pro inaccessibles à l'AM, pour écrire les courriers ou rédiger les ordonnances complexes. Le plus simple dans la MSP est d'ajouter un poste au secrétariat.

S'est aussi posé le problème de la gestion de l'attente. Nous avons convoqué trop de patients en même temps. Cela rajoute du stress et crée parfois des instants dans lesquels le médecin est demandé dans les deux salles en même temps. Il faut décaler légèrement les horaires de RDV pour avoir des patients convoqués à 5 min d'intervalle et non pas 2 patients en même temps.

Parmi les points positifs mis en évidence par le Dr A, nous nous sommes rendu compte que les AM permettaient globalement de gagner du temps médical. Nous avons un vrai temps consacré aux urgences, qui nous permet de voir 2 fois plus de patients par médecin sur le même laps de temps. Le médecin arrive à mieux gérer le temps de consultation à condition que l'AM ait lui-même géré son temps en amont. Il est bien plus facile pour le médecin de sortir de la consultation, dans le sens où une fois qu'il a répondu à la question, il quitte le box.

Nous avons aussi trouvé que les patients pénibles ou problématiques sont gérés plus rapidement et sortent de la consultation plus vite. On peut se rabattre sur le motif de l'urgence pour gérer l'essentiel

de la consultation et reporter les problèmes moins urgents. S'il y a une nouvelle plainte nécessitant un avis du médecin, le patient peut être reconvoqué. On évite ainsi les seconds motifs qui nous font enchaîner sur une 2ème consultation que le médecin expédie pour ne pas prendre de retard. Le gain de temps et d'efficacité pourrait être encore plus important avec la mise en place de protocoles pour les situations de consultation les plus fréquentes comme les lombalgies ou les gastro-entérites aiguës simples.

### Le 2ème débriefing :

En ce qui me concerne, j'ai moins bien vécu ce 2ème test. Je me suis facilement mis dans la peau de l'AM, mais j'ai eu l'impression que le déroulement de l'après-midi était moins fluide que la 1ère fois. J'avais une impression de frustration car j'ai bloqué sur la moitié des patients. En effet sur 6 patients, 2 ne relevaient pas de l'urgence avec des demandes de certificat complexes. J'ai eu aussi 2 enfants avec des antécédents compliqués à explorer et à retranscrire, bien que je me sois compliqué la vie en retranscrivant l'antécédent de Guillain-Barré qui n'était pas forcément indispensable pour la prise en charge du jour. En revanche faire préciser un antécédent de retard mental chez un patient inconnu a été compliqué et m'a demandé beaucoup d'énergie. Je dois avouer que j'étais focalisé sur cet antécédent et que j'en ai presque oublié son motif de consultation, sur lequel j'aurais été incapable de me concentrer si j'avais dû le traiter en tant que médecin. La clinique était typique d'une douleur musculaire mais je pense que j'aurais poussé les explorations et sûrement sur-traité la douleur. Cependant même si ces consultations m'ont frustré en tant qu'AM, je pense avoir fait gagner un temps précieux au médecin. Surtout pour le patient avec le retard mental car il aurait sûrement eu le même problème de charge mentale que moi s'il l'avait vu seul. Mes consultations ont été plus longues que sur le 1er test. En prenant en compte le retard accumulé et le fait que le médecin n'était pas disponible tout de suite, 3 de mes consultations ont duré 30 min au lieu des 15 prévues. Cependant le temps de présence du médecin est resté le même (environ 5 min) et le Dr A n'a pas eu cette impression de longueur. J'ai donc eu plusieurs temps morts pendant lesquels je suis sorti de mon rôle d'AM : soit en examinant le patient pour sa douleur de cuisse, soit en faisant de l'éducation thérapeutique comme pour la patiente en surpoids. J'ai à nouveau eu l'impression qu'il était plus facile de sortir de la consultation. C'est-à-dire qu'il est plus facile de proposer une seconde consultation pour les autres motifs non urgents avec le départ du médecin. Ceci est plutôt agréable, cela permet de ne pas perdre de temps et de rendre fluide l'enchaînement des consultations d'urgence. En revanche, j'ai vraiment ressenti le poids de la mauvaise gestion du secrétariat. Deux patients n'auraient pas dû être orientés sur ces créneaux. Pire, le fait pour eux de se retrouver sur ces créneaux allonge leur prise en charge. Que ce soit pour le certificat de sport ou de reprise du travail, le fait de devoir reprendre le dossier, faire le point, s'interroger de la possibilité ou de la nécessité du certificat rajoute de la charge de travail inutile. En effet, le médecin traitant qui avait planifié la prise en charge ou qui connaît le patient aurait gagné du temps à le faire sur un créneau de consultation standard. Il en ressort donc pour moi que l'utilisation de l'AM doit être adaptée à certaines situations. De plus sa présence ne permet pas de gagner du temps sur tous les types de consultation.

Concernant mon co-interne, il a mieux réussi à se mettre dans la peau de l'AM. Il a même pris un certain plaisir à vouvoyer le docteur et à utiliser des mots simples. Le vouvoiement paraît anodin mais il pose néanmoins la question de la manière de s'adresser au médecin devant le patient. Le tutoiement renforce l'impression de « travail d'équipe » alors que le vouvoiement renforce « l'aura » du médecin. La réponse à la question n'est pas tranchée mais s'oriente plutôt vers le tutoiement. En revanche, il a demandé à plusieurs reprises au médecin de bien dicter son examen clinique et sa prise en charge, ce que le médecin avait tendance à ne pas expliquer et à garder pour lui sur les premières consultations. Il a aussi trouvé que les consultations de pédiatrie étaient beaucoup plus simples avec l'AM. En effet le gain de temps médical est évident sur ce type de consultation. L'enfant est déjà déshabillé et les biométries sont prises à l'arrivée du médecin, qui n'a plus qu'à examiner et à répondre au problème. Comme pour moi le principal moment négatif a été celui où il a dû temporiser



et meubler une conversation avec une patiente quand le médecin n'était pas disponible. Contrairement à moi il a eu uniquement des patients avec des motifs relevant d'une urgence du jour, il a donc eu des consultations plus fluides. Mais il a aussi été gêné par le fait de ne pas savoir où en était le médecin et quand il arriverait. Il est même venu une fois frapper à la porte du 2ème cabinet pour savoir où le médecin en était dans sa consultation.

Concernant le ressenti du médecin, le sentiment qui domine est une impression de facilité. Il avait peur de devoir « courir partout » alors que ça n'a pas été le cas. En effet le Dr A a eu l'impression que la gestion du flux de patient était beaucoup plus fluide que lors du 1<sup>er</sup> test. Il n'a pas été mis en difficulté par les motifs de consultation, il avait une impression de simplicité dans les demandes et dans les prises en charge. Il a trouvé les consultations agréables. En effet l'AM absorbe plusieurs moments stressants qui, lorsque le médecin est seul, lui rajoutent de la charge mentale ou émotionnelle. Par exemple pour les enfants, il y a la disparition du stress du déshabillage, qui est un moment long, dans lequel l'enfant peut s'agiter. Le parent peut en profiter pour poser des questions n'ayant rien à voir avec le motif principal. Avec l'AM, quand le médecin rentre dans le bureau il se focalise sur la clinique. On rentre directement dans le temps médical, ce qui engendre un gain de temps mais surtout d'efficacité. De plus il a l'impression que la consultation est plus agréable car il se sentait attendu comme « LE spécialiste » qui va résoudre le problème. Il a vu 13 patients en un peu plus de 2h mais il est beaucoup moins fatigué qu'en temps normal et il a subi moins de pression. Il a tellement ressenti de facilité qu'il a parfois été dérangé de n'avoir que l'examen clinique à faire pour répondre à la demande du patient. En d'autres termes, le travail des assistants était tellement bien fait qu'il était perturbé par le fait d'aller directement à l'essentiel. Par exemple sur une otalgie vue avec Samuel, il est entré dans la pièce, a regardé l'oreille et a conclu la consultation en moins de 2 minutes. Il s'est senti obligé de reprendre la température alors que cela avait déjà été fait pour «allonger » son temps de présence. Néanmoins le fait d'aller à l'essentiel lui a permis de pousser un peu plus son examen clinique. Sur le cas de gastrite il a par exemple pris le temps de faire un examen cardiologique alors qu'en temps normal dans une consultation standard pour ce motif il ne l'aurait pas fait. Enfin, il a trouvé que faire reformuler la plainte par l'AM au médecin devant le patient pouvait avoir un aspect pédagogique pour le patient. Cela lui montre ce qu'on retient de sa plainte, lui donne des indications sur l'urgence ou la sévérité de son motif de consultation. Cependant il a constaté le même point négatif que nous, à savoir la gestion du temps. Les deux appels inopinés ont été le seul ajout de stress durant cette expérience. Il faut donc selon lui que le médecin qui gère le créneau d'urgence ne soit pas dérangé par des stimulations extérieures, car en cas de retard, il doit le rattraper avec 2 fois plus de patients que sur les consultations standards. Il se met en difficulté lui-même mais aussi les 2 assistants. Cette expérience lui a aussi fait prendre conscience d'un autre aspect. Il a été frappé par la réaction d'une patiente qui ne l'avait jamais vu avant qu'il n'entre dans le bureau. Elle a été surprise. Il faut donc bien penser à prévenir les patients que le médecin va arriver. Mais aussi faire attention à maintenir le secret médical. En effet les cabinets de médecin généraliste ne sont pas forcément prévus pour que la porte soit ouverte en pleine consultation. Depuis la salle d'attente on peut parfois voir le patient. Le médecin doit donc faire attention à son entrée.

Enfin cette expérimentation nous a aussi permis d'entrevoir d'autres missions possibles de l'AM. Avec une patiente nous avons fait un test de Ruffier. Avec l'AM, on pourrait mettre en place des consultations à thème. Par exemple des consultations pour certificat de sport dans lesquelles l'AM ferait le point sur les facteurs de risques cardio-vasculaires et réaliserait le test de Ruffier avant l'arrivée du médecin. Nous avons aussi pensé à des consultations centrées sur certaines pathologies. L'AM déroulerait un interrogatoire type et vérifierait les données biologiques avant que le médecin Sébastien Touchard - Evaluation de la collaboration d'assistants médicaux en médecine générale – MSP du théâtre Trappes – avril 2019

arrive. Le concept de la consultation à thème pourrait être poussé à l'extrême avec une fois par an, la recherche des patients présentant telle ou telle pathologie et la proposition d'une consultation dédiée.

## 2. Quelles sont les autres missions possibles de l'Assistant médical ?

Lors de notre expérimentation nous avons mis en place le poste d'assistant médical dans le cadre des consultations d'urgence, ce qui peut représenter 8 à 10h de travail par semaine. Un poste à temps plein représente 35h de travail hebdomadaire. Il reste donc 25h de travail à remplir par d'autres missions.

Tout d'abord il est intéressant de noter que les MG ne pensent pas tous qu'un AM serait utile dans leur pratique. D'après un sondage[1] réalisé par le syndicat MG France auprès de 1000 médecins, seuls 47 % pensent que l'aide d'un AM pourrait leur être utile. Il est à noter cependant que ce sondage a été réalisé très rapidement après l'annonce de la création de ce poste, sans que nous sachions précisément en quoi consisteraient ses attributions.

Pour l'instant ce que prévoit la loi[2] reste flou. 4000 AM seront formés d'ici 2022. Ils seraient chargés d'appuyer les médecins dans leurs tâches quotidiennes afin de libérer du temps médical. Ils seraient en priorité déployés dans les territoires qui concentrent les plus grandes difficultés d'accès aux soins. La loi suggère que ces assistants médicaux puissent assurer une double fonction à la fois administrative (accueil, déshabillage du patient, tenue du dossier médical...) et soignante (prise du poids, de la tension, réalisation de certains examens simples). Ils seraient de plus reconnus comme professionnels de santé.

Il y a deux projets qui se sont construits simultanément : celui de la Caisse National d'Assurance Maladie (CNAM), et celui des syndicats de médecins libéraux [3].

Pour la CNAM l'intérêt de l'AM semble être l'augmentation du nombre de consultations, et surtout l'augmentation du nombre de patients suivis par médecin. Le financement des AM serait d'ailleurs conditionné par un pourcentage d'augmentation de patientèle à 1 an. D'après le sondage MG France, seulement 57 % des médecins voyant une utilité aux AM sont prêts à augmenter leur nombre de patients complexes dans leur patientèle [1]. On peut donc en déduire que ce n'est pas forcément pour augmenter leur patientèle médecin traitant que les MG voient un intérêt aux services d'un AM.

Pour les syndicats de médecins libéraux [3][4], une vision majoritaire se dégage. Les missions de l'AM pourraient concerner plusieurs aspects :

- Un volet administratif qui comprendrait la collecte des résultats d'examens, la traçabilité des tests de dépistage et de vaccination, et plus largement tous les éléments qui vont permettre la bonne tenue des dossiers patients.
- Une aide au médecin généraliste lors de ses consultations comme déshabiller le patient, le peser, prendre sa tension, sa température, réaliser un streptotest ou un ECG.
- Mettre en place un accompagnement du parcours du patient avec l'aide à la prise de RDV chez le spécialiste et/ou pour des examens, la coordination pour les hospitalisations.

Plusieurs Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS), ont aussi travaillé sur ce sujet. L'URPS des Pays de la Loire[5] a notamment réalisé un clip promouvant la fonction d'AM. Ils l'appellent « assistant de consultation en médecine générale ». Ils justifient la nécessité de leur mise en place puis détaillent leurs missions auprès du médecin généraliste.

1. Aide lors de la consultation : accueil et installation du patient, prise de données paracliniques, aide au déshabillage, aide à l'examen clinique et au soin.
2. Tâches administratives : mise à jour des dossiers de soin, social et DMP, aide à la rédaction des documents administratifs.
3. Comptabilité : règlement de la consultation, vérification de la comptabilité et lien avec le comptable.

4. Gestion logistique : vérification des stocks et commande de matériel.
5. Éducation et dépistage : explication des examens comme le dépistage cancer colorectal et l'auto-mesure tensionnelle, réponse à certaines questions au téléphone.
6. Tâches spécifiques comme la téléconsultation.

Ils mettent aussi en avant le fait que le temps de consultation pour le patient est allongé de 15 à 25 min, le temps de consultation avec le médecin restant le même.

Dans le monde le métier d'AM existe déjà sous différentes formes et parfois depuis longtemps [4]. C'est le cas aux Etats-Unis depuis les années 1960 ou en Suisse depuis les années 1980. C'est aussi le cas de façon plus récente dans des pays comme l'Australie, le Canada, la Grande-Bretagne et les Pays-Bas qui ont accrédités les AM dans les années 2000 à 2010.

En Suisse par exemple [6] leur formation est à cheval entre celle d'une secrétaire et celle d'une infirmière. Leurs prérogatives sont plus larges que celles prévues en France. C'est aussi en Suisse que les AM ont le plus de prérogatives car ils vont jusqu'à certains actes infirmiers type bilan sanguin. Ils exécutent des tâches qui s'articulent autour de quatre grands axes [7]: l'accueil des patients et la gestion des rendez-vous, les tâches administratives, l'assistance des praticiennes et praticiens, les travaux de laboratoire et de radiologie. En fonction de leur lieu de travail, leurs activités consistent à:

1. Accueil et consultation
  - Recevoir les appels téléphoniques, analyser les demandes, au besoin avec l'avis du médecin, fixer les rendez-vous;
  - Accueillir les patients, les installer, les rassurer, les aider à se préparer pour les divers examens prévus;
  - Effectuer sur demande du médecin des électrocardiogrammes, des mesures de tension, des pesées, etc.;
  - Préparer les instruments nécessaires à l'examen médical;
  - Effectuer des prises de sang et des injections;
  - Assister les médecins lors de certains soins ou petites interventions chirurgicales: pose de plâtres, pansements, sutures, administration de médicaments, etc.;
2. Administration
  - Tenir à jour le fichier des patients dans le respect de la protection des données;
  - Effectuer la correspondance (rapports et lettres dictés par les médecins), la facturation et la comptabilité à l'aide de l'ordinateur;
  - Préparer les ordonnances que doit signer le médecin;
  - Commander le matériel nécessaire au cabinet (pansements, médicaments, produits chimiques pour le laboratoire, formulaires, ordonnances, feuilles d'assurance ou d'analyse, etc.);
3. Laboratoire et radiologie
  - Effectuer des analyses sanguines (coagulation, taux d'hémoglobine, comptage des globules rouges ou blancs, etc.);
  - Radiographier le thorax et les extrémités (films analogiques ou numériques);
  - Exécuter des analyses chimico-cliniques (p.ex. dosage du sucre, de l'urée, du cholestérol, des protéines, etc.);
  - Entretien et stériliser les instruments utilisés et s'assurer du bon fonctionnement des appareils.

Aux États-Unis [8] où la profession existe depuis plus longtemps, ils ont à peu près les mêmes prérogatives cliniques et administratives. Ils peuvent aussi faire de l'éducation thérapeutique pour certaines pathologies. Ils ne peuvent pas réaliser d'actes paramédicaux complexes comme des injections de produits IM voire IV dans tous les états même si certains le permettent. Certains états leurs permettent même des prérogatives administratives très étendues comme aider les patients à rédiger une procuration ou effectuer des fonctions de paie et de gestion du personnel.

### 3. Quels sont les bénéfices liés à la présence des AM pour le médecins ? Pour les patients ?

Pour le médecin, la plus grande valeur ajoutée de la présence des AM aux États-Unis[8] est peut-être d'optimiser la gestion de leurs bureaux, de permettre à davantage de patients d'être vus et aux médecins de faire plus d'actes lors de la consultation. La présence de l'AM augmente les revenus du médecin, parce que le médecin fournit plus de services au patient en quantité et aussi en qualité. Il est intéressant de noter que selon cette auteure, il y a un roulement important des AM au sein des cabinets médicaux à raison de 20 % par an, ce qui signifie qu'un AM ne reste en place qu'en moyenne 5 ans. Elle justifie ce « turn over » par le manque de potentiel de progression de l'AM. Ils auraient tendance à quitter leur poste pour reprendre des études dans le milieu médical ou se reconverter dans des emplois mieux payés. Il est aussi intéressant de noter qu'aux USA une formation certifiante n'est pas toujours obligatoire pour les AM. Seuls 15 % seraient diplômés d'une école d'AM. Ces formations peuvent aller de quelques mois à 2 ans. Travailler avec un assistant médical implique donc que le médecin ait des compétences de management d'équipe pour pouvoir garder ses employés mais aussi les diriger.

Ce dernier aspect de gestion du personnel n'est pas anodin aux USA. En effet j'ai trouvé des études traitant de la manière de recruter et de former le meilleur AM possible. Je ne les ai pas lus en détail car ce n'est pas mon propos aujourd'hui et car ce ne sera pas applicable en France. En effet la formation des AM étant prévue pour être une formation obligatoire et diplômante.

J'ai cherché des études parlant du ressenti des médecins et des bénéficiaires sur le plan personnel des médecins à travailler avec des AM. Je n'ai rien trouvé.

Concernant les bénéficiaires liés à la présence des assistants médicaux, une étude réalisée en 2016 en Allemagne montre qu'il n'y a pas de dégradation de la qualité des soins lorsque les AM prennent en charge des patients à haut risque d'hospitalisation en soins primaires [9]. En effet, cette étude randomisée réalisée sur 2000 patients dans 115 centres de soins primaires en Allemagne a cherché à comparer le pourcentage d'hospitalisation toute cause confondue à 12 et 24 mois pour des patients présentant des polyopathologies lourdes (tel que le DT2, la BPCO ou l'insuffisance cardiaque à des stades avancés et à fort risque d'hospitalisation) lorsqu'ils étaient pris en charge avec un protocole comprenant une évaluation structurée, un plan d'action et une surveillance assurée par des assistants médicaux, par rapport aux soins habituels. Les patients inclus présentaient en moyenne 4 affections chroniques concomitantes. Les hospitalisations toutes causes confondues ne différaient pas entre les groupes à 12 mois et à 24 mois. L'étude a aussi cherché à évaluer la qualité de vie et la santé générale par des évaluations standardisées et critères de jugement secondaires. Il est à noter que la qualité de vie s'est significativement améliorée à 24 mois.

Une autre étude randomisée réalisée en Allemagne en 2009[10] aurait même mis en évidence que la prise en charge de la dépression était plus efficace par le biais d'AM que par le biais des soins traditionnels. 620 patients souffrant de dépression majeure ont été répartis en 2 groupes dont l'un bénéficiait d'entretiens téléphoniques structurés (pour surveiller les symptômes de dépression et favoriser le respect du médicament) réalisés par les AM. L'étude cherchait à mesurer les symptômes de la dépression à 12 mois, tels que mesurés par le questionnaire sur la santé du patient PHQ-9. L'étude a montré que les receveurs de l'intervention avaient des valeurs moyennes de PHQ-9 plus basses pour les symptômes de la dépression, des évaluations des soins plus favorables et une augmentation de l'observance du traitement.

Les résultats de ces études pourraient donc permettre de déconstruire l'une des principales oppositions à la mise en place des AM en France qui est la perte en qualité de soins. D'une part dans les pathologies chroniques où cette étude montre qu'avec des protocoles de prise en charge bien construits, la prise en charge par des AM de pathologies lourdes n'est pas moins efficace que par un médecin seul. Mais aussi dans le cadre de pathologies psychiatriques fréquentes en médecine générale comme la dépression ou l'anxiété, où les détracteurs de l'utilisation des AM pensent que les médecins auraient moins de temps pour parler avec leurs patients à cause de l'augmentation des cadences, et

donc moins de temps pour prendre en charge efficacement des pathologies nécessitant une interaction forte avec le patient comme la dépression.

Il est aussi intéressant de signaler une étude épidémiologique [11] du même auteur s'intéressant à identifier les acteurs du soin primaire dans les pays de l'OCDE. Elle montrait que le nombre de professionnels paramédicaux et de personnel de soutien, tels que les assistants médicaux augmentait. Le passage de la « délégation de tâches » à la « prise en charge en équipe » serait une tendance globale, mais limitée par les concepts de rôles, les cadres juridiques et les systèmes de remboursement traditionnels. Serait-ce là la solution trouvée par tous pour pallier le manque de médecins ?

Enfin il faut aborder l'aspect économique. Le projet de loi prévoit que les AM soient financés dans un premier temps par les institutions. Mais il n'est pas à exclure qu'une fois le système installé, le financement des postes d'AM revienne au médecin. Si l'on considère les coûts moyens des consultations de médecine générale en Europe [12] on se rend compte que les pays où les AM existent pratiquent un prix de la consultation en MG bien supérieur à celui pratiqué en France. Le prix moyen de la consultation en MG est par exemple de 95 à 315 euros au Royaume-Uni dans le système privé, 75 euros en Allemagne ou 100 euros en Suisse. Tant que la médecine de premier recours en France sera libérale, la viabilité du développement des postes d'AM au long terme doit donc être conditionnée par l'augmentation de la rémunération des médecins généralistes, que ce soit par une augmentation du prix de la consultation ou par d'autres moyens.

## E – Synthèse

J'ai retenu de cet écrit et de cette expérience plusieurs choses.

D'abord j'ai pris conscience que la médecine générale pouvait être un énorme terrain de jeu. Je pensais que l'organisation des soins dans une structure libérale pouvait être un frein à l'innovation et impliquait un mode de fonctionnement et une organisation figés dans le temps. C'est en réalité tout l'inverse. Le milieu libéral et donc la médecine générale telle qu'elle est pratiquée en ville permet une très grande souplesse d'exercice. En d'autres termes on peut faire ce qu'on veut quand on veut. C'est une liberté que nous n'avons pas dans le système hospitalier et c'est une liberté qui me convient. Par « terrain de jeu » j'entends aussi que la médecine générale est une discipline dans laquelle tout reste à faire. Cette expérimentation m'a fait prendre conscience qu'il y avait beaucoup de potentiel de recherche et d'expérimentation dans notre discipline. Cela m'a aussi fait prendre conscience que nous devions être acteurs de la manière dont nous voulions voir évoluer la médecine générale.

Cependant, les recherches sur le sujet des AM m'ont aussi fait prendre conscience que notre métier et son orientation dépendent de la volonté des politiques et des administrations. En effet la mise en place des AM, de leurs prérogatives, de leurs financements se joue actuellement dans les négociations conventionnelles. Il me semble évident que la CNAM et a fortiori les politiques ont une vision différente de la nôtre de ce qu'est et devrait être notre métier. Je m'interroge d'ailleurs et je pense de plus en plus que nos dirigeants ne savent pas ce qu'est en réalité la médecine générale. Il est donc de notre responsabilité de nous investir pour faire avancer le système de soin primaire dans le sens que nous, professionnels de santé, désirons.

Enfin je me suis rendu compte que la manière d'organiser les soins primaires était assez différente en fonction des pays. En effet au sujet des assistants médicaux on pourrait considérer que la France a 50 ans de retard.

Pour conclure je pense aux vues de cette expérimentation et de la littérature que j'ai pu prouver que la mise en place des AM est une bonne chose. Je suis favorable à ce que leurs compétences soient les plus étendues possibles, à condition évidemment que leur formation soit faite en conséquence et que leur présence soit valorisée sur le plan financier dans nos consultations. Personnellement je me vois

travailler avec eux de la même manière que ce qui se fait en Suisse, au sein de « mini hôpitaux ». Je pense que mon temps médical serait optimisé. Je serai donc plus efficace pour prendre en charge l'ensemble de ma patientèle et les protocoles de soin permettant une délégation des tâches permettraient une meilleure qualité des soins non pas pour mes patients uniquement, mais pour tous les habitants au sein de mon bassin de population.

## F – Bibliographie

- [1] MG France, « Sondage Assistant médical. », 18 février 2019, (<https://www.mgfrance.org/index.php/actualite/profession/2070-sondage-am>)
- [2] PROJET DE LOI relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, Art 19, AMENDEMENT N°AS1566 (<http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/amendements/1681/CIION-SOC/AS1566>)
- [3] Le quotidien du médecin, « Assistants médicaux : ce que la CNAM met déjà sur la table » 24/1/19, ([https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2019/01/24/assistants-medicaux-ce-que-la-cnam-met-deja-sur-la-table\\_865284](https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2019/01/24/assistants-medicaux-ce-que-la-cnam-met-deja-sur-la-table_865284))
- [4] Remede.org, « Assistant médical : que sera ce nouveau métier ? », 21/12/2018, (<http://www.remede.org/documents/assistant-medical-que-sera-ce-nouveau-metier.html>)
- [5] Youtube.com, « Une solution pour les patients et les médecins », 19 sept 2018, ([https://www.youtube.com/watch?time\\_continue=290&v=5LwO5g2THGM](https://www.youtube.com/watch?time_continue=290&v=5LwO5g2THGM))
- [6] Blog [aupaysdesvachesmauves](http://aupaysdesvachesmauves.com), « Assistés », 8 février 2019 (<https://aupaysdesvachesmauves.com/2019/02/08/assistes/>)
- [7] Assistant médical CFC, Le portail officiel suisse d'information de l'orientation professionnelle (<https://www.orientation.ch/dyn/show/1900?id=22>)
- [8] S. Taché, S. Chapman, Medical assistants can be versatile and valuable additions to family medicine practices. *Fam Pract Manag.* 2005 Apr;12(4):51-54.
- [9] Freund, Tobias et al. Primary care practice-based care management for chronically ill patients (PraCMan): study protocol for a cluster randomized controlled trial. *Trials* vol. 12 163. 29 Jun. 2011, doi:10.1186/1745-6215-12-163
- [10] Gensichen J, von Korff M, Peitz M, Muth C, Beyer M, Güthlin C, et al. Case Management for Depression by Health Care Assistants in Small Primary Care Practices: A Cluster Randomized Trial. *Ann Intern Med.* 2009
- [11] Tobias Freund, Christine Everett, Peter Griffiths, Catherine Hudon, Lucio Naccarella, Miranda Laurant, « Skill mix, roles and remuneration in the primary care workforce: Who are the healthcare professionals in the primary care teams across the world? » *International Journal of Nursing Studies*, Volume 52, Issue 3, 2015, Pages 727-743,
- [12] Article France Info : [https://www.francetvinfo.fr/replay-radio/c-est-comment-ailleurs/c-est-comment-ailleurs-les-tarifs-des-consultations-de-generalistes-en-europe\\_2150410.html](https://www.francetvinfo.fr/replay-radio/c-est-comment-ailleurs/c-est-comment-ailleurs-les-tarifs-des-consultations-de-generalistes-en-europe_2150410.html)