

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG  
FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNEE : 2023

N° : 273

THÈSE  
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État  
Mention Médecine Générale

PAR

Alix Marie Anne-Laure PERRIN

Née le 11 Avril 1993 à Montbéliard

**ASSISTANT MÉDICAL, INFIRMIER ASALÉE, INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCÉE : UNE ASSISTANCE POUR LE  
MÉDECIN GÉNÉRALISTE ?  
ENQUÊTE AUPRÈS DE 1032 MÉDECINS GÉNÉRALISTES**

Président de thèse : Professeur Emmanuel ANDRES

Directeur de thèse : Docteur Claude BRONNER

## AVANT-PROPOS

❖ LISTE DES PROFESSEURS



❖ SERMENT D'HIPPOCRATE



❖ REMERCIEMENTS



❖ LISTE DES ABREVIATIONS



❖ SOMMAIRE DETAILLE



## LISTE DES PROFESSEURS



Edition SEPTEMBRE 2022  
Année universitaire 2022-2023

## FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ



HOPITAUX UNIVERSITAIRES  
DE STRASBOURG (HUS)  
Directeur général : M. GALY Michaël

- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- **Première Vice Doyenne de la Faculté** Mme CHARLOUX Anne
- **Doyens honoraires : (1983-1989)** M. MANTZ Jean-Marie  
**(1989-1994)** M. VINCENDON Guy  
**(1994-2001)** M. GERLINGER Pierre  
**(2001-2011)** M. LUDES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. STEEGMANN Geoffroy

### A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

### A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak Immunologie biologique Génétique clinique  
DOLLFUS Hélène Génétique clinique

### A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : <b>Gynécologie-Obstétrique</b>
ANDRES Emmanuel	RPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
Mme ANTAL Maria Cristina	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine	NRPô	• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; <b>Radiothérapie</b>
ARNAUD Laurent	NRPô NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe	RPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation/HP	53.02 Chirurgie générale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BAHRAM Seiamak	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BAUMERT Thomas	NRPô CS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques/Fac	52.01 Gastro-entérologie ; <b>hépatologie</b> Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Haute-pierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : <b>Psychiatrie d'Adultes</b>
BERTSCHY Gilles	RPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie/HP	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal	RPô CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / HP	48.02 Réanimation ; <b>Médecine d'urgence</b> Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric	NRPô NCS	- Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 <b>Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique</b> ; Brûlologie
BONNEMAINS Laurent	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
BOURGIN Patrice	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
BRUANT-RODIER Catherine	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CASTELAIN Vincent	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale NHC	51.04 <b>Chirurgie vasculaire</b> ; médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Philippe	Yann- NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)

NOM et Prénoms		CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme Anne	CHARPIOT	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme NEU Marie-Pierre	CHENARD-	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe		NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier		NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 <b>Anesthésiologie-Réanimation</b> ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
COLLONGUES Nicolas		NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
CRIBIER Bernard		NRPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de Frédéric	GAIX	RPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme		NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian		RPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe		RPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
Mme WALTMANN Hélène	DOLLFUS-	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matfhieu		NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme NATACHA ENTZ-WERLE		NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille		NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme SAMIRA FAFI-KREMER		NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie- <b>Virologie</b> ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- <b>Virologie</b> biologique
FAITOT François		NRPô NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Emmanuel	Pierre-	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Matthieu	Luc-	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoit		NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin		RPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien		NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GAUCHER David	NRPô NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard	NRPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 <b>Chirurgie vasculaire</b> ; médecine vasculaire/ Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria	NRPô CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail/HC	46.02 Médecine et santé au travail
GOTTENBERG Jacques-Eric	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves	RPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HIRSCH Edouard	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve	RPô CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 <b>Médecine Physique et Réadaptation</b>
JAULHAC Benoît	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie-virologie</b> (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges	RPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
Mme KESSLER Laurence	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie/ Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)

NOM et Prénoms		CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
KREMER Stéphane		NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHNS Pierre		NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II)/HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Emmanuel		Jean- RPô NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE Laurence		NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service d'Addictologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; <b>Addictologie</b> (Option : Addictologie)
LANG Hervé		NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent		RPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne		NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Marie		Jean- NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/HP	42.01 <b>Anatomie</b>
LESSINGER Marc		Jean- RPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Haute-pierre	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan		NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe		RPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Haute-pierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel		NRPô NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel		NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry		NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline		NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 <b>Pneumologie</b> ; Addictologie
Mme MATHÉLIN Carole		NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 <b>Gynécologie-Obstétrique</b> ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent		NRPô CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe		NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MENARD Didier		NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
MERTES Paul-Michel	RPô CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Alain	NRPô NCS	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MEYER Nicolas	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent	NRPô CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA7295/ Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier	RPô NCS	• Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; <b>Radiothérapie</b> Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick	RPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute pierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé/ Faculté	48.05 Réanimation ; <b>Médecine d'urgence</b> Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana	NRPô NCS	• Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry	CDp	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier	NRPô NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien	NRPô CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Haute pierre	48.01 <b>Anesthésiologie-réanimation</b> ; Médecine d'urgence (option clinique)



NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
PRADIGNAC Alain	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / Hôpital de Haute-pierre	44.04 Nutrition
PROUST François	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre	49.02 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean- Sébastien	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Marie	Jean- NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
ROMAIN Benoît	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL- BERNARD Sylvie	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme ROY Catherine	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt. clinique)
SANANES Nicolas	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 <b>Gynécologie-Obstétrique</b> ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
SAUER Arnaud	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian	RPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme SCHLUTH- BOLARD Caroline	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
SCHNEIDER Francis	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 <b>Pédopsychiatrie</b> ; Addictologie
SCHULTZ Philippe	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive/HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : <b>Hépatologie</b>

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SIBILIA Jean	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
STEPHAN Dominique	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
Mme TRANCHANT Christine	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Faculté	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie d'Urgences, de liaison et de Psychotraumatologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Faculté	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptation gériatrique/Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil - PTM = Plateau technique de microbiologie

\* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) - Cspi : Chef de service par intérim - CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service)

Dir : Directeur

## A4 – PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	• Pôle Hépatodigestif - Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.02 Gastro-Entérologie
SALVAT Eric	CS	• Pôle Tête-Cou - Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie

## B1 - MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme AYME-DIETRICH Estelle		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 <b>Pharmacologie fondamentale</b> ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
BENOTMANE Ilies		• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
Mme BIANCALANA Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BOUSIGES Olivier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
BOYER Pierre		• Pôle de Biologie - Institut de Bactériologie / Faculté de Médecine	45.01 Bactériologie- <b>Virologie</b> ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- <b>Virologie</b> biologique
Mme BRU Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme BUND Caroline		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Hélène		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CERALINE Jocelyn		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie (option biologique)
CHERRIER Thomas		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
CHOQUET Philippe		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CLERE-JEHL Raphaël		• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme CORDEANU Elena Mihaela		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique / NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
DALI-YOUCHEF Nassim	Ahmed	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DANION François		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
DELHORME Baptiste	Jean-	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
DEVYS Didier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Véra		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
DOLLÉ Pascal		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA- JACAMON Audrey		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
FELTEN Renaud		• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Haute-pierre	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie
FILISSETTI Denis	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
GANTNER Pierre		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie- <b>Virologie</b> ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- <b>Virologie</b> biologique
GIANNINI Margherita		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GIES Vincent		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
GRILLON Antoine		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
GUERIN Eric		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
KASTNER Philippe		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme LANNES Béatrice		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine</li> <li>• Pôle de Biologie</li> <li>- Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre</li> </ul>	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Biologie</li> <li>- Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP</li> </ul>	44.03 Biologie cellulaire
LECOINTRE Lise		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Gynécologie-Obstétrique</li> <li>- Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Haute-pierre</li> </ul>	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-obstétrique
LENORMAND Cédric		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil</li> </ul>	50.03 Dermato-Vénérologie
LHERMITTE Benoît		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Biologie</li> <li>- Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre</li> </ul>	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie</li> <li>- Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil</li> </ul>	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MIGUET Laurent		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Biologie</li> <li>- Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Haute-pierre et NHC</li> </ul>	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER	CS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Biologie</li> <li>- Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim</li> </ul>	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Biologie</li> <li>- Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil</li> </ul>	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Biologie</li> <li>- Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre</li> </ul>	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Santé publique et Santé au travail</li> <li>- Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail / HC</li> </ul>	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREAC'H Erwan		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Biologie</li> <li>- Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC</li> </ul>	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFAFF Alexander		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Biologie</li> <li>- Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale /PTM HUS</li> </ul>	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Biologie</li> <li>- Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC</li> </ul>	47.04 Génétique (option biologique)
POP Raoul		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle d'Imagerie</li> <li>- Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Haute-pierre</li> </ul>	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme PORTER Louise		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Biologie</li> <li>- Service de Génétique Médicale / Hôpital de Haute-pierre</li> </ul>	47.04 Génétique (type clinique)
PREVOST Gilles		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Biologie</li> <li>- Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté</li> </ul>	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Biologie</li> <li>- Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil</li> </ul>	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Biologie</li> <li>- Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS</li> </ul>	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RIOU Marianne		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Pathologie thoracique</li> <li>- Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC</li> </ul>	44.02 Physiologie (option clinique)
ROGUE Patrick (cf. A2)		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Biologie</li> <li>- Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC</li> </ul>	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Biologie</li> <li>- Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Haute-pierre</li> </ul>	47.01 <b>Hématologie</b> ; transfusion (type mixte : Hématologie)
Mme RUPPERT Elisabeth		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Tête et Cou</li> <li>- Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HC</li> </ul>	49.01 Neurologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme SABOU Alina		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Biologie</li> <li>- Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine</li> </ul>	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Biologie</li> <li>- Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil</li> </ul>	47.04 Génétique
SCHRAMM Frédéric		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Biologie</li> <li>- Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté</li> </ul>	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Biologie</li> <li>- Laboratoire de Virologie / Hôpital de Hautepierre</li> </ul>	45.01 <b>Bactériologie-Virologie</b> ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED)</li> <li>- Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre</li> </ul>	50.01 Rhumatologie
Mme TALAGRAND-REBOUL Emilie		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Biologie</li> <li>- Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté</li> </ul>	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
TALHA Samy		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Pathologie thoracique</li> <li>- Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC</li> </ul>	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie</li> <li>- Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hautepierre</li> </ul>	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Biologie</li> <li>- Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim</li> </ul>	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VALLAT Laurent		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Biologie</li> <li>- Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Hautepierre</li> </ul>	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Biologie</li> <li>- Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil</li> </ul>	45.01 Bactériologie- <b>Virologie</b> ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- <b>Virologie</b> biologique
Mme VILLARD Odile		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Biologie</li> <li>- Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac</li> </ul>	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie</li> <li>- Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre</li> </ul>	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Pathologie thoracique</li> <li>- Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC</li> </ul>	44.02 Physiologie (option clinique)

## B2 – PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian P0166	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie – Histoire des sciences et des Techniques
------------------------------	---	---

## B3 - MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Mme CHABRAN Elena	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
M. DILLENSEGER Jean-Philippe	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mr KESSEL Nils	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr LANDRE Lionel	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme MIRALLES Célia	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCARFONE Marianna	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme THOMAS Marion	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr VAGNERON Frédéric	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr ZIMMER Alexis	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

## C - ENSEIGNANTS ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

### C1 - PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Pre Ass. DUMAS Claire  
Pr Ass. GRIES Jean-Luc  
Pre Ass. GROB-BERTHOU Anne  
Pr Ass. GUILLOU Philippe  
Pr Ass. HILD Philippe  
Pr Ass. ROUGERIE Fabien

### C2 - MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette  
Dr LORENZO Mathieu

### C3 - MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Dre DELACOUR Chloé  
Dr GIACOMINI Antoine  
Dr HOLLANDER David  
Dre SANSELME Anne-Elisabeth  
Dr SCHMITT Yannick

## E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie</li> <li>- Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / HP</li> </ul>
Dr DEMARCHI Martin	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Oncologie médico-chirurgicale et d'Hématologie - Service d'Oncologie Médicale / ICANS</li> </ul>
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Pharmacie-pharmacologie</li> <li>- Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil</li> </ul>
Dr KARCHER Patrick	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Gériatrie</li> <li>- Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Robertsau</li> </ul>
Dr LEFEBVRE Nicolas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO)</li> <li>- Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil</li> </ul>
Dr NISAND Gabriel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Santé Publique et Santé au travail</li> <li>- Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil</li> </ul>
Mme Dre PETIT Flore	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - UCSA</li> </ul>
Dr PIRRELLO Olivier	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique</li> <li>- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO</li> </ul>
Dr REY David	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO</li> <li>- «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil</li> </ul>
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Locomax</li> <li>- Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Hautepierre</li> </ul>
Mme Dre RONGIERES Catherine	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique</li> <li>- Centre Clinico Biologique d'AMP / CMC</li> </ul>
Dr TCHOMAKOV Dimitar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie</li> <li>- Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre</li> </ul>
Mme Dre WEISS Anne	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU</li> </ul>

## F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- **De droit et à vie (membre de l'Institut)**
  - CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
  - MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- **Pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)**
  - BELLOCQ Jean-Pierre (Service de Pathologie)
  - CHRISTMANN Daniel (Maladies infectieuses et tropicales)
  - DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
  - GRUCKER Daniel (Physique biologique)
  - KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
  - KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)
  - MULLER André (Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur)
  - ROUL Gérald (Cardiologie)
- **Pour trois ans (1er septembre 2021 au 31 août 2024)**
  - DANION Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
  - DIEMUNSCH Pierre (Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale)
  - HERBRECHT Raoul (Hématologie)
  - STEIB Jean-Paul (Chirurgie du rachis)
- **Pour trois ans (1er septembre 2022 au 31 août 2025)**
  - Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)



## F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITÉS ASSOCIÉ (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD

## F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

Pr CHARRON Dominique (2019-2020)  
 Pr KINTZ Pascal (2019-2020)  
 Pr LAND Walter G. (2019-2020)  
 Pr MAHE Antoine (2019-2020)  
 Pr MASTELLI Antoine (2019-2020)  
 Pr REIS Jacques (2019-2020)  
 Pre RONGIERES Catherine (2019-2020)

## G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94  
 BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01  
 BALDAUF Jean-Jacques (Gynécologie obstétrique) / 01.09.21  
 BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12  
 BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95  
 BAUMANN René (Hépto-gastro-entérologie) / 01.09.10  
 BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16  
 BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18  
 BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04  
 BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17  
 BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95  
 BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20  
 BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03  
 BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19  
 BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99  
 BRETTE Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10  
 BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86  
 BURSZEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18  
 CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15  
 CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15  
 CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95  
 CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18  
 CHELLY Jameleddine (Diagnostic génétique) / 01.09.20  
 CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12  
 CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16  
 COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00  
 CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11  
 DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17  
 DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17  
 DUCLOS Bernard (Hépto-Gastro-Hépatologie) / 01.09.19  
 DUFOUR Patrick (Centre Paul Strauss) / 01.09.19  
 DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa. Chir.) / 01.09.13  
 EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10  
 FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02  
 FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16  
 FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09  
 GAY Gérard (Hépto-gastro-entérologie) / 01.09.13  
 GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14  
 HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18  
 HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06  
 HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04  
 IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98  
 JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17  
 JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11  
 JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04  
 KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18  
 KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06  
 KREMER Michel / 01.05.98  
 KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07  
 KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98  
 LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98  
 LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19  
 LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95  
 LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10  
 LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16  
 MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03  
 MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13  
 MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16  
 MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14  
 MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19  
 MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16  
 MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99  
 MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07  
 MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13  
 MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10  
 MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11  
 MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09  
 NISAND Israël (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.19  
 OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13  
 PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15  
 PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15  
 Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11  
 PINGET Michel (Endocrinologie) / 01.09.19  
 POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18  
 REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98  
 RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02  
 RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10  
 SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14  
 SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20  
 SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04  
 SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01  
 SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11  
 SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12  
 SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06  
 STEIB Annick (Anesthésiologie) / 01.04.19  
 STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10  
 STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09  
 STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15  
 STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03  
 TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06  
 TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02  
 VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16  
 VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13  
 WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09  
 WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13  
 WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15  
 WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96

KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18  
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07  
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08

WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96

---

**Légende des adresses :**

**FAC** : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

**HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :**

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08

- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68

- HP : **Hôpital de HautePierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00

- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11

- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

**ICANS** - Institut de CANcérologie Strasbourg : 17 rue Albert Calmette – 67200 Strasbourg – Tél. : 03 68 76 67 67

**CMCO** - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

**C.C.O.M.** - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

**E.F.S.** : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

**IURC** - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

---

**RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ  
DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS QUI LUI SONT PRÉSENTÉES  
DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES  
IMPROUVER**

**SERMENT D'HIPPOCRATE (VERSION HISTORIQUE)**

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Etre suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

## **REMERCIEMENTS**

**Au Président du jury de thèse,**

**Monsieur le Professeur Emmanuel Andrès,**

Merci de me faire l'honneur de bien vouloir présider ma thèse. Veuillez recevoir mes sincères remerciements et l'expression de mon profond respect.

**À mon Directeur de thèse,**

**Monsieur le Docteur Claude Bronner,**

Merci d'avoir accepté de guider mon travail et de m'avoir encouragée à de maintes reprises. Merci infiniment pour ta disponibilité, ton empathie, et tes conseils avisés ! Merci d'aider les jeunes en les faisant bénéficier de ta grande expérience. Je te suis très reconnaissante, reçois l'expression de mes remerciements et de ma gratitude.

**Aux autres membres de mon jury,**

**Monsieur le Docteur Fabien Rougerie, Professeur associé de médecine générale,**

Merci de l'intérêt que tu as porté à ce travail dès le début et du temps que tu y as consacré. Merci de me faire l'honneur de bien vouloir être membre du jury.

Reçois toute ma gratitude.

**Madame le Docteur Quitterie Roquebert-Labbé, maître de conférences en sciences économiques,**

Chère amie, merci pour ton écoute et ton aide lors de ce long travail. Tu m'as fait l'honneur de juger ce travail.

Reçois mes sincères remerciements.

**À toutes les personnes ayant accepté de participer à cette étude,**

En particulier ceux qui ont donné de leur temps pour participer aux entretiens. Ces rencontres furent très enrichissantes, merci d'avoir accepté de partager votre expérience.

Merci aux médecins ayant accepté de répondre au questionnaire : merci d'avoir pris le temps de vous exprimer dans ce travail et de lui avoir donné du sens par vos nombreux commentaires !

**À tous les médecins et équipes rencontrées au cours de l'internat,**

Merci de ce que vous m'avez appris par votre travail, votre professionnalisme, votre attitude.

Merci en particulier à l'équipe de soins palliatifs du NHC, aux équipes des urgences et de pédiatrie de l'hôpital de Haguenau, à celle des consultations gynécologiques de Hautepierre, à celle de gériatrie du GHSO, aux équipes des urgences du NHC, de Hautepierre et de Sélestat.

Vous m'avez tous beaucoup appris.

**Merci à mes maîtres de stage en médecine générale,**

Dr Wack, Dr Koebel, Dr Guillou, Dr Petit-Pelascini, Dr Lenertz, Dr Stefani, Dr Fity,

Merci de m'avoir transmis une partie de votre expérience.

**Merci à mon tuteur, Monsieur le Dr Dominique Grapin,**

Merci pour ta bonne humeur, tes conseils avisés et ta disponibilité !

**Merci aux autres médecins de mon groupe de tutorat, ainsi qu'aux co-internes qui le constituaient, merci pour ces échanges.**

**À tous les médecins et autres professionnels de santé** qui m'ont transmis leur passion pour la médecine et pour le soin dans sa globalité.

Merci également aux médecins de mon enfance, Dr Bidermann et Dr Mairot.

Merci aux médecins que je remplace actuellement ou que j'ai pu remplacer, merci pour votre confiance.

**Merci à mes compagnons de galère, compagnons de faculté, d'externat et d'internat**

**Merci tout d'abord aux Bisontins**, tous ces amis de promotion diverses, Soline, Domitille, Marie-Amélie, Marie-Chloé, Layla, Sophie, Anne, Virginie, Olivier, Stéphanie et Hugues, Jean, Adeline, Anne-Laude, Marie, Xavier, et tous les autres ! Nos moments d'entraide et d'amitié restent gravés dans ma mémoire.

Je pense également à ceux qui nous ont quittés trop tôt, en particulier Julien et Joël...

**Merci aux Strasbourgeois (d'origine ou d'adoption), mes co-internes**, en particulier Jean-Philippe aux urgences ainsi qu'à Tristan et Joris en gériatrie. Merci pour tous ces moments partagés et cette amitié qui dure ! Merci également aux amis rencontrés en dehors de la médecine, aux apéros avec les voisins et aux amis rencontrés en face d'un portail d'école !

Merci aux personnes qui ont pris soin de moi mais aussi de mes enfants lors de ces longues études, en particulier mes parents mais aussi tous ceux qui ont exprimés de la bienveillance à notre égard, sans oublier les nounous d'exception qui ont croisé notre chemin.

Aux hommes et femmes de foi, qui prient pour le monde et transmettent une espérance, et à tous ceux qui essayent d'apporter un peu de beauté et d'optimisme au monde !

**À Catherine** et toutes nos chevauchées dans la nature, merci pour ton amitié et ces incroyables bouffées d'oxygène, ta générosité est inspirante.

Aux amis de la famille et tous ceux qui nous ont accueilli à un moment ou à un autre.

Aux amis Norvégiens, et à ce pays qui reste mon Eden. Aux amis de tous les continents !

À mes amies d'enfance, Julie et les deux Marie ; aux amis rencontrés en paroisse et à la musique.

Pour tous ceux qui m'ont aidé à me remotiver et à trouver de l'énergie dans les moments de doute.

**Merci à toi Simon**, ton amitié est un roc. Merci également à tous ceux qui ont fait partie de l'Escale-Jeunes à Besançon et avec qui nous avons vécu ces beaux moments. Merci aux Travailleuses Missionnaires, merci pour votre hospitalité en première année de médecine.

**Merci à toi Maëlle**, merci pour toutes nos discussions, loin des yeux mais pas loin du cœur !

**À mes frères et sœurs, Claire, Marielle, Pierre-Louis et Luc**

À tous ces moments partagés que je me remémore avec bonheur. Malgré la distance, je ressens votre présence aimante et je sais que nous serons toujours unis les uns pour les autres. Merci pour votre amour et votre soutien fraternel !

À tous mes neveux et nièces qui ont agrandi nos cœurs et notre famille avec leurs belles bouilles et leur joie de vivre.

À toute ma famille au sens large !

**À tous mes grands-parents** et à mes beaux grands parents, qui veillent sur moi depuis le Ciel.

Merci pour tout ce que vous m'avez transmis, votre souvenir reste dans mon cœur.

**À ma belle-famille au sens large, familles Deiss, Claude, Coulon, Jacob**

Merci de m'avoir accueillie dans votre famille, merci pour tous ces moments et bons repas partagés en Franche-Comté et en Alsace !

**À mon parrain et ma marraine de paille, Jacques et Françoise,**

Où en serait ma thèse sans ce séjour dans votre QG de Marcellaz-Albanais ? Merci pour votre soutien et tous ces moments partagés depuis l'enfance, merci pour votre grand cœur et ce que vous me transmettez.

**À ma marraine, Laurence,**

Merci pour tes prières et nos discussions



**À mon mari, l'homme de ma vie, Baptiste,**

Merci pour notre belle histoire d'amour, merci pour cette confiance qui grandit un peu plus chaque jour dans notre vie commune. Tu es mon complice, mon confident, mon amour ; que la vie nous réserve encore de belles aventures ensemble, comme elle l'a déjà si bien fait !

**À nos enfants, Lise, Yann, et Gabriel,**

Vous êtes mes trois soleils et vous avez embelli notre vie par votre innocence, votre douceur, votre énergie, vos questions et réflexions, votre joie de vivre. Merci pour tous ces moments drôles ou de câlins ou encore de discussions et de lecture. Que de chemin parcouru ensemble !

Soyez assurés de mon amour, « jusqu'au ciel et à l'infini » !

**À mes parents,**

Pour ce soutien sans faille que vous m'avez apporté pendant ces longues études, pour cette présence toujours attentive et prévenante, dans les bons et les mauvais moments. Merci pour le cadeau de la vie et tout ce que vous m'avez transmis. Merci pour votre éducation et votre amour dès le premier instant et tout au long des hauts et des bas de la vie, je ne l'oublierai jamais.

Je vous dédie ce travail.

**LISTE DES ABRÉVIATIONS**

- AM : assistant médical
- APN : advanced practice nurse
- ARS : agence régionale de santé
- BPCO : broncho-pneumopathie obstructive
- CPTS : communauté professionnelle territoriale de santé
- DMP : dossier médical partagé
- DU : diplôme universitaire
- ECG : électrocardiogramme
- EFR : explorations fonctionnelles respiratoires
- ETP : équivalent temps plein
- HAD : hospitalisation à domicile
- IA : Infirmier Asalée
- IDE : infirmier ou infirmière diplômé(e) d'État
- IDSP : infirmier délégué à la santé publique
- IPA : infirmier en pratique avancée
- IRDES : institut de recherche et de documentation en économie de la santé
- MG : médecin généraliste
- MSP : maison de santé pluriprofessionnelle
- MT : médecin traitant
- RGPD : règlement général sur la protection des données
- SISA : société interprofessionnelle de soins ambulatoires

## SOMMAIRE DÉTAILLÉ

<b>AVANT-PROPOS</b>	<b>2</b>
<b>LISTE DES PROFESSEURS</b>	<b>3</b>
<b>SERMENT D'HIPPOCRATE (version historique)</b>	<b>19</b>
<b>REMERCIEMENTS</b>	<b>20</b>
<b>LISTE DES ABRÉVIATIONS</b>	<b>27</b>
<b>SOMMAIRE DÉTAILLÉ</b>	<b>28</b>
<b>I/ INTRODUCTION</b>	<b>31</b>
<b>1.1 CONTEXTE</b>	<b>31</b>
<b>1.2 DESCRIPTIFS DES MÉTIERS</b>	<b>32</b>
1.2.1 Descriptif du métier d'assistant médical (AM)	32
1.2.2 Descriptif du métier d'infirmier Asalée (IA)	36
1.2.3 Descriptif du métier d'infirmier en pratique avancée (IPA)	40
<b>1.3 PROBLÉMATIQUE</b>	<b>46</b>
<b>II/ MATÉRIEL ET MÉTHODES</b>	<b>47</b>
<b>2.1 MÉTHODOLOGIE DES ENTRETIENS</b>	<b>47</b>
<b>2.2 MÉTHODOLOGIE DU QUESTIONNAIRE</b>	<b>48</b>
<b>III/ RÉSULTATS</b>	<b>51</b>
<b>3.1 RÉSULTATS CONCERNANT LES 11 ENTRETIENS</b>	<b>51</b>
3.1.1 Entretiens avec deux assistantes	51
3.1.2 Entretiens avec deux médecins qui emploient des assistantes	52
3.1.3 Entretiens avec deux infirmiers Asalée	53
3.1.4 Entretien avec un médecin qui travaille avec un infirmier Asalée	54
3.1.5 Entretiens avec trois infirmiers en pratique avancée	54
3.1.6 Entretiens avec deux médecins qui travaillent avec des infirmiers en pratique avancée	57
<b>3.2 RÉSULTATS CONCERNANT LE QUESTIONNAIRE</b>	<b>59</b>
3.2.1 Présentation des répondants	59
3.2.2 Secrétariat	62
3.2.3 Personnel	62
3.2.4 Assistant médical	64
3.2.5 Infirmier en pratique avancée	67
3.2.6 Infirmier Asalée	69
3.2.7 Travail avec des collaborateurs supplémentaires	73
3.2.8 Opinion sur la collaboration entre médecins généralistes et IPA libéraux	75
3.2.9 Commentaire libre complémentaire	82
<b>IV/ DISCUSSION</b>	<b>83</b>
<b>4.2 DISCUSSION CONCERNANT LES 11 ENTRETIENS</b>	<b>83</b>
4.1.1 Formation et fonction des collaborateurs	83
4.1.2 Type de structure	84

4.1.3	Temps de travail et rémunération _____	86
4.1.4	Actes pratiqués _____	89
4.1.5	Avantages et inconvénients _____	91
4.1.6	Temps de collaboration _____	97
4.1.7	Perspectives et améliorations _____	99
<b>4.2</b>	<b>DISCUSSION CONCERNANT LE QUESTIONNAIRE _____</b>	<b>101</b>
4.2.1	Population répondant au questionnaire _____	101
4.2.2	Présence ou non d'assistants médicaux, infirmiers en pratique avancée ou infirmiers Asalée _____	102
4.2.3	Assistants médicaux _____	103
4.2.4	Infirmiers en pratique avancée _____	104
4.2.5	Infirmiers Asalée _____	105
4.2.6	Travail avec des collaborateurs supplémentaires _____	106
4.2.7	Avis concernant la collaboration entre médecins généralistes et IPA libéraux _____	108
<b>V/</b>	<b>CONCLUSION _____</b>	<b>114</b>
<b>ANNEXES _____</b>		<b>119</b>
<b>A1 – Bibliographie _____</b>		<b>119</b>
<b>A2 - Trame d'entretien _____</b>		<b>122</b>
<b>A3 - Résultats des entretiens _____</b>		<b>129</b>
<b>A4 - Représentativité de l'échantillon de médecins généralistes _____</b>		<b>130</b>
<b>A5 - Questionnaire _____</b>		<b>131</b>
<b>A8 - Fiche d'information concernant le métier d'IPA libéral (jointe au questionnaire) _____</b>		<b>139</b>
<b>A9 - Ensemble des graphiques d'analyse du questionnaire _____</b>		<b>141</b>
A9.1 - Présentation des répondants _____		141
A9.2 - Secrétariat _____		146
A9.3 - Personnel _____		149
A9.4 - Assistant médical _____		153
A9.5 - Infirmier en pratique avancée _____		159
A9.6 - Infirmier Asalée _____		165
A9.7 – Travail avec des collaborateurs supplémentaires _____		171
A9.8 - Votre avis sur le dispositif des infirmiers en pratique avancée (IPA) libéraux _____		174
A9.9 - Commentaire libre complémentaire _____		191
<b>A10 – Intégralité des réponses au questionnaire _____</b>		<b>195</b>

## TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Répartition par région en nombre .....	60
Figure 2 : Quel est votre milieu d'exercice ? .....	61
Figure 3 : Quel est votre type d'exercice ? .....	61
Figure 4 : Pourquoi n'avez-vous pas de personnel ? .....	63
Figure 5 : Tâches confiées aux assistants médicaux.....	65
Figure 6 : Êtes-vous satisfait de votre collaboration avec votre assistant ? .....	66
Figure 7 : Souhaiteriez-vous continuer tout de même la collaboration avec votre assistant si le financement de l'intégralité de son activité était à vos frais ? .....	66
Figure 8 : Employeurs des IPA.....	67
Figure 9 : Tâches effectuées par les IPA .....	68
Figure 10 : Êtes-vous satisfait de votre collaboration avec votre infirmier en pratique avancée ? .....	69
Figure 11 : Nombre de patients suivis par les infirmiers Asalée.....	70
Figure 12 : Tâches effectuées par les infirmiers Asalée .....	71
Figure 13 : Êtes-vous satisfait de votre collaboration avec votre infirmier Asalée ? .....	72
Figure 14 : Souhaiteriez-vous continuer tout de même la collaboration avec votre infirmier Asalée si le financement de l'intégralité de son activité était à vos frais ? .....	72
Figure 15 : Si vous n'envisagez pas de travailler avec un collaborateur supplémentaire, quelle en est la raison ? .....	74
Figure 16 : Quelle est votre opinion sur la collaboration entre médecins et IPA libéraux ? .....	75
Figure 17 : Quelle est votre opinion ? (En fonction de la tranche d'âge).....	76
Figure 18 : Avis des médecins ayant un IPA.....	77
Figure 19 : Avis des médecins n'ayant pas d'IPA.....	78
Figure 20 : Quelle est votre opinion sur la collaboration entre médecins et IPA libéraux ? Arguments négatifs .....	79
Figure 21 : Quelle est votre opinion sur la collaboration entre médecins et IPA libéraux ? Arguments positifs .....	80
Figure 22 : Quelle est votre opinion sur la collaboration entre médecins et IPA libéraux ? Arguments conditionnels .....	81
Figure 23 : Quelle est votre opinion sur la collaboration entre médecins et IPA libéraux ? Arguments neutres .....	81
Figure 24 : Commentaire libre complémentaire.....	82

## I/ INTRODUCTION

### 1.1 CONTEXTE

L'exercice de la médecine générale en France a été impacté ces dernières années par un problème majeur : l'augmentation des déserts médicaux, en lien avec l'augmentation de la durée de vie des populations et de l'espérance de vie en bonne santé (1) et la diminution du nombre de médecins généralistes et médecins traitants (2). Cette tendance d'augmentation de la demande de soins suit celle de la plupart des autres pays développés.

Face à cette problématique, une solution peut être de développer l'offre de soins via des professionnels non médicaux. Ainsi ont vu le jour en France trois nouvelles professions : les infirmiers en pratique avancée (IPA), les infirmiers Asalée (IA) et les assistants médicaux (AM). Dans ce travail, nous les avons désignés comme « collaborateurs » des médecins généralistes.

Le métier d'IA est né en France en 2004 (puis généralisé à tout le territoire en 2015) à la suite de l'initiative d'un médecin généraliste des Deux-Sèvres et d'une équipe de recherche. Son but est d'améliorer la prise en charge ambulatoire des patients atteints de pathologies chroniques. Le principal rôle des IA est l'éducation thérapeutique du patient au sein d'une structure de médecine générale.

La naissance des AM en 2019 s'inspire des États-Unis et de l'Allemagne, mais aussi plus récemment des Pays-Bas et de l'Angleterre. En Allemagne en particulier, le nombre d'assistants médicaux est plus élevé que celui des médecins et leurs tâches sont plus étendues que les assistants médicaux français avec la notion d'« assistants de pratique non médicale » (« Nichtärztliche Praxisassistentin – NÄPa ») (3).

La naissance des IPA s'inspire quant à elle des « advanced practice nurses » (APN) des pays anglo-saxons (en particulier États-Unis d'Amérique et Canada) qui sont apparus dès les années 1960 en réponse à la carence de médecins et à la demande croissante en soins primaires, en particulier dans certaines zones rurales. Il apparaît dans la littérature que la qualité des soins est améliorée par une prise en charge réalisée par une

APN, et que la pratique des APN est plus rentable grâce à la réduction de la fréquentation des structures hospitalières. Il apparaît également qu'elle permet de réduire certains délais d'attente, en particulier dans le suivi des maladies chroniques (4–6).

Cependant, on constate en 2021 que seuls 581 IPA étaient diplômés, toutes mentions confondues, pour 1 366 en formation et 131 exerçant en ville. Or le ministère de la santé s'était fixé une cible de 3 000 IPA formés ou en formation à la fin de l'année 2022 et par la suite, 6 000 à 18 000 IPA en exercice (7). D'après la cour des comptes, la première des causes à ce faible nombre est la mauvaise acceptation du dispositif des IPA libéraux par les médecins français. D'après ce même rapport, les médecins collaborent de manière plus naturelle avec les assistants médicaux et les infirmiers Asalée. En effet, ces deux professions ne sont pas considérées comme des « menaces » pour les médecins, sachant qu'elles bénéficient d'un protocole de coopération plus circonscrit et que leur modèle économique n'est pas libéral mais salarié.

Notre travail de thèse est de faire un état des lieux en 2023 sur le travail des médecins généralistes avec ces trois nouvelles professions. Ainsi, nous nous sommes intéressés aux profils des professionnels, aux tâches qu'ils réalisent en pratique, à leur rémunération et à la satisfaction des médecins concernés. Nous avons insisté plus spécialement sur leurs avis concernant les IPA et les éventuels freins à la collaboration avec cette profession.

Nous allons présenter chacune de ces trois professions, puis détailler la problématique.

## **1.2 DESCRIPTIFS DES MÉTIERS**

### **1.2.1 Descriptif du métier d'assistant médical (AM)**

#### **Historique**

La création du métier d'AM est l'une des mesures phares de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (8). Il s'agit d'aider les médecins à se dégager plus de temps pour leurs activités médicales et d'améliorer l'accès aux soins et la qualité des soins. La pression



est forte quand on sait que plus de 2,5 millions de personnes sont en recherche de médecin traitant sur le territoire français (9).

Ainsi, l'objectif de l'ancien ministre de la santé, Monsieur François Braun, était de porter le nombre d'assistants médicaux à 10 000 d'ici 2025, sachant que le dispositif est opérationnel depuis 2019 est qu'en 2022 environ 3 500 contrats avaient été signés.

### **Description**

Les assistants médicaux peuvent être embauchés par des médecins généralistes (78 % des contrats) ou par d'autres spécialistes (22 % des contrats) (10). Les profils d'assistants médicaux sont variés car ce métier peut être assuré par d'actuels infirmiers, aides-soignants, secrétaires médicaux ou tout autre professionnel souhaitant réaliser cette nouvelle formation. Il est cependant possible de recruter des assistants médicaux sans formation préalable, à condition de leur laisser la possibilité de se former. La formation doit être validée par un certificat de qualification professionnelle dans les trois ans suivant leur prise de fonction.

### **Tâches de l'assistant médical**

Chaque médecin définit avec son assistant les tâches qu'il lui confie, qui doivent s'intégrer aux missions prévues pour les assistants médicaux :

- Tâches administratives : gestion des rendez-vous, création et gestion du dossier patient, recueil et enregistrement de données administratives et médicales, aide à la télémédecine...
- Préparation et déroulement de la consultation : aide à l'habillage ou au déshabillage, prise de constantes, recueil d'informations utiles sur le mode de vie, mise à jour du dossier patient, délivrance de tests de dépistage, aide à la réalisation d'actes techniques...
- Organisation et coordination : lien avec d'autres professionnels de santé, prise de rendez-vous, prévision des hospitalisations...

La commission paritaire nationale pour l'emploi de la convention collective du personnel des cabinets médicaux rappelle néanmoins « qu'un assistant médical n'est pas un professionnel de santé et que ses

compétences n'autorisent que la réalisation d'examens avec des appareils totalement automatiques », en ayant constaté qu'un certain nombre d'assistants se voyaient confier des tâches qui allaient au-delà des compétences décrites dans le référentiel métier. (11)

### **Modèle économique**

Une aide financière de l'Assurance Maladie peut être accordée à tous les médecins libéraux souhaitant embaucher un assistant médical sur certains critères (12) :

- Exercer en secteur 1 ou secteur 2 avec engagement de modération tarifaire (Optam, Optam-Co).
- Avoir un certain niveau d'activité : les médecins généralistes éligibles doivent suivre en tant que médecin traitant plus de 640 patients.
- Exercer de manière regroupée : faire partie d'un cabinet d'au moins deux médecins ou exercer de manière coordonnée (maison de santé pluriprofessionnelle, équipes de soins primaires, communautés professionnelles territoriales de santé) ou s'engager dans une démarche d'exercice coordonnée dans les deux ans après la prise de fonction de l'assistant médical pour les médecins exerçant seuls.

Cette aide financière est pérenne et versée de manière annuelle. Le contrat est conclu sur cinq ans à compter de la date d'embauche de l'assistant médical et est renouvelable. Son montant est dégressif car en contrepartie du financement, l'Assurance Maladie demande une augmentation de la patientèle suivie (file active et nombre de patients suivis en tant que médecin traitant) et considère que cet accroissement de la patientèle permet de financer en partie l'assistant médical. À partir de la troisième année (deuxième date d'anniversaire du contrat), le montant de l'aide devient stable. Le montant de l'aide est modulé en fonction de la réponse aux objectifs à partir de la troisième année :

- Si le niveau de la patientèle atteint est égal ou supérieur à 75 % de l'objectif, l'aide est versée intégralement.
- Si le niveau de la patientèle atteint est égal ou supérieur à 50 % de l'objectif, l'aide versée est égale à 75 %.

- Si le niveau de la patientèle est inférieur à 50 % de l'objectif, l'aide est versée au prorata du résultat obtenu.

Enfin, les engagements à prendre davantage de patients sont proportionnés à la taille initiale de la patientèle du médecin (plus la patientèle de base est conséquente, moins le médecin aura à accueillir de nouveaux patient) : si celle-ci est située entre 618 et 854 patients, il doit l'augmenter de 20 % ; si elle est entre 855 et 1 088 patients, la contrepartie de croissance est de 15 % ; si elle est entre 1 089 et 1 479 patients, la contrepartie est de 7,5 %. Au-delà de 1 480 patients, l'objectif est le maintien de l'activité (13).

L'aide financière finance tout ou une partie du salaire de l'assistant médical et varie selon le temps pendant lequel est employé l'assistant selon le tableau suivant (12) :

<b>Montants des versements</b>				
<b>Options</b>	<b>1re année</b>	<b>2e année</b>	<b>3e année et suivantes</b>	<b>Cas particuliers (médecins à forte activité)</b>
<b>Mi-temps</b>	18 000 €	13 500 €	10 500 €	La 3e année* et au-delà : aide majorée à 12 500 € pour les médecins en P90-P95 et à 18 000 € toute la durée du contrat pour les médecins avec activité > à P95.
<b>Plein temps</b>	36 000 €	27 000 €	21 000 €	La 3e année* et au-delà : aide majorée à 25 000 € pour les médecins en P90-P95 et à 36 000 € toute la durée du contrat pour les médecins avec activité > à P95.

\* Montant maximum sous réserve de l'atteinte de ses objectifs par le médecin

### **Salaire de l'assistant médical**

Le salaire de l'assistant médical est défini selon la convention collective du personnel des cabinets médicaux, et en particulier l'avenant n° 76 relatif à la classification et aux salaires des salariés de la branche (14) : une grille de classification avec le positionnement de 16 emplois-repères (selon la complexité, l'autonomie, la dimension relationnelle, la formation et les acquis de l'expérience) ont été définis.

Un assistant médical aura donc un positionnement de 5 à 9 sur cette grille, ce qui correspond en 2019 à un salaire de 1642 à 1943 € brut par mois pour un temps plein, donc de 25 600 à 30 300 € charges comprises sur un an, hors ancienneté. Les salaires minimums ont été revalorisés de 2,2 % par l'avenant n° 80 de la convention collective nationale du personnel des cabinets médicaux (applicable le 1<sup>er</sup> juin 2021) (15) puis de 3 % par l'avenant n° 87 (applicable le 1<sup>er</sup> juillet 2022) (16), pour tous les positionnements, d'où un salaire mensuel brut de 1 728,34 à 2 055,88 € dans cette grille à compter de juillet 2022.

### **1.2.2 Descriptif du métier d'infirmier Asalée (IA)**

#### **Historique**

Le dispositif ASALEE (dont l'acronyme signifie Action de Santé Libérale En Équipe) est créé en 2004 à l'initiative d'un médecin généraliste, le Dr Jean Gautier, en collaboration avec l'union régionale des médecins libéraux de Poitou-Charentes et l'équipe de recherche de M. Yann Bourgueil.

L'idée est d'associer médecins généralistes et infirmiers délégués à la santé publique (IDSP) pour améliorer la prise en charge ambulatoire des patients atteints de pathologies chroniques, en application de l'article 51 de la loi portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires du 21 juillet 2009, avec l'accent particulier mis sur les protocoles de coopération entre professionnels de santé (17).

#### **Description**

Il s'agit d'infirmiers spécifiquement formés par l'association Asalée lors de leur embauche : cette formation se décline en plusieurs modules (pathologies, éducation thérapeutique, compagnonnage, gestion...). Les infirmiers doivent auparavant bénéficier d'une expérience professionnelle minimale de trois ans, le secteur ciblé doit être validé par l'ARS et doit disposer de médecins volontaires déjà recrutés.

Les IA proposent un accompagnement individuel du patient complémentaire à la pratique médicale, au sein d'une structure de médecine générale (cabinet, maison de santé, etc...). Leur rôle est essentiellement centré sur l'éducation thérapeutique autour de certaines pathologies chroniques.

En pratique, le médecin adresse les patients éligibles à l'IA, transmet les informations nécessaires à l'infirmier, et assure le suivi du patient. L'IA échange avec le médecin dans le cadre du suivi du patient, organise les rendez-vous avec le patient adressé, participe à l'éducation thérapeutique du patient et l'aide à être acteur de sa santé. Il réalise les actes infirmiers et peut prescrire certains examens complémentaires, et enfin saisit son activité sur le portail santé Asalée.

Le patient est lui aussi acteur du dispositif car il doit être volontaire pour les rendez-vous avec l'IA. Il se forme sur sa pathologie et prend en main son quotidien avec la maladie chronique.

### **Tâches de l'infirmier Asalée**

Les infirmiers interviennent dans le cadre d'un protocole autorisé par l'ARS, qui concernait quatre activités initialement (18) :

- Suivi des patients diabétiques de type 2 (incluant l'éducation thérapeutique, la rédaction et signature de prescriptions d'examens complémentaires, la prescription et réalisation technique des ECG, la prescription, réalisation et interprétation de l'examen au monofilament).
- Suivi du patient à risque cardio-vasculaire (incluant l'éducation thérapeutique, la prescription et la réalisation technique des ECG).
- Suivi du patient tabagique (incluant l'éducation thérapeutique, la prescription, réalisation et interprétation de la spirométrie).
- Consultation de repérage de trouble cognitifs et réalisation de tests de mémoire.

Une réflexion a été menée pour étendre le protocole à d'autres thématiques de suivi de patients : cancérologie, obésité, insuffisance cardiaque...

Actuellement, les missions des IA concernent également le dépistage et le suivi de la BPCO ainsi que la participation aux campagnes de dépistage des cancers colo-rectaux et des cancers du sein.

C'est la signature du protocole de coopération Asalée qui permet aux infirmiers de déroger à leurs conditions légales d'exercice pour réaliser les tâches indiquées ci-dessus en coopération avec les médecins généralistes qui se sont engagés dans ce protocole.

### **Modèle économique**

La rémunération des IA est intégralement prise en charge par l'association nationale Asalée : les infirmiers sont donc salariés de l'association.

Le dispositif Asalée est intégré à l'expérimentation de nouveaux modes de rémunération entre 2012 et 2014, puis l'arrêté du 12 janvier 2015 autorise le financement dérogatoire d'Asalée par l'Assurance Maladie. L'instruction du 29 avril 2015 publiée par le ministère de la santé présente l'évolution du déploiement du protocole de coopération ainsi que ses modalités d'organisation (19).

Le protocole Asalée a ainsi été évalué à plusieurs reprises par des études de grande ampleur pour continuer à bénéficier de ces financements, en particulier :

- L'évaluation médico-économique réalisée par l'IRDES entre mai 2007 et janvier 2008 de façon rétrospective, centrée sur les patients atteints de diabète de type 2 (qui représentaient environ un tiers de l'activité Asalée à ce moment-là), objective un meilleur équilibre glycémique chez les patients suivis dans le protocole par rapport au groupe témoin (Asalée est 2,8 fois plus efficace). De même, les examens complémentaires sont mieux suivis dans le groupe du protocole Asalée, et cela sans surcoût pour l'Assurance Maladie (plus d'examens complémentaires mais moins d'hospitalisations) (20).
- Une autre étude réalisée par l'IRDES nommée DAPHNEE, débutée en 2014, évalue l'expérimentation de coopération Asalée : une partie qualitative évalue d'une part le déploiement et l'organisation du dispositif Asalée et d'autre part les pratiques et interactions entre patients et professionnels, et une partie quantitative évalue le temps dégagé pour le généraliste ainsi que la qualité et les services rendus (21).

L'ARS soutient le déploiement du dispositif par une contractualisation avec l'association Asalée, avec un accent mis sur le développement du protocole dans les régions sous-dotées (18).

### **Salaire de l'infirmier Asalée**

De la même manière que les assistants médicaux, le salaire des IA est défini par les avenants de la convention collective des cabinets médicaux : avenant n° 76 relatif à la classification des emplois et des salaires ainsi que les avenants n° 80 et n° 87 relatifs aux salaires (14–16). Selon la fiche de poste de l'infirmier de santé publique Asalée, c'est le positionnement 13 qui correspond aux missions exercées : à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2022, cela correspond à une rémunération brute moyenne mensuelle de 2632,20 € pour les IDSP Asalée à l'entrée dans Asalée avec cinq ans d'ancienneté de Diplôme d'Etat.

Ce salaire est valorisé par deux types de primes (14) :

- Les primes exceptionnelles lorsque l'IA pratique des activités complémentaires ponctuelles, qui sont allouées le mois où l'activité est exercée ; ces primes varient de 5 % du montant du salaire de base à 8,75 % lorsque plusieurs activités sont réalisées. Il s'agit notamment de présentation à des instances (ex : ARS), de représentation d'Asalée (congrès, séminaire...), de travaux de recherche sur des protocoles, d'encadrement de stagiaires et d'étudiants. Ces primes sont prises en compte dans le calcul des retraites.
- Les primes transverses pérennes lorsque l'IA participe à des missions permanentes, qui valorisent significativement des personnes qui s'impliquent dans le management (ex : référent support recrutement compagnonnage, référent support réunions de secteur, référent support formation éducation thérapeutique, référent support groupe sevrage tabac, groupe activité physique, groupe règles hygiéno-diététiques, etc.). Ces primes s'associent à la création d'échelons correspondant à des formations universitaires diplômantes et sont donc calculées en fonction du niveau universitaire complémentaire de l'IDE (10 % sans diplôme, 15 % avec un diplôme universitaire, 20 % avec un master 1 ou 25 % avec un master 2 ou 30 % avec un doctorat ou un diplôme d'état d'IPA). Ces primes sont intégrées dans le calcul des retraites.

### 1.2.3 Descriptif du métier d'infirmier en pratique avancée (IPA)

#### Historique

C'est la loi de modernisation de notre système de santé (loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 (22)) qui pose le cadre de la « pratique avancée » pour les infirmiers.

Ce sont les avenants 7 et 9 de la convention nationale des infirmiers qui déterminent les modalités d'exercice de ces professionnels et la valorisation de cet exercice (23) ; les domaines d'intervention des IPA et leurs activités sont définis dans le code de la santé publique, en particulier avec l'arrêté d'activité de l'IPA de 2018 (24).

L'Assurance Maladie encourage le développement de ce nouveau métier en visant un double objectif : améliorer l'accès aux soins et la qualité du parcours du patient tout en réduisant la charge de travail des médecins sur les pathologies chroniques ciblées.

Les formations sont ouvertes depuis septembre 2018, les premiers IPA exercent donc depuis septembre 2020.

Les IPA sont susceptibles de travailler en hôpital comme en ambulatoire (mode d'exercice libéral ou salarié d'un établissement de santé). Ils collaborent avec toute une équipe de soins, coordonnée par un médecin généraliste ou d'une autre spécialité.

À titre d'exemple, il y avait en janvier 2023 quinze IPA exerçant en cabinet libéral dans la région Grand Est et il y aura fin 2023 plus de 220 IPA formés ou en cours de formation dans cette même région (répartis en IPA hospitaliers et IPA libéraux, avec actuellement une nette majorité d'IPA hospitaliers ou salariés d'une structure).

#### Description

Il s'agit d'infirmiers ayant au minimum trois ans d'expérience professionnelle qui réalisent deux années de formation supplémentaires pour obtenir un niveau de master. Cinq mentions de formation sont proposées (ex : oncologie et hémato-oncologie, urgences, psychiatrie et santé mentale, maladie rénale chronique, etc.).



La mention qui intéresse les IPA qui veulent collaborer avec les médecins généralistes est la suivante : « Pathologies chroniques stabilisées, prévention et polyopathologies courantes en soins primaires ». Elle concerne les pathologies suivantes : accident vasculaire cérébral, artériopathies chroniques, cardiopathies, maladie coronaire, diabètes de type 1 et de type 2, insuffisance respiratoire chronique, maladie d'Alzheimer et autres démences, maladie de Parkinson, et épilepsie.

Le rôle de l'IPA n'est pas de remplacer le médecin mais d'accompagner la prise en charge des patients complexes : éducation thérapeutique, visite à domicile avec appel en télémédecine si besoin, renouvellement d'ordonnances dans le cadre des pathologies qui appartiennent à son champ de compétences en accord avec le médecin, etc.

Le médecin (ou plutôt les médecins si l'IPA contractualise avec plusieurs médecins) peut confier les patients de son choix à l'IPA, tout en continuant à les voir sans restriction.

C'est le médecin qui adresse ses patients aux IPA, que ce soit pour un suivi ou de manière ponctuelle (bilan ou réalisation d'actes techniques spécifiques à l'IPA) ; libre à lui d'adresser ou non certains de ses patients à un IPA du secteur.

Il est à noter cependant que la loi Rist du 19 mai 2023 portant sur l'amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé permet un accès direct aux IPA qui exercent dans une maison ou un centre de santé (25). De plus, cette loi permet la primo-prescription par les IPA de certains produits ou prestations soumis à ordonnance (un décret doit paraître).

À l'issue d'un bilan ponctuel (qui comprend notamment une anamnèse, un examen du patient, la réalisation d'un ou plusieurs actes techniques le cas échéant, des mesures de prévention et d'éducation thérapeutique), un compte-rendu sera adressé au médecin ayant orienté le patient vers l'IPA.

### Tâches de l'infirmier en pratique avancée

L'IPA dispose de compétences élargies par rapport à celles de l'infirmier, définies par l'arrêté d'activité des IPA dans le code de la santé publique. Il peut notamment (26) :

- Conduire un entretien et réaliser un examen clinique.
- Réaliser des actes techniques sans prescription médicale et en interpréter les résultats pour les patients dont il assure le suivi.
- Demander des actes de suivi et de prévention pour les pathologies dont il assure le suivi.
- Prescrire, pour les pathologies dont il assure le suivi, des médicaments non soumis à prescription médicale obligatoire, des dispositifs médicaux ou des examens de biologie.
- Renouveler, en les adaptant si besoin, des prescriptions médicales pour les pathologies dont il assure le suivi.

Voici un exemple des prescriptions possibles par un IPA selon l'arrêté du 18 juillet 2018 (24) :

L'annexe I détermine la liste des actes techniques que l'IPA « est autorisé à effectuer sans prescription médicale et, le cas échéant, à en interpréter les résultats pour les pathologies dont il assure le suivi :

- Réalisation d'un débitmètre de pointe.
- Holter tensionnel, prélèvements de sang par ponction veineuse ou capillaire ou par cathéter veineux.
- Prélèvements de sang par ponction artérielle pour gazométrie.
- Prélèvements non sanglants effectués au niveau des téguments ou des muqueuses directement accessibles.
- Prélèvements et collecte de sécrétions et d'excrétions.
- Recueil aseptique des urines.
- Réalisation et surveillance de pansements spécifiques.
- Ablation du matériel de réparation cutanée.
- Pose de bandages de contention.
- Ablation des dispositifs d'immobilisation et de contention.

- Renouvellement et ablation des pansements médicamenteux, des systèmes de tamponnement et de drainage, à l'exception des drains pleuraux et médiastinaux.
- [...]
- Appareillage, irrigation et surveillance d'une plaie, d'une fistule ou d'une stomie ».

L'annexe II détermine la liste des actes de suivi et de prévention que l'IPA « est autorisé à demander, pour les pathologies dont il assure le suivi :

- [...] Mesure des pressions intravasculaires périphériques par méthode non effractive (Holter tensionnel, Tilt test). Explorations fonctionnelles de la respiration. Electro-encéphalographie. Examens d'imagerie nécessaires au suivi du patient.
- Échographie-doppler des troncs supra-carotidiens [...] ».

L'annexe III détermine la liste des dispositifs médicaux non soumis à prescription médicale que l'IPA est autorisé à prescrire :

- « Aide à la déambulation : cannes, béquilles, déambulateur, embouts de canne.
- Aide à la fonction respiratoire : débitmètre de pointe.
- Fauteuils roulants à propulsion manuelle de classe 1, à la location pour des durées inférieures à 3 mois.
- Prothèse capillaire.
- Prothèse mammaire externe ».

L'annexe IV détermine « la liste des examens de biologie médicale que l'infirmier exerçant en pratique avancée est autorisé à prescrire pour les pathologies dont il assure le suivi » et regroupe la plupart des demandes de prise de sang et d'urine de la pratique courante en médecine générale.

L'annexe V détermine la liste des prescriptions médicales que l'IPA « est autorisé à renouveler ou à adapter pour les pathologies dont il assure le suivi :

- Produits de santé en ce qui concerne les médicaments anti-cancéreux, le renouvellement ou l'adaptation de la prescription s'effectue dans le cadre d'une procédure écrite établie par le médecin.
- Actes infirmiers ».

### Modèle économique

L'IPA peut être salarié (par un médecin, par un hôpital, par un centre de santé, par l'association Asalée...) mais peut aussi travailler en libéral. Ce modèle économique libéral devient viable avec l'avenant 9 infirmier qui s'applique depuis le 23 mars 2023 (27), avec deux filières de rémunération (26) :

- Par patients suivis (signature d'un protocole d'organisation avec le médecin) : un forfait d'initiation de 60 € le 1<sup>er</sup> trimestre de suivi (PAI 6) puis une facturation trimestrielle de 50 € (il faut que le patient soit vu au moins une fois par trimestre pour en bénéficier, dont une fois en présentiel) (PAI 5).
- Par patients vus ponctuellement (demande ponctuelle du médecin) : possibilité de « bilan ponctuel » annuel de 45 minutes, valorisé à hauteur de 30 € et limité à un par an (PAI 3), et de quatre séances de soins IPA (maximum quatre par an), rémunérées 16 € par séance (PAI 1,6).

*	Départements métropolitains	Départements d'outre-mer et Mayotte
<b>Acte et majoration</b>		
PAI : code prestation pour prise en charge du patient pour des soins en pratique avancée	10 €	10,50 €
MIP : majoration liée à l'âge du patient (moins de 7 ans ou 80 ans et plus)	3,90 €	
<b>Forfaits</b>		
Forfait initiation du suivi	PAI 6	
Forfait de suivi	PAI 5	
Forfait bilan ponctuel IPA	PAI 3	
Forfait séance de soins ponctuelle IPA	PAI 1,6	
<b>Frais de déplacement</b>		
Indemnité forfaitaire de déplacement infirmier	IFI 1	IFI 1

\* Ce tableau est extrait du site de l'Assurance Maladie (26).

**Salaire de l'infirmier en pratique avancée**

Une aide financière est également prévue pour soutenir le démarrage de l'activité libérale des IPA, allant jusqu'à 40 000 € pour les IPA conventionnés qui s'installent dans certaines zones sous-dotées.

À titre de comparaison, un IPA hospitalier est rémunéré mensuellement entre 2 158 et 3 501 € brut (pour un IPA classe normale), et entre 2 682 et 3 705 € brut (pour un IPA classe supérieure) (28).

### **1.3 PROBLÉMATIQUE**

Dans un contexte de difficultés d'accès aux soins en France, de nouvelles professions émergent aux côtés du médecin généraliste. Elles ont pour but l'amélioration de l'offre de soins, par la délégation de certaines tâches habituellement accomplies par le médecin généraliste (accueil du patient ou suivi de patients, actes diagnostiques et thérapeutiques). Il s'agit des métiers d'infirmier Asalée qui existe depuis 2006, d'assistant médical créé en 2019 et enfin des premiers IPA arrivés en septembre 2020.

En 2023, des médecins généralistes collaborent désormais avec ces nouveaux acteurs de santé. Nous avons donc cherché à obtenir un retour d'expérience de ces médecins sur ces nouvelles professions.

L'objectif principal de la thèse est de recueillir l'avis de médecins généralistes ayant travaillé et n'ayant pas travaillé avec ces trois professions (IPA, IA, et AM), puis de rechercher d'éventuels freins à l'initiation de collaborations.

## II/ MATÉRIEL ET MÉTHODES

Nous avons procédé à une analyse qualitative sous forme d'entretiens puis à une analyse quantitative à l'aide d'un questionnaire.

### 2.1 MÉTHODOLOGIE DES ENTRETIENS

Afin de recueillir plus d'éléments sur notre problématique, il a été décidé de mener en premier lieu une étude qualitative par entretiens semi-dirigés. Les entretiens avaient pour objectif de mieux cerner le sujet de manière concrète et de pouvoir ainsi préciser l'élaboration du questionnaire.

Nous avons mené quatre entretiens avec des médecins collaborant avec chaque corps de métier : deux médecins collaborant avec des IPA, un médecin collaborant avec une AM et un médecin collaborant avec une IA et une AM.

Nous avons ensuite mené sept entretiens avec des collaborateurs : trois IPA, deux IA et deux AM.

Les collaborateurs n'étaient pas forcément ceux des médecins interrogés, en raison des difficultés rencontrés pour trouver des volontaires.

Quinze professionnels ont été identifiés par le bouche-à-oreille puis ont été contactés par mail ou appel téléphonique. Onze ont accepté de répondre aux entretiens et quatre ont refusé ou n'ont pas répondu.

Les entretiens semi-dirigés étaient réalisés grâce à un guide d'entretien disponible en annexe (cf annexe A2).

Les points essentiels abordés étaient la fonction exercée et les modalités d'exercice (zone d'exercice, structure d'exercice, organisation de la collaboration, temps de travail), les tâches effectuées par le professionnel, le modèle économique, les points positifs et négatifs du travail en collaboration et les perspectives d'amélioration. A noter que le guide a été adapté au fur et à mesure des entretiens suite à l'apprentissage de l'investigateur principal.

Les entretiens ont été menés tantôt en présentiel, tantôt en visioconférence. Ils ont été tous enregistrés, puis retranscrits au mot près. Nous avons extrait les résultats les plus pertinents des entretiens que nous avons

regroupés en catégories. Les avis exprimés par les participants ont été le plus souvent possible cités tels quels. Lorsque la citation n'était pas possible, nous avons résumé le plus fidèlement l'information.

Avant le début des entretiens, le consentement libre et éclairé des participants a été recueilli de manière orale et écrite. Avec l'accord des participants, nous avons anonymisé partiellement les entretiens.

## **2.2 MÉTHODOLOGIE DU QUESTIONNAIRE**

Nous avons élaboré notre questionnaire à la lumière des résultats obtenus dans les entretiens.

Le questionnaire comprenait des questions fermées et la possibilité de rédiger des commentaires libres sur certaines questions.

Les questions fermées analysaient pour tous les médecins la structure du cabinet (démographie, mode d'exercice, année et lieu d'installation, présence d'un secrétariat), l'emploi ou non d'assistant médical, d'infirmier Asalée, et/ou d'infirmier en pratique avancée.

Nous avons séparé certaines questions en fonction de la présence ou non d'une collaboration.

Concernant les médecins employant un collaborateur, le questionnaire explorait la satisfaction des médecins concernant cette collaboration, la volonté de poursuivre la collaboration si le financement était à la charge du médecin et les tâches confiées au collaborateur. En commentaire libre, ces médecins pouvaient expliquer pourquoi ils ne souhaitaient pas avoir des collaborateurs supplémentaires.

Concernant les médecins n'employant pas de personnel, le questionnaire explorait en commentaire libre la raison de l'absence de collaboration.

Enfin, tous les médecins étaient invités à exprimer en commentaires libres leur opinion sur le dispositif des IPA libéraux.

Le questionnaire était accompagné d'une fiche d'information concernant le métier d'IPA (annexe A8).

Le questionnaire a été diffusé par le fichier d'Espace Médecine. Espace Médecine est une association loi 1901. Son président est le Dr Claude Bronner. Espace Médecine Générale a été créé le 30 septembre 1990 à Strasbourg dans l'optique de gérer la participation des médecins généralistes aux réseaux de soins.



Pendant plusieurs années, l'association a joué ce rôle pour finir par n'être plus que le support d'un annuaire de médecins. Elle est actuellement dénommée Espace Médecine car son public mêle à la fois généralistes et spécialistes libéraux. Elle est composée des structures qui utilisent sa seule production actuelle : un annuaire de médecins. Le fichier d'Espace Médecine est un fichier des médecins libéraux mis à jour au fil de l'eau et à fond tous les 5 ans lors des élections professionnelles qui génèrent la publication des listes des médecins libéraux. Sa dernière date de mise à jour par les fichiers électoraux est le 31 octobre 2020. Cette mise à jour valide le statut libéral des médecins par les adresses professionnelles, spécialité, secteur d'exercice et téléphone que l'on trouve sur les listes fournies par l'assurance maladie et rendues publiques dans l'annuaire Ameli. L'Espace Médecine rajoute les téléphones portables et les adresses mails des médecins en respectant les règles RGPD (règlement général sur la protection des données) pour les professionnels qui sont contactés par des structures professionnelles. Ainsi, chaque structure qui utilise l'annuaire s'engage à gérer les désinscriptions à sa propre communication. Les structures utilisant actuellement Espace Médecine sont des associations de formation médicale continue (FMC Action et l'Association Fédérale pour la Formation des Médecins) et le syndicat Fédération des Médecins de France dans ses différentes composantes généralistes et spécialistes et la structure Open Rome.

Le questionnaire a aussi été diffusé via les Unions Régionales des Professionnels de Santé - Médecins Libéraux (URPS) Grand Est.

Nous avons envoyé une première fois le questionnaire à 21 422 médecins généralistes français le 26/04/2023, puis avons effectué deux relances entre mai et juin 2023.

Les réponses aux questions « fermées » du questionnaire ont été analysées via Excel (tableau et graphiques de statistiques et de pourcentages).

Les commentaires libres ont été classés selon leur contenu en différents mots-clés, puis ces mots-clés ont été analysés via Excel.

A noter que plusieurs mots-clés pouvaient être exprimés dans la même réponse et que nous avons intégré tous les mots-clés. Ainsi, le nombre de réponses par mots-clés peut être supérieur au nombre de médecins répondant.

Concernant l'avis sur la collaboration, les mots-clés désignés étaient :

- Avis négatif seulement
- Avis positif
- Avis accord conditionnel seulement
- Avis mixte (Positif, Négatif et/ou Accord conditionnel)
- Avis neutre.

L'avis « accord conditionnel seulement » signifie que les médecins interrogés seraient favorables à un travail en collaboration seulement sous certaines conditions (salariales, d'encadrement...). Ils seraient contre en dehors de ces conditions.

L'avis mixte signifie que les commentaires expriment au moins deux avis différents parmi les trois (positif, négatif et/ou accord conditionnel).

L'avis neutre signifie que le médecin a répondu à l'item sans donner son avis.

Nous avons comparé l'avis des médecins sur le dispositif IPA libéraux en fonction de différentes variables : lieu d'exercice, tranche d'âge, sexe et exercice en départements à faible densité de population.

Enfin, en guise d'illustration, nous avons sélectionné un échantillon de phrases marquantes des commentaires libres pour chaque catégorie d'avis. Nous les avons appelés « Cris du cœur ».

Cette étude n'impliquant pas la personne humaine, elle n'est pas soumise à la Loi Jardé. Notre étude ne se situe pas dans les finalités prévues à l'article R.1121-1 du Code de la Santé Publique. Il n'y a d'ailleurs aucune donnée personnelle collectée dans le cadre du projet. Dans ce contexte et conformément à la loi n°2021-300 du 5 mars 2021, elle n'a pas nécessité d'approbation par un comité d'éthique. Les réponses au questionnaire étaient anonymes.

### III/ RÉSULTATS

#### 3.1 RÉSULTATS CONCERNANT LES 11 ENTRETIENS

Voici les éléments qui ressortent des différents entretiens menés. Les entretiens complets figurent en annexe

A3.

##### 3.1.1 Entretiens avec deux assistantes

	P.	S. B.
<b>Formation</b>	IDE	IDE
<b>Fonction</b>	Assistante	Assistante
<b>Rural/ urbain</b>	Urbain	Urbain
<b>Type de structure</b>	Travaille pour un médecin uniquement	Travaille pour un médecin
<b>Temps plein/ partiel</b>	80 %	50 %
<b>Actes pratiqués</b>	Majoritairement tenue de dossiers avec mise à jour et réalisation des vaccinations ; statut vis-à-vis des dépistages systématiques (ADECA et ADEMAS) ; remise des tests ADECA ; secrétariat ; recueil de l'anamnèse du patient ; réalisation d'ECG	Majoritairement secrétariat et travail administratif (75 %) : appels téléphoniques, réponses aux mails, tenue des dossiers patients, encaissement et réalisation des feuilles de soins électroniques ; 25 % de réfections de pansements, d'ablations de fils ou d'agrafes, de vaccinations
<b>Libéral/salarié</b>	Salariée du médecin	Salariée du médecin
<b>Rémunération</b>	1450 € par mois net	Environ 700 € par mois net
<b>Points positifs</b>	Autre facette du métier d'infirmière ; meilleure collaboration avec le médecin ; formation par le médecin ; meilleure qualité de vie (notamment pour la vie de famille) ; pratique qui correspond mieux à ses valeurs par rapport à la pratique en EHPAD (très peu de temps pour le patient, etc.)	"Le médecin travaille plus sereinement et il peut voir plus de patients puisqu'il gagne du temps", "en général, les patients sont contents, on a beaucoup de remerciements", "C'est agréable d'entendre dire qu'on sert à quelque chose, que c'est apprécié et que notre présence est acceptée", "j'aime le contact [...] et travailler avec les patients, j'aime bien", "le fait de travailler avec mon mari [le médecin] j'aime bien aussi"
<b>Points négatifs</b>	Réalise beaucoup moins de soins et d'actes techniques	"Des choses que je n'aime pas je n'en vois pas"
<b>Temps de collaboration</b>	Tous les jours de manière informelle	Bilan en fin de journée (et si besoin de réponse rapide, "je peux le déranger"
<b>Perspectives</b>	Souhaite continuer la collaboration, éventuellement se former en éducation thérapeutique, éventuellement réaliser la formation IPA ; souhaiterait une meilleure formation pour les	"Peut-être qu'il [le médecin] pourrait me déléguer un peu plus de choses mais ça dépend aussi de la configuration des locaux", "ça serait bien que je puisse installer les personnes, les peser, prendre les constantes, la tension tout ça, mais les locaux ne s'y prêtent pas", dans le futur,

	<b>P.</b>	<b>S. B.</b>
	assistants médicaux et une meilleure réglementation (craint les dérives : cotation d'actes médicaux par les assistants, etc.)	attend de voir si d'autres modèles d'assistants médicaux émergent car aimerait pouvoir éviter de faire la formation d'assistante médicale qui lui prendrait du temps sur son temps de travail et qu'elle ne trouve pas utile, a appris "sur le tas"

### 3.1.2 Entretiens avec deux médecins qui emploient des assistantes

	<b>Dr C. R.</b>	<b>Dr M. B.</b>
<b>Rural/urbain</b>	Urbain	Urbain
<b>Type de structure</b>	Cabinet libéral avec deux associées	Cabinet libéral avec une collaboratrice
<b>Temps plein/partiel</b>	Temps plein	Temps plein
<b>Temps de travail/patients suivis</b>	Plus de 1300 patients (dont il est le médecin traitant)	Environ 890 patients (dont il est le médecin traitant)
<b>Libéral/ salarié</b>	Libéral	Libéral
<b>Points positifs</b>	"Complètement satisfait", "quand vous avez embauché la bonne personne, c'est une évidence", collaboration qui a "rajouté du temps patient", "fluidifié les consultations", "quotidien beaucoup plus confortable", "accueil des patients très positif", "histoire de feeling", "prévoir l'avenir pour coordonner notre activité avec les paramédicaux"	"À l'usage pour l'instant, je ne vois que des avantages", assistante "bien meilleure qualité de travail"
<b>Points négatifs</b>	Trouve que son assistante mériterait d'être mieux rémunérée (ce qui est difficilement possible), engagement total avec un salarié qui dépend du médecin, formation d'assistante qui lui prend beaucoup de temps sur son temps de travail et qui n'est pas optimale	"Ce qu'il me manque ici, ce sont les locaux"
<b>Temps de collaboration</b>	Tous les jours, de manière informelle	De manière informelle "quand on se croise, on en profite pour parler"
<b>Perspectives</b>	Poursuite de la collaboration, avec formation à l'éducation thérapeutique, formation à certains examens systématiques (comme l'examen du pied diabétique), poursuite de la tenue du dossier, etc.	"Pour l'assistante, je n'ai pas du tout envie de revenir en arrière tout comme pour l'infirmier", aimerait essayer le logiciel mis en place par Pulsy d'échanges de mails sécurisés entre différents acteurs de santé (kinésithérapeute, IDE, pharmaciens...), aimerait déléguer plus de tâches à son assistante : "on pourrait presque imaginer qu'elle fasse 75 % de médical et 25 % d'administratif et que derrière, on ait encore une secrétaire médicale qui elle ne fasse que de l'administratif. Pour cela, il faudrait certainement deux ou trois médecins en

	Dr C. R.	Dr M. B.
		plus pour financer l'emploi d'une secrétaire administrative pure."

### 3.1.3 Entretiens avec deux infirmiers Asalée

	D.	V. T.
<b>Formation</b>	IDE et marketing	Documentaliste puis industrie pharmaceutique puis IDE
<b>Fonction</b>	IDSP Asalée	IDSP Asalée
<b>Rural/ urbain</b>	Urbain	Urbain
<b>Type de structure</b>	20 % en cabinet pour deux médecins et 60 % en dispositif Asalée pour personnes précaires	60 % pour quatre médecins d'une MSP et 40 % pour l'association Asalée
<b>Temps plein/ partiel</b>	80 %	Temps plein
<b>Temps de travail/ patients suivis</b>	Consultations d'environ une heure au cabinet une demi-journée par semaine ; suivi d'une dizaine de patients en un mois	Une trentaine de patients en suivi régulier ainsi que des patients en consultation occasionnelle
<b>Actes pratiqués</b>	Éducation thérapeutique ; dépistage et suivi du diabète de type 2 et possibilité de prescrire certains examens ; suivi des patients à risques cardiovasculaires, prescription d'ECG ; dépistage de la BPCO et suivi du patient tabagique avec possibilité de réaliser des spirométries ; aide au sevrage tabagique ; évaluation des troubles cognitifs ; tests et repérage à domicile pour les patients ayant une altération cognitive ; participation collective au dépistage des cancers du sein et du côlon ; dépistage des maladies hépatiques	Suivi de pathologies chroniques avec éducation thérapeutique, coordination entre médecine de ville, hôpital et différents spécialistes, prescription de biologies, aide au sevrage tabagique, aide au rééquilibrage hygiéno-diététique ; visites à domicile possibles ; travail au sein de la CPTS pour améliorer certains dispositifs ou en créer de nouveaux
<b>Libéral/salarié</b>	Salarié d'Asalée	Salarié d'Asalée
<b>Rémunération</b>	N'a pas répondu à cette question	2400 € par mois net
<b>Points positifs</b>	"Patient placé en haut de la pyramide", "du temps pour le patient nous est accordé", "travailler avec les médecins avec des vrais échanges et du partage d'expérience avec des temps de concertation dédiés", "que du positif, cela doit dépendre du médecin avec qui on travaille", "si le médecin s'intéresse aussi, cela ne peut être qu'opérationnel"	Aspect multi dimensionnel et humain du travail, "liberté d'exercice", "travail plus en profondeur, plus en accord avec mes valeurs", pouvoir "prendre du temps avec le patient, être plus proche du patient"
<b>Points négatifs</b>	Pas d'inconvénient rapporté	Parfois difficile d'avoir suffisamment d'interactions avec les médecins

	D.	V. T.
<b>Temps de collaboration</b>	Réunion d'un quart d'heure toutes les semaines ou toutes les deux semaines	Réunion d'une demi-heure à une heure toutes les deux semaines et temps informels
<b>Perspectives</b>	Voudrait poursuivre la collaboration, aimerait avoir l'opportunité de faire des formations supplémentaires et que le médecin les réalise également	Aimerait améliorer l'interaction avec les médecins, aimerait que les médecins participent à des binômes de formation infirmier/médecin, éventuellement changer de cabinet ou faire de la médiation en santé mais continuer à travailler au sein de l'association Asalée

### 3.1.4 Entretien avec un médecin qui travaille avec un infirmier Asalée

	Dr M. B.
<b>Rural/urbain</b>	Urbain
<b>Type de structure</b>	Cabinet libéral avec une collaboratrice
<b>Temps plein/partiel</b>	Temps plein
<b>Temps de travail/patients suivis</b>	Environ 890 patients (dont il est le médecin traitant)
<b>Libéral/salarié</b>	Libéral
<b>Points positifs</b>	"À l'usage pour l'instant, je ne vois que des avantages", infirmier Asalée "forcément un plus pour le patient"
<b>Points négatifs</b>	"Ce qu'il me manque ici, ce sont les locaux"
<b>Temps de collaboration</b>	De manière informelle : "quand on se croise, on en profite pour parler"
<b>Perspectives</b>	"Pour l'assistante, je n'ai pas du tout envie de revenir en arrière tout comme pour l'infirmier. " ; aimerait essayer le logiciel mis en place par Pulsy d'échanges de mails sécurisés entre différents acteurs de santé (kiné, IDE, pharmaciens...)

### 3.1.5 Entretiens avec trois infirmiers en pratique avancée

Nous avons choisi de séparer IPA salariés et IPA libéral car nous n'avons pas retrouvé les mêmes problématiques pour ces deux profils.

#### Entretiens avec deux IPA salariés

	M. W.	A. V.
<b>Formation</b>	IDE puis puéricultrice puis IDE libérale	IDE en clinique privée puis libérale puis IDE Asalée
<b>Fonction</b>	Employée comme assistante médicale mais travail d'IPA (avec accord de l'ARS)	IPA Asalée

	<b>M. W.</b>	<b>A. V.</b>
<b>Rural/ urbain</b>	Rural	Urbain
<b>Type de structure</b>	Travaille pour un médecin uniquement	8 médecins de deux MSP différentes
<b>Temps plein/ partiel</b>	Mi-temps	Temps plein
<b>Temps de travail/ patients suivis</b>	Environ une heure par patient	Environ 60 patients en un trimestre
<b>Actes pratiqués</b>	Travail d'IPA : réalisation d'ordonnances (avec signature du médecin car est encore assistante sur le papier), visites à domicile, tenue des dossiers, gestes infirmiers, éducation thérapeutique, etc. A ses propres consultations (la première fois, le patient est adressé par le médecin)	Consultations de suivi et/ou parcours coordonné, visites à domicile, renouvellement d'ordonnance (avec adaptation des posologies dans le cadre de 12 pathologies), expertise plaies, coordination de parcours de soins complexes, formations, montage de projets de recherche
<b>Libéral/salarié</b>	Salariée du médecin	Salariée d'Asalée
<b>Rémunération</b>	1500 € par mois net	2900 € par mois net
<b>Points positifs</b>	"Satisfaction de faire quelque chose pour les gens", "avoir du raisonnement, mettre en relation l'examen clinique et les symptômes", "je ne suis pas une simple exécutante" ; "partenariat, collaboration, travail d'équipe", "vraiment une bonne collaboration avec le Dr R.", "amener les gens à ce qu'ils prennent soin d'eux et soient acteurs de leur santé", "J'aime ce que je fais actuellement, je trouve qu'on a vraiment une plus-value et je vois les patients qui sont vraiment contents"	"J'adore mon métier", "collaboration horizontale avec les médecins, on a tous confiance les uns envers les autres", "travailler avec des gens militants, motivés, altruistes", "toutes les dimensions de mon métier je peux les faire"
<b>Points négatifs</b>	Beaucoup de dénigrement par les nouveaux médecins sur les groupes réseaux sociaux, essaye "de ne pas être parasitée par tout ce qui se passe autour", "insécurité au niveau économique" du modèle libéral des IPA	Pas d'inconvénient rapporté
<b>Temps de collaboration</b>	Partage des mêmes locaux donc quotidiennement de manière informelle, quand le besoin s'en fait sentir	Repas ensemble le midi, messagerie sécurisée, SMS, appels
<b>Perspectives</b>	"Vraiment être formée correctement à toutes les pathologies", "être au top pour répondre à toutes les questions", "faire de la coordination" en développant un partenariat avec un endocrinologue pour les patients diabétiques déséquilibrés dans le cadre d'une équipe de soins	Apprendre à gérer de nouvelles compétences, apprendre à gérer la collaboration avec huit médecins différents, harmoniser les pratiques, etc.

	M. W.	A. V.
	primaires, se former en réalisation d'épreuves fonctionnelles respiratoires	

### Entretien avec un IPA libéral

	T. O.
<b>Formation</b>	IDE en réanimation puis en libéral puis en HAD
<b>Fonction</b>	IPA libéral
<b>Rural/ urbain</b>	Urbain et semi-rural
<b>Type de structure</b>	3 jours par semaine dans un cabinet de cardiologie et un centre de réadaptation cardiaque et 2 jours par semaine en collaboration avec deux médecins généralistes d'une maison de santé
<b>Temps plein/ partiel</b>	Temps plein
<b>Temps de travail/ patients suivis</b>	Première consultation d'environ une heure ; consultation de suivi d'environ 45 minutes ; visites à domicile d'environ 1h15
<b>Actes pratiqués</b>	En réadaptation cardiaque : consultation avec interrogatoire, examen clinique, évaluation des facteurs de risque, vérification à l'éligibilité et explication du parcours de soins, titration des traitements, coordination avec le cardiologue et le médecin traitant En médecine générale : consultations au cabinet, en visites à domicile et en EHPAD avec interrogatoire, examen clinique, éducation thérapeutique, prévention, adaptation des traitements, demande d'examens complémentaires
<b>Libéral/ salarié</b>	Libéral
<b>Rémunération</b>	Entre 1500 et 2000 € par mois net actuellement
<b>Points positifs</b>	"L'avantage est quand même d'avoir des possibilités pour l'infirmier [...], c'est un nouveau métier", "reconnaissance de la profession", "c'est aussi de pouvoir mettre en valeur nos compétences, nos actes, de pouvoir collaborer plus directement avec le médecin", "pouvoir améliorer le suivi du patient en collaborant avec le plus d'acteurs possible", "pouvoir prendre le temps avec le patient", "l'éducation, parce que souvent le patient n'a pas entendu ou compris son diagnostic", "c'est de prendre en charge globalement le patient"
<b>Points négatifs</b>	"Financièrement à l'heure actuelle le modèle économique est une catastrophe. Pendant très très longtemps je n'ai pas du tout pu vivre de mon activité donc j'ai dû reprendre six mois en tant qu'infirmier en CDD la première année [...], je pensais que mon activité allait peut-être démarrer un peu mieux mais en fait ça a pris énormément de temps. À l'heure actuelle ça va mieux mais il y a quand même beaucoup de frais annexes, autant les frais de la structure que les charges. Donc ce n'est pas encore très bien à l'heure actuelle [...]. C'est du stress [...]. Je savais que j'allais essayer les plâtres, mais j'en ai franchement bavé.", défiance par rapport aux IPA : "clairement ce qui à l'heure actuelle est compliqué, c'est l'adressage des patients qui n'est encore pas suffisant pour qu'on puisse en vivre parce qu'il y a un problème de communication, la plupart des médecins qui sont contre n'ont sûrement pas compris l'intérêt que ça peut avoir parce qu'il y a une mauvaise communication au travers des réseaux, une mauvaise



	<b>T. O.</b>
	communication de la part des médecins et une mauvaise communication de la part des infirmiers"
<b>Temps de collaboration</b>	"Ce n'est pas forcément simple", "les médecins n'ont vraiment pas beaucoup de temps", "à l'heure actuelle on n'a pas vraiment de temps dédié pour les échanges. C'est souvent de manière informelle, par écrit, oralement, quand je vois les [médecins]", "ce n'est pas en deux années d'études supplémentaires que j'ai prétention à tout savoir", "j'ai soif d'apprendre de leur expérience", "c'est quand même un besoin aussi au début quand on démarre de pouvoir échanger parce que justement on n'est pas médecin et quand on a un doute sur quelque chose l'idée est de pouvoir alerter, pour leur dire « il y a quelque chose qui me pose question. Qu'est-ce que tu en penses ? Est-ce qu'on va au-delà ? Est-ce qu'on fait des examens complémentaires par rapport à ça ? ", en médecine générale "je fais des transmissions sur Doctolib le logiciel médical"
<b>Perspectives</b>	DU de diabétologie en cours, "La problématique, au-delà du modèle économique et du forfait, c'est surtout que les médecins jouent le jeu, envoient les patients et soient convaincus, et à l'heure actuelle ce n'est pas aussi simple que ça", "C'est un travail de longue haleine et de tous les jours, et je pense que cette communication passe surtout par l'expérience sur le terrain. Beaucoup de médecins généralistes n'étaient pas convaincus et l'ont été parce que leurs collègues ont travaillé avec un IPA et ils se sont dit : « Pourquoi pas, ça n'a pas l'air déconnant. Mon collègue dit que ça lui apporte beaucoup de choses pour lui, pour ses patients, et bien je vais essayer ». La plupart, en tout cas de ce que j'imagine, de ce que j'en ai entendu, ont été convaincus par la suite. Il y a des médecins qui ne seront jamais d'accord, qui ne vont pas être pour, qui ne vont pas chercher plus loin, mais ce n'est pas grave on ne demande pas que tous les médecins soient absolument favorables aux IPA. Il y en a qui ne veulent pas l'être et c'est comme pour beaucoup de choses donc il faut travailler avec ceux qui ont envie, qui sont curieux, qui ont envie d'améliorer le suivi des patients, qui ont envie justement de mettre en avant cette collaboration qui à mon sens est un gros gros avantage pour le patient."

### 3.1.6 Entretiens avec deux médecins qui travaillent avec des infirmiers en pratique avancée

	<b>Dr F. R.</b>	<b>Dr A. O.</b>
<b>Rural/urbain</b>	Rural	Semi-rural
<b>Type de structure</b>	Cabinet de groupe	Maison de santé pluridisciplinaire avec six médecins généralistes
<b>Temps plein/partiel</b>	Temps plein	Mi-temps
<b>Temps de travail/patients suivis</b>	Environ 1200 patients dont il est le médecin traitant	1361 patients (dont elle est médecin traitant)
<b>Libéral/salarié</b>	Libéral	Libéral
<b>Points positifs</b>	"J'ai vu un réel intérêt[...], mes patients chroniques vont être archi bien suivis et moi je vais pouvoir dégager un peu de temps pour accueillir des demandes de soins non programmés et des demandes urgentes", "zone sous tension", "j'ai accueilli de nouveaux patients en médecin	"Le bénéfice, c'est vraiment en particulier pour les personnes âgées parce qu'on a parfois un peu facilement tendance à renouveler et à ne pas trop réfléchir sur le pourquoi des choses, lui il reprend vraiment les choses", a pu accepter des nouveaux patients en EHPAD grâce à l'intervention

	<b>Dr F. R.</b>	<b>Dr A. O.</b>
	traitant", "gain de temps", "je peux prendre plus de créneaux d'urgence car j'ai moins de visites", "je lui fais vraiment complètement confiance", "même au niveau coordination [...] il y a des tas de trucs notamment dans toutes les structures gériatriques où elle est vachement plus performante que moi", "réellement les patients chroniques sont bien mieux suivis "	conjointe de l'IPA en visites à domicile, "l'intérêt c'est aussi de ne pas forcément revoir les patients tout le temps et il y a une routine qui s'installe et là ça permet aux gens de voir quelqu'un d'autre, d'avoir une autre vision des choses, ça permet de prendre des patients en plus qui en ont vraiment besoin et d'autres qui en ont moins besoin on peut déléguer ces tâches là à un IPA. Il peut faire la prévention et ça c'est vraiment vraiment important parce qu'on n'en fait pas assez."
<b>Points négatifs</b>	"Un de mes regrets c'est qu'il faudrait que je me trouve encore plus de temps pour pouvoir échanger avec elle"	"Globalement les médecins sont très réticents et très frileux à collaborer avec un IPA je pense", "quand même un petit peu chronophage pour l'instant", "je me sens responsable de lui trouver des patients", "il faut évidemment avoir aussi l'accord du patient ce qui n'est pas évident", "ça demande aussi encore une fois beaucoup d'explications et de travail de persuasion", "peut-être aussi un peu le frein de certains patients qui veulent venir pour un renouvellement d'ordonnance et quand on prend plus de temps, ils n'apprécient pas forcément"
<b>Temps de collaboration</b>	Réunion informelle de 5 à 10 minutes tous les jours	Partage du même logiciel avec accès aux dossiers, transmissions orales, messages, Doctolib Team
<b>Perspectives</b>	"J'espère bien qu'une fois que M. se sera constitué une patientèle de gens à suivre, elle pourra s'installer et on pourra travailler elle en tant qu'IPA libérale et moi en tant que médecin généraliste et du coup elle se financera elle-même", "j'aimerais que la rémunération des IPA libérales évolue"	"Je ne sais pas comment les choses vont évoluer... On a un groupe WhatsApp avec tous les médecins qui communiquent et il y a quand même beaucoup de négatif [...], [l'IPA] fait un DU de diabète, et ça c'est vraiment un sujet qui est très important et on pourrait faire peut-être plus d'éducation thérapeutique, regrouper des patients... Il a d'autres idées là-dessus. Là on est en train de former notre secrétaire comme assistante médicale, elle pourra faire des choses comme des ECG sans les interpréter. Il y aura là une délégation de tâches qui sera quand même intéressante aussi [...]. Ça demande à être développé et à ce que les gens soient convaincus et ce n'est pas forcément encore très clair"

## **3.2 RÉSULTATS CONCERNANT LE QUESTIONNAIRE**

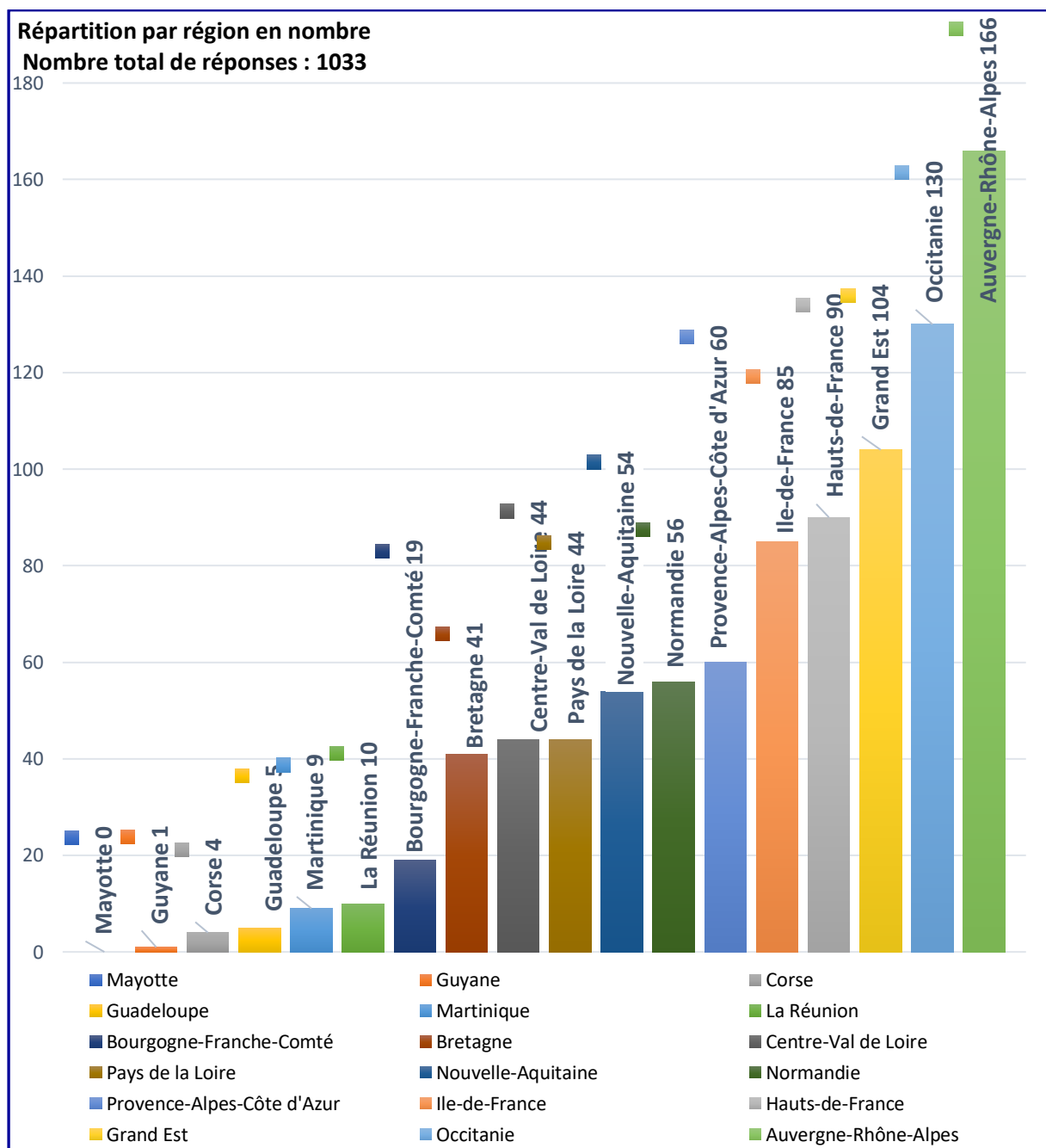
### **3.2.1 Présentation des répondants**

Il y eu 1032 répondants au questionnaire. Le calcul de la représentativité de cet échantillon de médecins généralistes libéraux français est détaillé en annexe A4.

#### **Âge et sexe**

L'âge moyen des médecins interrogés est de 48 ans, et l'âge médian de 48 ans. Il n'y a pas de différence significative entre le nombre d'hommes et de femmes ayant répondu au questionnaire (cf annexe A9.1).

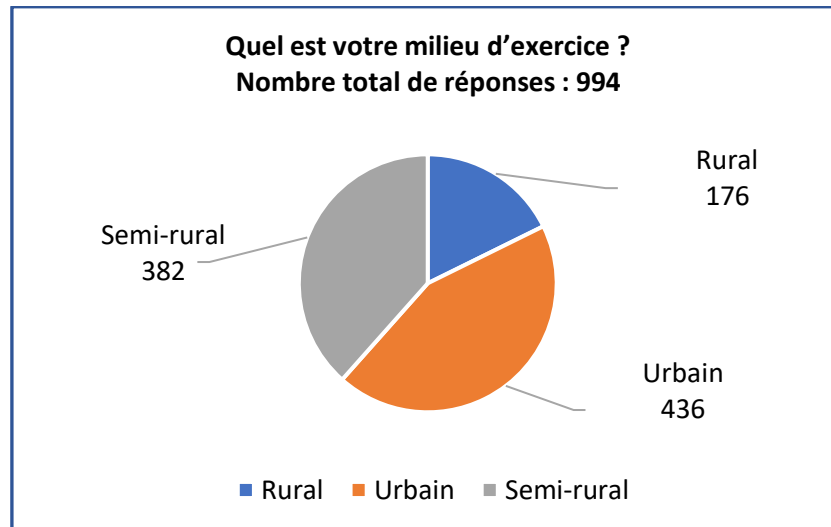
## Région d'exercice



**Figure 1 : Répartition par région en nombre**

Les réponses proviennent en majorité des régions les plus peuplées.

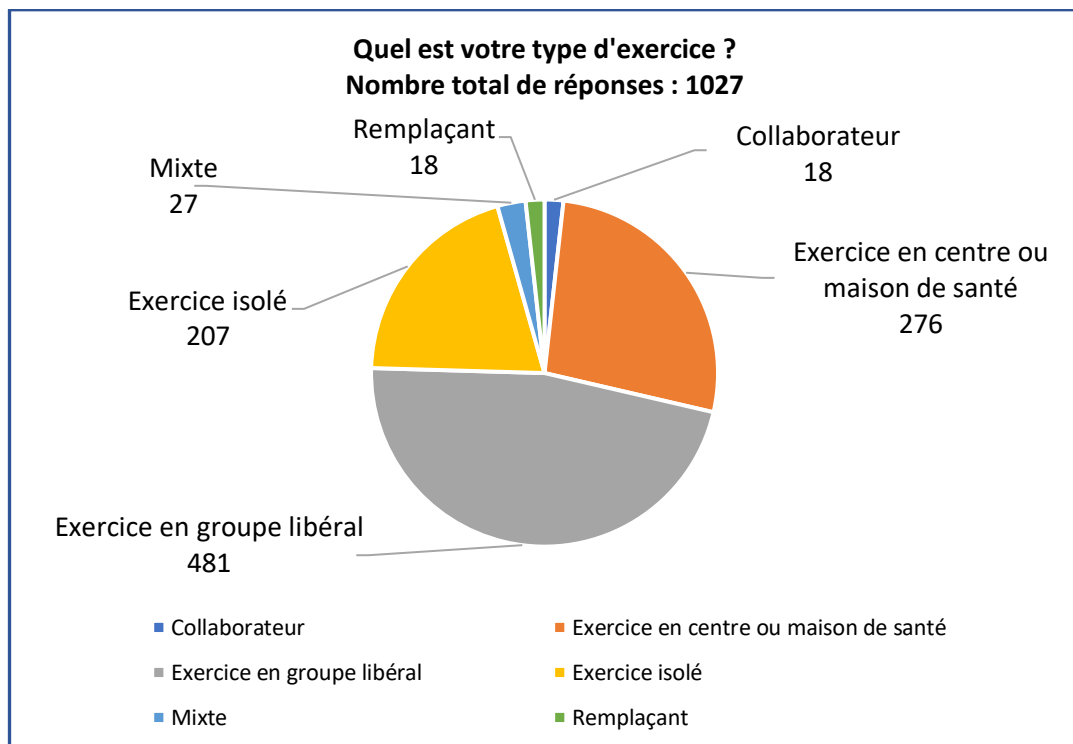
### Milieu d'exercice



**Figure 2 : Quel est votre milieu d'exercice ?**

La majorité des médecins ayant répondu au questionnaire exerce en milieu urbain ou semi-rural.

### Type d'exercice



**Figure 3 : Quel est votre type d'exercice ?**

La majorité des médecins ayant répondu au questionnaire exerce en groupe libéral ou en MSP.

La plupart n'exercent pas seuls (cf annexe A9.1).

### 3.2.2 Secrétariat

Type de secrétariat	
Secrétariat présentiel	599
Secrétariat distanciel	466
Secrétariat présentiel et distanciel	163
Pas de secrétariat	130

La plupart des médecins travaillent avec un secrétariat. La part de secrétariat présentiel est majoritaire mais il ne faut pas méconnaître qu'une partie des médecins travaille à la fois avec un secrétariat présentiel et un secrétariat distanciel.

Le détail du temps de travail du secrétariat est détaillé en annexe A9.2.

### 3.2.3 Personnel

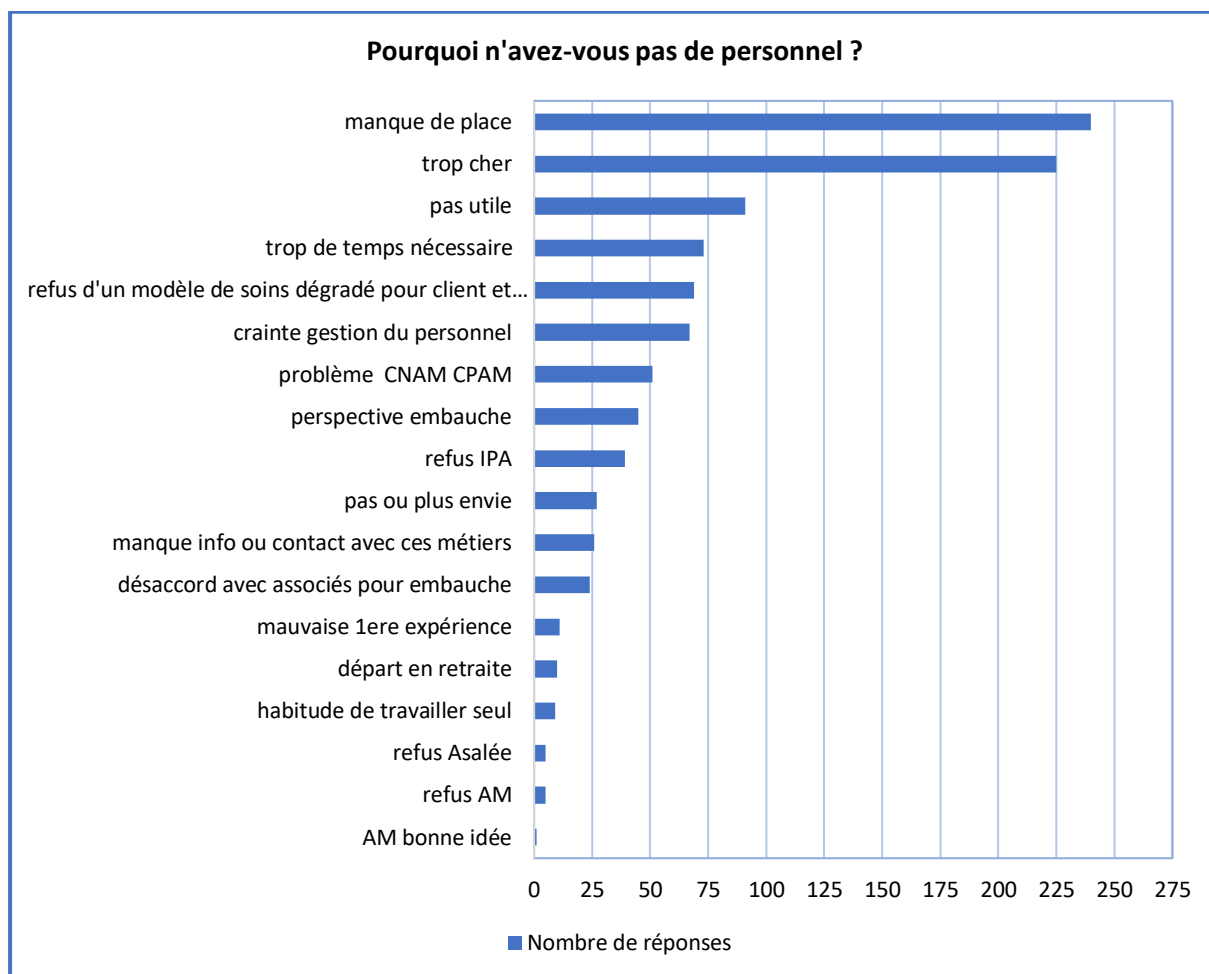
#### Présence de personnel (AM, IPA, IA ou autre)

Y a-t-il du personnel (AM, IPA, IA ou autre) dans votre structure ?	
Absence de personnel	609
Présence de personnel	423

Quel est le type de ce personnel ?	Nombre
Infirmier Asalée	293
Assistant médical	178
Infirmier en Pratique Avancée	71
Autre	43
Total (pour 423 médecins)	585

Parmi les médecins répondant, 423 travaillent avec du personnel. On constate que certains répondants travaillent avec plusieurs personnes car les 423 médecins généralistes concernés travaillent avec 585 personnes.

## Raisons évoquées concernant l'absence de travail avec du personnel



**Figure 4 : Pourquoi n'avez-vous pas de personnel ?**

On note une forte proportion de réponses à cette question ouverte (réponse en commentaire libre).

Sur les 609 médecins concernés, 581 ont rédigé une réponse soit 95%.

Il est à noter que les médecins répondant ont rédigé des réponses assez longues, en avançant souvent plusieurs arguments. Nous avons répertorié 1018 arguments.

Les deux arguments majoritaires sont d'ordre matériel : « manque de place » et « trop cher ». Ils représentent 45,7% des arguments répertoriés. D'autres explications données relèvent de conflits de valeurs des médecins généralistes : « pas utile » (91 répondants), « refus d'un modèle de soins dégradé » (69 répondants), « refus IPA » (39 répondants), « pas ou plus envie » (27 répondants), etc.

La crainte de la gestion du personnel est aussi présente : « trop de temps nécessaire » (73 répondants),

« crainte de gestion du personnel » (67 répondants), « perspective d'embauche » (45 répondants), « désaccord avec associés pour embauche » (24 répondants). Viennent ensuite les difficultés administratives : « problème CPAM » (51 répondants). Enfin, notons comme dernier argument le manque d'information (26 répondants).

### 3.2.4 Assistant médical

Sur les 1032 médecins répondant au questionnaire, 178 d'entre eux travaillent avec un assistant médical.

#### Formation des assistants médicaux

Quelle est la formation de votre assistant médical ?	
Aide-soignant	25
Infirmier diplômé d'État	27
Secrétaire	88
Autre	37
Total (pour 178 assistants médicaux)	177

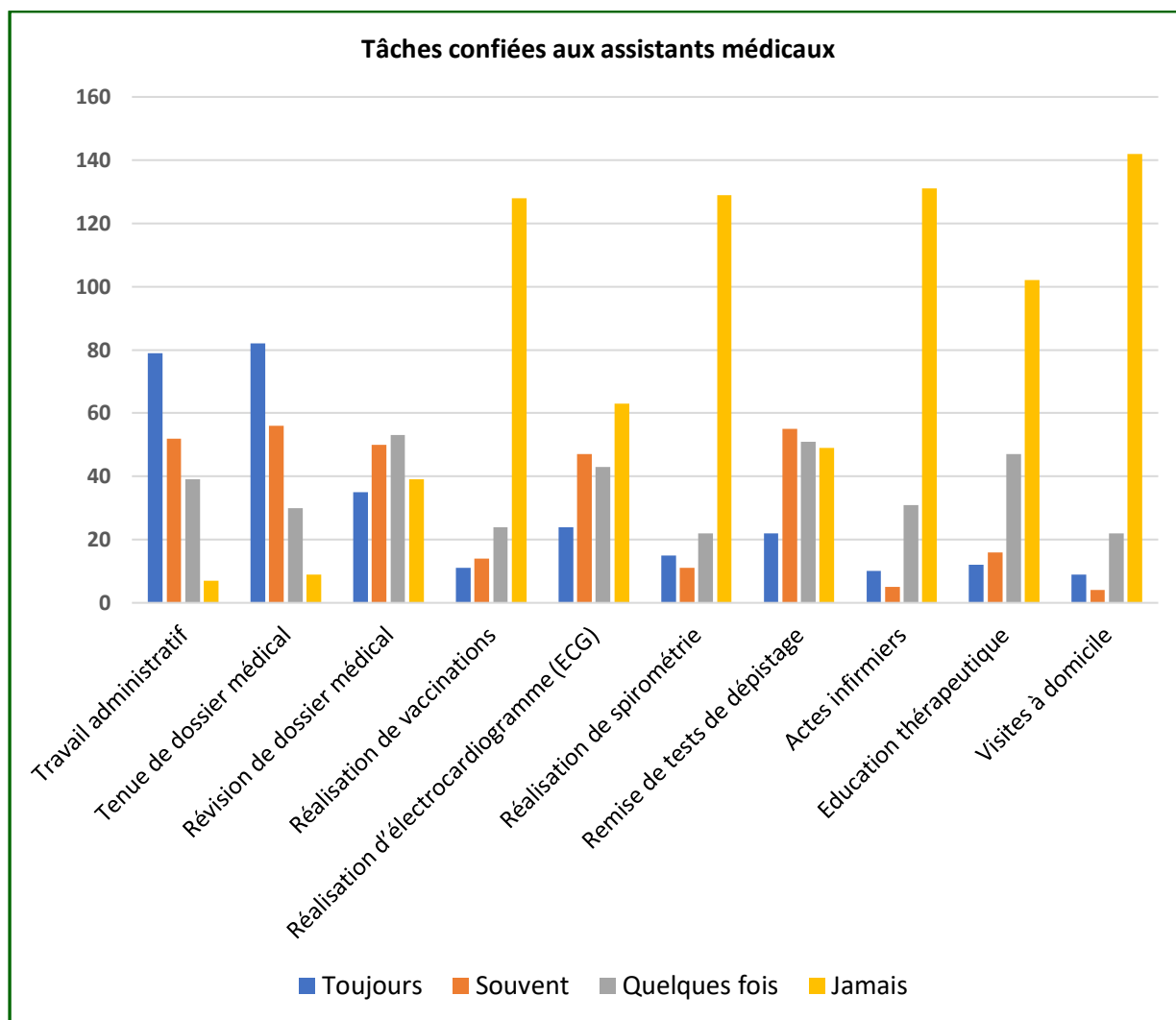
La plupart des assistants ont une formation de secrétaire (49 %), d'IDE (15 %) ou d'aide-soignant (14 %).

#### Temps de travail des assistants médicaux

La plupart des assistants médicaux travaillent à temps plein (50 %) ou à mi-temps (23 %). La plupart des assistants médicaux ne travaillent que pour un médecin (57 %).



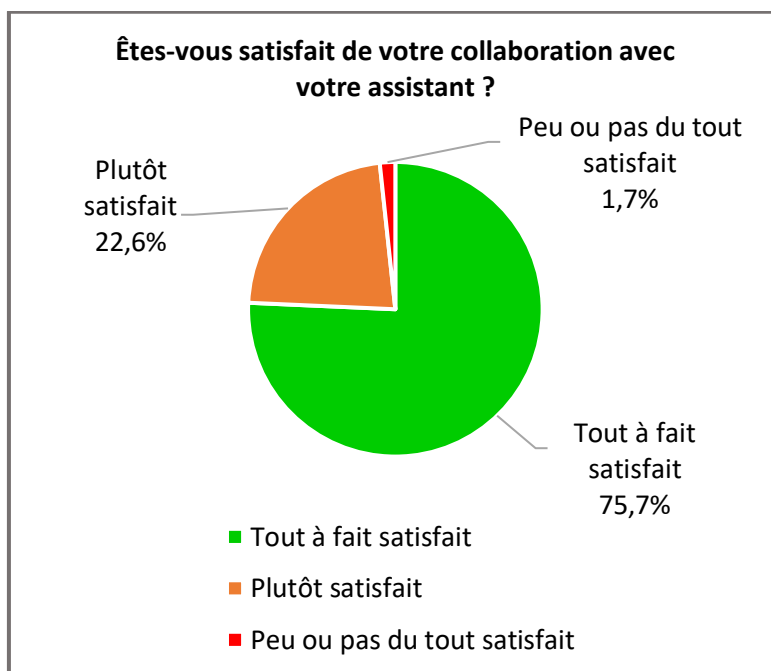
### Tâches confiées aux assistants médicaux



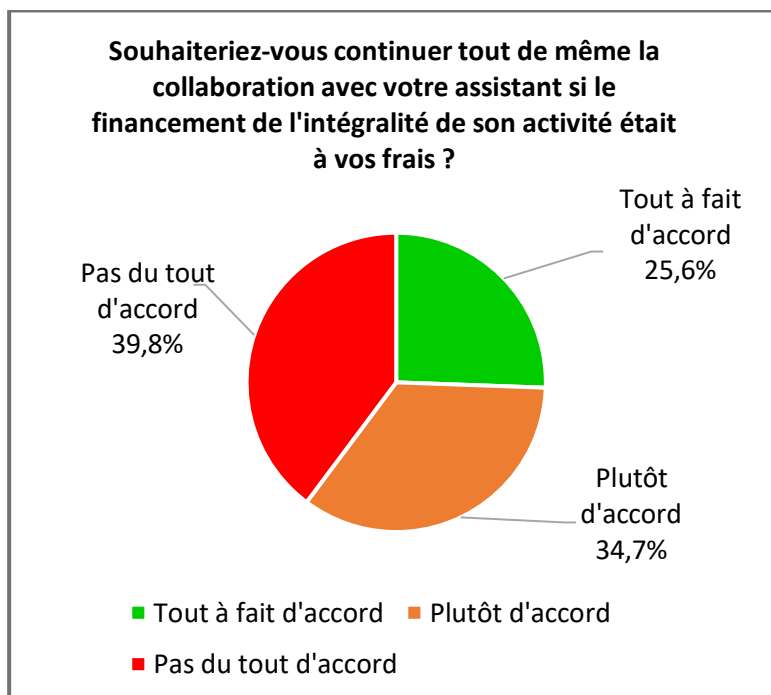
**Figure 5 : Tâches confiées aux assistants médicaux**

On constate que le travail confié est majoritairement administratif. Les autres tâches confiées peuvent être la réalisation d'ECG ou de spirométries, l'éducation thérapeutique ou encore les visites à domicile.

## Satisfaction des médecins généralistes concernant leur travail avec les assistants médicaux



**Figure 6 : Êtes-vous satisfait de votre collaboration avec votre assistant ?**



**Figure 7 : Souhaiteriez-vous continuer tout de même la collaboration avec votre assistant si le financement de l'intégralité de son activité était à vos frais ?**

La satisfaction des médecins est élevée (98,3 % des répondants s'estiment tout à fait ou plutôt satisfaits). Ils seraient 60,3 % à être tout à fait ou plutôt d'accord de financer eux-mêmes l'intégralité de l'activité de leur assistant médical.

### 3.2.5 Infirmier en pratique avancée

Sur les 1032 médecins répondant au questionnaire, 71 travaillent avec un infirmier en pratique avancée.

#### Temps de travail des IPA

Le temps de travail de l'IPA par médecin généraliste est en moyenne de 0,2 ETP (cf annexe A9.5). La plupart des IPA travaillent avec plusieurs médecins. En effet, 14 médecins travaillent seuls avec leur IPA alors que 51 médecins partagent leur IPA avec 1 à 7 collègues.

#### Employeurs des IPA

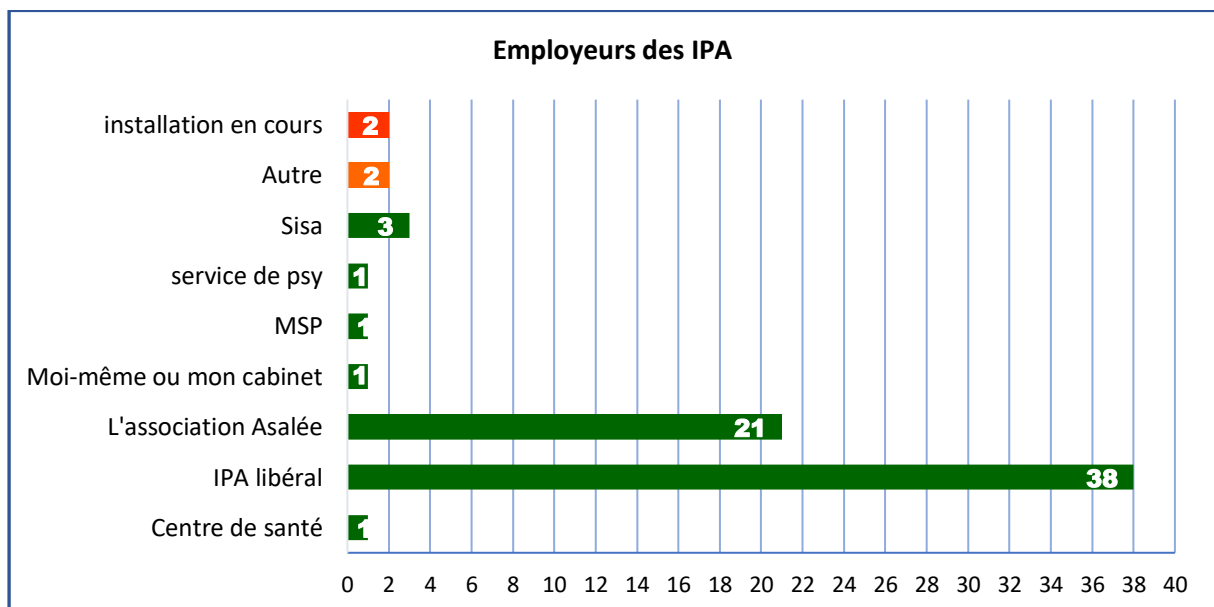
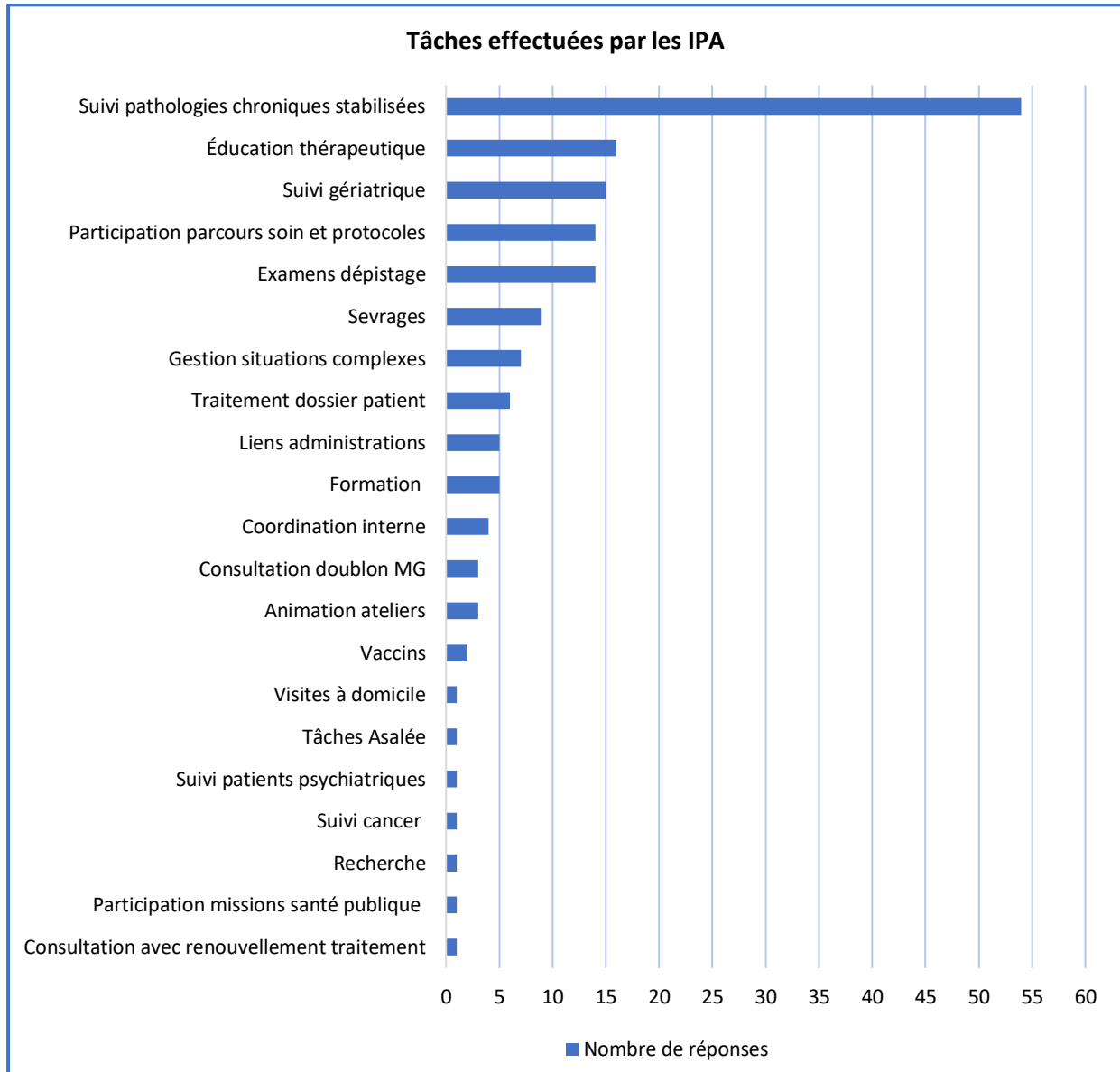


Figure 8 : Employeurs des IPA

On constate que la majorité des IPA qui travaillent avec des médecins généralistes sont des IPA libéraux. Il existe aussi une forte proportion d'IPA salariés par l'association Asalée et quelques IPA salariés par différentes structures (MSP, SISA, etc.).

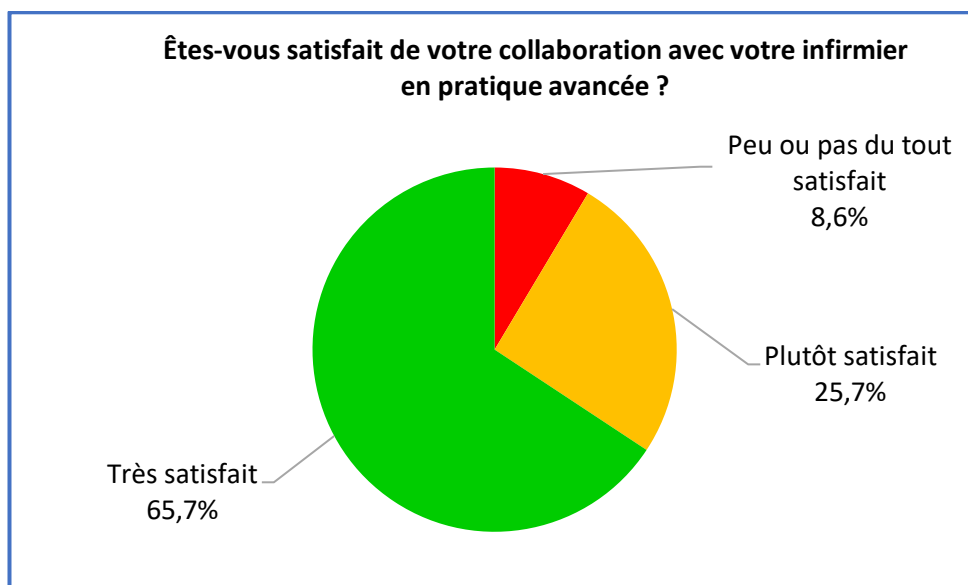
### Tâches effectuées par les IPA



**Figure 9 : Tâches effectuées par les IPA**

Nous avons obtenu 168 réponses sous forme de commentaires libres (certains des 71 médecins ont rempli plusieurs tâches pour leur IPA). La tâche principale rapportée est le suivi de pathologies chroniques stabilisées.

### Satisfaction des médecins généralistes concernant leur travail avec les IPA



**Figure 10 : Êtes-vous satisfait de votre collaboration avec votre infirmier en pratique avancée ?**

La satisfaction des médecins est élevée (91,4 % des répondants s'estiment plutôt ou très satisfaits de leur collaboration avec leur IPA).

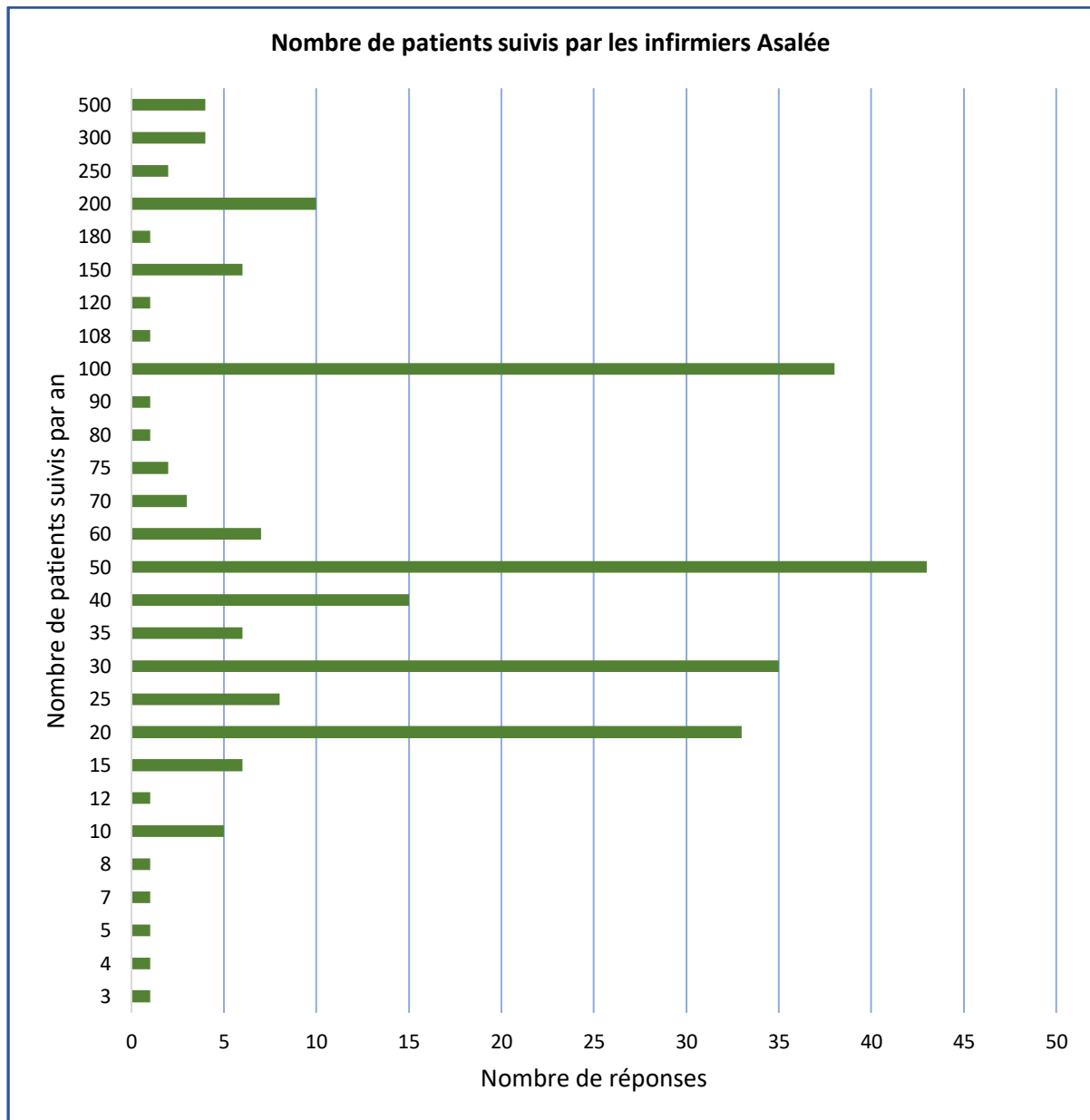
### 3.2.6 Infirmier Asalée

Sur les 1032 médecins répondant au questionnaire, 293 d'entre eux travaillent avec un infirmier Asalée.

#### Temps de travail des infirmiers Asalée

Cette donnée concerne le temps de travail des infirmiers Asalée par cabinet. Ils travaillent à temps plein dans 27 % des cas et à mi-temps dans 18 % des cas. Dans 28 % des cas, les IA travaillent moins qu'un mi-temps par cabinet (cf annexe A9.6).

### Nombre de patients suivis par les infirmiers Asalée

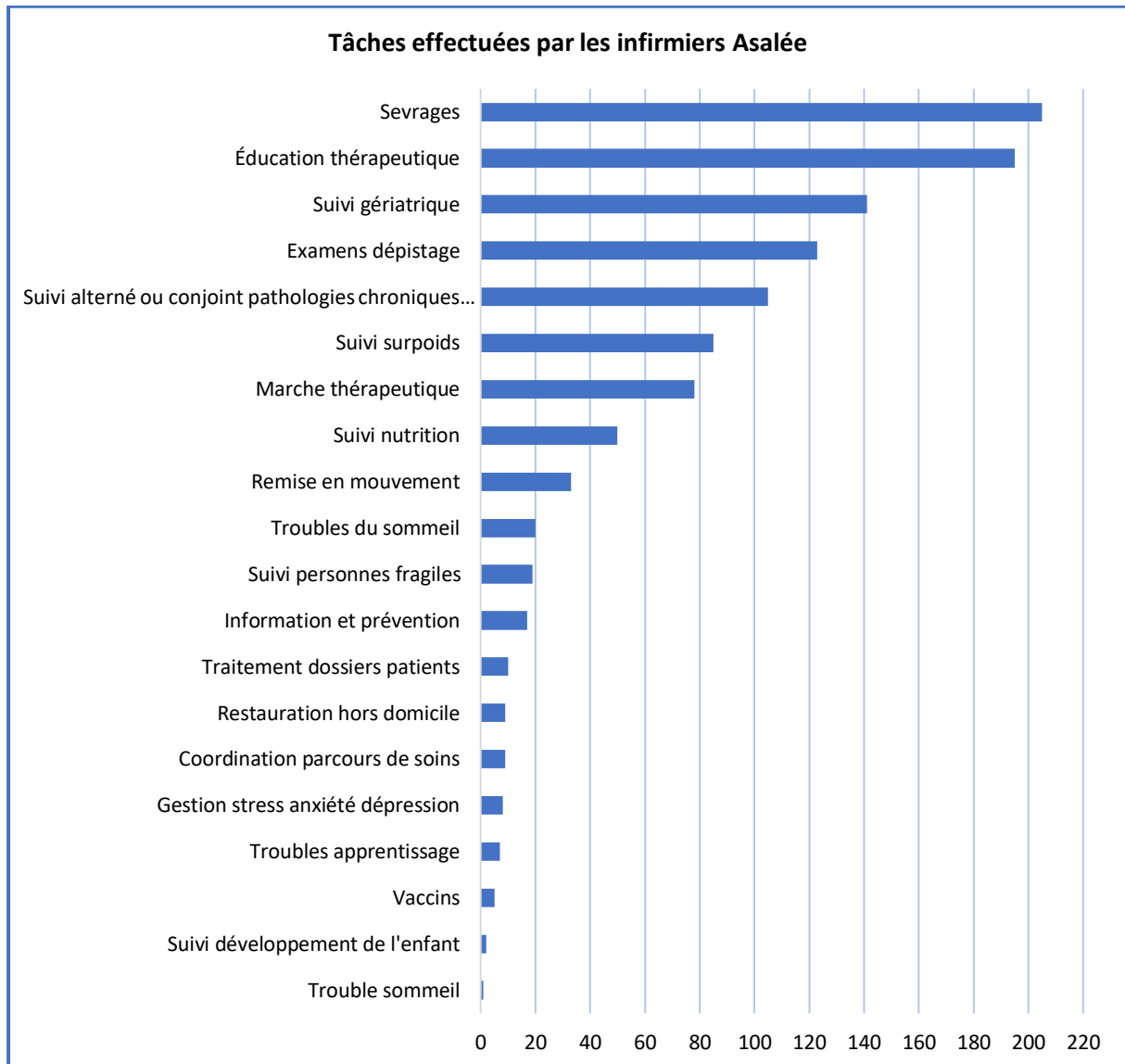


**Figure 11 : Nombre de patients suivis par les infirmiers Asalée**

Le nombre de patients confiés aux infirmiers Asalée varie de 3 patients par an à 500 patients par an.

La majorité des infirmiers Asalée suivent 20 à 100 patients par an.

## Tâches effectuées par les infirmiers Asalée

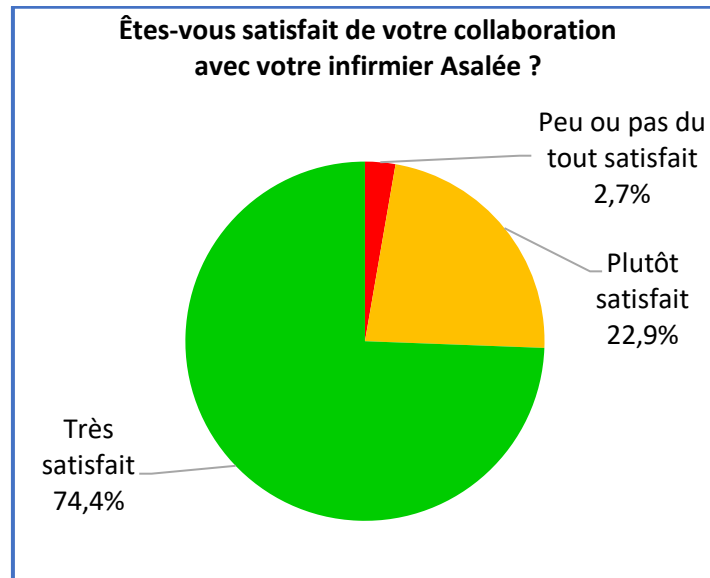


**Figure 12 : Tâches effectuées par les infirmiers Asalée**

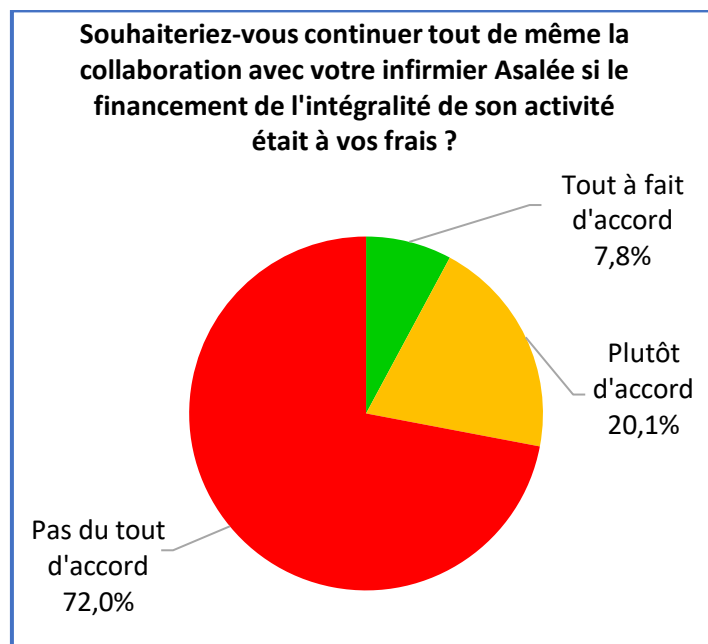
Il y a eu 1122 tâches rapportées sous forme de commentaires libres (sur 293 médecins qui travaillent avec des IA). La principale tâche effectuée par les IA est l'éducation thérapeutique dans certaines pathologies (diabète de type 2, BPCO, maladies cardiovasculaires). On retrouve également la prise en charge du sevrage tabagique, le repérage des troubles cognitifs et le dépistage des cancers (colorectaux et mammaires).

On note la très faible proportion de réponses concernant les tâches pédiatriques (repérage des troubles du développement et de l'apprentissage) qui est de 9 sur 1122 réponses.

### Satisfaction des médecins généralistes concernant leur travail avec les infirmiers Asalée



**Figure 13 : Êtes-vous satisfait de votre collaboration avec votre infirmier Asalée ?**



**Figure 14 : Souhaiteriez-vous continuer tout de même la collaboration avec votre infirmier Asalée si le financement de l'intégralité de son activité était à vos frais ?**

Les médecins sont très satisfaits par leur collaboration avec les IPA. En effet, 97,3 % des répondants s'avèrent plutôt voire très satisfaits. En revanche, ils seraient 72 % opposés à continuer cette collaboration si elle était intégralement à leurs frais.



### 3.2.7 Travail avec des collaborateurs supplémentaires

<b>Pourriez-vous envisager de travailler avec un collaborateur supplémentaire (AM, IA, IPA ou autre) ?</b>		
<b>Oui</b>	Médecins travaillant avec un collaborateur	183
	Médecins travaillant avec plusieurs collaborateurs	98
	<b>Total des réponses positives (sur 421 réponses)</b>	<b>281</b>
<b>Non</b>	Médecins travaillant avec un collaborateur	107
	Médecins travaillant avec plusieurs collaborateurs	33
	<b>Total des réponses négatives (sur 421 réponses)</b>	<b>140</b>

Sur 423 médecins travaillant avec du personnel, nous avons obtenu 421 réponses. Une majorité de médecins travaillant déjà avec du personnel serait d'accord de travailler avec un collaborateur supplémentaire (67 %). Parmi les 131 médecins qui travaillent avec plusieurs collaborateurs, 75 % seraient volontaires pour travailler avec un collaborateur supplémentaire.



**Figure 15 : Si vous n'envisagez pas de travailler avec un collaborateur supplémentaire, quelle en est la raison ?**

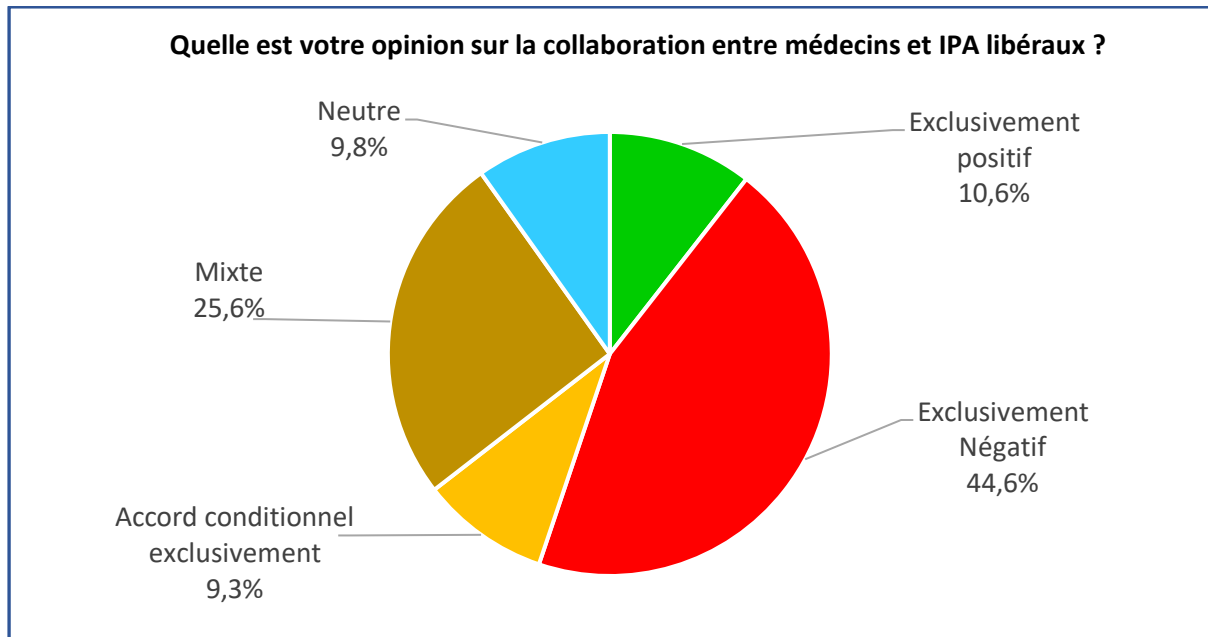
Nous avons obtenu 172 réponses sous forme de commentaires libres (sur les 140 médecins concernés). L'argument le plus fréquent (48 réponses) est l'absence de besoin de personnel supplémentaire. Les deux arguments suivants sont le manque de place (21 réponses) et la difficulté du financement (27 réponses). Viennent ensuite des doutes et des craintes sur une collaboration supplémentaire (39 réponses) : compétences du personnel (10 réponses), engagement de responsabilité risqué (8 réponses), refus de délégation (7 réponses), manque de temps (6 réponses), absence de gain de temps (6 réponses) ou dégradation de la relation médecin/patient lors de la collaboration actuelle (5 réponses), risque d'erreurs (2 réponses).

### 3.2.8 Opinion sur la collaboration entre médecins généralistes et IPA libéraux

Il y a eu 995 commentaires libres rédigés (sur 1032 médecins ayant répondu au questionnaire).

Les avis des médecins ont été classés dans cinq catégories : exclusivement positif, exclusivement négatif, mixte, accord conditionnel exclusivement et neutre.

Pour rappel, l'avis conditionnel signifie que le médecin est favorable au dispositif IPA uniquement sous condition. La catégorie mixte signifie que le commentaire reflète plusieurs avis différents pour le même médecin (positif, négatif ou conditionnel). Enfin, l'avis neutre exprime une piste de réflexion qui ne peut pas être classée dans les catégories précédentes.



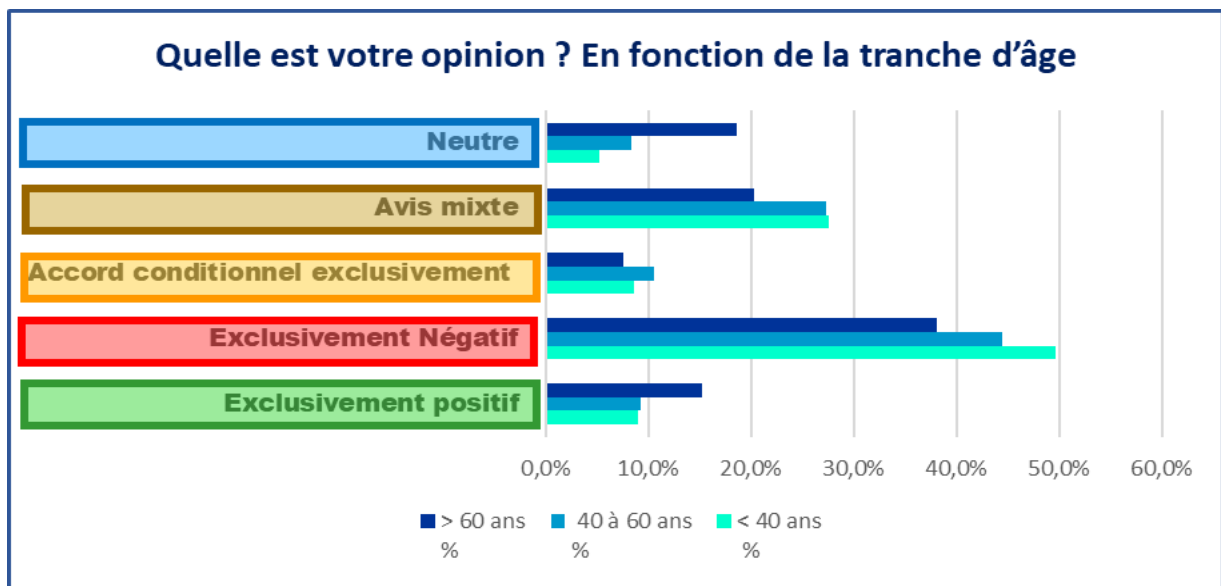
**Figure 16 : Quelle est votre opinion sur la collaboration entre médecins et IPA libéraux ?**

On constate que l'avis exclusivement négatif est largement majoritaire par rapport à l'avis exclusivement positif (44,6 % contre 10,6 %). L'avis mixte représente 25,6 % des réponses.

### Avis des médecins en fonction de leur milieu d'exercice

Il n'y a pas de différence significative entre l'opinion des médecins en milieu urbain et en milieu semi-rural. L'avis des médecins en milieu rural est légèrement plus négatif (49,1 % d'avis négatifs en milieu rural contre 43,8 % en milieu urbain) (cf annexe A9.8).

### Avis des médecins en fonction de leur tranche d'âge



**Figure 17 : Quelle est votre opinion ? (En fonction de la tranche d'âge)**

La proportion de commentaires exclusivement négatifs décroît avec l'âge : 49,7 % de réponses négatives chez les moins de 40 ans (avec seulement 9 % de réponses positives), 44,5 % de réponses négatives chez les médecins de 40 à 60 ans (avec 9,2 % de réponses positives) et 38,1 % de réponses négatives chez les plus de 60 ans (avec 15,3 % de réponses positives). L'avis des médecins de plus de 60 ans est ainsi plus favorable que la moyenne.

### Avis des médecins en fonction de leur sexe

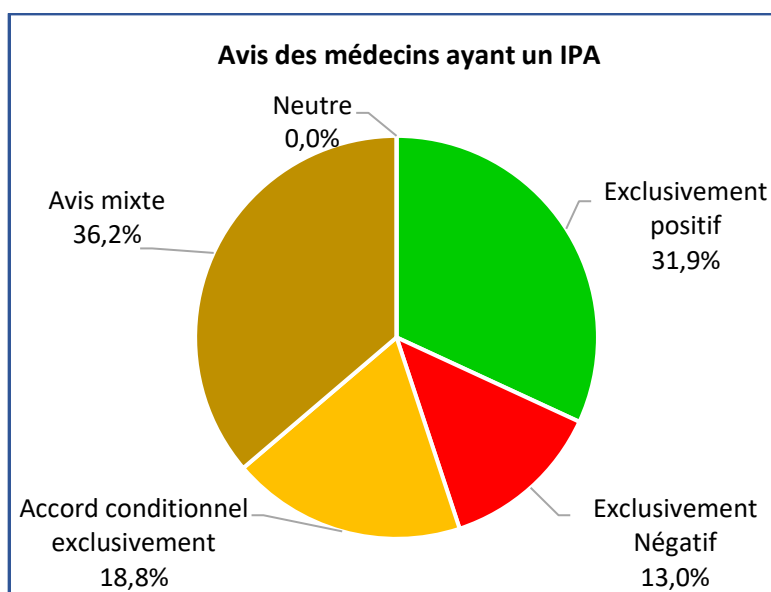
La proportion d'avis négatifs est plus importante chez les femmes (46 % de réponses négatives contre 43,1 % chez les hommes). L'avis exclusivement positif ne représente que 7,8 % des réponses chez les femmes (contre 13,9 % chez les hommes). L'avis mixte est également plus fréquent chez les femmes (29,8 % chez les femmes contre 20,8 % chez les hommes) (cf annexe A9.8).

### Avis des médecins en fonction de la densité de population de leur département

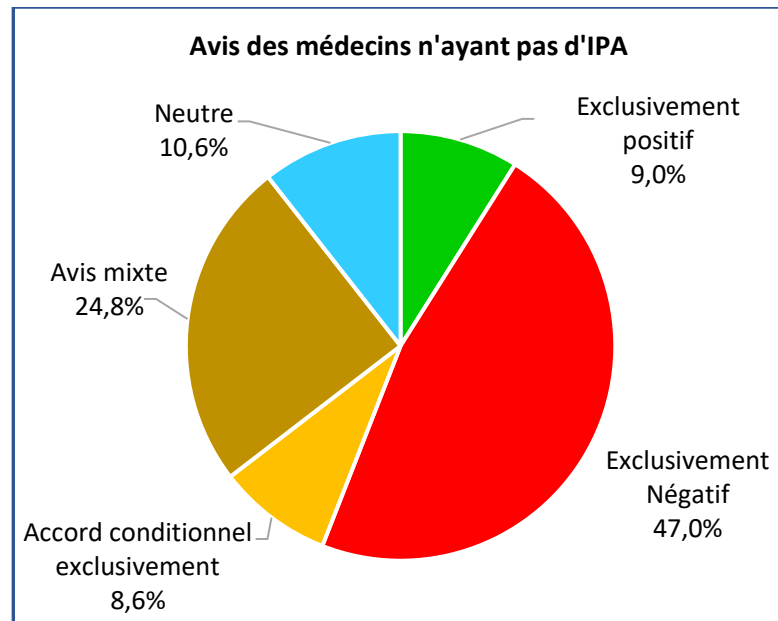
L'avis des médecins est légèrement plus en faveur des IPA dans les départements à faible densité de population (<60 habitants/km<sup>2</sup>) : 12 % d'avis exclusivement positif (contre 9,8 % dans les zones à plus forte densité de population) et 41,3 % d'avis exclusivement négatifs (contre 44,6 % dans les zones à plus forte densité de population).

En revanche, l'opposition aux IPA est nettement plus marquée dans les départements d'Outre-Mer (52,2 % d'avis négatifs et 8,7 % d'avis positifs) (cf annexe A9.8).

### Avis des médecins selon qu'ils collaborent ou non avec un IPA



**Figure 18 : Avis des médecins ayant un IPA**



**Figure 19 : Avis des médecins n'ayant pas d'IPA**

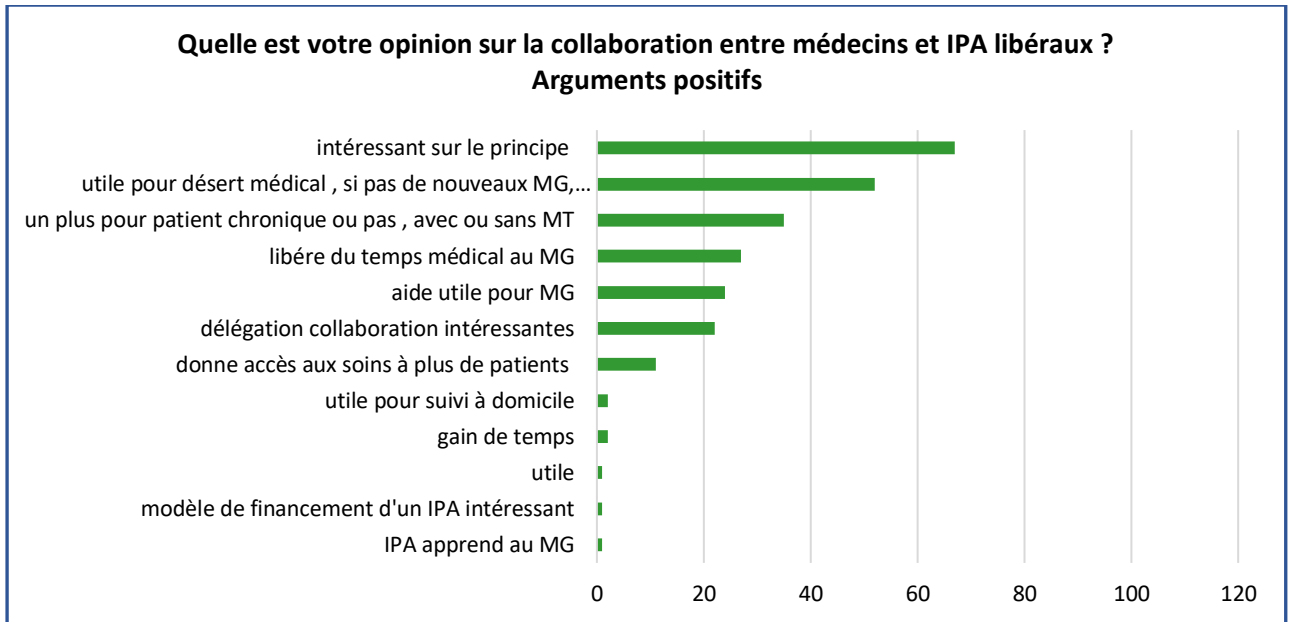
Les médecins collaborant avec un IPA ont un avis nettement plus positif. Parmi les 71 médecins qui travaillent avec un IPA, 69 ont répondu à cette question ouverte. On retrouve 22 avis positifs (31,9 %) contre seulement 9 avis négatifs (13 %). L'avis mixte représente 36,2 % des réponses.

#### **Arguments relevés sur le dispositif IPA**

Parmi les 995 médecins généralistes ayant répondu à cette question, nous avons relevé 1837 arguments que nous avons classé en quatre catégories : négatif, positif, accord conditionnel et neutre (cf annexe A9.8).

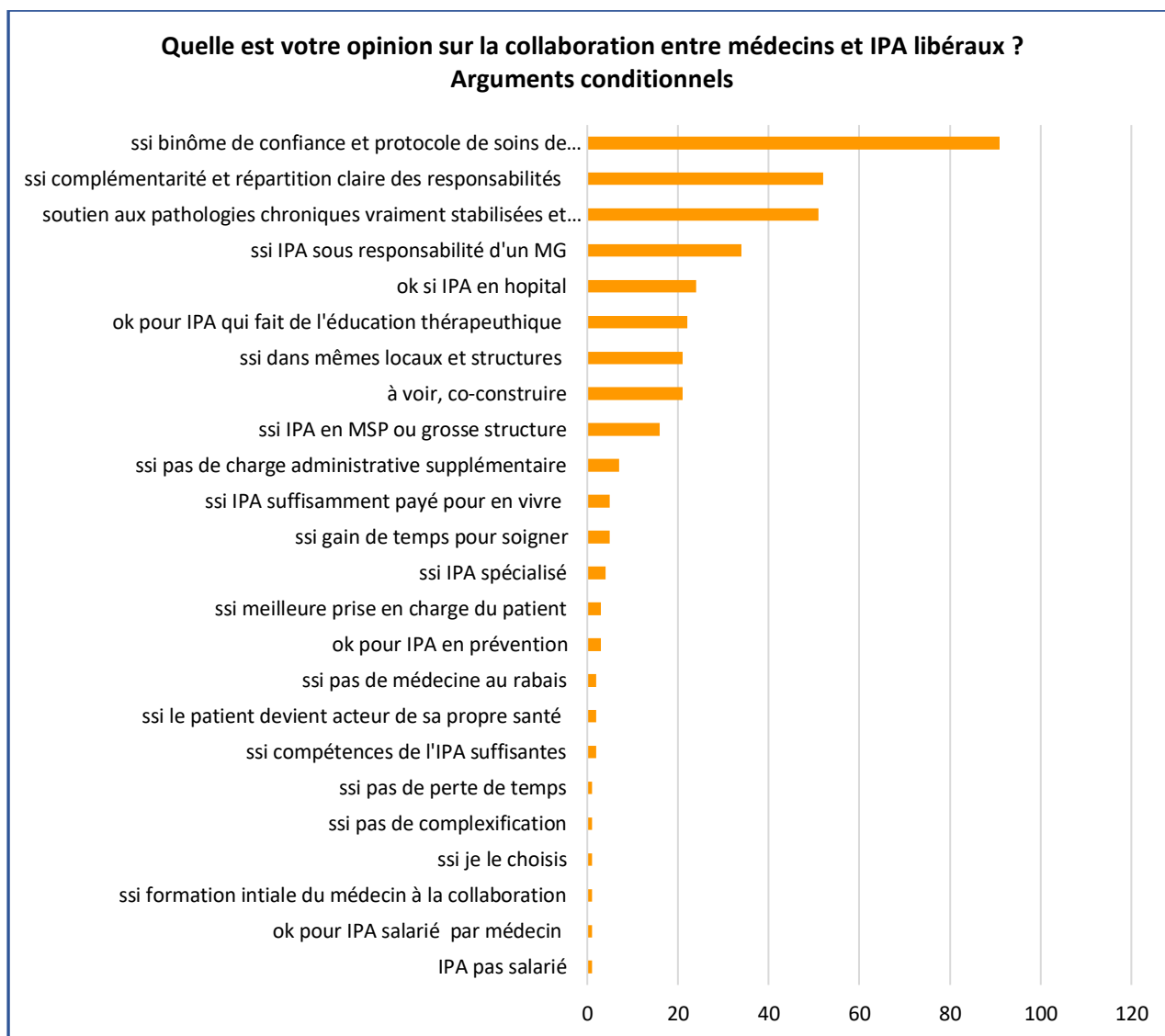


**Figure 20 : Quelle est votre opinion sur la collaboration entre médecins et IPA libéraux ? Arguments négatifs**



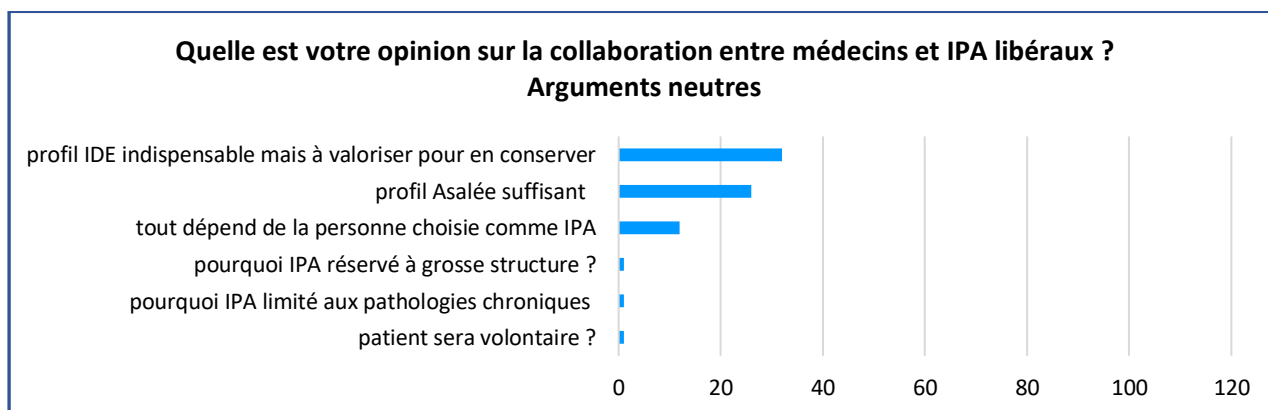
**Figure 21 : Quelle est votre opinion sur la collaboration entre médecins et IPA libéraux ? Arguments positifs**





**Figure 22 : Quelle est votre opinion sur la collaboration entre médecins et IPA libéraux ? Arguments conditionnels**

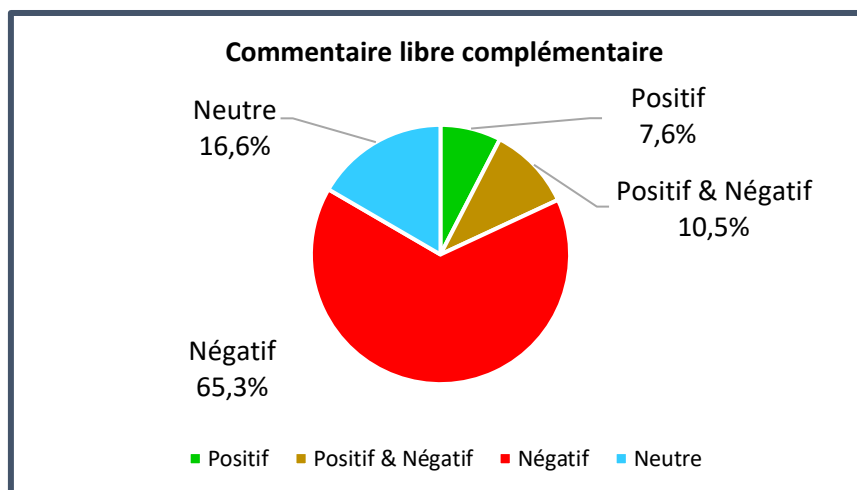
ssi : si et seulement si



**Figure 23 : Quelle est votre opinion sur la collaboration entre médecins et IPA libéraux ? Arguments neutres**

### 3.2.9 Commentaire libre complémentaire

Nous avons obtenu 343 commentaires libres supplémentaires de médecins. Ils concernent notamment le dispositif IPA, mais aussi la médecine générale libérale. Ces commentaires sont négatifs dans 65,3 % des cas (cf annexe A9.9).



**Figure 24 : Commentaire libre complémentaire**

Quelques exemples de commentaires libres
Les IPA ne sont pas une réponse aux déserts médicaux. Ils vont payer le prix fort en burn-out et procès d'une politique désastreuse qui tressent leurs louanges tant que tout va bien et leur plantera un poignard dans le dos dès que les problèmes surgiront. J'espère que ce jour-là cette thèse ressortira avec mes verbatims malheureusement prophétiques...
Fuyez la médecine générale libérale.
Faudra-t-il dorénavant passer nos soirées à regarder compulsivement les DMP de tous nos patients dont on est le MT (j'en ai plus de 1000 !) au cas où une IPA en accès libre, non sollicitée par nous y posterait un message, et cela sans AUCUNE rémunération, au cas où, dans la mesure où nous serions co-responsables de l'activité menée par l'IPA que nous n'aurions pas sollicitée ? Il y a de quoi devenir fou !
Aider le MT ok, faire certaines tâches par des non médecins OK PUISQUE NOUS SOMMES EN PÉNURIE mais shunter le MT NON NON ET NON Si tout ce qui se prépare passe et que le rôle du MT c'est de faire des consultations à la chaîne alors moi je dis STOP et je cesse la convention et/ou le libéral !
40% des jeunes MG diplômés ne s'installent pas...que le gouvernement arrête de nous prendre pour de la M et les jeunes s'installeront

## IV/ DISCUSSION

### 4.2 DISCUSSION CONCERNANT LES 11 ENTRETIENS

#### 4.1.1 Formation et fonction des collaborateurs

*	Formation	Fonction
P. – Assistante	IDE	Assistante
M. W. – IPA salariée	IDE puis master IPA	Employée comme assistante médicale mais travail d'IPA (avec accord de l'ARS)
D. – IDSP Asalée	IDE et marketing	IDSP Asalée
S. B. – Assistante	IDE	Assistante
T. O. – IPA libéral	IDE en réanimation puis en libéral puis en HAD	IPA libéral
V. T. – IDSP Asalée	Documentaliste puis industrie pharmaceutique puis IDE	IDSP Asalée
A.V. – IPA Asalée	IDE	IPA Asalée

\* Nous avons associé par code couleur les personnes qui travaillent ensemble.

Les deux assistantes ont une formation d'Infirmière Diplômée d'Etat (IDE) ; les deux connaissent bien le médecin avec qui elles travaillent, ce qui les a motivées à changer d'orientation professionnelle. Les deux travaillent pour un médecin uniquement, et la relation de confiance est primordiale pour la réussite de la collaboration. Les deux trouvent des avantages qui concernent un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée avec par exemple plus de temps pour leur famille dans cette transition professionnelle, ainsi qu'une meilleure collaboration avec le médecin dans ce cadre par rapport à leur ancienne structure. Enfin, les deux ne considèrent pas comme utile la formation d'assistant, en la jugeant trop chronophage, pas assez adaptée à leur profil d'IDE et elles estiment mieux se former « sur le tas » qu'avec cette formation. L'une d'elle songe à ne pas réaliser la formation et attend que la législation change pour éviter de la faire (possibilité d'exercer deux ans en tant qu'assistante avant d'être obligée de faire cette formation).

Les deux ISP Asalée ont une expérience professionnelle assez vaste et les deux ont exploré plusieurs domaines avant de se retrouver plus pleinement dans ce métier, surtout au niveau de leurs convictions personnelles (manière de soigner plus en accord avec leurs valeurs, possibilité de prendre le temps pour le patient).

Chaque IPA a un profil différent : l'une est employée par l'association Asalée tandis que l'autre est employée comme assistante médicale ; le dernier est IPA libéral mais doit travailler avec un cabinet de cardiologie et un cabinet de médecine générale et fait aussi des épreuves d'effort en tant qu'infirmier général pour pouvoir gagner suffisamment sa vie. Ce qui en ressort est que le modèle d'IPA libéral ne leur paraît pas viable actuellement en exercice exclusif. Les trois IPA soulignent avoir eu besoin de compétences et de connaissances en plus, d'avoir eu envie d'évoluer. L'infirmière qui était auparavant IDE Asalée se trouvait trop limitée par son statut Asalée et avait envie d'aider davantage les médecins débordés de son secteur. Elle aime aussi cette absence de hiérarchie ressentie entre médecin et infirmière dans ces deux types d'emploi. L'IPA libéral met en avant un important besoin d'évolution et de reconnaissance.

#### 4.1.2 Type de structure

*	Rural/urbain	Type de structure
<b>P. – Assistante</b>	Urbain	Travaille pour un médecin uniquement
<b>M. W. – IPA salariée</b>	Rural	Travaille pour un médecin uniquement
<b>D. – IDSP Asalée</b>	Urbain	20 % en cabinet pour deux médecins 60 % pour un dispositif Asalée pour personnes précaires
<b>S. B. – Assistante</b>	Urbain	Travaille pour un médecin
<b>T. O. – IPA libéral</b>	Urbain et semi-rural	Trois jours par semaine dans un cabinet de cardiologie et un centre de réadaptation cardiaque et deux jours par semaine en collaboration avec deux médecins généralistes d'une maison de santé
<b>V. T. – IDSP Asalée</b>	Urbain	60 % pour quatre médecins d'une maison de santé pluridisciplinaire 40 % pour l'association Asalée
<b>A. V. – IPA Asalée</b>	Urbain	Huit médecins de deux maisons de santé pluridisciplinaires différentes
<b>Dr C. R.</b>	Urbain	Cabinet libéral avec deux associées
<b>Dr F. R.</b>	Rural	Cabinet de groupe
<b>Dr M. B.</b>	Urbain	Cabinet libéral avec une collaboratrice
<b>Dr A. O.</b>	Semi-rural	Maison de santé pluridisciplinaire avec six médecins généralistes

\* Nous avons associé par code couleur les personnes qui travaillent ensemble.

Les entretiens ont eu lieu majoritairement en milieu urbain. Une différence notée est que le médecin qui travaille en milieu rural voulait pouvoir augmenter sa file active de patients car la zone est sous tension tandis que les médecins urbains cherchaient plus à obtenir une meilleure qualité de travail et une meilleure qualité de vie au travail. La médecin qui travaillait en semi-rural cherchait une délégation de tâches.

Les deux assistantes travaillent avec un médecin uniquement (relation de confiance au cœur des échanges) même s'il leur arrive d'aider les associés des médecins en question de manière informelle. L'IPA employée en tant qu'assistante travaille également pour un médecin uniquement.

Les deux IDSP Asalée sont engagés sur différents lieux : en cabinet de médecine générale en collaboration avec plusieurs médecins ainsi que dans l'association Asalée (travail de management ou de recherche ou sur des projets). Les IDSP Asalée travaillent tous avec plusieurs médecins car l'exercice Asalée avec un seul médecin ne fonctionne pas. En effet, un médecin ne peut envoyer à l'Asalée suffisamment de patients uniquement pour de l'éducation thérapeutique. Les infirmiers Asalée réclament d'ailleurs souvent plus de patients aux médecins avec lesquels ils travaillent, ainsi que plus de temps de collaboration.

L'IPA salariée d'Asalée fonctionne de la même manière que les IDSP Asalée et a pu avoir un réseau pour sa pratique d'IPA grâce à sa pratique d'IDSP Asalée antérieure. L'évolution se fait plus naturellement ainsi que l'adressage des patients car elle connaît déjà les médecins avec lesquelles elle travaille. L'IPA libéral travaille avec deux cardiologues et en centre de réadaptation cardiaque et a élargi sa pratique grâce au cabinet de médecine générale de sa mère qui est médecin généraliste. La maison de santé en question comporte six médecins mais seulement deux médecins acceptent de travailler avec lui (dont sa mère). Il apparaît très clairement que le tissu social de l'IPA est extrêmement important et que l'acceptation reste difficile malgré tout (importance d'avoir du soutien) (29).

Les médecins qui travaillent avec du personnel ne travaillent pas de manière isolée. Ils ont une grande variété d'exercice entre collaboration, association ou encore maison de santé. Pour rappel, ne pas exercer de manière isolée est l'une des conditions pour bénéficier de l'aide financière apportée par la sécurité sociale pour l'embauche d'un assistant médical.

#### 4.1.3 Temps de travail et rémunération

*	Temps plein/partiel	Temps de travail/ patients suivis	Rémunération	Libéral/salarié
<b>P. – Assistante</b>	80 %	N/A	1450 € net par mois	Salariée du médecin
<b>M. W. – IPA salariée</b>	50 %	Environ une heure par patient	1500 € net par mois	Salariée du médecin
<b>D. – IDSP Asalée</b>	80 %	Consultations d'environ une heure au cabinet une demi-journée par semaine ; suivi d'une dizaine de patients en un mois	N'a pas répondu à cette question	Salarié d'Asalée
<b>S. B. – Assistante</b>	50 %	N/A	Environ 700 € net par mois	Salariée du médecin
<b>T. O. – IPA libéral</b>	Temps plein	Première consultation d'environ une heure ; consultations de suivi d'environ 45 minutes ; visites à domicile d'environ 1h15	Entre 1500 et 2000 € net par mois en mars 2023	Libéral
<b>V. T. – IDSP Asalée</b>	Temps plein	Une trentaine de patients en suivi régulier ainsi que des patients en consultation occasionnelle	2400 € net par mois	Salarié d'Asalée
<b>A. V. – IPA Asalée</b>	Temps plein	Environ 60 patients en un trimestre	2900 € net par mois	Salariée d'Asalée

*	Temps plein/partiel	Patients suivis
<b>Dr C. R.</b>	Temps plein	Plus de 1300 patients (dont il est le médecin traitant)
<b>Dr F. R.</b>	Temps plein	Environ 1200 patients en tant que médecin traitant
<b>Dr M. B.</b>	Temps plein	Environ 890 patients (dont il est le médecin traitant)
<b>Dr A. O.</b>	Mi-temps	1361 patients (dont elle est le médecin traitant)

\* Nous avons associé par code couleur les personnes qui travaillent ensemble.

## Temps de travail

Les médecins qui emploient ou travaillent avec du personnel travaillent tous à temps plein, à part un médecin qui travaille à mi-temps à la suite d'un problème de santé. Il faut une activité importante pour pouvoir employer ou travailler avec du personnel.

Les deux assistantes travaillent à temps partiel. Les IDSP Asalée travaillent à temps partiel ou temps plein. L'IPA employée comme assistante réalise un mi-temps en tant qu'IPA et une activité de coordination à mi-temps, ce qui équivaut à une activité à temps plein. Les deux autres IPA travaillent aussi à temps plein. Les IPA sont des précurseurs et doivent faire leurs preuves et investir beaucoup de temps dans leur profession. À leur activité habituelle se rajoute le temps de travail non compatible (recherche de collaborateurs médecins, démarches auprès des acteurs de santé, auprès des pharmaciens, obtention des ordonnances...). Les assistantes médicales voient quasiment le même nombre de patients que leur médecin collaborateur car c'est elles qui accueillent le patient et peuvent aider leur médecin avec certains gestes, en plus de leur travail administratif et de secrétariat.

On remarque que les IDSP Asalée ont une importante qualité au travail car ils peuvent prendre le temps avec le patient, avec des consultations d'environ une heure. Cela engendre un faible taux de patients vus : une dizaine de patients vus par mois pour une demi-journée de travail par semaine ou encore une trentaine de patients en suivi régulier pour un travail à temps plein et des patients occasionnels. Cela n'impacte pas leur rémunération car ils sont salariés d'Asalée et évoluent en fonction de leur ancienneté et des tâches menées au sein de l'association.

Les IPA ont aussi des durées de consultations longues (en moyenne une heure par consultation), avec relativement peu de patients suivis. Cela peut s'expliquer par un mode de travail qui ressemble au modèle IDSP Asalée pour l'IPA salariée d'Asalée et par une activité qui débute pour l'IPA libéral. Ce

dernier rencontre des difficultés pour trouver des médecins lui adressant des patients. Cela n'impacte pas la rémunération de l'IPA salariée d'Asalée mais beaucoup celle de l'IPA libéral.

### **Rémunération**

Les assistantes ont un salaire légèrement supérieur au SMIC : 1450 € net par mois pour un 80 % et environ 650 € net par mois pour un mi-temps. L'IPA salariée en tant qu'assistante a un salaire de 1500 € net par mois pour un mi-temps car le médecin qui l'emploie veut valoriser sa formation d'IPA. Pour rappel, le SMIC net mensuel est de 1383 € depuis le 1er mai 2023.

Les salariés d'Asalée ont leur convention propre et sont également rémunérés en fonction de leur ancienneté, de leur diplôme et des actions qu'ils mènent au sein de l'association (primes pour certains projets, primes pour l'implication dans la formation et dans la recherche). L'IPA salariée d'Asalée a un salaire d'environ 2900 € net par mois pour un temps plein et l'IDSP Asalée a un salaire d'environ 2400 € net par mois pour un temps plein également.

La rémunération de l'IPA libéral est plus faible, en raison du mode de travail libéral et des cotisations obligatoires qui en résultent. Son salaire rapporté est de 800 à 1000 € net par mois au début de son activité et de 1800 à 2000 € net par mois actuellement. Cette rémunération reste inférieure à celle des infirmiers salariés par l'association Asalée.



#### 4.1.4 Actes pratiqués

<b>P. – Assistante</b>	Majoritairement tenue de dossiers avec mise à jour et réalisation des vaccinations ; statut vis-à-vis des dépistages systématiques (ADECA et ADEMAS) ; remise des tests ADECA ; secrétariat ; recueil de l'anamnèse du patient ; réalisation d'ECG
<b>M. W. – IPA salariée</b>	Travail d'IPA : réalisation d'ordonnances (avec signature du médecin car est encore assistante sur le papier), visites à domicile, tenue des dossiers, gestes infirmiers, éducation thérapeutique, etc. A ses propres consultations (la première fois, le patient est adressé par le médecin)
<b>D. – IDSP Asalée</b>	Éducation thérapeutique ; dépistage et suivi du diabète de type 2 et possibilité de prescrire certains examens ; suivi des patients à risques cardiovasculaires, prescription d'ECG ; dépistage de la BPCO et suivi du patient tabagique avec possibilité de réaliser des spirométries ; aide au sevrage tabagique ; évaluation des troubles cognitifs ; tests et repérage à domicile pour les patients ayant une altération cognitive ; participation collective au dépistage des cancers du sein et du côlon ; dépistage des maladies hépatiques
<b>S. B. – Assistante</b>	Majoritairement secrétariat et travail administratif (75 %) : appels téléphoniques, réponses aux mails, tenue des dossiers patients, encaissement et réalisation des feuilles de soins électroniques ; 25 % de réfections de pansements, d'ablations de fils ou d'agrafes, de vaccinations
<b>T. O. – IPA libéral</b>	En réadaptation cardiaque : consultation avec interrogatoire, examen clinique, évaluation des facteurs de risque, vérification à l'éligibilité et explication du parcours de soins, titration des traitements, coordination avec le cardiologue et le médecin traitant En médecine générale : consultations au cabinet, en visites à domicile et en EHPAD avec interrogatoire, examen clinique, éducation thérapeutique, prévention, adaptation des traitements, demande d'examens complémentaires
<b>V. T. – IDSP Asalée</b>	Suivi de pathologies chroniques avec éducation thérapeutique, coordination entre médecine de ville, hôpital et différents spécialistes, prescription de biologies, aide au sevrage tabagique, aide au rééquilibrage hygiéno-diététique ; visites à domicile possibles ; travail au sein de la CPTS pour améliorer certains dispositifs ou en créer de nouveaux
<b>A. V. – IPA Asalée</b>	Consultations de suivi et/ou parcours coordonné, visites à domicile, renouvellement d'ordonnance (avec adaptation des posologies dans le cadre de 12 pathologies), expertise plaies, coordination de parcours de soins complexes, formations, montage de projets de recherche

La pratique des IDSP Asalée se ressemble car elle est codifiée par l'association Asalée : effectivement, l'infirmier Asalée est spécialisé dans l'éducation thérapeutique autour des maladies cardio-vasculaires, de la BPCO, du diabète de type 2, ainsi que dans l'évaluation des troubles cognitifs et le dépistage des cancers du sein et du côlon. La prescription utile au suivi de ces pathologies fait aussi partie de leur pratique, ainsi que le lien entre médecine de ville et hôpital. Les IDSP Asalée peuvent réaliser des visites à domicile et le font dans leur pratique courante. On remarque aussi que les infirmiers salariés par

l'association Asalée s'investissent dans le fonctionnement de l'association (possibilité de temps de travail dédié rémunéré) : travail de coordination, élaboration de projets, etc.

Les IPA réalisent leurs propres consultations, avec des patients qui leurs sont adressés par le médecin. Ils demandent fréquemment des avis aux médecins (jeunesse de la profession, besoin de continuer à se former et manque d'expérience). Les visites à domicile sont fréquentes. Des ordonnances sont réalisées pour le suivi mais aussi pour le renouvellement et l'adaptation de certains traitements. La tenue du dossier médical ainsi que l'éducation thérapeutique ont également une grande place dans leurs consultations.

C'est pour les assistantes médicales que les actes pratiqués sont le moins codifiés. Dans les textes, elles sont tenues uniquement à un travail de secrétariat (avec rappel ferme de la commission paritaire nationale pour l'emploi de la convention collective du personnel des cabinets médicaux à l'interdiction du transfert de tâches et en particulier l'interdiction pour les assistants médicaux à réaliser des tâches sur des appareils qui ne sont pas entièrement automatiques)(11). Dans les faits, les assistantes interrogées ont un diplôme d'IDE et aspirent à réaliser plus de gestes pour aider le médecin. Les médecins aspirent à leur déléguer plus de tâches. Les gestes réalisés doivent toujours être supervisés par le médecin. Dans les faits, les assistantes s'occupent en majeure partie du secrétariat et de l'accueil des patients mais ont souvent une délégation de tâches pour certains gestes infirmiers : réalisation de vaccinations, réfection de pansements, remise de tests ADECA et ADEMAS ou encore réalisation d'ECG. De même, l'une des assistantes prépare la consultation médicale en écrivant l'interrogatoire, l'anamnèse et le motif de consultation. Aucune des assistantes interrogées ne réalise de visite à domicile. Elles travaillent toujours en présence du médecin.

#### 4.1.5 Avantages et inconvénients

##### Avantages perçus par les collaborateurs

<b>P. – Assistante</b>	Autre facette du métier d'infirmière ; meilleure collaboration avec le médecin ; formation par le médecin ; meilleure qualité de vie (notamment pour la vie de famille) ; pratique qui correspond mieux à ses valeurs par rapport à la pratique en EHPAD (très peu de temps pour le patient, etc.)
<b>M.W. – IPA salariée</b>	"Satisfaction de faire quelque chose pour les gens", "avoir du raisonnement, mettre en relation l'examen clinique et les symptômes", "je ne suis pas une simple exécutante" ; "partenariat, collaboration, travail d'équipe", "vraiment une bonne collaboration avec le Dr R.", "amener les gens à ce qu'ils prennent soin d'eux et soient acteurs de leur santé", "J'aime ce que je fais actuellement, je trouve qu'on a vraiment une plus-value et je vois les patients qui sont vraiment contents"
<b>D. – IDSP Asalée</b>	"Patient placé en haut de la pyramide", "du temps pour le patient nous est accordé", "travailler avec les médecins avec des vrais échanges et du partage d'expérience avec des temps de concertation dédiés", "que du positif, cela doit dépendre du médecin avec qui on travaille", "si le médecin s'intéresse aussi, cela ne peut être qu'opérationnel"
<b>S. B. – Assistante</b>	"Le médecin travaille plus sereinement et il peut voir plus de patients puisqu'il gagne du temps", "en général, les patients sont contents, on a beaucoup de remerciements", "C'est agréable d'entendre dire qu'on sert à quelque chose, que c'est apprécié et que notre présence est acceptée", "j'aime le contact [...] et travailler avec les patients, j'aime bien", "le fait de travailler avec mon mari [le médecin] j'aime bien aussi"
<b>T. O. – IPA libéral</b>	"L'avantage est quand même d'avoir des possibilités pour l'infirmier [...], c'est un nouveau métier", "reconnaissance de la profession", "c'est aussi de pouvoir mettre en valeur nos compétences, nos actes, de pouvoir collaborer plus directement avec le médecin", "pouvoir améliorer le suivi du patient en collaborant avec le plus d'acteurs possible", "pouvoir prendre le temps avec le patient", "l'éducation, parce que souvent le patient n'a pas entendu ou compris son diagnostic", "c'est de prendre en charge globalement le patient"
<b>V. T. – IDSP Asalée</b>	Aspect multi dimensionnel et humain du travail, "liberté d'exercice", "travail plus en profondeur, plus en accord avec mes valeurs", pouvoir "prendre du temps avec le patient, être plus proche du patient"
<b>A. V. – IPA Asalée</b>	"J'adore mon métier", "collaboration horizontale avec les médecins, on a tous confiance les uns envers les autres", "travailler avec des gens militants, motivés, altruistes", "toutes les dimensions de mon métier je peux les faire"

Les assistantes sont satisfaites de la collaboration avec le médecin et de leur relation avec le médecin dans ce type de métier. Elles rapportent aussi un bon contact avec le patient qui est valorisant. Enfin, elles rapportent une bonne qualité de vie (pas de gardes, pas de travail le week-end...) qui permet un meilleur épanouissement entre vie professionnelle et vie privée.

Les IDSP Asalée sont très satisfaits du métier en lui-même qui leur permet d'être en accord avec leurs valeurs concernant la relation avec le patient et la vision qu'ils ont du soin : importance du modèle du « care ». Ils sont satisfaits d'avoir un travail qui leur permet de prendre le temps avec le patient et de le replacer au centre du système de soin. La notion de liberté est aussi présente dans leurs motifs de satisfaction.

Les IPA sont satisfaits de pouvoir avoir plus de possibilités que dans leur ancien métier d'infirmier, il y a une valorisation de leur exercice, ils aiment collaborer plus directement avec le médecin et prendre en charge de manière globale le patient. Ils peuvent mettre en valeur plus de compétences que dans leur ancien métier, ce qu'ils apprécient.

On constate ainsi que les assistantes sont plutôt satisfaites au niveau relationnel, les IDSP Asalée sont satisfaits de travailler en accord avec leurs valeurs et les IPA ont une satisfaction d'ordre intellectuel.

#### Avantages perçus par les médecins

Dr C. R.	"Complètement satisfait", "quand vous avez embauché la bonne personne, c'est une évidence", collaboration qui a "rajouté du temps patient", "fluidifié les consultations", "quotidien beaucoup plus confortable", "accueil des patients très positif", "histoire de feeling", "prévoir l'avenir pour coordonner notre activité avec les paramédicaux"
Dr F. R.	"J'ai vu un réel intérêt[...], mes patients chroniques vont être archi bien suivis et moi je vais pouvoir dégager un peu de temps pour accueillir des demandes de soins non programmés et des demandes urgentes", "zone sous tension", "j'ai accueilli de nouveaux patients en médecin traitant", "gain de temps", "je peux prendre plus de créneaux d'urgence car j'ai moins de visites", "je lui fais vraiment complètement confiance", "même au niveau coordination [...] il y a des tas de trucs notamment dans toutes les structures gériatriques où elle est vachement plus performante que moi", "réellement les patients chroniques sont bien mieux suivis "
Dr M. B.	"À l'usage pour l'instant, je ne vois que des avantages", infirmier Asalée "forcément un plus pour le patient", assistante "bien meilleure qualité de travail"
Dr A. O.	"Le bénéfice, c'est vraiment en particulier pour les personnes âgées parce qu'on a parfois un peu facilement tendance à renouveler et à ne pas trop réfléchir sur le pourquoi des choses, lui il reprend vraiment les choses", a pu accepter des nouveaux patients en EHPAD grâce à l'intervention conjointe de l'IPA en visites à domicile, "l'intérêt c'est aussi de ne pas forcément revoir les patients tout le temps et il y a une routine qui s'installe et là ça permet aux gens de voir quelqu'un d'autre, d'avoir une autre vision des choses, ça permet de prendre des patients en plus qui en ont vraiment besoin et d'autres qui en ont moins besoin on peut déléguer ces tâches là à un IPA. Il

	peut faire la prévention et ça c'est vraiment vraiment important parce qu'on n'en fait pas assez."
--	--

Les médecins qui travaillent avec une assistante sont très satisfaits de la meilleure qualité au travail dont ils peuvent bénéficier grâce à l'assistante. Ils valorisent la relation de confiance qu'ils entretiennent avec leur assistante, l'accueil positif des patients et la fluidité au travail qu'ils ont obtenu.

Le médecin qui travaille avec un IDSP Asalée trouve que c'est un avantage pour le patient : cela ne change pas forcément son organisation et ne modifie pas forcément sa qualité de vie au travail personnelle mais améliore le suivi des patients.

Les médecins qui travaillent avec des IPA ont chacun pu accueillir des nouveaux patients grâce à l'intervention de l'IPA qui allège leur planning de consultations de patients chroniques ou âgés. Les visites à domicile accomplies par les IPA leur permettent de dégager du temps pour des consultations non programmées par exemple. Ils soulignent aussi un meilleur suivi des patients chroniques grâce à l'intervention de l'IPA.

Au total, les médecins qui travaillent avec une assistante ne rapportent pas forcément une augmentation du nombre de patients suivis mais surtout une bien meilleure qualité de vie au travail, ceux qui travaillent avec un IDSP Asalée y voient un bénéfice pour le patient tandis que ceux qui travaillent avec les IPA peuvent augmenter leur file active et y trouvent un bénéfice pour le patient également.

## Inconvénients perçus par les collaborateurs

<b>P. – Assistante</b>	Réalise beaucoup moins de soins et d'actes techniques
<b>M.W. – IPA salariée</b>	Beaucoup de dénigrement par les nouveaux médecins sur les groupes réseaux sociaux, essaye "de ne pas être parasitée par tout ce qui se passe autour", "insécurité au niveau économique" du modèle libéral des IPA
<b>D. – IDSP Asalée</b>	Pas d'inconvénient rapporté
<b>S. B. – Assistante</b>	"Des choses que je n'aime pas je n'en vois pas"
<b>T. O. – IPA libéral</b>	"Financièrement à l'heure actuelle le modèle économique est une catastrophe. Pendant très très longtemps je n'ai pas du tout pu vivre de mon activité donc j'ai dû reprendre six mois en tant qu'infirmier en CDD la première année [...], je pensais que mon activité allait peut-être démarrer un peu mieux mais en fait ça a pris énormément de temps. À l'heure actuelle ça va mieux mais il y a quand même beaucoup de frais annexes, autant les frais de la structure que les charges. Donc ce n'est pas encore très bien à l'heure actuelle [...]. C'est du stress [...]. Je savais que j'allais essayer les plâtres, mais j'en ai franchement bavé.", défiance par rapport aux IPA : "clairement ce qui à l'heure actuelle est compliqué, c'est l'adressage des patients qui n'est encore pas suffisant pour qu'on puisse en vivre parce qu'il y a un problème de communication, la plupart des médecins qui sont contre n'ont sûrement pas compris l'intérêt que ça peut avoir parce qu'il y a une mauvaise communication au travers des réseaux, une mauvaise communication de la part des médecins et une mauvaise communication de la part des infirmiers"
<b>V. T. – IDSP Asalée</b>	Parfois difficile d'avoir suffisamment d'interactions avec les médecins
<b>A. V. – IPA Asalée</b>	Pas d'inconvénient rapporté

On constate que pour les assistants comme pour les IDSP Asalée et IPA Asalée, les inconvénients sont mineurs voire inexistantes par rapport aux avantages. C'est surtout l'IPA libéral qui pointe des gros inconvénients d'ordre économique (n'a pas pu vivre de son activité pendant plusieurs mois), d'ordre psychique (beaucoup de stress et d'obstacles lors du lancement de son activité), et d'ordre relationnel (beaucoup de défiance vis-à-vis des IPA). L'IPA qui est salariée en tant qu'assistante renforce ce message en soulignant l'insécurité du modèle économique et la dénigrement présent sur certains réseaux sociaux. C'est ce qui l'a poussée à avoir un mode d'exercice salarié pour l'instant. On remarque que l'IPA salariée par Asalée est quant à elle totalement satisfaite et ne rapporte que du positif vis-à-vis de son activité. Elle n'a pas cette insécurité financière et elle se sent bien acceptée. Son travail est dans la continuité de son ancien poste d'IDSP Asalée avec des médecins souhaitant travailler avec des

collaborateurs (IDSP Asalée et IPA). De plus, la relation de confiance était déjà présente lors de son exercice antérieur, car elle travaillait avec les mêmes personnes.

### Inconvénients perçus par les médecins

<b>Dr C. R.</b>	Trouve que son assistante mériterait d'être mieux rémunérée (ce qui est difficilement possible), engagement total avec un salarié qui dépend du médecin, formation d'assistante qui lui prend beaucoup de temps sur son temps de travail et qui n'est pas optimale
<b>Dr F. R.</b>	"Un de mes regrets c'est qu'il faudrait que je me trouve encore plus de temps pour pouvoir échanger avec elle"
<b>Dr M. B.</b>	"Ce qu'il me manque ici, ce sont les locaux"
<b>Dr A. O.</b>	"Globalement les médecins sont très réticents et très frileux à collaborer avec un IPA je pense", "quand même un petit peu chronophage pour l'instant", "je me sens responsable de lui trouver des patients", "il faut évidemment avoir aussi l'accord du patient ce qui n'est pas évident", "ça demande aussi encore une fois beaucoup d'explications et de travail de persuasion", "peut-être aussi un peu le frein de certains patients qui veulent venir pour un renouvellement d'ordonnance et quand on prend plus de temps, ils n'apprécient pas forcément"

Globalement, les médecins sont satisfaits de leur travail avec les assistantes, les IDSP Asalée ou les IPA. Ils ne souhaitent pas revenir en arrière et les points positifs sont majoritaires par rapport aux points négatifs. Ils souhaiteraient que leurs collaborateurs soient mieux rémunérés. Ils souhaiteraient aussi plus de temps d'échanges. Un des médecins souhaiterait aussi plus de place au niveau de ses locaux, pour pouvoir embaucher d'autres personnes.

Vis-à-vis des assistantes, un médecin déplore leur formation qu'il ne trouve pas utile et qui lui enlève du temps de collaboration. Il souligne la charge d'avoir un salarié qui dépend de lui, mais ce point négatif est allégé par la relation de confiance qu'ils ont établie. La formation des assistantes est aussi critiquée par les assistantes elles-mêmes qui la trouvent inutile. L'une des assistantes souhaiterait même éviter de la faire, quitte à se reconvertir.

La médecin qui travaille avec l'IPA libéral souligne plus de points négatifs. Selon elle, l'IPA n'est pas assez accepté par les médecins et les patients. Elle se sent responsable de lui trouver des patients, ce qui lui rajoute du travail et du stress. Il faut souligner ici que ce stress est probablement expliqué par le lien familial particulier qui lie ces deux professionnels. En effet, la médecin est la mère de l'IPA, ce qui peut expliquer qu'elle s'investisse pour l'aider dans son activité.

### **Synthèse**

Les assistantes sont satisfaites de leur métier du fait de la bonne relation entretenue avec le médecin et d'une meilleure qualité de vie, par rapport à leur ancien travail d'infirmière. Elles déplorent toutefois le manque d'actes techniques.

Les IDSP Asalée sont très satisfaits de leur pratique qui est en accord avec leurs valeurs et peuvent travailler en accordant du temps au patient tout en ayant un modèle économique stable et valorisant. Peu de points négatifs sont relevés.

L'IPA salariée par Asalée est très satisfaite de son travail, elle ne pointe aucun point négatif et valorise beaucoup sa pratique.

C'est l'IPA libéral qui pointe le plus de difficultés dans son travail : difficultés économiques, investissement personnel élevé, stress engendré, difficultés d'intégration dans le réseau médical local, voire rejet clairement assumé par certains médecins. Ce sont ces mêmes difficultés qui ont dissuadé l'IPA embauchée en tant qu'assistante de s'installer en libéral.

Les médecins sont globalement satisfaits. Ils aimeraient valoriser la personne qui travaille avec eux, soit en termes de salaire, soit en termes de temps d'échanges. Ils souhaiteraient même étendre leur collaboration avec d'autres personnes. Les inconvénients retenus sont la charge d'avoir un salarié et



le temps passé pour lui donner des explications. Ces inconvénients restent minoritaires par rapport aux bénéfiques retenus. Ces bénéfiques sont une meilleure qualité de vie au travail pour les médecins qui travaillent avec une assistante, un meilleur suivi des patients pour ceux qui travaillent avec un ISP Asalée et la possibilité de prendre en charge plus de patients ainsi qu'un meilleur suivi pour ceux qui travaillent avec un IPA.

#### 4.1.6 Temps de collaboration

<b>P. – Assistante</b>	Tous les jours de manière informelle
<b>M. W. – IPA salariée</b>	Partage des mêmes locaux donc quotidiennement de manière informelle, quand le besoin s'en fait sentir
<b>D. – IDSP Asalée</b>	Réunion d'un quart d'heure toutes les semaines ou toutes les deux semaines
<b>S. B. – Assistante</b>	Bilan en fin de journée (et si besoin de réponse rapide, "je peux le déranger")
<b>T. O. – IPA libéral</b>	"Ce n'est pas forcément simple", "les médecins n'ont vraiment pas beaucoup de temps", "à l'heure actuelle on n'a pas vraiment de temps dédié pour les échanges. C'est souvent de manière informelle, par écrit, oralement, quand je vois les [médecins]", "ce n'est pas en deux années d'études supplémentaires que j'ai prétention à tout savoir", "j'ai soif d'apprendre de leur expérience", "c'est quand même un besoin aussi au début quand on démarre de pouvoir échanger parce que justement on n'est pas médecin et quand on a un doute sur quelque chose l'idée est de pouvoir alerter, pour leur dire « il y a quelque chose qui me pose question. Qu'est-ce que tu en penses ? Est-ce qu'on va au-delà ? Est-ce qu'on fait des examens complémentaires par rapport à ça ? ", en médecine générale "je fais des transmissions sur Doctolib le logiciel médical"
<b>V. T. – IDSP Asalée</b>	Réunion d'une demi-heure à une heure toutes les deux semaines et temps informels
<b>A. V. – IPA Asalée</b>	Repas ensemble le midi, messagerie sécurisée, SMS, appels

<b>Dr C. R.</b>	Tous les jours, de manière informelle
<b>Dr F. R.</b>	Réunion informelle de 5 à 10 minutes tous les jours
<b>Dr M. B.</b>	De manière informelle : "quand on se croise, on en profite pour parler"
<b>Dr A. O.</b>	Partage du même logiciel avec accès aux dossiers, transmissions orales, messages, Doctolib Team

Globalement, les assistantes ainsi que les médecins qui les emploient sont satisfaits des temps de collaboration qui sont quotidiens et réalisés plutôt de manière informelle. Ces temps ne sont pas trop

longs pour les médecins et permettent de bien gérer les problématiques au quotidien. Le partage des mêmes locaux et des mêmes patients est certainement à l'origine de cette fluidité.

Pour les IDSP Asalée, les réunions sont plus formelles avec des temps dédiés deux à quatre fois par mois. Cependant, l'un des IDSP Asalée trouve tout de même les médecins trop peu disponibles pour ces échanges. Ces temps d'échanges sont décrits et rémunérés dans le protocole Asalée. Ces réunions formelles semblent toutefois plus difficiles à mettre en place. C'est une demande des infirmiers mais les médecins manquent de temps. Cela peut s'expliquer par des temps de travail en commun plus réduits (les IDSP Asalée n'ont souvent qu'un jour par semaine dans chaque cabinet, et pas toujours en présence du médecin). Les échanges sont moins fluides qu'avec les assistantes.

Pour les IPA, la demande de supervision est très forte. Un réel désir d'apprendre au contact du médecin émane des IPA. Ils ont besoin de continuer leur formation « sur le tas » et manquent de confiance et de sécurité dans leur pratique débutante. Les échanges se font de manière informelle. Les facteurs favorisant la collaboration sont le fait que l'IPA Asalée connaissait déjà les médecins avec lesquels elle travaille actuellement (grâce à sa pratique antérieure d'IDSP Asalée), que l'IPA embauchée en tant qu'assistante travaille avec un seul médecin, et que l'IPA libéral est de la famille du médecin généraliste avec lequel il travaille. Pour les médecins, on note qu'ils aimeraient consacrer plus de temps à leur collaboration mais qu'ils n'y parviennent pas.

On remarque également que le partage des informations se fait aussi via le dossier du patient qui est rempli conjointement par les différents intervenants. Cela soulève un problème pour les IPA travaillant dans plusieurs cabinets : ils doivent s'abonner à plusieurs logiciels médicaux payants. Ils préfèrent donc souvent collaborer avec une MSP ou un regroupement de médecins. La convivialité est souvent également de mise lors des repas pris ensemble. Cela renforce les liens de l'équipe, en particulier pour

les assistants ainsi que pour certains IPA. En revanche, on ne remarque pas ce phénomène avec les IDSP Asalée.

#### 4.1.7 Perspectives et améliorations

<b>P. – Assistante</b>	Souhaite continuer la collaboration, éventuellement se former en éducation thérapeutique, éventuellement réaliser la formation IPA ; souhaiterait une meilleure formation pour les assistants médicaux et une meilleure réglementation (craint les dérives : cotation d'actes médicaux par les assistants, etc.)
<b>M. W. – IPA salariée</b>	"Vraiment être formée correctement à toutes les pathologies", "être au top pour répondre à toutes les questions", "faire de la coordination" en développant un partenariat avec un endocrinologue pour les patients diabétiques déséquilibrés dans le cadre d'une équipe de soins primaires, se former en réalisation d'épreuves fonctionnelles respiratoires
<b>D. – IDSP Asalée</b>	Voudrait poursuivre la collaboration, aimerait avoir l'opportunité de faire des formations supplémentaires et que le médecin les réalise également
<b>S. B. – Assistante</b>	"Peut-être qu'il [le médecin] pourrait me déléguer un peu plus de choses mais ça dépend aussi de la configuration des locaux", "ça serait bien que je puisse installer les personnes, les peser, prendre les constantes, la tension tout ça, mais les locaux ne s'y prêtent pas", dans le futur, attend de voir si d'autres modèles d'assistants médicaux émergent car aimerait pouvoir éviter de faire la formation d'assistante médicale qui lui prendrait du temps sur son temps de travail et qu'elle ne trouve pas utile, a appris "sur le tas"
<b>T. O. – IPA libéral</b>	DU de diabétologie en cours, "La problématique, au-delà du modèle économique et du forfait, c'est surtout que les médecins jouent le jeu, envoient les patients et soient convaincus, et à l'heure actuelle ce n'est pas aussi simple que ça", "C'est un travail de longue haleine et de tous les jours, et je pense que cette communication passe surtout par l'expérience sur le terrain. Beaucoup de médecins généralistes n'étaient pas convaincus et l'ont été parce que leurs collègues ont travaillé avec un IPA et ils se sont dit : « Pourquoi pas, ça n'a pas l'air déconnant. Mon collègue dit que ça lui apporte beaucoup de choses pour lui, pour ses patients, et bien je vais essayer ». La plupart, en tout cas de ce que j'imagine, de ce que j'en ai entendu, ont été convaincus par la suite. Il y a des médecins qui ne seront jamais d'accord, qui ne vont pas être pour, qui ne vont pas chercher plus loin, mais ce n'est pas grave on ne demande pas que tous les médecins soient absolument favorables aux IPA. Il y en a qui ne veulent pas l'être et c'est comme pour beaucoup de choses donc il faut travailler avec ceux qui ont envie, qui sont curieux, qui ont envie d'améliorer le suivi des patients, qui ont envie justement de mettre en avant cette collaboration qui à mon sens est un gros gros avantage pour le patient."
<b>V. T. – IDSP Asalée</b>	Aimerait améliorer l'interaction avec les médecins, aimerait que les médecins participent à des binômes de formation infirmier/médecin, éventuellement changer de cabinet ou faire de la médiation en santé mais continuer à travailler au sein de l'association Asalée
<b>A. V. – IPA Asalée</b>	Apprendre à gérer de nouvelles compétences, apprendre à gérer la collaboration avec huit médecins différents, harmoniser les pratiques, etc.

Les assistantes souhaitent continuer la collaboration, aimeraient éventuellement qu'on leur délègue plus de tâches et seraient prêtes à envisager des formations pour cela. Les IDSP Asalée souhaitent continuer de travailler pour l'association Asalée et ont des projets en rapport avec le renforcement de l'interaction médecin/infirmier (par exemple la participation conjointe à des formations). Les IPA veulent continuer à se former (par exemple à la réalisation d'EFR, à la diabétologie, au développement de partenariat, etc.) et l'IPA libéral souhaite une meilleure communication avec les médecins.

<b>Dr C. R.</b>	Poursuite de la collaboration, avec formation à l'éducation thérapeutique, formation à certains examens systématiques (comme l'examen du pied diabétique), poursuite de la tenue du dossier, etc.
<b>Dr F. R.</b>	"J'espère bien qu'une fois que M. se sera constituée une patientèle de gens à suivre, elle pourra s'installer et on pourra travailler elle en tant qu'IPA libérale et moi en tant que médecin généraliste et du coup elle se financera elle-même", "j'aimerais que la rémunération des IPA libérales évolue"
<b>Dr M. B.</b>	"Pour l'assistante, je n'ai pas du tout envie de revenir en arrière tout comme pour l'infirmier", aimerait essayer le logiciel mis en place par Pulsy d'échanges de mails sécurisés entre différents acteurs de santé (kinésithérapeute, IDE, pharmaciens...), aimerait déléguer plus de tâches à son assistante : "on pourrait presque imaginer qu'elle fasse 75 % de médical et 25 % d'administratif et que derrière, on ait encore une secrétaire médicale qui elle ne fasse que de l'administratif. Pour cela, il faudrait certainement deux ou trois médecins en plus pour financer l'emploi d'une secrétaire administrative pure."
<b>Dr A. O.</b>	"Je ne sais pas comment les choses vont évoluer... On a un groupe WhatsApp avec tous les médecins qui communiquent et il y a quand même beaucoup de négatif [...], [l'IPA] fait un DU de diabète, et ça c'est vraiment un sujet qui est très important et on pourrait faire peut-être plus d'éducation thérapeutique, regrouper des patients... Il a d'autres idées là-dessus. Là on est en train de former notre secrétaire comme assistante médicale, elle pourra faire des choses comme des ECG sans les interpréter. Il y aura là une délégation de tâches qui sera quand même intéressante aussi [...]. Ça demande à être développé et à ce que les gens soient convaincus et ce n'est pas forcément encore très clair"

Les médecins souhaitent continuer la collaboration commencée. Les médecins qui travaillent avec une assistante souhaiteraient continuer la délégation de tâches et même l'enrichir. Le médecin qui travaille avec une IPA salariée en tant qu'assistante souhaite que le modèle économique des IPA libéraux évolue pour que son IPA puisse s'installer en libéral et continuer à travailler avec elle de cette manière. Le médecin qui travaille avec l'IPA libéral souhaite que les préjugés négatifs concernant les IPA libéraux évoluent vers quelque chose de plus positif pour obtenir des collaborations plus fluides, et éventuellement travailler avec d'autres types de professionnels.

Le travail avec le personnel actuel donne donc envie aux médecins et aux professionnels concernés de continuer la collaboration et de l'enrichir, soit en multipliant les tâches déléguées, soit en poursuivant des formations, soit en travaillant avec plus de personnel.

## **4.2 DISCUSSION CONCERNANT LE QUESTIONNAIRE**

### **4.2.1 Population répondant au questionnaire**

Notre questionnaire a été envoyé à un large panel de médecins généralistes français. Malheureusement, l'échantillon n'est pas tout à fait représentatif de la population générale de médecins. Il existe un biais de sélection concernant la participation au questionnaire, selon que le médecin travaille déjà en collaboration ou pas. La proportion de médecins généralistes travaillant avec du personnel est surreprésentée par rapport à la moyenne nationale.

En effet :

- 14 % des médecins qui ont répondu au questionnaire travaillent avec un assistant médical contre 5 % des médecins généralistes en 2022 (30), soit une surreprésentation d'un facteur 2,8.
- 28 % des médecins ayant répondu au questionnaire travaillent avec un infirmier Asalée contre 6,8 % des médecins généralistes (7000 médecins généralistes en 2022) (31), soit une surreprésentation d'un facteur 4,1.
- 6,9 % des médecins qui ont répondu au questionnaire travaillent avec un infirmier en pratique avancée contre moins de 0,1 % des médecins généralistes français (131 IPA en ville en 2021) (7), soit une surreprésentation d'un facteur 69.

Ce biais de participation est probablement lié à l'attention supérieure portée au questionnaire par les médecins connaissant déjà le sujet. C'est un biais classique qui était attendu. Il est toutefois très marqué dans notre travail (surreprésentation d'un facteur 69 concernant les IPA). Nous pouvons

émettre l'hypothèse qu'il soit fortement renforcé par une tendance de certains répondants à s'autosélectionner pour rapporter des réponses en vue de certaines revendications d'ordre politique, matérielle ou financière. Certains médecins auraient pu répondre au questionnaire par intérêt personnel, et apporter un avis moins objectif. Ce biais est difficile à éviter au vu du thème du sujet concernant directement les intérêts personnels des médecins. Nous avons tenté de le limiter en envoyant plusieurs fois le questionnaire, et en précisant dans le message d'envoi que le questionnaire s'adressait bien à tous les médecins généralistes français.

Nous ne pouvons malheureusement pas mesurer l'impact de ce biais d'auto-sélection pour revendication personnelle dans notre étude. Nous pouvons seulement dire que ce biais existe très probablement au vu des réponses concernant les intérêts personnels des médecins (revendication d'ordre politique, matérielle ou financière).

La satisfaction des médecins concernant la collaboration avec les IPA doit être encore plus défavorable dans la population générale. En effet, les médecins collaborant avec des IPA (surreprésentés dans notre étude) donnent un avis positif et minimisent le taux d'avis négatif. Ce résultat principal de notre étude est donc sous-estimé par le biais de sélection et la prévalence élevée d'avis négatif reste interprétable.

#### **4.2.2 Présence ou non d'assistants médicaux, infirmiers en pratique avancée ou infirmiers Asalée**

On note une très forte volonté de s'exprimer en réponse à la question ouverte « Pourquoi n'y a-t-il pas de personnel correspondant à ces intitulés (AM, IPA ou IA) dans votre structure ? » car 98 % des médecins concernés ont rédigé un commentaire libre en réponse à cette question, avec en général des réponses longues comportant plusieurs arguments.

La contrainte matérielle est évoquée en premier lieu (« manque de place ») suivie par l'argument économique (« trop cher »). Ces arguments corroborent les résultats d'une autre thèse sur la place des assistants médicaux (32), dans laquelle les mêmes contraintes étaient retrouvées (le manque de place pour les assistants médicaux et les infirmiers Asalée, et la demande d'augmentation de l'aide financière apportée par la CPAM pour les assistants médicaux).

46 % des médecins généralistes interrogés seraient favorables à une collaboration avec un assistant médical ou un infirmier Asalée moyennant un soutien matériel plus important.

On peut noter des arguments d'ordre logistique tels que la crainte de la gestion, le désaccord avec les associés, les difficultés administratives, ou la crainte de la perspective de l'embauche.

Ensuite viennent les arguments d'ordre politique (26,6 % des réponses) qui traduisent une opposition fondamentale à ce modèle de soin avec délégation : « pas utile », « refus d'un modèle de soins dégradé », « pas ou plus envie » de collaborer...

Enfin, un manque d'information semble présent (à la lecture de nombreux commentaires citant des informations fausses), mais seulement 2,6 % de médecins citent un manque ou un besoin d'information. Nous n'avons pas mesuré la connaissance du sujet dans notre questionnaire. Il est probable qu'une information éclairée (et des retours d'expériences) sur le sujet pourrait influencer l'avis des médecins généralistes. Cela pourrait être l'objet d'un autre travail de recherche.

#### **4.2.3 Assistants médicaux**

Le pourcentage de satisfaction concernant le travail du médecin généraliste avec l'assistant médical est le plus haut par rapport aux deux autres métiers évalués. Plus de 98% des médecins s'estiment tout

à fait ou plutôt satisfaits et plus de 60% seraient prêts à financer eux-mêmes l'intégralité de l'activité de leur assistant.

Cela montre combien les médecins travaillant avec les assistants médicaux apprécient cette aide. Concernant les tâches effectuées par les assistants, elles sont variées et même si elles restent globalement administratives, on se rend compte qu'il y a tout de même un débordement de tâches par rapport au cadre réglementaire du métier (réalisation de vaccinations, réalisation d'ECG, actes infirmiers, etc.). De nombreux assistants ont un diplôme d'état d'infirmier, ce qui pourrait expliquer ce débordement de tâches. Faut-il, au vu de cette inadéquation, élargir le champ des possibles du métier d'assistant ?

#### **4.2.4 Infirmiers en pratique avancée**

Les résultats concernant les tâches de l'IPA sont en accord avec la définition de leurs compétences (par ordre de fréquence : suivi de pathologies chroniques stabilisées, éducation thérapeutique, suivi gériatrique, participation à l'élaboration des parcours de soins et des protocoles, réalisation d'exams de dépistage, etc.). On remarque que certaines tâches recourent celles de l'infirmier Asalée. Un fort pourcentage d'IPA sont salariés par l'association Asalée. On peut en déduire qu'ils étaient auparavant infirmiers Asalée et qu'ils continuent leurs tâches en la développant davantage. Les IPA participent également au parcours de soin du patient, ce qui peut être utile pour orienter le patient et décharger le médecin généraliste. Cela comprend aussi les tâches décrites de lien avec les administrations, de traitement du dossier du patient, de coordination interne et d'animation d'ateliers.

Les IPA travaillent en moyenne une journée avec chaque médecin avec lesquels ils collaborent.

Les IPA libéraux sont majoritaires, mais on observe d'autres modes de rémunération, en particulier le financement par l'association Asalée. Cela peut être une solution en cas de rémunération insuffisante dans le modèle libéral.



On constate une satisfaction élevée chez les médecins généralistes travaillant avec des IPA. Plus de 91 % des médecins s'estiment plutôt satisfaits voire très satisfaits. On note néanmoins une proportion de médecins peu ou pas du tout satisfaits supérieure à l'insatisfaction concernant le travail avec les IA ou les AM (8,6 % pour les IPA contre 2,7 % avec les IA et 1,7 % avec les AM). Nous n'avons pas exploré les causes de cette insatisfaction et cela pourrait faire l'objet d'un autre travail.

#### **4.2.5 Infirmiers Asalée**

Les résultats concernant les tâches des infirmiers Asalée restent dans le champ des compétences réglementaire (hormis deux réponses concernant la pédiatrie, qui n'est pas définie dans le référentiel métier).

Le nombre de journées de travail de l'IA au cabinet est faible, avec en moyenne une journée par semaine au cabinet avec chaque médecin. Le nombre de patients suivis est également faible, allant de 3 à 500 patients par an, et en moyenne 70 patients par an. Cela représente peu de patients par rapport au nombre de patients suivis dans les cabinets. À première vue, l'intérêt du dispositif en termes de santé publique semble donc modeste.

La satisfaction des médecins collaborant avec une IA est élevée (97 %), mais 72 % seraient opposés à continuer cette collaboration si elle était intégralement à leur frais. C'est une différence avec les médecins collaborant avec les AM (60,3 % d'entre eux seraient d'accord pour financer eux-mêmes l'activité de l'AM). Il est possible que les AM soient une aide plus rentable pour les médecins généralistes. Ils effectuent une grande partie du travail administratif, ce qui permettrait potentiellement aux médecins de réaliser plus de consultations. A l'inverse, les IA n'effectuent pas le travail administratif du médecin généraliste qui lui incombe entièrement. On comprend aisément que les médecins pourraient ainsi autofinancer un AM par l'augmentation de leur chiffre d'affaires, ce qui

n'est pas le cas pour les IA. Les IA effectuent essentiellement des tâches d'éducation thérapeutique, qui ne sont pas indispensables à la viabilité du cabinet. Ces tâches d'éducation thérapeutique peuvent être considérées actuellement comme une prestation de santé supplémentaire et les médecins interrogés n'acceptent pas de les financer à leur charge.

Enfin, on peut s'interroger par rapport à la viabilité à long terme de ce métier avec l'apparition des IPA dont les tâches englobent celles des IA.

#### **4.2.6 Travail avec des collaborateurs supplémentaires**

66,7 % des médecins qui travaillent déjà avec du personnel serait d'accord de collaborer avec une personne supplémentaire.

Parmi les médecins qui travaillent déjà avec du personnel mais qui ne songent pas à travailler avec un collaborateur supplémentaire, les principaux arguments retrouvés sont d'ordre matériel (manque de place), et de satisfaction avec la situation actuelle (personnel suffisant, état d'équilibre ressenti par le médecin).

En revanche, il existe aussi des médecins qui sont d'accord pour certains transferts de tâches car ils travaillent déjà avec du personnel mais qui sont opposés à trop de délégation car ils craignent une perte de sens dans leur métier, et s'interrogent sur le devenir de la profession de médecin généraliste. L'arrivée des nouveaux acteurs fait évoluer le métier de médecin généraliste, ce qui peut être anxiogène pour certains médecins, et les inciter à la méfiance.

De nombreuses réponses font état de difficultés psychologiques (lassitude, trop de contraintes, trop de pression, pas assez d'énergie...). Cela pose la question du soutien apporté aux médecins généralistes qui veulent collaborer avec d'autres corps de métier mais qui se sentent insuffisamment épaulés. Cela pourrait être un axe de réflexion pour les décideurs : songer à soutenir les médecins qui sont volontaires à travailler avec un autre corps de métier mais qui se sentent déjà écrasés par leurs charges actuelles et ne voient pas comment se dégager du temps, ou qui ont trop de charge mentale pour envisager quelque chose de nouveau. Il faudrait à songer à valoriser les médecins en parallèle des professions émergentes.

Voici quelques « cris du cœur » de certains de ces médecins pour illustrer ce propos :

<b>Cris du cœur</b>
Je pense qu'il faut compter minimum dix minutes d'informatique par consultation sans compter les bugs pluriquotidiens. Donc on nous dit que l'on va pouvoir consulter plus avec des gains de temps et en fait on fait moins de médecine et plus d'informatique : chercher l'erreur...
Je vais finir par faire plus de supervision que de consultations !!!
La CPAM crée des tâches administratives qui la concernent mais dont elle veut me rendre responsable. Je refuse de payer pour m'en débarrasser.
On nous promet une aide au départ et une fois que l'association fonctionne bien on supprime l'aide et vu la non-évolution de nos tarifs cela devient difficile de continuer à financer. C'est dommage car les patients et les médecins sont contents de cette façon de travailler ensemble. Donc désormais je me méfie des aides promises au début qu'on peut retirer à tout moment...
Pas du tout, mais alors PAS DU TOUT (police 52, souligné, caractère gras) pour un transfert de compétence. Chacun son boulot.
Perte de sens du métier de médecin généraliste (je ne suis pas ophtalmologue ce n'est pas l'usine dans mon cabinet).

Je ne vois pas l'intérêt d'une IPA ou assistante médicale qui effectuerait des tâches (déshabiller le malade, le peser, lui prendre les constantes, etc.). Qui ne me ferait gagner aucun temps mais qui m'éloignerait de ma relation médecin/patient.

Pour les IPA : problématique des responsabilités, manque de temps pour énième protocole / surveillance, ne gérer plus que les situations complexes sans revalorisation, etc.

#### **4.2.7 Avis concernant la collaboration entre médecins généralistes et IPA libéraux**

Même s'il existe des variations en fonction du milieu d'exercice, de la tranche d'âge, du sexe ou encore des départements, l'avis général des médecins généralistes sur la collaboration avec les IPA libéraux reste en majorité exclusivement négatif dans 45 % des cas, avec des avis exclusivement positifs dans seulement 10 % des cas. Ces résultats surestiment probablement le taux d'avis positifs par rapport à la population de médecins généralistes français (car les médecins travaillant avec un IPA sont surreprésentés dans notre échantillon).

Les médecins travaillant avec un IPA ont un avis bien plus positif (31,9 % d'avis positif et 13 % d'avis négatif). Ces médecins ont une expérience du dispositif qu'ils jugent plus favorablement. Ils ont eux-mêmes initiés une collaboration, investi du temps et de l'énergie dans celle-ci, ce qui peut influencer positivement leur jugement. Cependant, de nombreux médecins travaillant avec un IPA n'expriment pas un avis exclusivement positif : 13 % ont un avis négatif et 36,2 % ont un avis mixte. Cela montre que ce dispositif très récent doit être amélioré sur certains points. A noter également une possible proximité familiale ou sociale entre les IPA et les médecins avec qui ils collaborent (29). Ce phénomène pourrait biaiser les avis de certains médecins sur le dispositif IPA et il mériterait d'être exploré dans une autre étude.

Les remarques positives concernent l'appréciation du travail pluriprofessionnelle et le gain de temps : « Aide très appréciée des patients. Étoffe et donne du sens au travail pluriprofessionnel en apportant un autre regard. Soulage efficacement notre charge de travail. ».

L'importance d'une bonne entente et de la disponibilité de l'IPA est soulignée : « Travail très complémentaire avec le médecin. Intérêt majeur pour le patient s'il existe une bonne entente et collaboration entre le médecin et l'IPA. Cette collaboration améliore la qualité du suivi, les IPA ayant plus de temps que les médecins, elle permet de libérer du temps au médecin pour les complications intercurrentes. Elle apporte une meilleure connaissance du patient au médecin. Les informations sur le mode de vie ou les événements douloureux sont plus facilement confiés à un infirmier. ».

Certains médecins évoquent une réticence initiale des patients qui sont ensuite convaincus et apprécient ensuite cette aide : « Collaboration facile et confortable pour le médecin, très complémentaire. Efficacité nette sur la baisse de l'hémoglobine glyquée et sur le nombre de sevrage tabagique. Le médecin doit faire du prosélytisme au début pour convaincre les patients de l'intérêt de ces IPA. L'IPA n'est pas là juste pour faire gagner du temps au médecin, il y a une réelle plus-value. Pas d'incident à déplorer après 18 mois. ».

Enfin, certains médecins généralistes favorables aux IPA pointent du doigt certaines évolutions qu'ils apprécieraient, par exemple orienter les IPA sur des petites urgences plutôt que sur des pathologies chroniques : « C'est une évidence pour libérer du temps-médical mais les médecins sont accrochés à leur pouvoir de prescription. Ils me font honte. Je n'en peux plus de voir des cystites, des rhumes et des gastros. Cela ne nécessite pas un bac+10. Il faut pouvoir déléguer et se concentrer sur la vraie médecine. Pour le moment les médecins ont bloqué le périmètre des IPA à presque rien (renouveler des statines...). En plus, le rôle des IPA est orienté vers le suivi des pathologies chroniques alors que

c'est plutôt vers les petites urgences (gastro, otites, rhinites) que l'on a le plus de demandes et le plus de difficultés à faire face. ».

Cette réflexion est intéressante car elle apporte des perspectives d'amélioration pour ce métier récent. Les médecins doivent être présents dans les discussions pour faire part de leurs avis et faire évoluer les IPA vers l'aide qu'ils jugent la plus efficace pour eux et leurs patients.

Enfin, les jeunes médecins sont plus opposés aux IPA que leurs aînés. Nous ignorons les causes de cette différence observée. Il pourrait être intéressant d'explorer ces causes, d'autant plus que les jeunes médecins seront plus concernés par l'arrivée des IPA que les médecins proches de la retraite.

La remarque négative qui apparaît le plus fréquemment concerne la responsabilité de la pratique de l'IPA : « Je n'accepte pas d'être responsable d'une consultation que je n'ai pas faite. Donc si c'est pour refaire la consultation en plus sans le patient je ne vois pas où est le gain de temps. ». Il est intéressant de noter que de nombreux médecins estiment que les consultations IPA engagent leur responsabilité. Or cette information est fautive. Rappelons que chaque individu, quelle que soit sa profession, est responsable de ses actes sur le plan pénal. Sur le plan professionnel, le décret encadrant la pratique de l'IPA ainsi que le code de santé publique pose le principe de la responsabilité des IPA (33). L'article R. 4312-14 du code de la santé publique stipule que : "L'infirmier est personnellement responsable des actes professionnels qu'il est habilité à accomplir." Ainsi, selon l'article 119 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, le médecin coordonne et oriente le patient vers l'IPA mais celui-ci est « responsable des actes qu'il réalise dans ce cadre ». L'IPA engage sa responsabilité civile et a bien sûr l'obligation de souscrire à une assurance dans ce cadre.

Une autre remarque négative relevée concerne le manque de compétences des IPA : « Peupler les déserts d'IPA ça ne fera pas des médecins dans ces déserts et c'est vraiment créer une médecine à deux vitesses : des IPA chez les ploucs et des docteurs dans les villes ... », « C'est une merde sans nom.

Ceux qui proposent ça auront des morts sur la conscience. La formation des infirmiers et des médecins n'a rien à voir. Les IPA n'existent qu'à coup de subvention, ce modèle mourra de lui-même ou les patients mourront tout simplement plus précocement en diluant la responsabilité de leur prise en charge. », « Pour moi il s'agit d'un exercice illégal de la médecine par des personnes non qualifiées pour cela. ». Le terme d'exercice illégal de la médecine revient ainsi plusieurs fois dans les commentaires. Il est bien sûr erroné. Les domaines d'interventions des IPA sont spécifiés dans le décret qui encadre les actes qu'ils peuvent pratiquer (24). Il s'agit donc d'un exercice légal de certaines compétences initialement réservées aux médecins.

Le deuxième argument négatif qui ressort par ordre de fréquence est que le médecin généraliste s'estime mal payé par rapport à l'IPA : « Je trouve la rémunération des IPA très bien mais je ne comprends pas pourquoi je suis moins bien payée qu'elle ! À titre d'exemple, si elle voit le patient une fois par trimestre, elle est payée 210 € et moi 100 €. On marche sur la tête. On ne veut toujours pas valoriser le travail du médecin généraliste. On souhaite juste qu'il voie plus de patients ! », « J'aurais l'impression d'employer quelqu'un qui est mieux payé que moi à l'acte pour faire la partie facile de mon travail, en étant responsable de lui, et d'en devenir dépendant sur l'activité du cabinet. Rien ne me fait envie sur cette collaboration ! », « La rémunération supérieure des IPA est honteuse ». Il faut cependant nuancer ces arguments par le temps passé par l'IPA avec le patient.

À travers les commentaires, il apparaît un mécontentement de certains médecins généralistes vis-à-vis de leur rémunération. Une demande de moyens est souvent inscrite dans les commentaires des médecins : « Donnez-nous des moyens, pas des contraintes ou des modes d'emploi. Merci. ». Ces informations restent cohérentes avec la demande des syndicats d'une revalorisation de la consultation de médecine générale à 50 €, ayant conduit récemment à un mouvement de grève national. Cela renvoie au problème de la perte d'attractivité de la médecine générale.

Certains médecins généralistes se sentent dévalorisés par les pouvoirs publics et pas pris au sérieux : « L'IPA est un emplâtre sur une jambe de bois. Honte sur la dévalorisation du métier. », « La médecine générale est un très beau métier qui mérite d'être revalorisé tant professionnellement que pécuniairement afin de combler le déficit croissant de médecins français. », « STOP AU MÉDECIN BASHING !!!!! Merci. ». En accord avec ce sentiment de dévalorisation, les médecins ne se sentent pas soutenus voire se sentent menacés par les décisions gouvernementales : « La mauvaise solution à un vrai problème. Comme d'habitude le gouvernement crée artificiellement et sciemment une pénurie puis amène SA solution et l'impose car dénuée de bon sens. », « Le gouvernement va arriver à faire la peau des généralistes, à dévoyer ce merveilleux métier. Il a réussi à dégrader la médecine française, je suis heureuse d'être près de la retraite ! », « Bientôt une médecine sans médecin ? », « Le seul problème étant le manque de médecins, la seule solution est d'en former avec sérieux en France, pas de recruter dans le tiers monde ou chez les paramédicaux. Si je manque de pain, je vais à la boulangerie, pas dans les fonds de placard de mon arrière-cuisine. », « Et grand conflit d'intérêts quand on sait que le mari de Madame Rist qui a proposé cette loi en faveur des IPA, est le grand directeur des structures formant les IPA... Étrange non ? ».

De nombreux médecins expriment dans les commentaires leur opposition au transfert de tâches et ne souhaitent pas garder uniquement la gestion des tâches complexes : « Je veux bien faire mon travail. Les renouvellements de traitements par exemple, j'aime les faire. J'aime aussi voir des gens qui vont bien. J'aime aussi faire de la prévention de temps en temps, ça me fait moins de charge mentale. Je ne vais pas voir pour 25 € que des consultations chronophages et avec des problèmes toute la journée sinon je mets la clé sous la porte et aussi je pète un câble ! ».

Enfin, il faut souligner la crainte de la dégradation de la relation médecin/malade que nombre de médecins généralistes pensent perdre avec ce nouveau dispositif : « Un des intérêts de la médecine générale est qu'on est le spécialiste du patient et pas d'un organe. C'est en le voyant régulièrement



qu'on crée du lien et qu'on apprend à le connaître, qu'on sait mieux adapter les prises en charges à la situation et aux envies du patient par rapport à un autre spécialiste qui le voit une fois l'année. », « On ne peut pas saucissonner le patient pour avoir un suivi en médecine générale. Si la collaboration devient obligatoire, et en plus en distanciel (CTPS) sous notre responsabilité, ou je me déconventionne, ou je ferme mon cabinet et change de métier. », « Je ne collaborerai pas avec une IPA. C'est intéressant pour un ophtalmologue, un cardiologue, une consultation mémoire ou autre, mais pas en médecine générale. Je rendrai leur dossier aux patients qui seront suivis par l'IPA. Une ordonnance de l'IPA sera considérée comme inexistante pour ma part. Les patients devront choisir. ».

On note ainsi une importante résistance au changement dans le cadre de ce dispositif par les médecins généralistes, résumé par l'argument qui suit : « Chacun sa place, chacun son diplôme, chacun ses responsabilités. Je suis contre cette ubérisation de ma médecine. ».

Si certains arguments sont dus à des idées fausses, comme celui concernant la responsabilité, d'autres sont réalistes. Il apparaît que les médecins généralistes traversent une crise profonde et que la confiance dans les autorités de santé s'est perdue. Ce mal-être s'exprime notamment dans les nombreuses citations signalant un désir de quitter la profession (déconventionnement, changement de métier, départ à la retraite, etc.) : « Pour ma part je ne serai quasiment pas concerné, je prendrai ma retraite au début de la future convention et tenterai un exercice libéral non conventionné durant 3 ou 4 ans. Je déconseille désormais à qui veut l'entendre d'investir dix ans de sa vie dans l'obtention d'un diplôme qui sera fractionné... Au profit des paramédicaux !!! ». Dans ce contexte de mécontentement déjà installé, l'arrivée des IPA peut générer une inquiétude supplémentaire pour les médecins généralistes. Elle pourrait les obliger à réinventer leur exercice dans l'avenir. Cette crainte d'une évolution non contrôlée du métier pourrait expliquer en partie le rejet observé.

Le défi est de taille pour une collaboration sereine entre IPA et médecins généralistes en France.

## V/ CONCLUSION

Les métiers de collaboration avec les médecins généralistes qui sont dans l'ordre d'apparition les secrétaires depuis toujours, les infirmiers Asalée depuis 2006, les assistants médicaux depuis 2019 et tout récemment les infirmiers de pratique avancée avec à la clé des polémiques virulentes sont au cœur de l'évolution de la pratique de la médecine générale.

Il nous a paru utile d'explorer le vécu et le ressenti de cette collaboration par les médecins généralistes par un questionnaire national sans détailler le secrétariat. Ce sont 1032 médecins généralistes qui ont répondu (609 n'ayant pas de personnel et 423 ayant du personnel assistant ou infirmier).

Nous avons également réalisé des entretiens afin de recueillir l'avis de ceux qui ont la pratique de ces collaborations :

- Quatre entretiens avec des médecins généralistes, concernant cinq cas de collaborations (deux médecins collaborant avec un infirmier en pratique avancée, un médecin collaborant avec un assistant médical et un médecin collaborant avec un assistant médical et un infirmier Asalée).
- Sept entretiens avec six collaborateurs (trois infirmiers en pratique avancée, deux assistants médicaux et deux infirmiers Asalée).

Les avis étaient tous positifs : pour les médecins, il ressort une amélioration de leurs conditions personnelles de travail (ils peuvent confier des tâches à leur collaborateur) et une meilleure prise en charge des patients ; et pour les collaborateurs, un meilleur équilibre entre vie privée et vie professionnelle pour les assistants, pouvoir prendre du temps pour le patient pour les infirmiers Asalée et une satisfaction intellectuelle pour les IPA. Tous les collaborateurs exprimaient aussi la satisfaction de pouvoir travailler en binôme avec le médecin généraliste.

Les points négatifs retrouvés ne remettaient pas la collaboration en question et concernaient le manque de moyens pour améliorer les conditions de travail du collaborateur (locaux et salaire) pour les médecins. Les points négatifs soulignés par les assistants étaient une formation non adaptée aux besoins et le manque de gestes techniques ; un manque de disponibilité du médecin pour les échanges pour les infirmiers Asalée et enfin des difficultés économiques ainsi que des difficultés à se faire une place dans le monde médical actuel pour les IPA.

Les résultats du questionnaire étaient à peine plus nuancés parmi les médecins expérimentant personnellement un des dispositifs (98,3 % de satisfaction pour 178 médecins travaillant avec un assistant médical, 97,3 % de satisfaction pour 293 médecins travaillant avec un infirmier Asalée et 91,4 % de satisfaction pour 71 médecins travaillant avec un infirmier en pratique avancée).

Nous avons détaillé le modèle économique des différentes solutions. Les infirmiers Asalée sont salariés par une association qui les prend intégralement en charge, les assistants sont salariés par le médecin, mais l'Assurance Maladie prend éventuellement en charge une grande part du coût, sous conditions.

Ce modèle économique et le service rendu amènent des retours contrastés selon le type de collaboration : 39,8 % des employeurs d'assistant médicaux déclaraient ne pas souhaiter continuer leur collaboration s'ils devaient la financer intégralement contre 25,6 % décidés à le faire. Dans le cas des médecins employant des infirmier Asalée, 72 % déclaraient ne pas être d'accord de financer leur collaborateur et 7,8 % se disaient tout à fait d'accord. Cette différence pourrait être due au faible nombre de patients vus par les infirmiers Asalée (médecins qui ressentent moins de besoin de délégation en éducation thérapeutique que dans d'autres tâches).

Les infirmiers de pratique avancée sont très récents et leur modèle économique est en évolution. Le financement ne reposait pas sur le médecin dans la majorité des 71 cas de collaboration avec un infirmier en pratique avancée : 38 avaient un statut libéral, 21 étaient salariés de l'association Asalée et un seul était salarié par le cabinet. Les réponses au questionnaire décrivent bien la situation, mais pour les infirmiers en pratique avancée, un travail ultérieur est indispensable dans quelques temps.

On retiendra des réponses au questionnaire que la majorité des médecins n'ayant pas de personnel explique l'absence d'initiation d'une première collaboration par le manque de moyens pour le financement du collaborateur lui-même et/ou le financement d'un local professionnel adapté.

Parmi les médecins ayant déjà une expérience de collaboration, 66,5 % seraient favorables à démarrer une nouvelle collaboration. La raison la plus souvent évoquée par les 140 médecins réticents est l'absence de nécessité (48 réponses) puis les arguments économiques : le manque de place (32 réponses) et le financement du collaborateur (21 réponses).

En ce qui concerne le dispositif infirmier en pratique avancée, parmi les 995 médecins ayant exprimé leur opinion, 10,6 % avaient un avis exclusivement positif, 44,6 % un avis exclusivement négatif et 25,6 % un avis mixte. Ces avis négatifs ne différaient pas selon le lieu d'exercice (rural, semi-urbain ou urbain). En revanche, ils étaient plus fréquemment négatifs dans la population de médecins de moins de 40 ans (49,7 % d'avis négatifs avant 40 ans contre 44,5 % entre 40 et 60 ans et 38,1 % après 60 ans). Par ailleurs, il apparaît que 69 des médecins travaillant avec IPA ont 31,9 % d'avis exclusivement positifs contre 9 % seulement chez les médecins n'ayant pas d'IPA et qu'il y a seulement 13 % d'avis exclusivement négatifs retrouvés chez les médecins travaillant avec des IPA contre 47 % chez les médecins n'ayant pas d'IPA.

Les principaux points négatifs concernant la collaboration médecins et infirmiers en pratique avancée libéraux étaient la peur d'une médecine de mauvaise qualité pour le patient (compétences médicales insuffisantes chez l'infirmier en pratique avancée, médecin généraliste responsable des erreurs médicales de l'infirmier en pratique avancée, perte de chance pour le patient, perte de la relation médecin-malade), la peur d'une concurrence déloyale (médecin généraliste trop peu payé par rapport à l'infirmier en pratique avancée, infirmier en pratique avancée ayant des prérogatives de prescription et de diagnostic, destruction de la médecine, dévalorisation de la profession de médecin, perte de la prise en charge globale du patient), puis en dernier lieu les contraintes administratives (trop de temps administratif et de contrôle, perte de temps).

Les principaux points positifs décrits étaient l'amélioration de l'offre de soins (utile dans les déserts médicaux, temps médical libéré pour le médecin, augmentation de l'accès aux soins) et l'amélioration du suivi de certaines pathologies (utile pour les patients avec pathologies chroniques, utile pour le suivi à domicile).

Le constat majeur de notre travail est la discordance des avis des médecins entre ceux qui ont une simple opinion et ceux qui ont une expérience : les aspects négatifs de la collaboration médecin généraliste et infirmier en pratique avancée décrits ci-dessus ne sont pas retrouvés par les médecins travaillant avec un infirmier en pratique avancée tant dans les réponses aux entretiens que dans les réponses au questionnaire.

On retiendra que, tant pour les médecins qui ont déjà des collaborateurs que pour les autres, l'obstacle majeur à une collaboration complémentaire ou un démarrage de collaboration est économique : les marges dégagées par les recettes des médecins généralistes sont difficilement compatibles avec des embauches et l'adaptation des locaux.

On pourrait supposer que des conditions économiques plus favorables dans l'exercice de la médecine générale pourraient pousser les cabinets à démarrer des collaborations avec des assistants médicaux plus qu'avec des infirmiers Asalée, en raison des limites de leur profil de tâches.

Pour les infirmiers en pratique avancée, qui peuvent être libéraux, seule joue la problématique des locaux sur le plan des moyens. Mais les médecins généralistes n'ayant pas d'expérience de collaboration sont en forte proportion hostiles au dispositif. Cette situation devrait évoluer, mais cela nécessite du temps et un discours des pouvoirs publics qui cesse d'entretenir le mythe des infirmiers remplaçant les médecins et fasse une promotion positive d'un dispositif tout récent qui satisfait ses utilisateurs quand ils ont les moyens de le déployer.

VU

Strasbourg, le.....14.11.23

Le président du jury de thèse

Professeur.....A. BOUAFIA

VU et approuvé

Strasbourg, le.....16 NOV. 2023

Le Doyen de la Faculté de Médecine, Maïeutique et Sciences de la Santé

Professeur Jean SIBILIA



## ANNEXES

### A1 – BIBLIOGRAPHIE

1. Deroyon T. L'espérance de vie sans incapacité à 65 ans est de 12,6 ans pour les femmes et 11,3 ans pour les hommes, en 2021 [Internet]. 2023 [cité 17 oct 2023]. (Etudes et résultats). Report No. 1258. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-03/ER1258MAJ240223.pdf>
2. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H. Synthèse Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? 2021. (Les dossiers de la DREES). Report No. 76.
3. Simon-Delavelle F, Viossat LC. La formation des assistants médicaux. Inspection Générale des Affaires Sociales ; 2023. (Rapport IGAS). Report No. 2023-015R.
4. Donald F, Bryant-Lukosius D, Martin-Misener R, Kaasalainen S, Kilpatrick K, Carter N, et al. Clinical nurse specialists and nurse practitioners: title confusion and lack of role clarity. Nurs Leadersh (Tor Ont). déc 2010;23 Spec No 2010:189-201.
5. Begley C, Elliott N, Lalor J, Coyne I, Higgins A, Comiskey CM. Differences between clinical specialist and advanced practitioner clinical practice, leadership, and research roles, responsibilities, and perceived outcomes (the SCAPE study). J Adv Nurs. juin 2013;69(6):1323-37.
6. Tsiachristas A, Wallenburg I, Bond CM, Elliot RF, Busse R, van Exel J, et al. Costs and effects of new professional roles: Evidence from a literature review. Health Policy. sept 2015;119(9):1176-87.
7. La Cour des Comptes. Les infirmiers en pratique avancée : une évolution nécessaire, des freins puissants à lever. 2023. (Entités et politiques publiques).
8. République Française. LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. Journal Officiel, n°0172 du 26 juillet 2019.
9. L'Assurance Maladie. Déploiement des assistants médicaux [Internet]. 2019 [cité 9 mai 2023]. Disponible sur : <https://assurance-maladie.ameli.fr/presse/2019-06-19-cp-deploiement-assistants-medicaux>
10. L'Assurance Maladie. Assistants médicaux : un levier pour renforcer l'accès aux soins dans les territoires [Internet]. 2022 [cité 9 mai 2023]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/assistants-medicaux-un-levier-pour-renforcer-l-acces-aux-soins-dans-les-territoires>
11. Commission Paritaire Nationale pour l'Emploi et la Formation Professionnelle. Assistants médicaux | Convention collective nationale [Internet]. 2022 [cité 13 nov 2023]. Disponible sur : <https://ccn-cabinets-medicaux.fr/assistants-medicaux>
12. L'Assurance Maladie. Cabinets libéraux : aide à l'emploi d'assistants médicaux [Internet]. 2023 [cité 18 nov 2023]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/aides-financieres/aide-emploi-assistants-medicaux>

13. Foulst M. Assistants médicaux : la CNAM propose deux modèles de financement, dégressifs mais pérennes. Le Quotidien du Médecin [Internet]. 2019 [cité 18 nov 2023]; Disponible sur : <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actu-medicale/sante-publique/assistants-medicaux-la-cnam-propose-deux-modeles-de-financement-degressifs-mais-perennes>
14. Ministère du Travail. Bulletins officiels des conventions collectives - Avenant n° 76 du 27 juin 2019 relatif à la classification et aux salaires [Internet]. Brochure n°3168 juin 27, 2019. Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/bocc?id=boc\\_20190038\\_0000\\_0016.pdf](https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/bocc?id=boc_20190038_0000_0016.pdf)
15. République Française. Convention collective nationale du personnel des cabinets médicaux du 14 octobre 1981 - Textes Salaires - Avenant n° 80 du 1er juin 2021 relatif aux salaires pour l'année 2021. Bulletin Officiel n°2021-26.
16. République Française. Convention collective nationale du personnel des cabinets médicaux du 14 octobre 1981 - Textes Salaires - Avenant n° 87 du 5 mai 2022 relatif aux salaires au 1er juillet 2022 [Internet]. Bulletin Officiel n°2022-23. Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/conv\\_coll/id/KALITEXT000046099859/?idConteneur=KALICONT00005635409&origin=list](https://www.legifrance.gouv.fr/conv_coll/id/KALITEXT000046099859/?idConteneur=KALICONT00005635409&origin=list)
17. République Française. Article 51 - LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [Internet]. Journal Officiel, n°0167 du 22 juillet 2009. Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article\\_jo/JORFARTI000020879543](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000020879543)
18. Portail d'accompagnement des professionnels de santé Grand Est. Impulsion du dispositif Asalee : pour une coopération pluri-professionnelle entre médecins généralistes et infirmiers [Internet]. 2019 [cité 13 nov 2023]. Disponible sur : <https://www.grand-est.paps.sante.fr/impulsion-du-dispositif-asalee-pour-une-cooperation-pluri-professionnelle-entre-medecins-0>
19. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. INSTRUCTION N° DSS/SD1B/2015/151 du 29 avril 2015 relative au déploiement du protocole de coopération ASALEE dans le cadre de la procédure dérogatoire du « collège des financeurs » [Internet]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=39573>
20. Bourgueil Y, Fur PL, Mousquès J, Yilmaz E. La coopération entre médecins généralistes et infirmières pour le suivi des patients diabétiques de type 2 Evaluation médico-économique de l'expérimentation ASALEE. IRDES ; 2008 déc. Report No. 544.
21. Fournier C, Bourgeois I, Naiditch M. Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires. Questions d'économie de la santé. avr 2018;(232):1-9.
22. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Journal Officiel de la République Française, n°0022 du 27 janvier 2016.
23. L'Assurance Maladie. Les avenants à la convention nationale des infirmières et infirmiers libéraux [Internet]. 2022 [cité 15 mai 2023]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/infirmier/textes-referance/convention/avenants>



24. Ministère des solidarités et de la santé. Arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de santé publique. Journal Officiel de la République Française, n°0164 du 19 juillet 2018.
25. Rist S. LOI n° 2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé. Journal Officiel de la République Française, n°0116 du 20 mai 2023.
26. L'Assurance Maladie. Exercice des infirmiers en pratique avancée [Internet]. 2023 [cité 15 mai 2023]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/infirmier/exercice-liberal/vie-cabinet/installation-liberal/exercice-des-infirmiers-en-pratique-avancee>
27. République Française. Avis relatif à l'avenant n° 9 à la convention nationale organisant les rapports entre les infirmiers libéraux et l'assurance maladie. Journal Officiel, n°0267 du 18 novembre 2022.
28. Emploi-collectivités [Internet]. 2023 [cité 17 nov 2023]. Grille indiciaire hospitalière : auxiliaire médical -infirmier en pratique avancée. Disponible sur : <https://www.emploi-collectivites.fr/grille-indiciaire-hospitaliere-auxiliaire-medical-infirmier-pratique-avancee-ipa/1/6639.htm>
29. Luan L, Fournier C, Afrite A. Infirmière en pratique avancée (IPA) en soins primaires : la construction difficile d'une profession à l'exercice fragile. Questions d'économie de la santé [Internet]. avr 2023 [cité 17 nov 2023];(277). Disponible sur : <https://www.irdes.fr/recherche/2023/qes-277-infirmiere-en-pratique-avancee-ipa-en-soins-primaires.html>
30. La DREES. Démographie des professionnels de santé : qui sont les médecins en 2018 ? Quelle accessibilité aux médecins généralistes ? Combien d'infirmiers en 2040 ? Un outil de projections d'effectifs de médecins [Internet]. 2018 [cité 17 nov 2023]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse/demographie-des-professionnels-de-sante-qui-sont-les-medecins-en-2018-quelle>
31. CPTS Sud Bassin Val de l'Eyre. L'infirmière ASALEE [Internet]. 2022 [cité 18 sept 2023]. Disponible sur : <https://www.cpts-subval.fr/linfirmiere-asalee/>
32. Torresani L. Place de l'assistant médical en Médecine générale : état des lieux [Internet] [Thèse d'exercice]. [Nancy] : Université de Lorraine ; 2022 [cité 17 nov 2023]. Disponible sur : [http://docnum.univ-lorraine.fr/public/MED\\_T\\_2022\\_1279\\_TORRESANI\\_LAURENT.pdf](http://docnum.univ-lorraine.fr/public/MED_T_2022_1279_TORRESANI_LAURENT.pdf)
33. Eyland I. La notion de responsabilité. Revue de la Pratique avancée [Internet]. 2020 [cité 17 nov 2023] ;1(1). Disponible sur : <https://www.edimark.fr/revues/revue-de-la-pratique-avancee/n-1-octobre-2020/la-notion-de-responsabilite>

## **A2 - TRAME D'ENTRETIEN**

### **Présentation du travail**

Acceptez-vous l'utilisation des données recueillies ce jour pour ma thèse ?

### **I/ Identité**

#### **Pourriez-vous vous présenter ?**

Quel est votre nom/prénom/date de naissance ?

Quelle est la date de votre (ou vos) installation(s) ?

Pouvez-vous décrire brièvement votre activité (libérale/hospitalière/mixte ; associative ; SOS médecin/autres activités) ?

Pouvez-vous décrire brièvement votre formation ? Avez-vous des DU ou DESC ou d'autres qualifications ?

### **II/ Structure médicale**

#### **Pourriez-vous décrire votre structure ?**

Êtes-vous plusieurs ? Êtes-vous plusieurs à travailler avec l'auxiliaire ?

Dans quelle structure exercez-vous ? Quel milieu (rural, semi-rural, urbain) ?

Comment s'organise le cabinet (MSP/collaborateurs...) ?

### **III/ Mise en place de l'auxiliaire de santé**

#### **Pourquoi avez-vous décidé de collaborer avec un auxiliaire de santé ?**

Comment avez-vous eu connaissance de ce dispositif de travail coordonné (ARS/Ordre des médecins/Confrère/Syndicat/Recherche personnelle) ?

Pour quelle raison avez-vous préféré ce dispositif par rapport aux autres (Asalée, IPA, assistant) ?

Pourquoi avez-vous décidé de démarrer cette activité, et quelle était votre principale motivation ?

Aviez-vous la place nécessaire dans votre structure ?

#### **IV/ Avantages et inconvénients perçus**

##### **Quels avantages/inconvénients voyez-vous à ce dispositif ?**

Quelles étaient vos principales motivations à l'initiation du dispositif : avez-vous débuté une activité de collaboration pour une raison économique (pour augmenter les ressources du cabinet ?) ? Pour répondre à une demande de santé trop importante ? Parce que vous n'arriviez plus à prendre de nouveaux patients ? Ou à effectuer des actes/soins importants pour vous ? Pour travailler en équipe ?

Quelles étaient vos principales craintes : difficultés de gestion ? Locaux non adaptés ? Difficultés d'entente, de management ? Manque de temps de coordination ? Réticence des patients ? Autre ?

Quelles ont été les facilités à l'installation ? Quelles ont été les difficultés à l'installation ?

Devez-vous répondre à des exigences de la CPAM pour cet exercice coordonné (voir plus de patients, etc...) ?

#### **V/ Description qualitative de l'activité du médecin**

##### **Pourriez-vous décrire votre activité professionnelle de façon qualitative ? Comment cette activité a-t-elle changé depuis votre collaboration avec l'auxiliaire de santé ?**

Avez-vous une (ou des) activité(s) médicale(s) de prédilection pratiquée(s) (pédiatrie, addictologie, gynécologie, gériatrie, homéopathie, médecine du sport, acupuncture...) ? Avez-vous des DU ou DESC ?

Faites-vous des visites à domicile ? Si oui, en fait vous plus ou moins depuis votre collaboration avec l'auxiliaire de santé ?

Quels actes pratiquez-vous principalement au cabinet (réalisation d'ECG, de vaccination, rédaction de certificat,...) ?

Avez-vous diminué ou augmenté votre pratique de ces actes suite à votre collaboration avec l'auxiliaire de santé ?

Avez-vous une ou des secrétaires en présentiel ? Avez-vous un secrétariat à distance ?

Comment avez-vous modifié de façon qualitative votre activité médicale à la suite de votre collaboration avec l'auxiliaire de santé ? Avez-vous modifié le contenu de votre pratique ?

Quelles sont vos activités professionnelles non médicales (administratives, ordinaires, universitaires...)

? Avez-vous modifié le contenu de votre activité non médicale depuis votre collaboration avec votre auxiliaire de santé ?

## **VI/ Description quantitative de l'activité du médecin**

**Pourriez-vous décrire votre emploi du temps ? Comment cet emploi du temps a-t-il changé depuis votre collaboration avec l'auxiliaire de santé ?**

Quel est votre emploi du temps actuel (en demi-journées au cabinet) ? Quels sont vos horaires ?

Quel était votre emploi du temps avant de démarrer votre activité de travail coordonnée (en demi-journées au cabinet) ? Quels étaient vos horaires de travail ?

Combien de patients voyez-vous par heure ? Et par jour ? Quelle est la durée moyenne d'une consultation avec vous ?

Ce nombre a-t-il changé depuis le démarrage de votre collaboration avec votre auxiliaire de santé ?

Combien de patients suivez-vous actuellement (chiffre précis) ? D'où vient ce chiffre ?

Combien de patients suiviez-vous avant de démarrer votre activité de travail coordonné (chiffre précis) ?

Pensez-vous qu'il y ait un changement du nombre de patients suivis dans votre cabinet depuis votre collaboration ? Combien de consultations faisiez-vous avant de démarrer votre activité de travail coordonné (chiffre précis) ?

Prenez-vous encore de nouveaux patients ? Si oui combien par an ? Si oui est-ce grâce à votre auxiliaire ? Sinon, pourquoi ?

## **VII/ Description du temps de travail dédié à la gestion de la collaboration avec l'auxiliaire de santé**

### **Comment se déroule la gestion de personnel avec votre auxiliaire de santé ?**

Avez-vous actuellement du temps de travail administratif ? Combien d'heures par semaine selon vous (y compris week-end/soirées) ? Combien d'heures sont inhérentes à la gestion administrative de la collaboration avec votre auxiliaire de santé ?

Avez-vous actuellement du temps de travail en collaboration avec votre auxiliaire (réunions, entretiens, retour sur les patients) ? Combien d'heures par semaine selon vous (y compris week-end/soirées) ?

Selon vous, la collaboration avec votre auxiliaire de santé a-t-elle augmenté ou diminué votre temps de travail non médical ?

Selon vous, la collaboration avec votre auxiliaire de santé a-t-elle augmenté ou diminué votre temps de travail médical (ou pas changé) ?

## **VIII/ Description qualitative de l'activité de l'auxiliaire de santé**

### **Pourriez-vous décrire l'activité professionnelle de votre auxiliaire de santé de façon qualitative ?**

De quel locaux votre auxiliaire de santé dispose-t-il (bureau/place de parking/cuisine/salle de réunion) ?

Dans quels domaines d'activité avancé votre auxiliaire travaille-t-il

(cardiologie/diabétologie/tabacologie ; oncologie ; pédiatrie ; gynécologie ; gériatrie) ?

Avez-vous un contrat de délégation d'actes ? Pour quoi faites-vous appel à votre IA ou IPA ? Quand en réfère-t-il à vous ?

Quels actes pratique-t-il (le plus souvent) ?

Peut-il prescrire ? Quel type de prescriptions ?

Quels types de consultation pratique-t-il ?

De quel matériel technique dispose-t-il : non médical (ordinateur, bureau...) ? Et médical (questionnaires médicaux, appareils, perfusions, médicaments, appareils de mesure, ECG, tensiomètre, spirométrie, biologie, vaccins, orthopédie) ?

Votre auxiliaire de santé est-il occupé sur son temps de travail par des activités non médicales ?

Quelles sont ces activités non médicales ?

Quelle proportion entre activités médicales et non médicales ?

A-t-il d'autres tâches que nous n'aurions pas mentionnées (téléphone, courriers...) ?

### **IX/ Description quantitative de l'activité de l'auxiliaire de santé**

#### **Pourriez-vous décrire l'emploi du temps de votre auxiliaire de santé ?**

Quel est l'emploi du temps de votre auxiliaire de santé (nombre de demi-journées) ? Quels sont ses horaires ?

Quel est le temps horaire de votre auxiliaire de santé dédié à des activités non médicales (par semaine) ?

Combien de patients votre auxiliaire de santé voit-il par heure ? et par jour ? Son emploi du temps est-il saturé ? Quelle est la durée moyenne d'une consultation avec votre auxiliaire de santé ?

Combien de temps l'auxiliaire prévoit-il par patient ?

Savez-vous combien de patients sont suivis par votre auxiliaire de santé ? D'où vient ce chiffre ?

Combien de consultations votre auxiliaire de santé fait-il par an (chiffre précis) ?

L'auxiliaire peut-il prendre des nouveaux patients ? Si oui combien par an ?

### **X/ Modèle économique de la collaboration avec l'auxiliaire de santé**

#### **Pouvez-vous détailler le modèle économique de votre auxiliaire de santé ?**

Avez-vous dû faire des investissements en matériel non médical (bureau...) à son installation ? Et en matériel médical ? Avez-vous dû faire des investissements en locaux (places de parking/travaux...) ?

Avez-vous des charges régulières en matériel / en consommables / en locaux ? Qui les finance ?

Votre auxiliaire a-t-il touché une prime d'installation ?

Y a-t-il des aides financières ou fiscales pour l'installation d'un auxiliaire dans un cabinet ?

Qui rémunère votre auxiliaire de santé ? Est-il rémunéré à l'acte ou salarié ?

Votre auxiliaire de santé reverse-t-il une rétrocession (ou des charges) au cabinet ?

Connaissez-vous son salaire annuel (brut et net) ?

Pensez-vous que vos charges ont augmenté avec l'arrivée de votre assistant ?

## **XI/ Qualité perçue de la collaboration avec l'auxiliaire de santé**

**Etes-vous satisfait de votre modèle de collaboration ? (si non, pourquoi?)**

Etes-vous satisfait du travail de votre auxiliaire ? (--/-/+ /++)

Quels sont vos points de satisfaction (qualité de soins ; modèle économique ; qualité de vie ; temps personnel de repos ; temps médical avec les patients ; qualité de vos soins avec les patients) ? Si non : quels sont vos points d'insatisfaction ?

Vos patients sont-ils satisfaits du travail de votre auxiliaire ?

Quels sont leurs points de satisfaction (qualité de soins ; consultation "spécialisée" ; temps de la consultation ; disponibilité des soins ; rapidité de rendez-vous) ? Si non, pourquoi ?

Quels retours vous font vos patients sur le dispositif ? Sont-ils satisfaits du dispositif de travail coordonné ?

## **XII/ Perspectives entrevues de la collaboration avec l'auxiliaire de santé**

**Comment voyez-vous l'avenir de votre collaboration ?**

Voulez-vous poursuivre cette collaboration ?

Quelle amélioration aimeriez-vous apporter dans votre cabinet, concernant votre collaboration avec votre auxiliaire de santé ?

Quelles perspectives au niveau légal aimeriez-vous entrevoir ?

Comment pourriez-vous prendre des nouveaux patients ? Est-ce que votre auxiliaire pourrait vous y aider ? Comment ?

### **XIII/ Evaluation de notre questionnaire**

**Notre questionnaire vous paraît-il pertinent ?**

Ajouteriez-vous quelque chose au questionnaire ?



**A3 - RESULTATS DES ENTRETIENS**

Compte-tenu de l'abondance des résultats, nous avons choisi de rendre ces résultats disponibles sous format numérique au lien suivant :

[http://www.apima.org/img\\_bronner/these\\_APerrin\\_annexeA3\\_entretiens.pdf](http://www.apima.org/img_bronner/these_APerrin_annexeA3_entretiens.pdf)

#### A4 - REPRESENTATIVITE DE L'ÉCHANTILLON DE MEDECINS GENERALISTES

La population cible de notre questionnaire est la population de médecins généralistes libéraux français.

Nous avons estimé cette population cible à 66 000 médecins généralistes (source : *Le Monde* du 05 janvier 2023, disponible sur [https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2023/01/05/le-nombre-de-medecins-generalistes-exercant-en-cabinet-a-baisse-de-11-en-dix-ans\\_6155964\\_4355771.html](https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2023/01/05/le-nombre-de-medecins-generalistes-exercant-en-cabinet-a-baisse-de-11-en-dix-ans_6155964_4355771.html)).

Le nombre de médecins nécessaire pour obtenir un échantillon représentatif de la population cible (avec une marge d'erreur de 5 % et un niveau de confiance de 95 %) est de 595 médecins généralistes.

Nous avons obtenu 1032 réponses au questionnaire, notre échantillon est donc statistiquement significatif (marge d'erreur de 4 % et niveau de confiance de 99 %).

<b>Taille de la population</b> ⓘ	<b>Niveau de confiance (%)</b> ⓘ	<b>Marge d'erreur (%)</b> ⓘ
<input type="text" value="65470"/>	<input type="text" value="99"/>	<input type="text" value="3.985"/>
<b>Taille de l'échantillon</b>		
<b>1,032</b>		

*Note : Calculatrice de la taille d'échantillon disponible au lien suivant :*

<https://fr.surveymonkey.com/mp/sample-size-calculator/>

## A5 - QUESTIONNAIRE

**Qui vous aide au sein de votre cabinet de médecine générale ?**

Bonjour,

Je suis Alix PERRIN, médecin généraliste remplaçante et étudiante à la faculté de Strasbourg. Je réalise ma thèse sur l'emploi de personnel para-médical ou non médical au sein de cabinets de médecine générale, en me concentrant sur le travail du médecin généraliste avec assistants médicaux, infirmiers Asalée ou infirmiers en pratique avancée (IPA).

Mon directeur de Thèse est le Docteur Claude BRONNER, médecin généraliste à Strasbourg. Si vous travaillez déjà avec des assistants ou infirmiers, votre expérience partagée en répondant au questionnaire me sera précieuse.

Si ce n'est pas le cas, votre avis sur le sujet le sera tout autant, en particulier sur le rôle potentiel des IPA dont très peu sont en activité avec des médecins libéraux. La durée estimée du questionnaire est d'environ 5 minutes et le questionnaire est anonyme.

Merci d'avance pour vos réponses, précieuses vis-à-vis de ces corps de métier qui font parfois débat !

Alix PERRIN  
perrin.alix@gmail.com

**I/ Présentation du cabinet & Profil du médecin**❖ **Quel est votre âge ?**

<i>Réponse libre</i>
----------------------

❖ **Quel est votre sexe ?**

- Femme  
 Homme

❖ **Où exercez-vous ?**

*Pour les remplaçants, mettre le cabinet principal de remplacement*

<i>Menu déroulant des différents départements, possibilité de sélectionner le département en tapant son chiffre</i>
---

❖ **Quel est votre milieu d'exercice ?**

*Pour les remplaçants, mettre le cabinet principal de remplacement*

- Urbain
- Semi-rural
- Rural

❖ **Quelle est votre année d'installation ?**

*Pour les remplaçants, mettre l'année du 1er remplacement*

	<i>Réponse libre, 4 chiffres attendus</i>
--	---

❖ **Quel est votre type d'exercice ?**

- Exercice isolé
- Exercice en groupe libéral
- Exercice en centre ou maison de santé
- Mixte
- Collaborateur
- Remplaçant
- Collaborateur et remplaçant

*Visible si on répond autre chose que "Exercice isolé" à la question : "Quel est votre type d'exercice ?"*

❖ **Combien de médecins, vous compris, y a-t-il dans votre lieu d'exercice principal ?**

<i>Question qui s'ouvre si le médecin a coché une autre réponse qu'« exercice isolé » à la question précédente ; Réponse libre</i>
--

## II/ **Secrétariat**

❖ **Y a-t-il un secrétariat dans votre structure principale ?**

*Possibilité de cocher à la fois secrétariat présentiel et secrétariat distanciel*

- Secrétariat présentiel
- Secrétariat distanciel
- Pas de secrétariat

## 2.1 Si Secrétariat présentiel

- ❖ **Quel temps de travail réalise votre secrétariat pour l'ensemble du cabinet, en équivalent temps plein (ETP) ?**

*Exemple de réponse : un mi-temps = 0.5 ETP*

- ❖ **Par combien de personnes cet équivalent temps plein est-il partagé au sein du cabinet ?**

- ❖ **Y a-t-il du personnel correspondant aux intitulés suivants dans votre structure :**

– Assistant médical / Infirmier en pratique avancée (IPA) / Infirmier Asalée / Autre

- OUI  
 NON

➔ **SI NON :**

- ❖ **Pourquoi ?**

*(Manque de place, inquiétude vis-à-vis des frais que cela peut représenter, pas l'envie, pas le temps de se consacrer au sujet, difficulté liée à la gestion du personnel, désaccord des associés au sein de la structure, ...)*

➔ **SI OUI :**

- ❖ **Lequel ou lesquels ?**

*(Possibilité de réponse à choix multiples avec autres questions qui s'ouvrent pour chaque réponse) :*

- Assistant médical  
 IPA  
 Infirmier Asalée  
 Autre

➔ **Si « AUTRE » : lequel ? (Commentaire libre)**

*Commentaire libre*

**C'est la fin du questionnaire pour ceux qui ont répondu « non »**

*N'hésitez pas à faire un commentaire libre sur le sujet !*

- *Commentaire libre*

## 2.2 \*si secrétariat distanciel ou si pas de secrétariat

- ❖ **Y a-t-il du personnel correspondant aux intitulés suivants dans votre structure :**

– Assistant médical  
– Infirmier en pratique avancée (IPA)  
– Infirmier Asalée  
– Autre

- OUI  
 NON

➔ **SI NON :**

❖ **Pourquoi ?**

*(Manque de place, inquiétude vis-à-vis des frais que cela peut représenter, pas l'envie, pas le temps de se consacrer au sujet, difficulté liée à la gestion du personnel, désaccord des associés au sein de la structure, ...)*

➔ **SI OUI :**

❖ **Lequel ou lesquels ?**

*(Possibilité de réponse à choix multiples avec autres questions qui s'ouvrent pour chaque réponse) :*

- Assistant médical
- IPA
- Infirmier Asalée
- Autre

➔ **Si « AUTRE » : lequel ? (Commentaire libre)**

❖ **Pourriez-vous envisager de travailler avec un autre personnel para-médical ou non médical sus-cité en plus de celui ou ceux que vous avez déjà ?**

- OUI
- NON

*Commentaire libre*

**C'est la fin du questionnaire pour ceux qui ont répondu « non » et « autre »**

*N'hésitez pas à faire un commentaire libre sur le sujet !*

- *Commentaire libre*

### III/ **Assistant médical\***

*\* si assistant médical a été coché :*

❖ **Quelle est la formation de votre assistant ?**

- Infirmier (IDE)
- Aide-Soignant
- Secrétaire

❖ **Quel temps de travail réalise votre assistant (pour l'ensemble du cabinet) en équivalent temps plein (ETP)**

*Exemple de réponse : un mi-temps = 0.5 ETP - réponse libre*

❖ **Par combien de personnes cet équivalent temps plein est-il partagé au sein du cabinet ?**

### ❖ Quel type de travail réalise votre assistant ?

(NB1 : si vous confiez la réalisation technique d'un acte à l'assistant, veuillez indiquer la proportion de l'activité confiée à l'assistant, ex : si vous réalisez 10 ECG par mois et que vous en confiez 9/10 à l'assistant, veuillez cocher l'onglet « souvent » même si ce n'est pas un acte pratiqué « souvent » au cabinet

NB2 : si vous confiez un acte systématiquement à l'assistant quand il est présent, veuillez noter « toujours » même si vous réalisez les actes vous-même quand il n'est pas là)

	0	1	2	3
Travail administratif (secrétariat, prise de rendez-vous, rappel des patients...)				
Tenue de dossier médical (intégrer des documents, des biologies, ...)				
Révision de dossier médical (voir si le patient est à jour de ses vaccinations / consultations chez le spécialiste / dépistage de cancer/ ...)				
Réalisation de vaccinations				
Réalisation d'électrocardiogramme (ECG)				
Réalisation de spirométrie				
Remise de tests de dépistage (type ADECA) avec explications				
Actes infirmiers type réalisation de pansements/ ablation de fils ou d'agrafes / etc. ...				
Education thérapeutique				
Visites à domicile				

**0** = jamais ; **1** = qq fois ; **2** = souvent ; **3** = toujours

### ❖ Etes-vous satisfaits de votre collaboration avec votre assistant ?

Réponse à choix unique

- Tout à fait satisfait
- Plutôt satisfait
- Peu ou pas du tout satisfait

### ❖ Si vous deviez financer vous-même l'intégralité de l'activité de votre assistant, souhaiteriez-vous continuer tout de même la collaboration

Réponse à choix unique

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Pas du tout d'accord

## IV/ Infirmier en Pratique Avancée (IPA)\*

\* si IPA a été coché :

### ❖ Quel temps de travail réalise votre IPA (pour l'ensemble du cabinet) en équivalent temps plein (ETP)

Exemple de réponse : un mi-temps = 0.5 ETP - réponse libre

--

❖ **Par combien de médecins cet équivalent temps plein est-il partagé ?**

<i>Réponse libre</i>
----------------------

❖ **Quel est l'employeur de l'IPA qui travaille avec vous ?**

- Moi-même ou mon cabinet
- L'association Asalée
- IPA libérale
- Autre

➔ **Si « moi-même ou mon cabinet » a été coché :**

❖ **Est-ce que d'autres médecins emploient l'IPA qui travaille avec vous ?**

- OUI
- NON

➔ **SI OUI :**

❖ **Combien de médecins autre que vous emploient l'IPA ?**

*(Possibilité de réponse à choix multiples avec autres questions qui s'ouvrent pour chaque réponse) :*

- 1
- 2
- 3
- Plus de 3
- Ne sait pas

➔ **Si « AUTRE » : lequel ? (Commentaire libre)**

<i>Commentaire libre</i>
--------------------------

❖ **Quel est le type de travail de l'IPA**

(Travail administratif, tenue et révision de dossier médical, bilan de santé, réalisation d'actes type vaccination/ECG/spirométrie/réalisation de pansement/..., éducation thérapeutique, aide au sevrage tabagique ou autre addiction, suivi de patients avec maladie chronique, visite à domicile, téléconsultations, prescription et/ou renouvellement d'ordonnance, adressage du patient au spécialiste...)

<i>Réponse libre</i>
----------------------

❖ **Etes-vous satisfaits de votre collaboration avec votre IPA ?**

*Réponse à choix unique*

- Très satisfait
- Plutôt satisfait



- Peu ou pas du tout satisfait

## V/ Infirmier Asalée

*\* si infirmier Asalée a été coché :*

- ❖ **Quel temps de travail réalise votre infirmier Asalée (pour l'ensemble du cabinet) en équivalent temps plein (ETP)**

*Exemple de réponse : un mi-temps = 0.5 ETP - réponse libre*

- ❖ **Par combien de médecins cet équivalent temps plein est-il partagé ?**

 *Réponse libre*

- ❖ **Quel est le type de travail de l'infirmier Asalée**

 *Réponse libre*

- ❖ **Etes-vous satisfaits de votre collaboration avec votre l'infirmier Asalée ?**

*Réponse à choix unique*

- Très satisfait  
 Plutôt satisfait  
 Peu ou pas du tout satisfait

- ❖ **Si vous deviez financer vous-même l'intégralité de l'activité de votre infirmier Asalée, souhaiteriez-vous continuer tout de même la collaboration**

*Réponse à choix unique*

- Tout à fait d'accord  
 Plutôt d'accord  
 Pas du tout d'accord

## VI/ Autre

- ❖ **Pourriez-vous envisager de travailler avec un autre personnel paramédical ou non médical sus-cité en plus de celui ou ceux que vous avez déjà ?**

- OUI  
 NON

- ❖ **Si non, pourquoi ? Commentaire libre**

→ *Commentaire libre*

## VII/ Votre avis sur le dispositif des infirmiers en pratique avancée (IPA) libéraux

*Le dispositif des IPA libéraux est très récent. De plus, il a été considérablement modifié à partir du 23 mars 2023. Découvrez le dispositif des IPA libéraux en cliquant sur ce lien : [IPA\\_liberaux.pdf](#)*

### ❖ **Quelle est votre opinion sur la collaboration médecins - IPA libéraux ?**

→ *Commentaire libre*

### ❖ **N'hésitez pas à faire un commentaire libre complémentaire**

→ *Commentaire libre*

**Fin du questionnaire**

*Envoyer©2023 - Réalisation technique et graphique de l'enquête : Trabtek.com*

## A8 - FICHE D'INFORMATION CONCERNANT LE METIER D'IPA LIBERAL (JOINTE AU QUESTIONNAIRE)

### LES INFIRMIERS DE PRATIQUE AVANCÉE (IPA)

Les IPA sont des infirmiers qui ont fait deux années de formation supplémentaires (**Master**). Plusieurs mentions de formation sont proposées pendant ces deux ans (ex : oncologie et hémato-oncologie, urgences, psychiatrie et santé mentale, ...). La mention qui intéresse les IPA qui veulent collaborer avec les médecins généralistes est la suivante : « **Pathologies chroniques stabilisées, prévention et poly pathologies courantes en soins primaires** » et concerne les pathologies suivantes : accident vasculaire cérébral, artériopathies chroniques, cardiopathie, maladie coronaire, diabète de type 1 et de type 2, insuffisance respiratoire chronique, maladie d'Alzheimer et autres démences, maladie de Parkinson, et épilepsie.

L'Assurance Maladie souhaite encourager le développement de ce nouveau métier pour améliorer le suivi de patients atteints de pathologies chroniques, optimiser le temps médical et renforcer l'accès aux soins des **5,6 millions de personnes potentiellement concernées**.

Les IPA sont susceptibles de travailler **en hôpital** comme **en ville**. A titre d'exemple, il y avait en janvier 2023 15 IPA exerçant en cabinet libéral dans la région Grand Est mais il y aura fin 2023 221 IPA formés ou en cours de formation dans cette même région !

**Les pouvoirs publics voient dans les IPA une solution au déficit de médecins mais les médecins voient parfois dans les IPA la menace d'une concurrence déloyale. Quels sont les rôles des IPA dans les textes et quel est le modèle économique de cette profession ?**

#### Missions des infirmiers de pratique avancée

L'IPA dispose de compétences élargies par rapport à celles de l'infirmier. Il peut notamment :

- Conduire un entretien et réaliser l'examen clinique ;
- Réaliser des actes techniques sans prescription médicale et en interpréter les résultats pour les patients dont il assure le suivi ;
- Demander des actes de suivi et de prévention pour les pathologies dont il assure le suivi ;
- Prescrire, pour les pathologies dont il assure le suivi, des médicaments non soumis à prescription médicale obligatoire, des dispositifs médicaux ou des examens de biologie ;
- Renouveler, en les adaptant si besoin, des prescriptions médicales pour les pathologies dont il assure le suivi.

Ses domaines d'intervention et ses activités sont définis dans le **code de la santé publique**, avec par exemple [l'arrêté d'activité de l'IPA de 2018](#).

En clair, l'IPA n'est pas là pour remplacer le médecin mais pour **accompagner la prise en charge de patients complexes** : éducation thérapeutique, visite à domicile avec appel en télémédecine si besoin, renouvellement d'ordonnances dans le cadre des pathologies qui appartiennent à son champ de compétence en accord avec le médecin, etc.

### **Modèle économique des infirmiers de pratique avancée libéraux**

L'IPA peut être **salarié par le médecin**, mais aussi travailler en **libéral**.

Et ce modèle économique libéral devient viable avec l'avenant 9 infirmier qui s'applique depuis le 23 mars 2023 : 400 € de **forfait annuel** (50 par trimestre) par patient confié par contrat. En échange, il faudra justifier au minimum d'un contact trimestriel (dont un en présentiel).

S'ajoute à cela la possibilité d'un « **bilan ponctuel** » annuel de 45 minutes et de **4 séances de soins infirmiers** maximum par an, à la demande du médecin pour des patients qui ne sont pas au forfait. Le soin est à 16 Euros, le bilan à 30 Euros.

- Les **forfaits d'initiation et de suivi** visent à valoriser toutes les interventions de l'IPA réalisées pour le suivi du patient (**en présentiel ou distanciel**) au cours du trimestre de prise en charge et notamment :
  - la vérification de l'éligibilité du patient au suivi par l'IPA ;
  - le bilan global ou la surveillance et les conclusions cliniques ;
  - les actions d'éducation, de prévention (toutes les vaccinations sont notamment comprises dans le forfait) et de dépistage ;
  - l'activité de concertation et de coordination auprès des médecins qui leur confieraient des patients pour assurer leur suivi au long cours mais aussi auprès des autres acteurs de santé amenés à assurer la prise en charge de ces patients ;
  - les activités transversales décrites dans le code de la santé publique.

### **La relation IPA/Médecin en libéral**

Le médecin, ou plutôt LES médecins si l'IPA contractualise avec plusieurs médecins, peut confier les patients de son choix à l'IPA, tout en continuant à les voir sans restriction.

C'est toujours **le médecin qui adresse ses patients aux IPA**, que ce soit pour un suivi ou de manière ponctuelle (bilan ou réalisation d'acte technique spécifique à l'IPA) ; libre à lui d'adresser ou non certains de ses patients à un IPA du secteur.

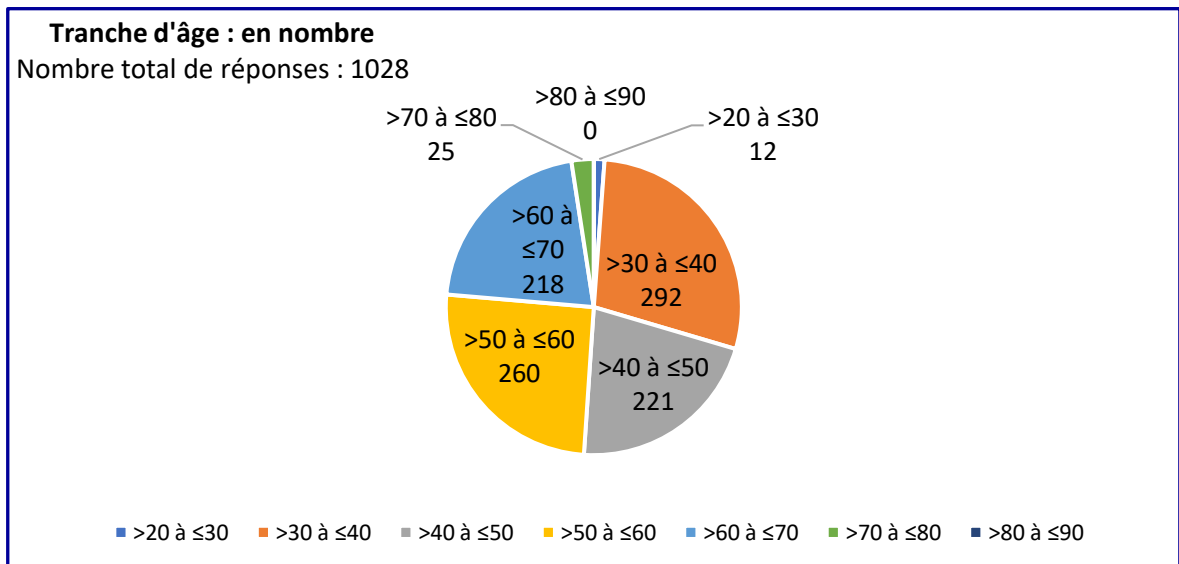
A l'issue d'un bilan ponctuel (qui comprend notamment une anamnèse, un examen du patient, la réalisation d'un ou plusieurs actes techniques le cas échéant, des mesures de prévention et d'éducation thérapeutique), un **compte-rendu** sera adressé au médecin ayant orienté le patient vers l'IPA.

## A9 - ENSEMBLE DES GRAPHIQUES D'ANALYSE DU QUESTIONNAIRE

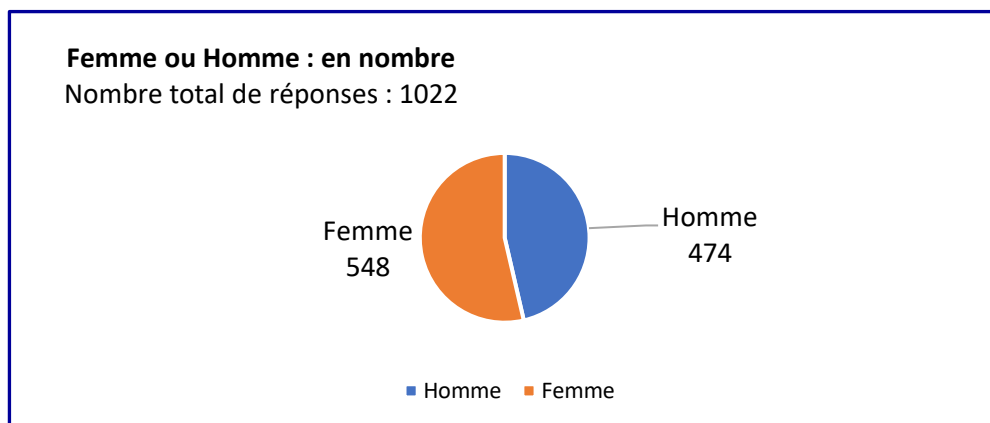
### A9.1 - Présentation des répondants

Tranche d'âge	Nombre	%
>20 à ≤30	12	1,2%
>30 à ≤40	292	28,4%
>40 à ≤50	221	21,5%
>50 à ≤60	260	25,3%
>60 à ≤70	218	21,2%
>70 à ≤80	25	2,4%
>80 à ≤90	0	0,0%
TOTAL	1028	100,0%

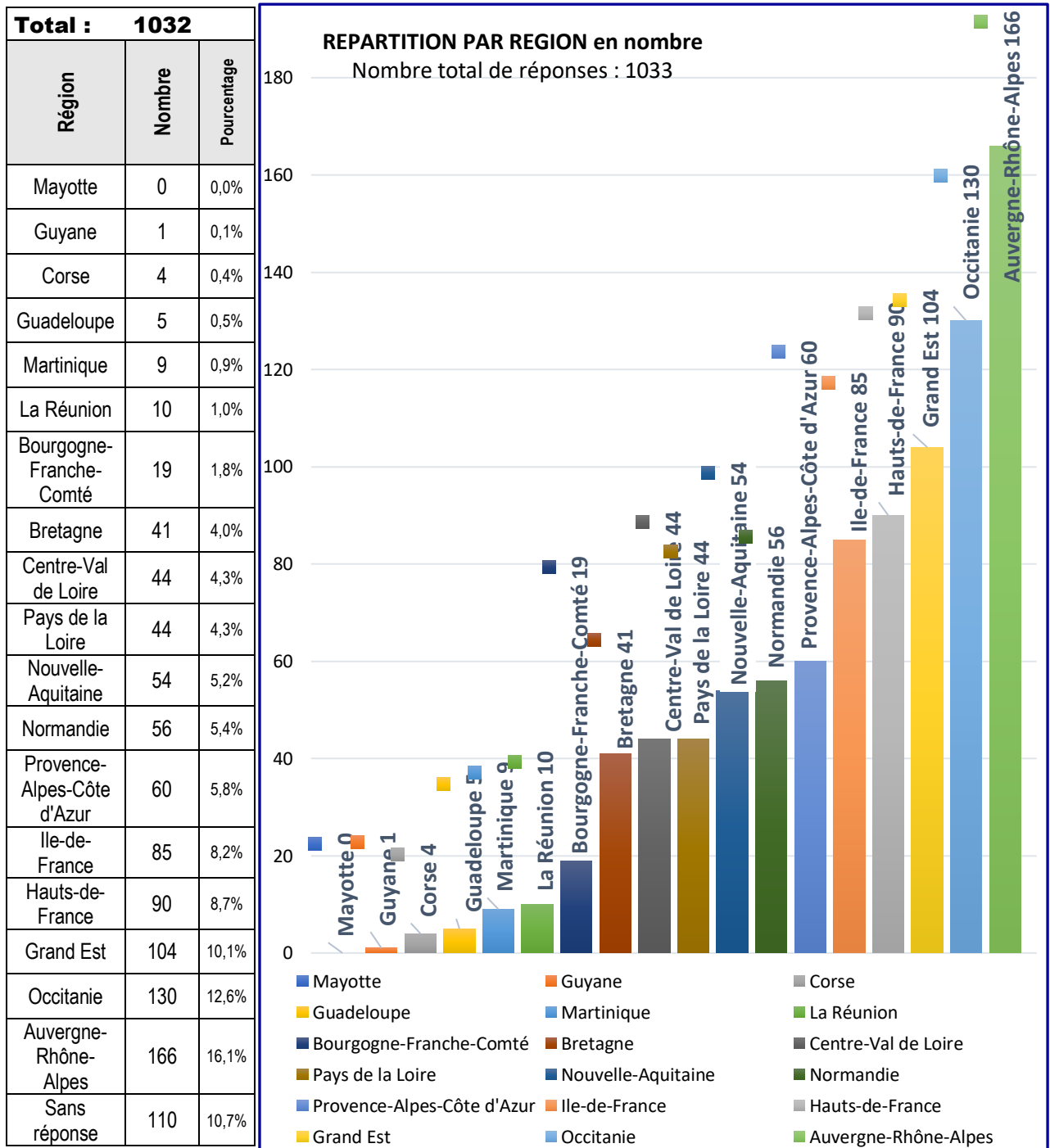
Age moyen	Age médian
47,9 ans	48,0 ans



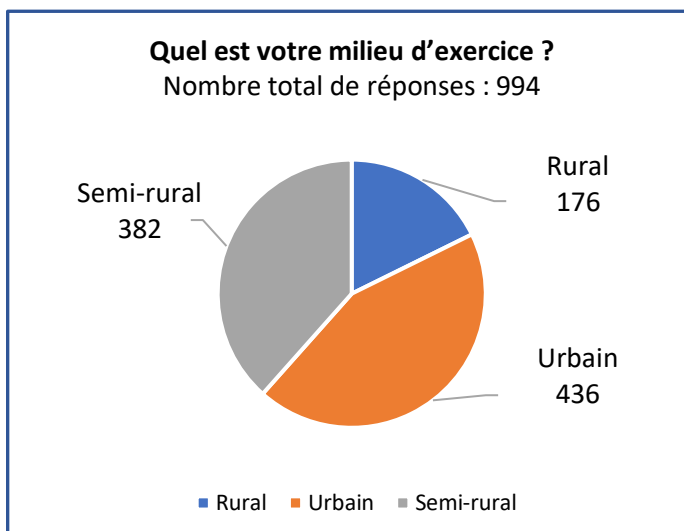
Sexe	Nombre	%
Homme	474	46,4%
Femme	548	53,6%
TOTAL	1022	100,0%



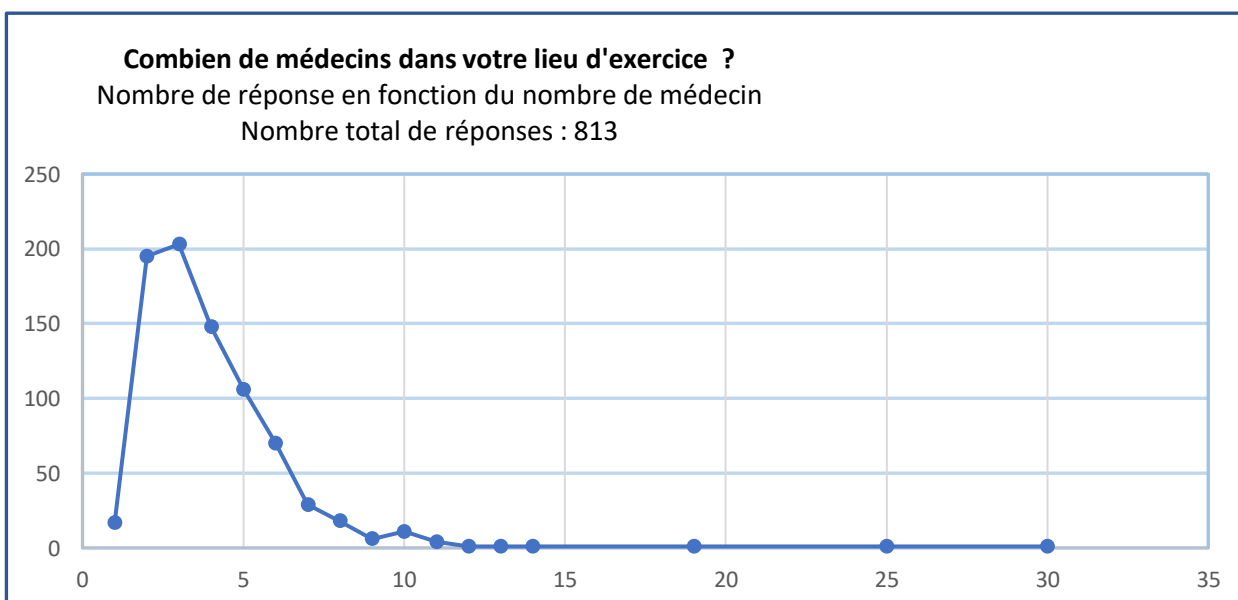
Total	1032	100%			
Département	Nombre	Pourcentage	Pourcentage	Pourcentage	Pourcentage
Vide	110	10,7%	50	16	1,6%
1	9	0,9%	51	8	0,8%
2	11	1,1%	52	1	0,1%
3	3	0,3%	53	1	0,1%
4	4	0,4%	54	5	0,5%
5	0	0,0%	55	3	0,3%
6	15	1,5%	56	18	1,7%
7	5	0,5%	57	6	0,6%
8	4	0,4%	58	0	0,0%
9	4	0,4%	59	39	3,8%
10	5	0,5%	60	13	1,3%
11	9	0,9%	61	10	1,0%
12	0	0,0%	62	20	1,9%
13	17	1,6%	63	5	0,5%
14	11	1,1%	64	14	1,4%
15	3	0,3%	65	6	0,6%
16	1	0,1%	66	3	0,3%
17	3	0,3%	67	50	4,8%
18	7	0,7%	68	20	1,9%
19	1	0,1%	69	34	3,3%
2A	3	0,3%	70	2	0,2%
2B	1	0,1%	71	3	0,3%
21	4	0,4%	72	1	0,1%
22	7	0,7%	73	7	0,7%
23	0	0,0%	74	16	1,6%
24	2	0,2%	75	11	1,1%
25	7	0,7%	76	10	1,0%
26	16	1,6%	77	16	1,6%
27	9	0,9%	78	13	1,3%
28	2	0,2%	79	2	0,2%
29	3	0,3%	80	7	0,7%
30	16	1,6%	81	12	1,2%
31	42	4,1%	82	12	1,2%
32	6	0,6%	83	15	1,5%
33	20	1,9%	84	9	0,9%
34	14	1,4%	85	9	0,9%
35	13	1,3%	86	2	0,2%
36	4	0,4%	87	4	0,4%
37	23	2,2%	88	2	0,2%
38	43	4,2%	89	2	0,2%
39	0	0,0%	90	1	0,1%
40	2	0,2%	91	15	1,5%
41	5	0,5%	92	10	1,0%
42	21	2,0%	93	9	0,9%
43	4	0,4%	94	4	0,4%
44	23	2,2%	95	7	0,7%
45	3	0,3%	971	5	0,5%
46	5	0,5%	972	9	0,9%
47	3	0,3%	973	1	0,1%
48	1	0,1%	974	10	1,0%
49	10	1,0%	976	0	0,0%



Quel est votre milieu d'exercice ?	Nombre	%
Rural	176	17,7%
Urbain	436	43,9%
Semi-rural	382	38,4%
TOTAL	994	100,0%

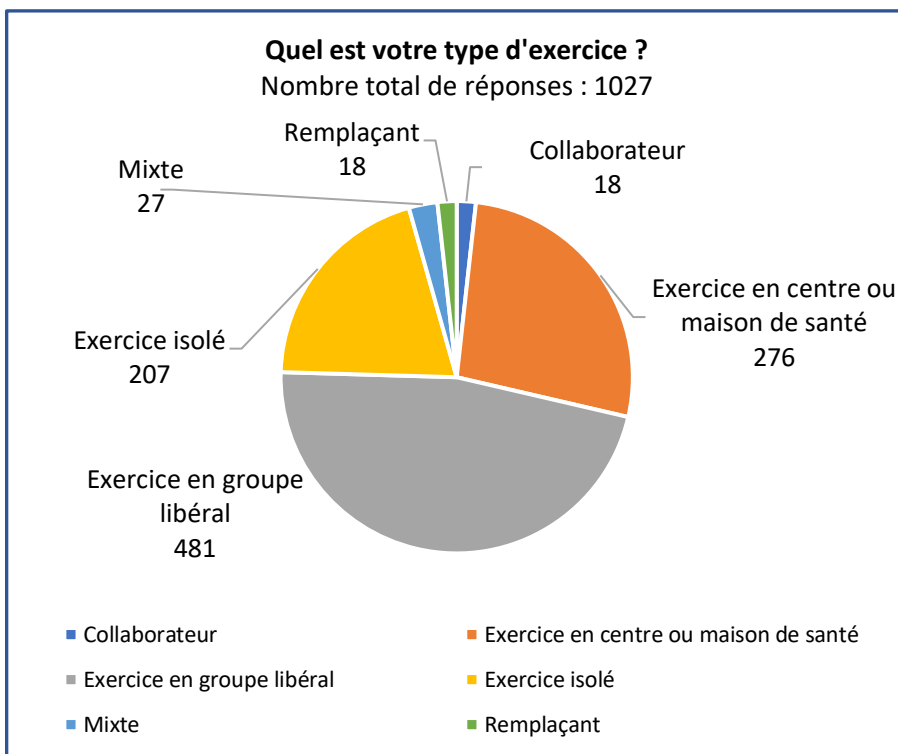


Combien de médecins dans votre lieu d'exercice ?	Nombre	%
1	17	2,1%
2	195	24,0%
3	203	25,0%
4	148	18,2%
5	106	13,0%
6	70	8,6%
7	29	3,6%
8	18	2,2%
9	6	0,7%
10	11	1,4%
11	4	0,5%
12	1	0,1%
13	1	0,1%
14	1	0,1%
19	1	0,1%
25	1	0,1%
30	1	0,1%
TOTAL	813	100,0%

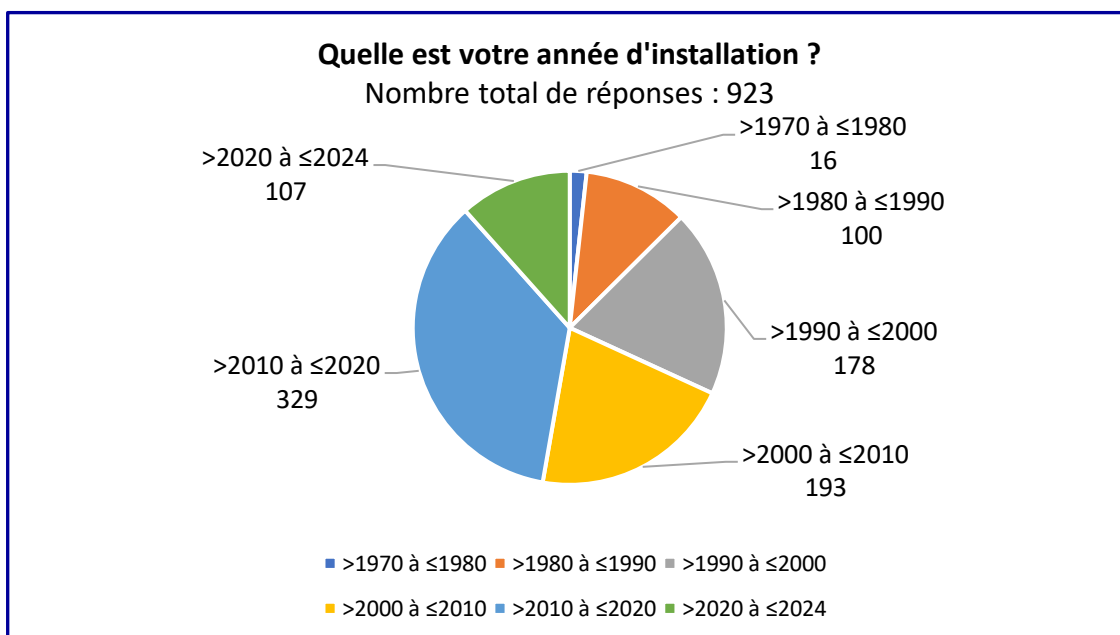




Quel est votre type d'exercice ?	Nbre	%
Collaborateur	18	1,8%
Exercice en centre ou maison de santé	276	26,9%
Exercice en groupe libéral	481	46,8%
Exercice isolé	207	20,2%
Mixte	27	2,6%
Remplaçant	18	1,8%
TOTAL	1027	100,0%

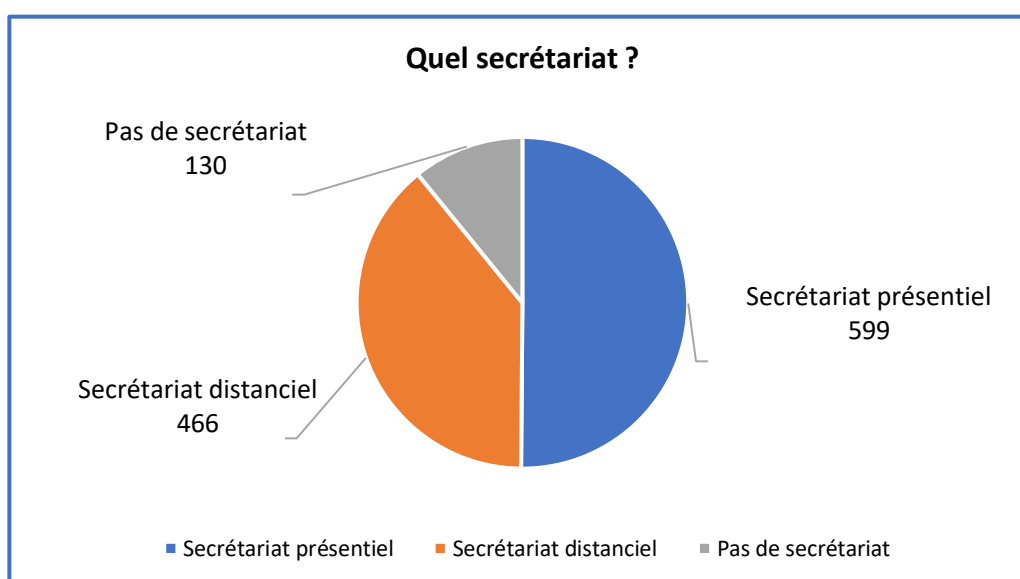


Quelle est votre année d'installation ?	Nombre	Pourcentage
>1970 à ≤1980	16	1,7%
>1980 à ≤1990	100	10,8%
>1990 à ≤2000	178	19,3%
>2000 à ≤2010	193	20,9%
>2010 à ≤2020	329	35,6%
>2020 à ≤2024	107	11,6%
TOTAL	923	



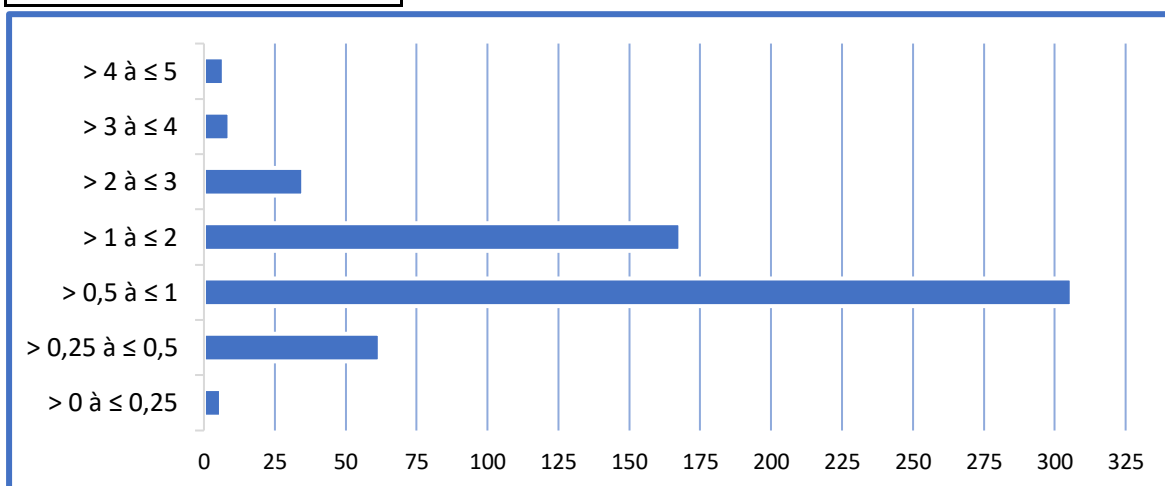
**A9.2 - Secrétariat**

<b>Quel secrétariat ?</b>	
Secrétariat présentiel	599
Secrétariat distanciel	466
Pas de secrétariat	130
TOTAL	1195
TOTAL Réponses	1032
Total ayant secrétariat présentiel ET distanciel	163



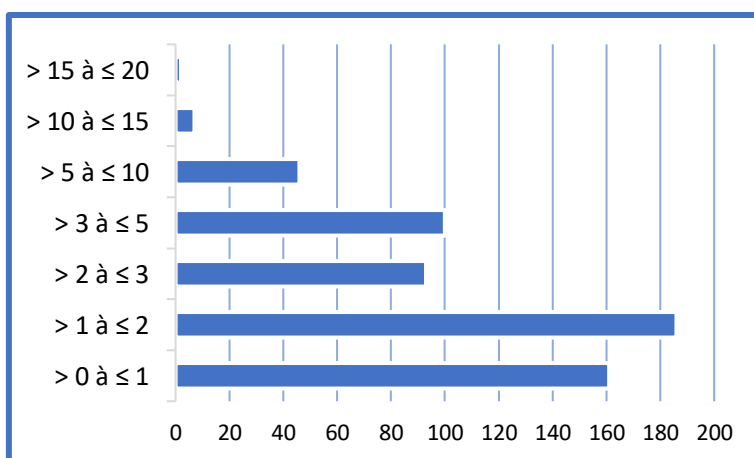
**Quel temps de travail réalise votre secrétariat présentiel pour l'ensemble du cabinet, en équivalent temps plein (ETP) ?**

Temps de travail en ETP	Nombre	%
> 0 à ≤ 0,25	6	1,0%
> 0,25 à ≤ 0,5	62	10,5%
> 0,5 à ≤ 1	306	51,6%
> 1 à ≤ 2	168	28,3%
> 2 à ≤ 3	35	5,9%
> 3 à ≤ 4	9	1,5%
> 4 à ≤ 5	7	1,2%
TOTAL	593	1
Moyenne	1,3 ETP	
Médiane	1,0 ETP	



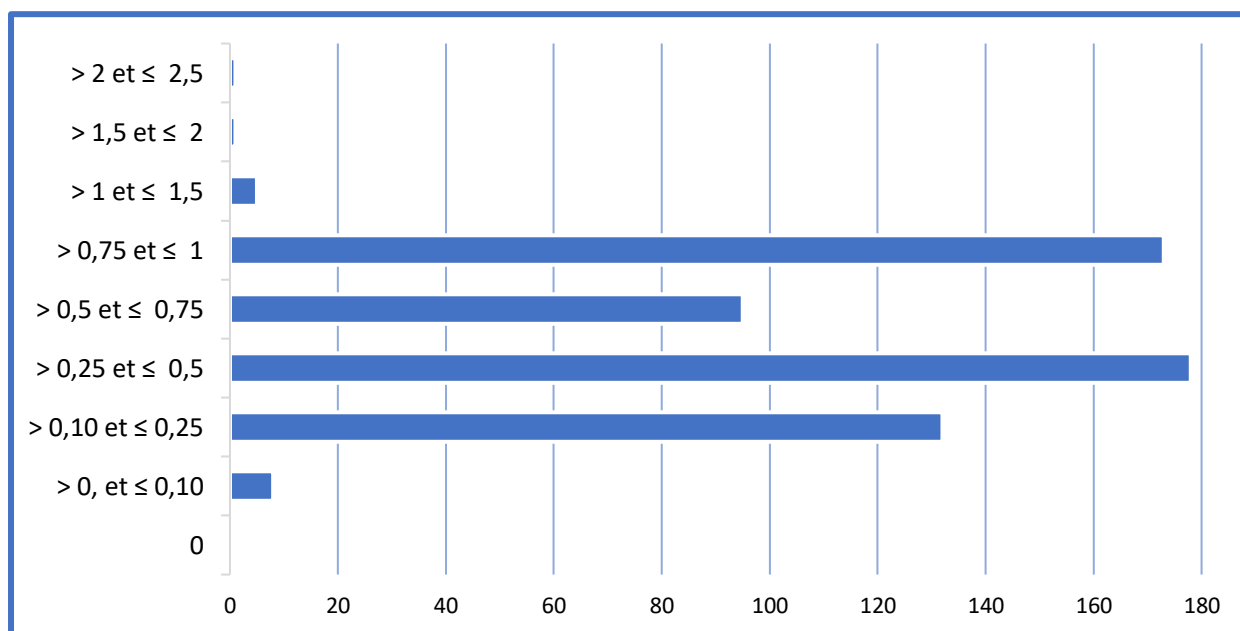
**Par combien de personnes cet équivalent temps plein ce secrétariat présentiel est-il partagé au sein du cabinet ?**

Personnes en équivalent temps plein	Nombre	%
> 0 à ≤ 1	161	27,1%
> 1 à ≤ 2	186	31,3%
> 2 à ≤ 3	93	15,6%
> 3 à ≤ 5	100	16,8%
> 5 à ≤ 10	46	7,7%
> 10 à ≤ 15	7	1,2%
> 15 à ≤ 20	2	0,3%
TOTAL	595	100,0%
Moyenne	2,9 ETP	
Médiane	2,0 ETP	



**Temps de travail réalisé par ce secrétariat par médecin généraliste du cabinet (moyenne), en équivalent temps plein (ETP)**

Personnes en équivalent temps plein par médecin généraliste	Nombre	%
0	0	0,0%
> 0, et ≤ 0,10	8	1,3%
> 0,10 et ≤ 0,25	132	22,3%
> 0,25 et ≤ 0,5	178	30,0%
> 0,5 et ≤ 0,75	95	16,0%
> 0,75 et ≤ 1	173	29,2%
> 1 et ≤ 1,5	5	0,8%
> 1,5 et ≤ 2	1	0,2%
> 2 et ≤ 2,5	1	0,2%
> 2,5 et ≤ 3	0	0,0%
> 3 et ≤ 4	0	0,0%
TOTAL	593	100,0%
Moyenne	0,6 ETP	
Médiane	0,5 ETP	



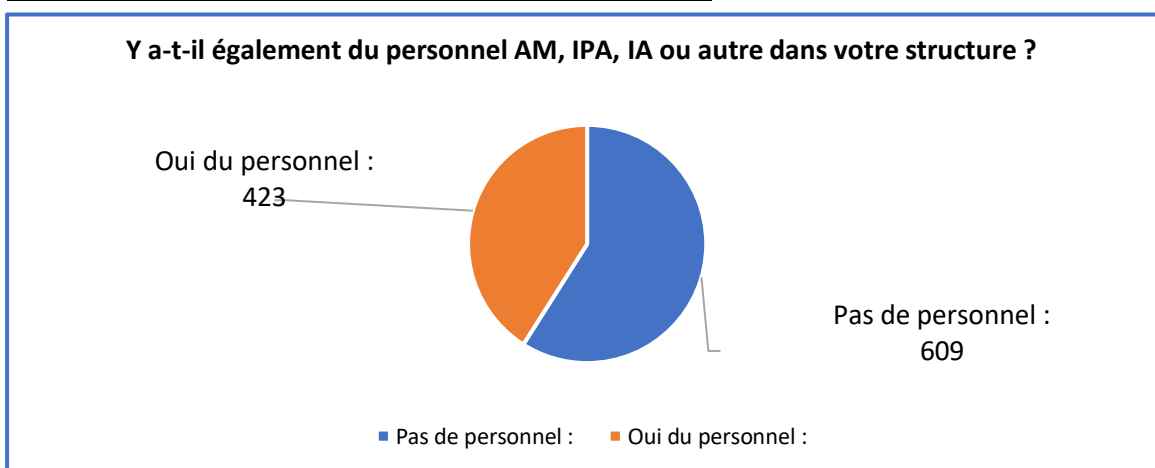
### A9.3 - Personnel

AM= Assistant médical

IPA = Infirmier en pratique avancée

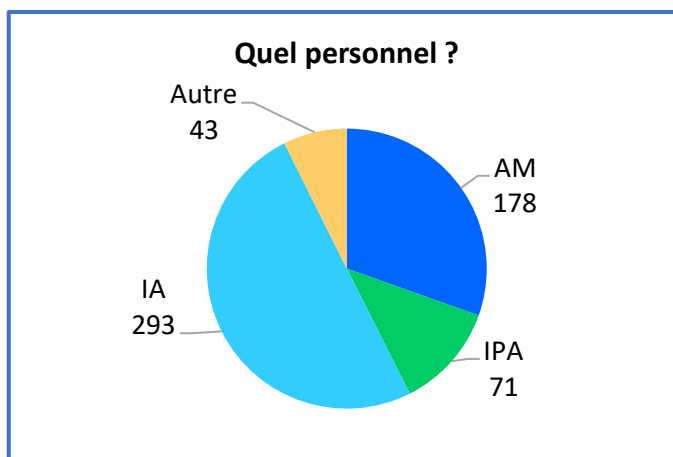
IA = Infirmier Asalée

Y a-t-il également du personnel AM, IPA, IA ou autre dans votre structure	
Absence de personnel	609
Présence de personnel	423



Quel personnel ?	Nombre
Assistant médical	178
Infirmier en Pratique Avancée	71
Infirmier Asalée	293
Autre	43
TOTAL	585
Pour 423 médecins généralistes	

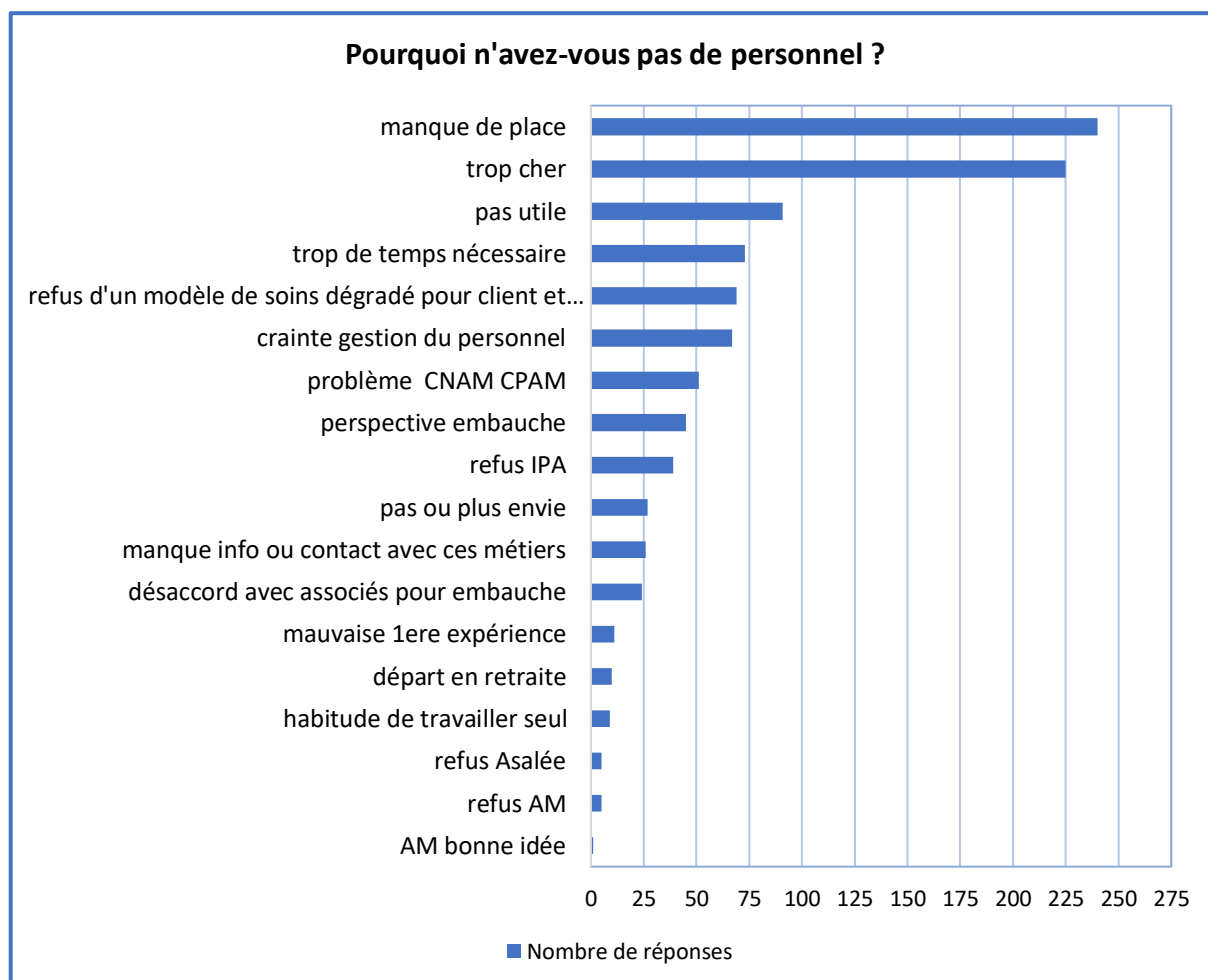
Autre personnel	
Coordinatrice	5
Conjoint collaborateur	1
Directrice de structure	4
Femme de ménage	1
Infirmier (ière)	10
Infirmier (ière) libéral(e)	4
Médiateur (rice)	5
Orthophoniste et psychologue	1
Psychologue	1
Secrétaire	3



### Raisons évoquées concernant l'absence de travail avec du personnel

Pourquoi n'avez-vous pas de personnel ?	Nombre	%
AM bonne idée	1	0,1%
Refus AM	5	0,5%
Refus Asalée	5	0,5%
Habitude de travailler seul	9	0,9%
Départ en retraite	10	1,0%
Mauvaise 1ere expérience	11	1,1%
Désaccord avec associés pour embauche	24	2,4%
Manque info ou contact avec ces métiers	26	2,6%
Pas ou plus envie	27	2,7%
Refus IPA	39	3,8%
Perspective embauche	45	4,4%
Problème CNAM CPAM	51	5,0%
Crainte gestion du personnel	67	6,6%
Refus d'un modèle de soins dégradé pour client et médecin	69	6,8%
Trop de temps nécessaire	73	7,2%
Pas utile	91	8,9%
Trop cher	225	22,1%
Manque de place	240	23,6%
<b>TOTAL</b>	<b>1018</b>	<b>100,0%</b>

Nombre de réponses : 581



**Par combien de personnes cet équivalent temps plein ce secrétariat présentiel est-il partagé au sein du cabinet ? CRIS DU CŒUR**

1	IPA : jamais ! Tant qu'elles seront payées plus que les MG jamais
2	Ce ne sont pas qq modules théoriques qui vont leur donner aux IPA notre capacité à diagnostiquer et prescrire
3	Je ne souhaite pas d'assistant médical car il me semble normal en tant que MG d'accueillir les gens et faire leur examen. Quelle est la relation médecin patient si le métier devient de l'abattage avec enchainement de consultations tronquées pour gagner du temps. Je préférerais changer de métier plutôt que travailler comme cela
4	Et quid de la gestion des arrêts de travail voire du licenciement...là plus personne pour nous aider...c'est de la poudre aux yeux pour moi...de l'enfumage, des effets d'annonces pour flatter l'ego des politiques décisionnaires...
5	Pour gagner du temps il faut supprimer la paperasserie inutile et responsabiliser les patients au lieu de les pousser à la consommation de soins avec les dispositifs tels Doctolib, avec la téléconsultation, les télécabines.... et supprimer les arrêts de travail > ou = à 48h!!!!
6	Aucune certitude sur la pérennité des financements si nous embauchons quelqu'un d'autre Et surtout nous ne le faisons pas car la contrepartie demandée par la CPAM n'est pas acceptable
7	Les aides de l'état sont dépendantes d'objectifs toujours plus élevés, et une fois qu'on ne les remplit plus/ou ne voulons plus les remplir que se passe-t-il, on renvoie l'assistant et on se débrouille avec notre patientèle exponentielle tout seul ?
8	Ils ne savent pas où est leur vésicule biliaire.
9	J'aime parler aux gens donc je n'ai pas besoin de déléguer les petits actes, ça me permet de faire le point sur leur vie et de mieux les connaître. Prendre la tension ça sert aussi à ça.
10	Contre les IPA (écœuré : ils seront mieux payés pour des tâches beaucoup plus simples !)
11	Le peu de fois où j'ai constaté le travail de certaines IPA, ce n'était qu'erreur grossière de diagnostic voire erreur de prise en charge thérapeutique. J'ai plus confiance en les infirmières ASALEE qui sont pointues dans un domaine particulier.
12	Les subventions sont sous conditions très restreintes et imbéciles. Il suffirait d'un forfait pour payer secrétaire et assistant mais ça nos génies n'y ont pas pensé. Si la CPAM pouvait arrêter de nous mépriser et de nous emmerder, ce serait bien.
13	Pour les Asalée : difficultés d'accès à l'association tant pour les médecins (en Seine Maritime en tous cas) que pour les IDE elles même : un système de recrutement très opaque, quasi sectaire, avec des règles de recrutement à géométrie variable et une formation non qualifiante ; bref une association repoussoir !
14	J'hésite à reprendre quelqu'un vu le bazar actuel - RA, etc... doutes sur notre avenir en tant que médecin généralistes libéraux, je prends un peu de temps pour voir comment les choses avancent et de réflexion
15	Plutôt que des subventions à l'emploi des auxiliaires médicaux, c'est une revalorisation des honoraires qui serait préférable et les médecins resteront pleinement LIBRES de leur gestion et organisation.
16	Charges supplémentaires pour quelqu'un qui est au maximum 35 h par semaine alors que le praticien travaille au moins 55 h donc absence 20 h par semaine et ce sans compter les PDS du samedi midi au dimanche soir
17	Nous accueillons une interne de niveau un chaque semestre et ne pouvons pas être davantage. Je vous signale au passage que l'interne a immensément amélioré notre qualité de vie au travail car il nous permet justement de parfois passer un coup de fil pendant qu'il commence l'examen et que, lorsque l'interne est assez autonome, il peut également assurer certaines consultations seul.
18	Aucune utilité. Ces postes ne sont que de la poudre aux yeux pour satisfaire les politiques et administratifs éloignés du terrain. Mais sur le papier c'est joli d'avoir un AM ou IPA...
19	Impossible de payer un assistant avec la paie d'un médecin généraliste et les aides de la CPAM sont une grosse blague. Pas de place pour azalée (mais que je voudrais le mettre en place si

possible car pour le coup c'est un vrai plus pour les patients). Un IPA n'apporte rien à la pratique quotidienne d'un cabinet libéral mise à part une médecine médiocre et approximative.

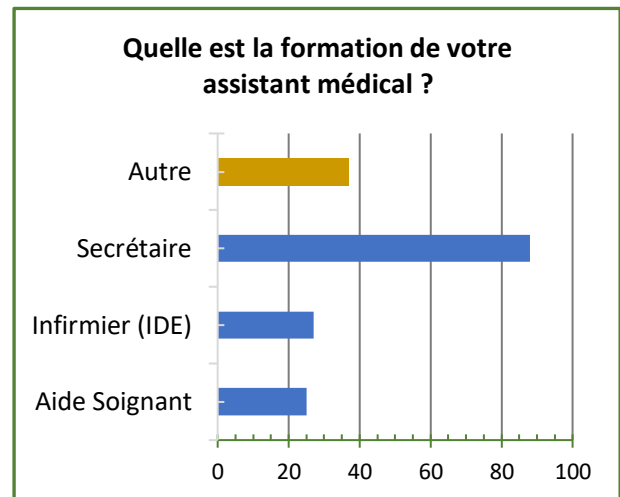
- |           |  |
|-----------|--|
| <b>20</b> | <b>INUTILE OU DANGEREUX</b>  |
| <b>21</b> | Et quand bien même, impossibilité d'augmenter nos charges pour du personnel supplémentaire (inflation, consultation non revalorisée) Charges mensuelles 3000 €/mois et par médecin. Notre secrétaire va bientôt gagner plus que nous                                 |
| <b>22</b> | Quand les IPA et Asalée connaîtront l'exercice médical, elles auront leur place dans un cabinet médical. Marre d'être pris par des guignols par Braun, RIST, Firmin le Bodo et le gouvernement !   |
| <b>23</b> | Tout ce que vous citez ci-dessus entre parenthèses semble avoir été pour nous des arguments pour ne pas en avoir.  |
| <b>24</b> | Mon fonctionnement est archaïque   |
| <b>25</b> | La sécu ne cherche pas à ce que les médecins travaillent mieux (ce qui serait louable) mais travaillent plus !)  |
| <b>26</b> | <b>BOF BOF BOF PERSONNELLEMENT PAS DESIREUSE</b>   |
| <b>27</b> | Pas envie pour les IDE Asalées car j'adore faire ce que je suis censée leur déléguer.  |
| <b>28</b> | Pas de place de local pour recevoir un Assistant et par ailleurs l'aide de l'état ne couvre qu'une partie de l'embauche (nous venons de renoncer aux frais en lien au ménage pour le faire nous-même, compte tenu que tout augmente sauf le prix d'une consultation) |
| <b>29</b> | Je ne veux pas plus de travail. Pas de dilution de la responsabilité médicale.   |



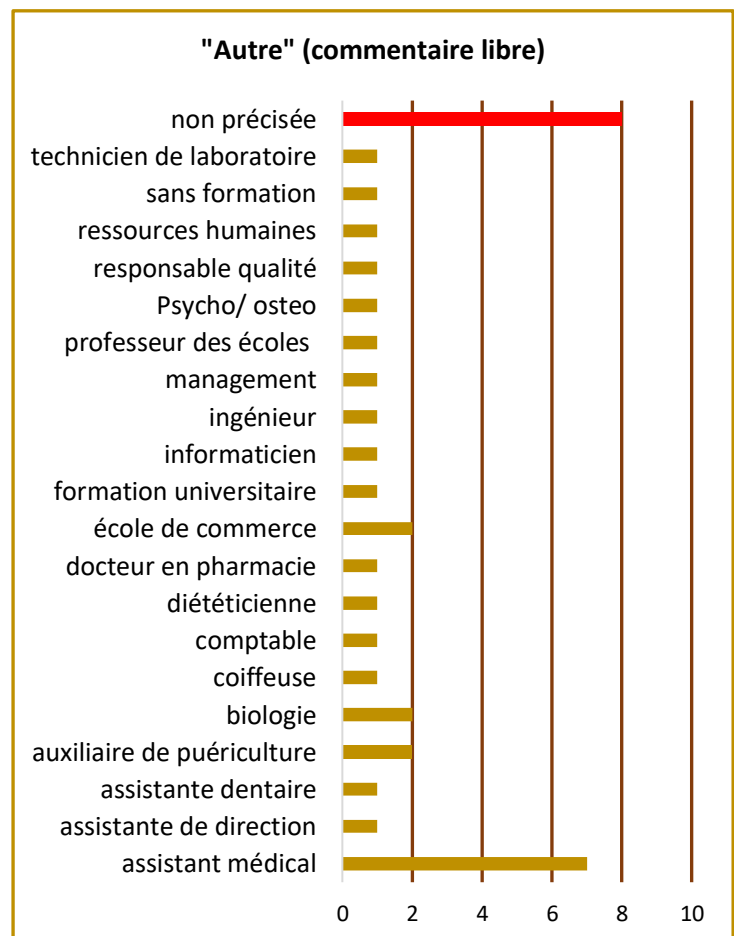
### A9.4 - Assistant médical

Total des médecins ayant un assistant médical : 178

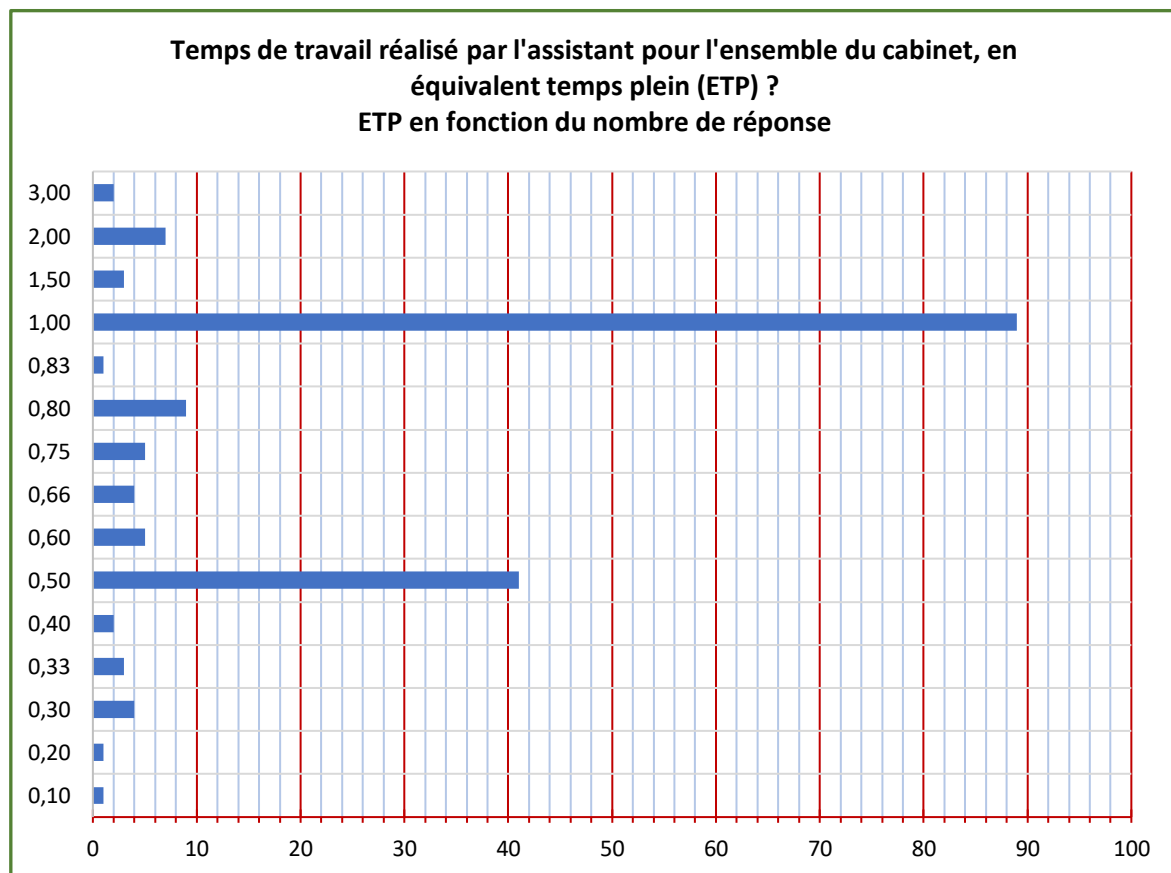
Si vous avez un assistant médical, quelle est sa formation ?	
Aide-Soignant	25
Infirmier (IDE)	27
Secrétaire	88
Autre	37
Nombre total de médecin avec AM	178
Nombre de réponse	177



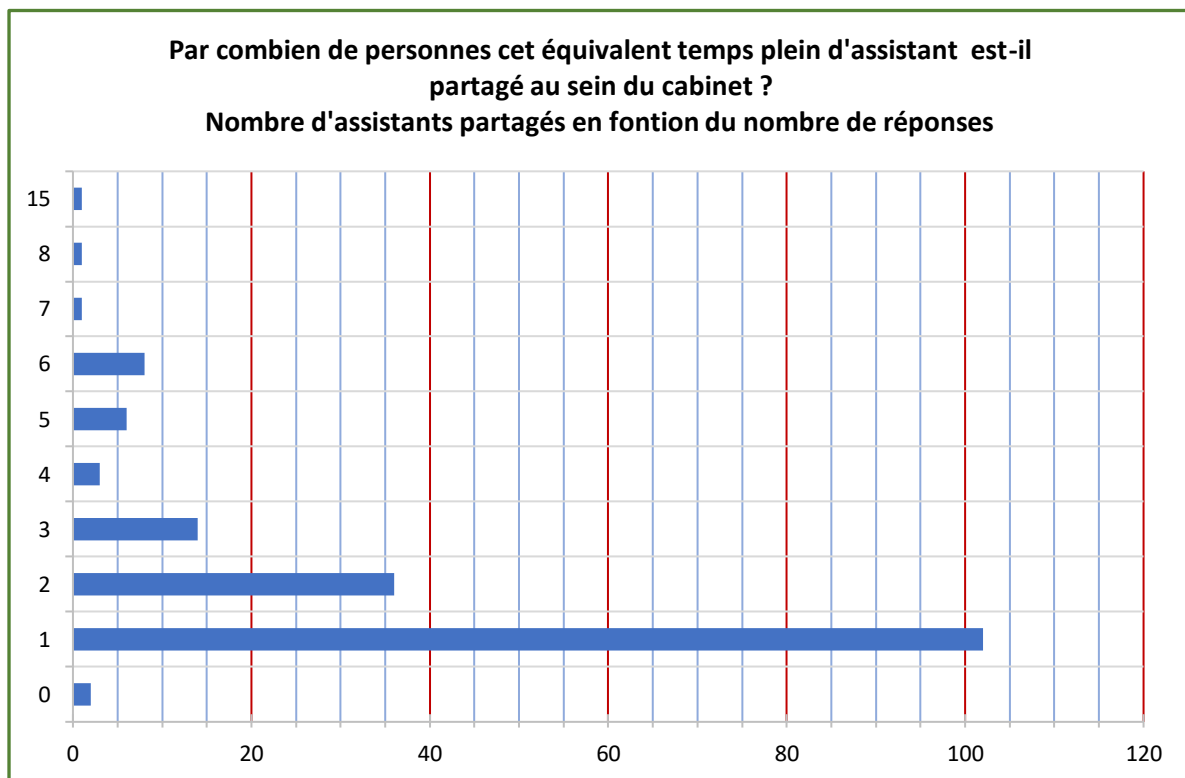
"Autre" (commentaire libre)	
Assistant médical	7
Assistante de direction	1
Assistante dentaire	1
Auxiliaire de puériculture	2
Biologie	2
Coiffeuse	1
Comptable	1
Diététicienne	1
Docteur en pharmacie	1
École de commerce	2
Formation universitaire	1
Informaticien	1
Ingénieur	1
Management	1
Professeur des écoles	1
Psycho/ osteo	1
Responsable qualité	1
Ressources humaines	1
Sans formation	1
Technicien de laboratoire	1
Non précisée	8
Total "Autre"	37



Temps de travail réalisé par l'assistant pour l'ensemble du cabinet, en équivalent temps plein (ETP) ?	
ETP	Réponses
0,10	1
0,20	1
0,30	4
0,33	3
0,40	2
0,50	41
0,60	5
0,66	4
0,75	5
0,80	9
0,83	1
1,00	89
1,50	3
2,00	7
3,00	2
TOTAL	177
Moyenne pondérée	0,87

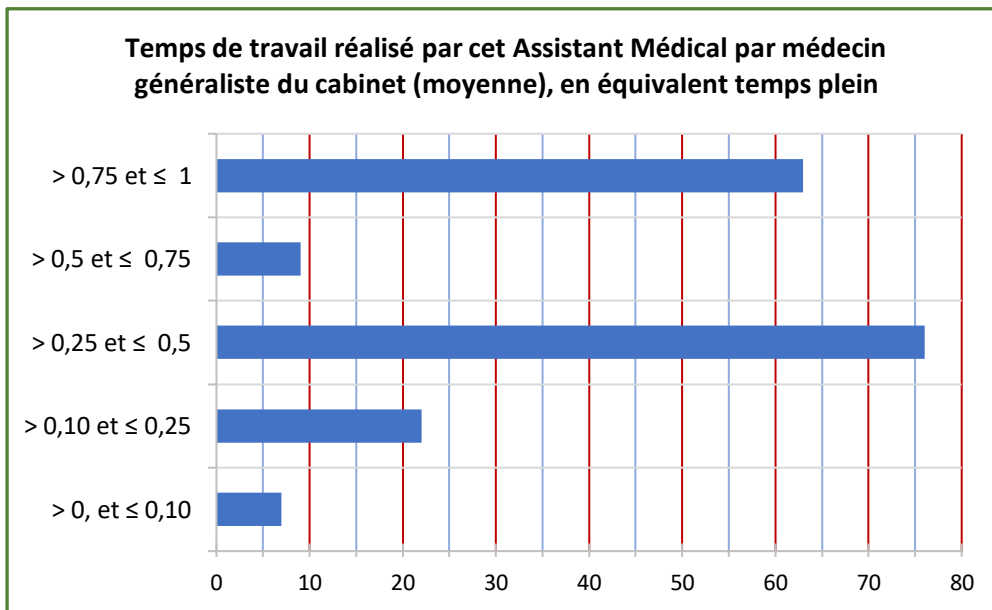


Par combien de personnes cet équivalent temps plein d'assistant est-il partagé au sein du cabinet ?	
0	2
1	102
2	36
3	14
4	3
5	6
6	8
7	1
8	1
15	1
TOTAL	174
Moyenne pondérée	1,9

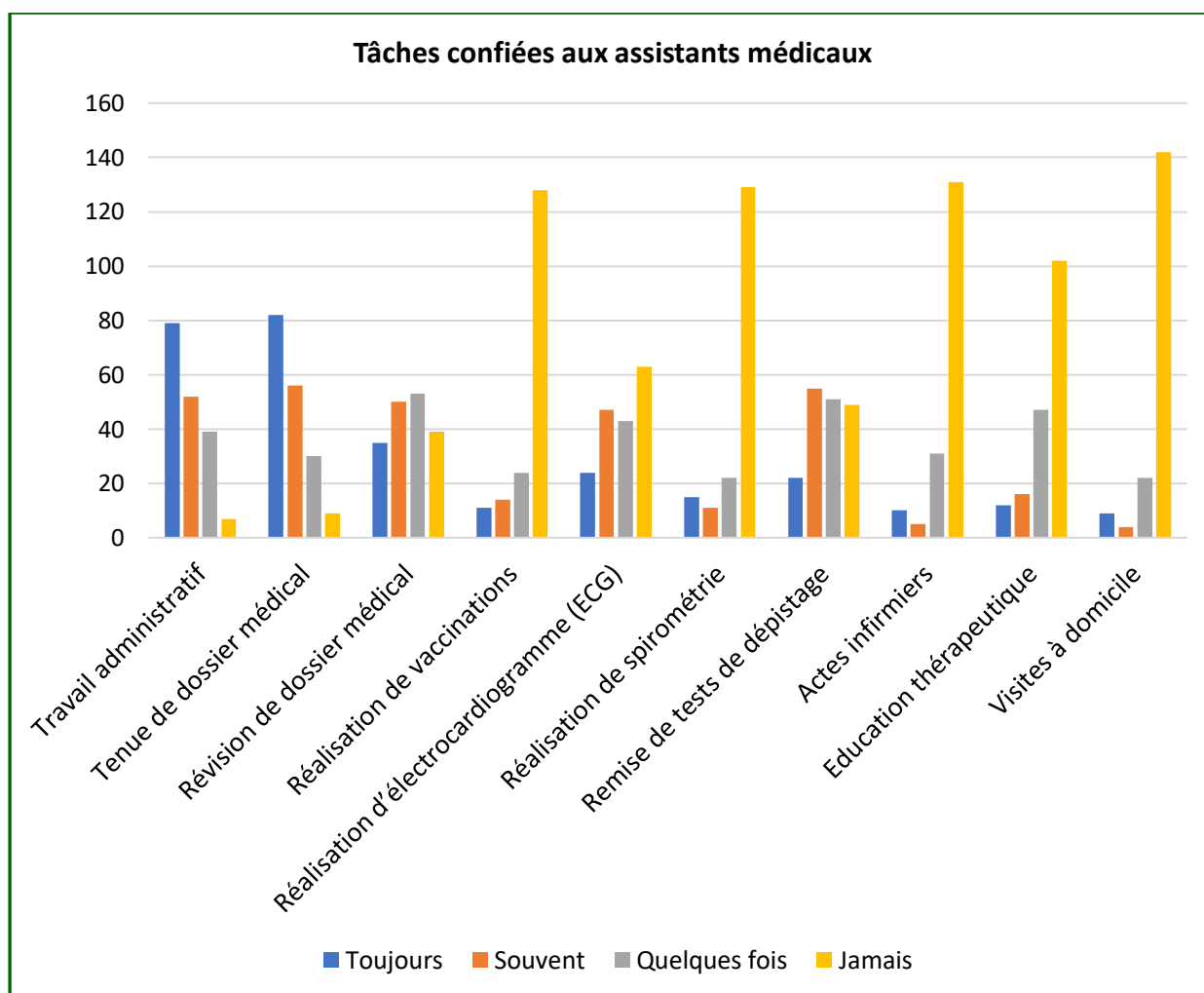


**Temps de travail réalisé par cet assistant médical par médecin généraliste du cabinet (moyenne), en équivalent temps plein (ETP)**

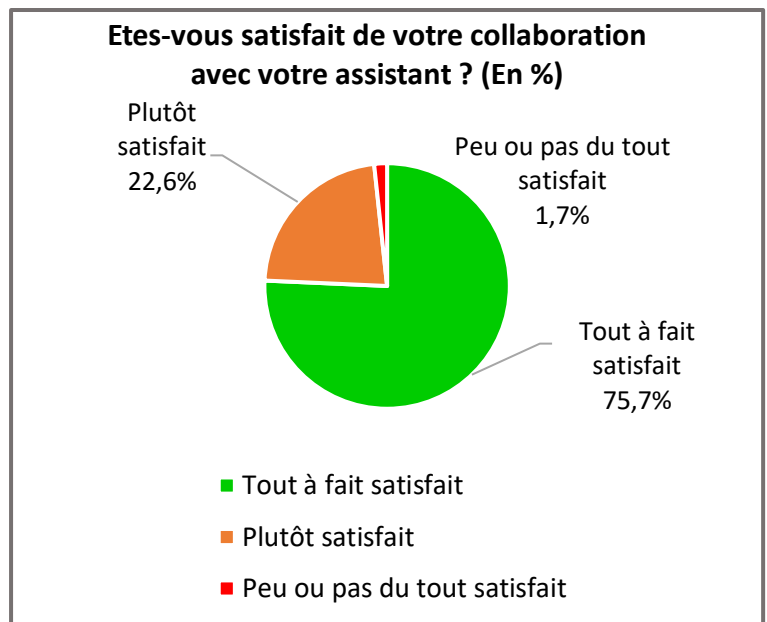
Personnes en équivalent temps plein par médecin généraliste	Nombre	%
0	0	0,0%
> 0, et ≤ 0,10	7	4,0%
> 0,10 et ≤ 0,25	22	12,4%
> 0,25 et ≤ 0,5	76	42,9%
> 0,5 et ≤ 0,75	9	5,1%
> 0,75 et ≤ 1	63	35,6%
> 1 et ≤ 1,5	0	0,0%
> 1,5 et ≤ 2	0	0,0%
> 2 et ≤ 2,5	0	0,0%
> 2,5 et ≤ 3	0	0,0%
> 3 et ≤ 4	0	0,0%
TOTAL	177	100,0%
Moyenne	0,6 ETP	
Médiane	0,5 ETP	



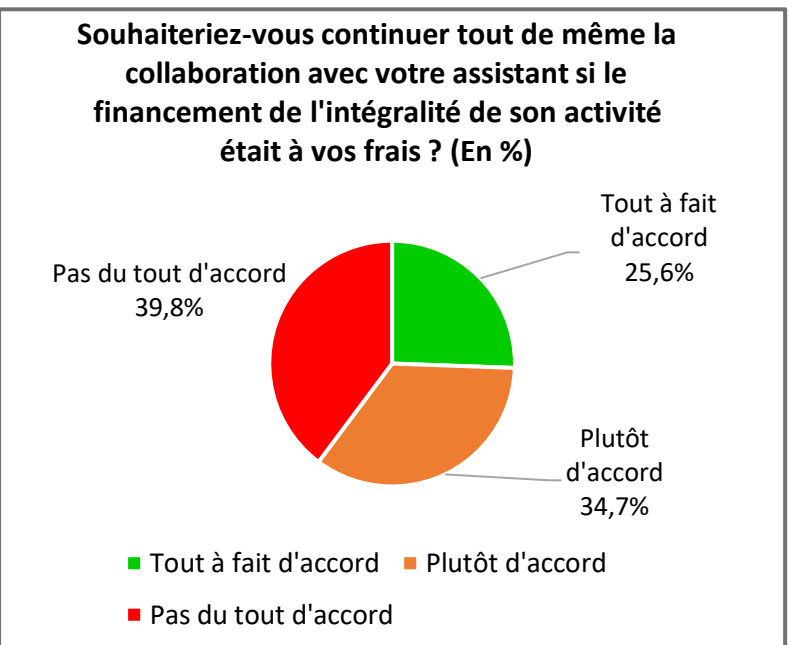
Tâches confiées aux assistants médicaux	Travail administratif (secrétariat, prise de rendez-vous, rappel des patients, ...)	Tenue de dossier médical (intégrer des documents, des biologiques, ...)	Révision de dossier médical (voir si le patient est à jour de ses vaccinations, consultations chez le spécialiste, dépistage de cancer, ...)	Réalisation de vaccinations	Réalisation d' électrocardiogramme (ECG)	Réalisation de spirométrie	Remise de tests de dépistage (type ADECA) avec explications	Actes infirmiers (réalisation de pansements, ablation de fils ou d' agrafes, ...)	Education thérapeutique	Visites à domicile
<b>Toujours</b>	79	82	35	11	24	15	22	10	12	9
<b>Souvent</b>	52	56	50	14	47	11	55	5	16	4
<b>Quelques fois</b>	39	30	53	24	43	22	51	31	47	22
<b>Jamais</b>	7	9	39	128	63	129	49	131	102	142
<b>TOTAL</b>	177	177	177	177	177	177	177	177	177	177



<b>Etes-vous satisfait de votre collaboration avec votre assistant ?</b>		
	<b>En nombre de réponses</b>	<b>En %</b>
Tout à fait satisfait	134	75,7%
Plutôt satisfait	40	22,6%
Peu ou pas du tout satisfait	3	1,7%
<b>TOTAL</b>	<b>177</b>	<b>100,0%</b>



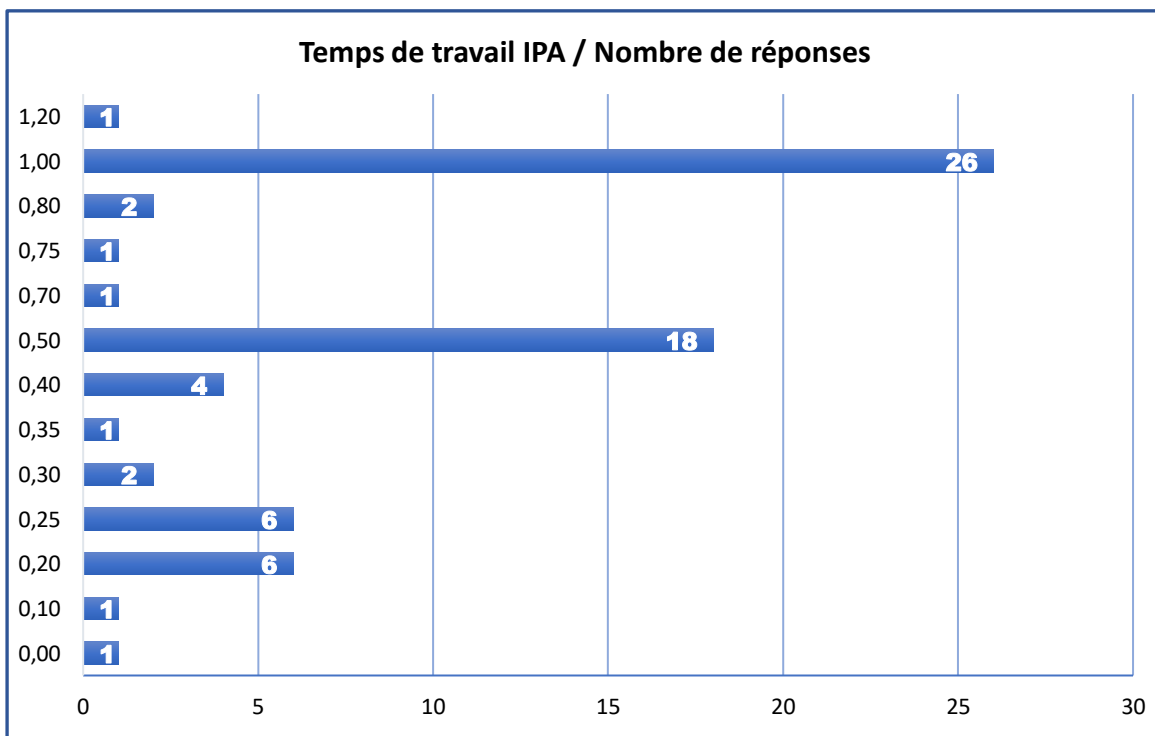
<b>Souhaiteriez-vous continuer tout de même la collaboration avec votre assistant si le financement de l'intégralité de son activité était à vos frais ?</b>		
	<b>En nombre de réponses</b>	<b>En %</b>
Tout à fait d'accord	45	25,6%
Plutôt d'accord	61	34,7%
Pas du tout d'accord	70	39,8%
<b>TOTAL</b>	<b>176</b>	<b>1</b>



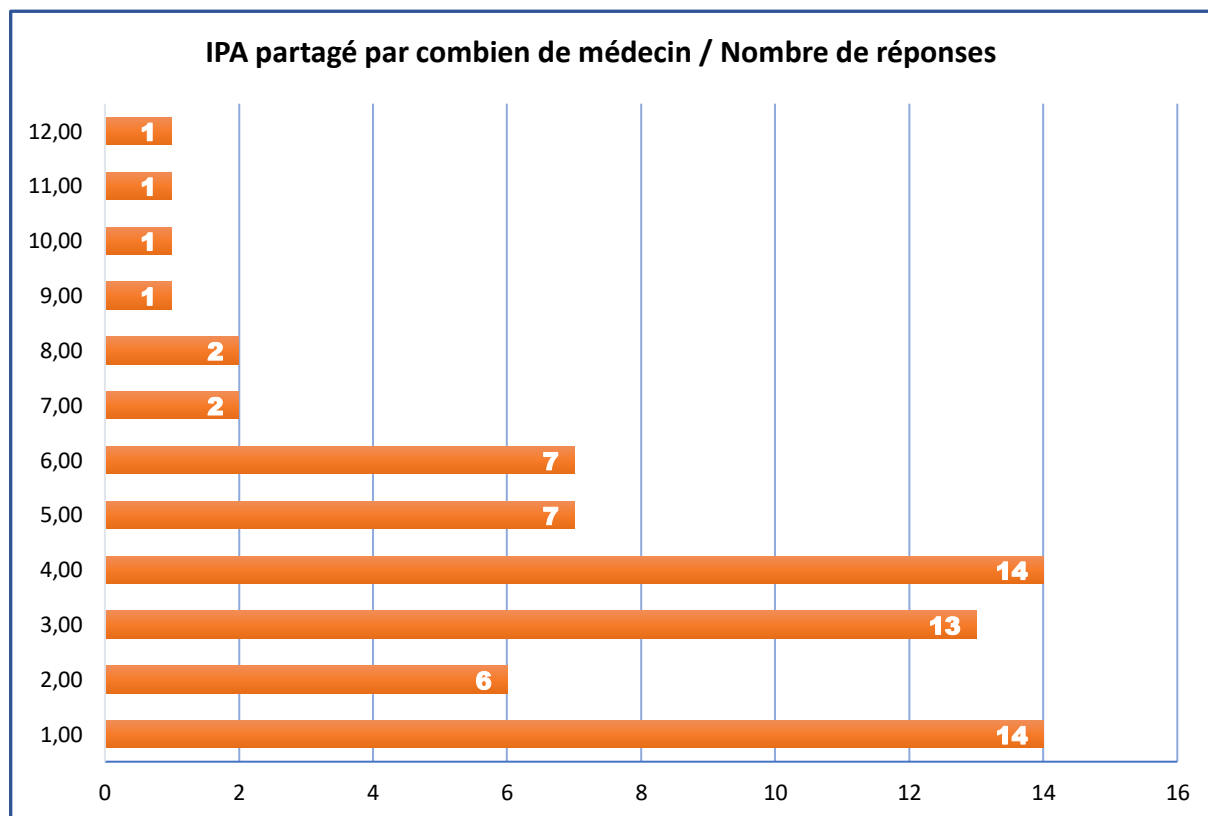
### A9.5 - Infirmier en pratique avancée

Total des médecins ayant un Infirmier en Pratique Avancée : 71

Quel temps de travail réalise votre infirmier en pratique avancée pour l'ensemble du cabinet, en ETP ?	Nombre de réponses
0,00	1
0,10	1
0,20	6
0,25	6
0,30	2
0,35	1
0,40	4
0,50	18
0,70	1
0,75	1
0,80	2
1,00	26
1,20	1
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>



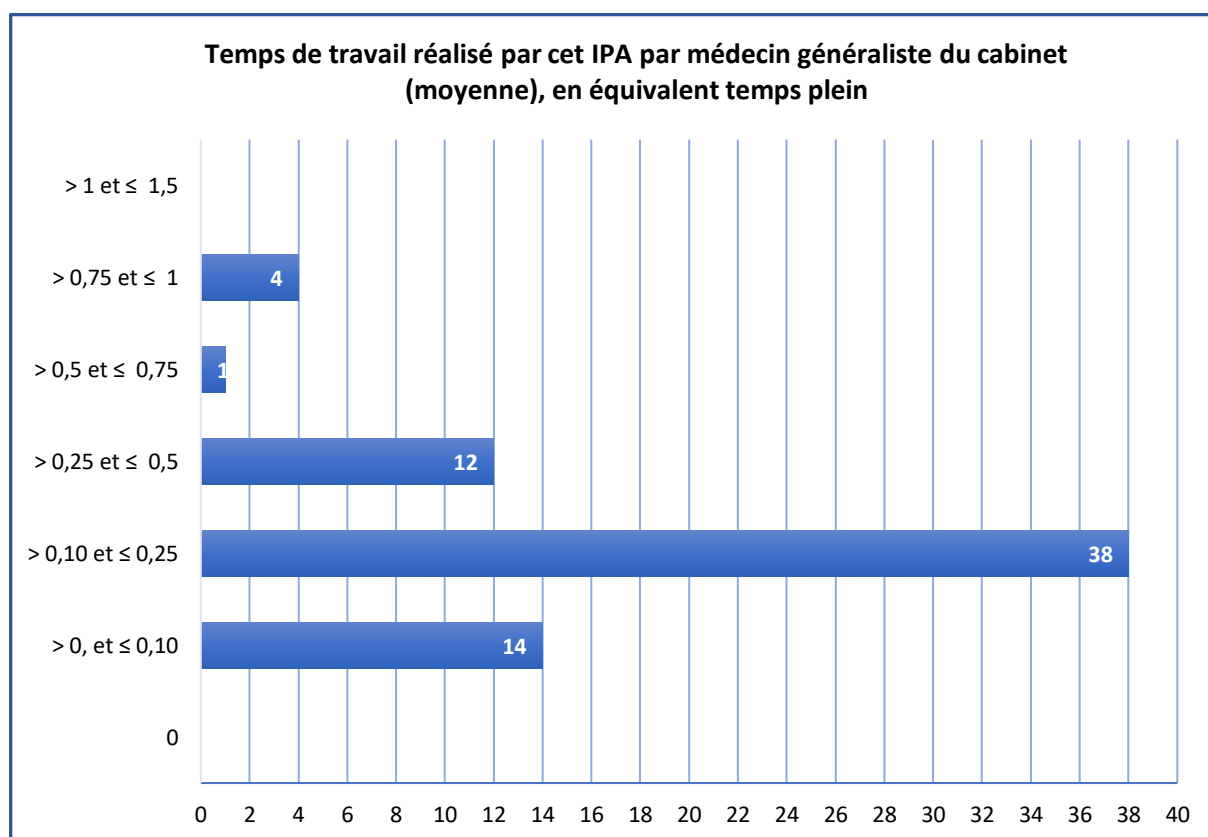
Par combien de médecins cet équivalent temps plein d'IPA est-il partagé ?	Nombre de réponses
1	14
2	6
3	13
4	14
5	7
6	7
7	2
8	2
9	1
10	1
11	1
12	1
TOTAL	69



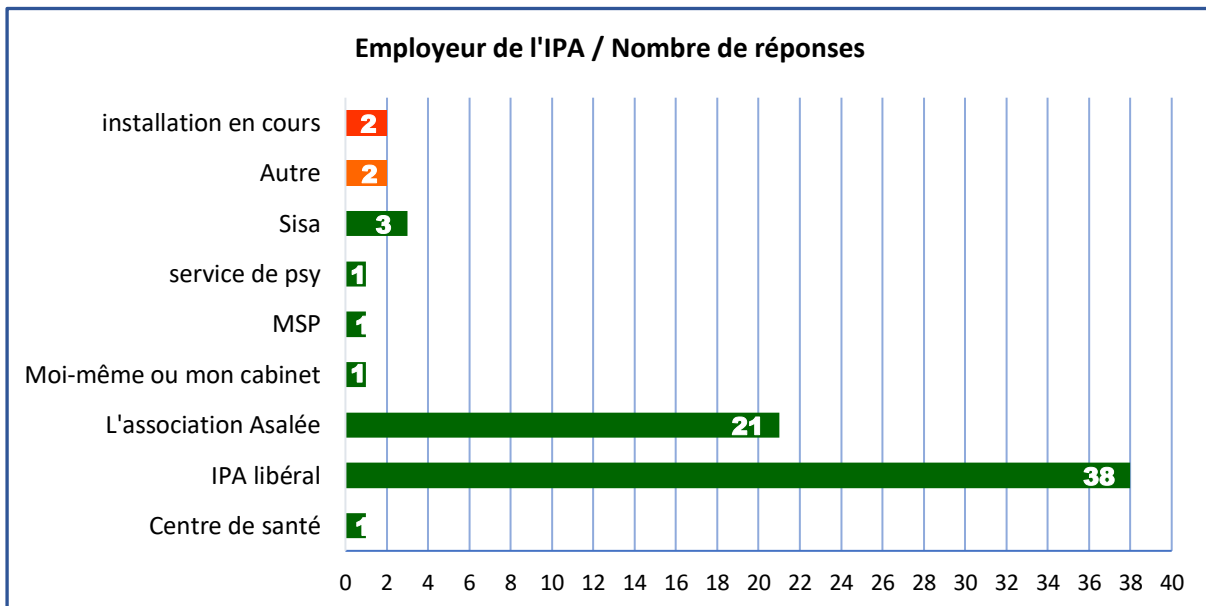


**Temps de travail réalisé par cet IPA par médecin généraliste du cabinet (moyenne), en équivalent temps plein (ETP)**

ETP réalisé par IPA par médecin généraliste	Nombre	%
0	0	0,0%
> 0, et ≤ 0,10	14	20,3%
> 0,10 et ≤ 0,25	38	55,1%
> 0,25 et ≤ 0,5	12	17,4%
> 0,5 et ≤ 0,75	1	1,4%
> 0,75 et ≤ 1	4	5,8%
TOTAL :	69	100,0%
Moyenne	0,2	ETP
Médiane	0,2	ETP



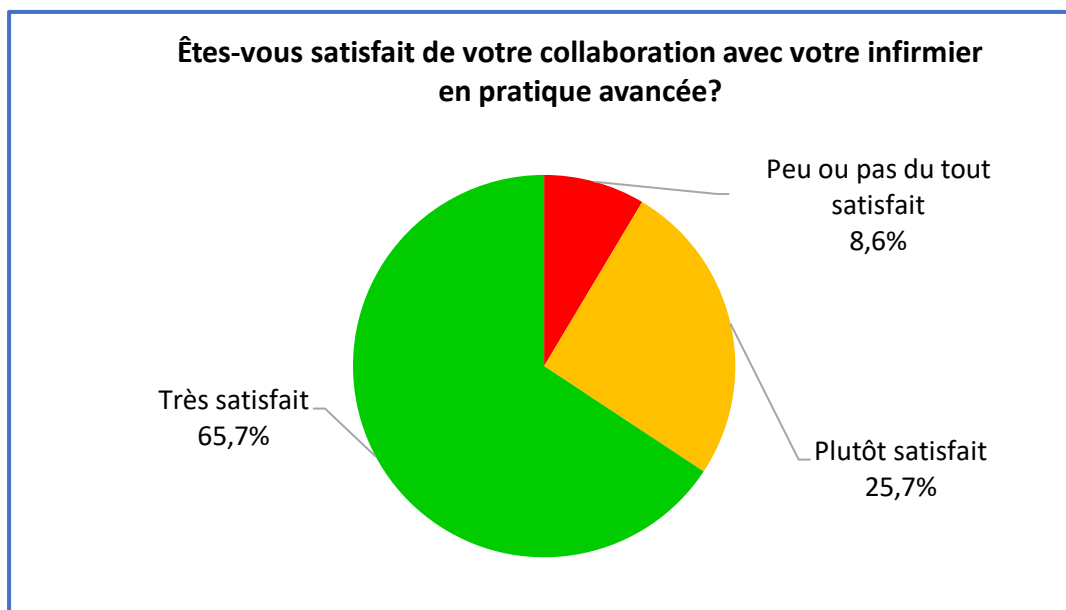
Qui est l'employeur de l'IPA qui travaille avec vous ?	Nombre de réponses
Centre de santé	1
IPA libéral	38
L'association Asalée	21
Moi-même ou mon cabinet	1
MSP	1
Service de psy	1
Sisa	3
Autre	2
Installation en cours	2
<b>TOTAL réponses :</b>	<b>70</b>



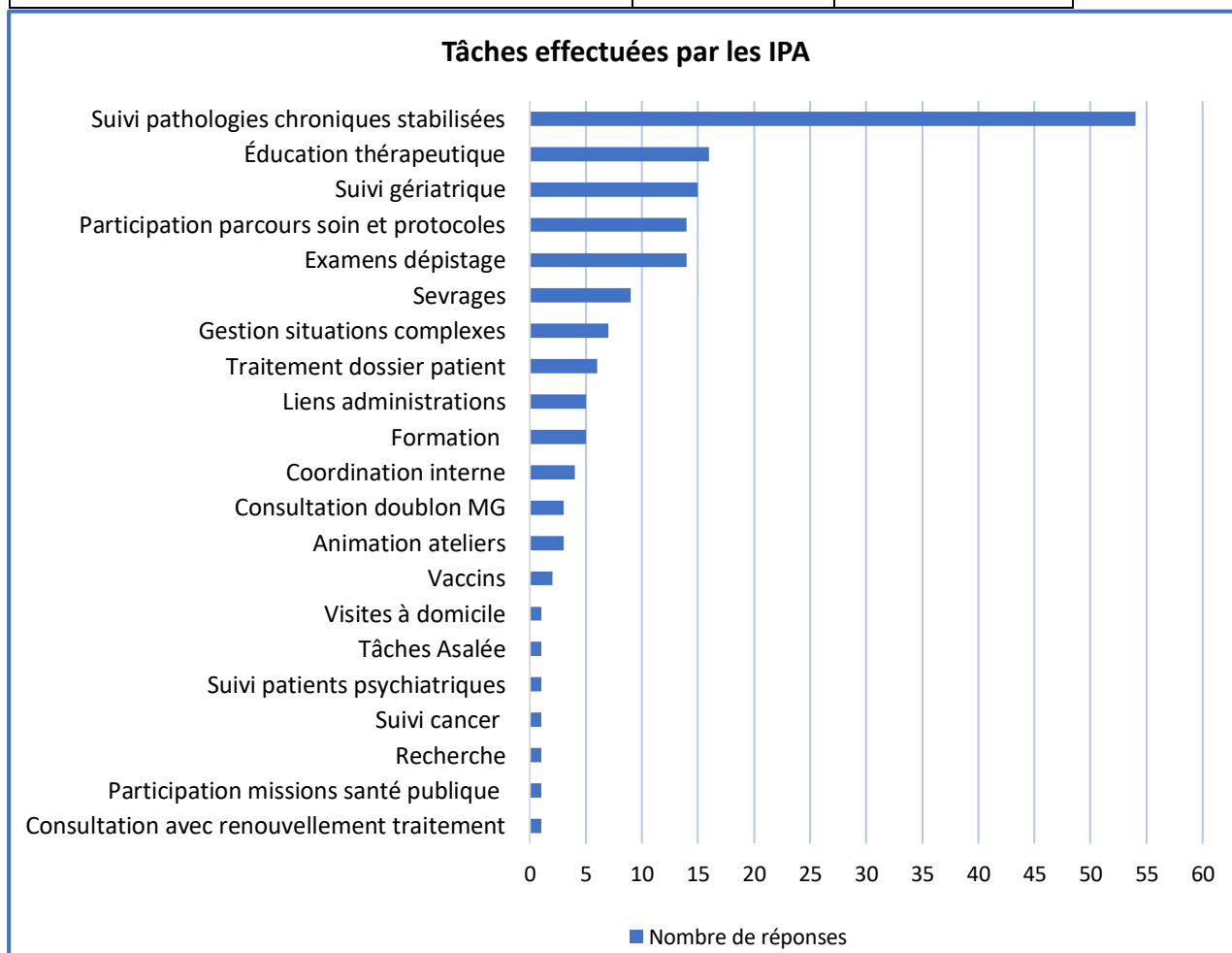
Si vous-même ou votre cabinet employez cet IPA est-ce que d'autres médecins emploient l'IPA qui travaille avec vous ?	Nombre de réponses
OUI	1
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>

Si cet IPA travaille avec d'autres médecins que vous ou ceux de votre cabinet, combien de médecins autres que vous emploient l'IPA ?	Nombre de réponses
3	1
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>

Êtes-vous satisfait de votre collaboration avec votre IPA ?	Nombre de réponses	Nombre de réponses
Peu ou pas du tout satisfait	6	8,6%
Plutôt satisfait	18	25,7%
Très satisfait	46	65,7%
TOTAL	70	100,0%



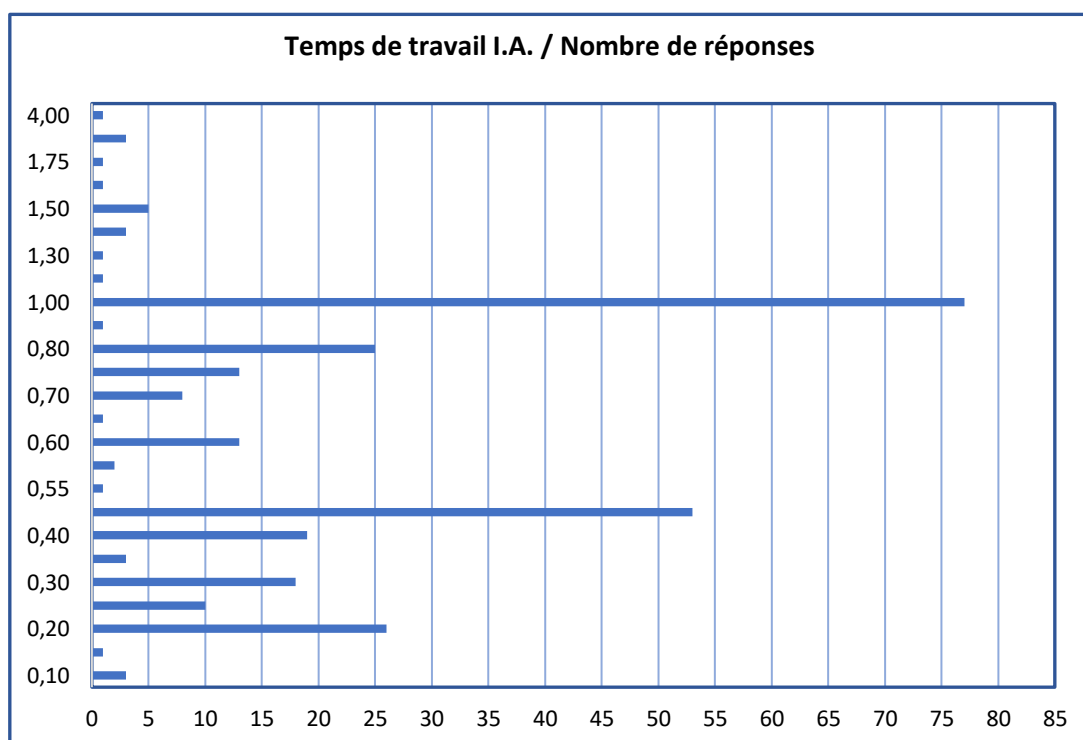
Quelles sont les tâches effectuées par votre IPA ?	Nombre de réponses	%
Consultation avec renouvellement traitement	1	0,6%
Participation missions santé publique	1	0,6%
Recherche	1	0,6%
Suivi cancer	1	0,6%
Suivi patients psychiatriques	1	0,6%
Tâches Asalée	1	0,6%
Visites à domicile	1	0,6%
Vaccins	2	1,2%
Animation ateliers	3	1,8%
Consultation doublon MG	3	1,8%
Coordination interne	4	2,4%
Formation	5	3,0%
Liens administrations	5	3,0%
Traitement dossier patient	6	3,7%
Gestion situations complexes	7	4,3%
Sevrages	9	5,5%
Examens dépistage	14	8,5%
Participation parcours soin et protocoles	14	8,5%
Suivi gériatrique	15	9,1%
Éducation thérapeutique	16	9,8%
Suivi pathologies chroniques stabilisées	54	32,9%
<b>TOTAL</b>	<b>164</b>	<b>100,0%</b>



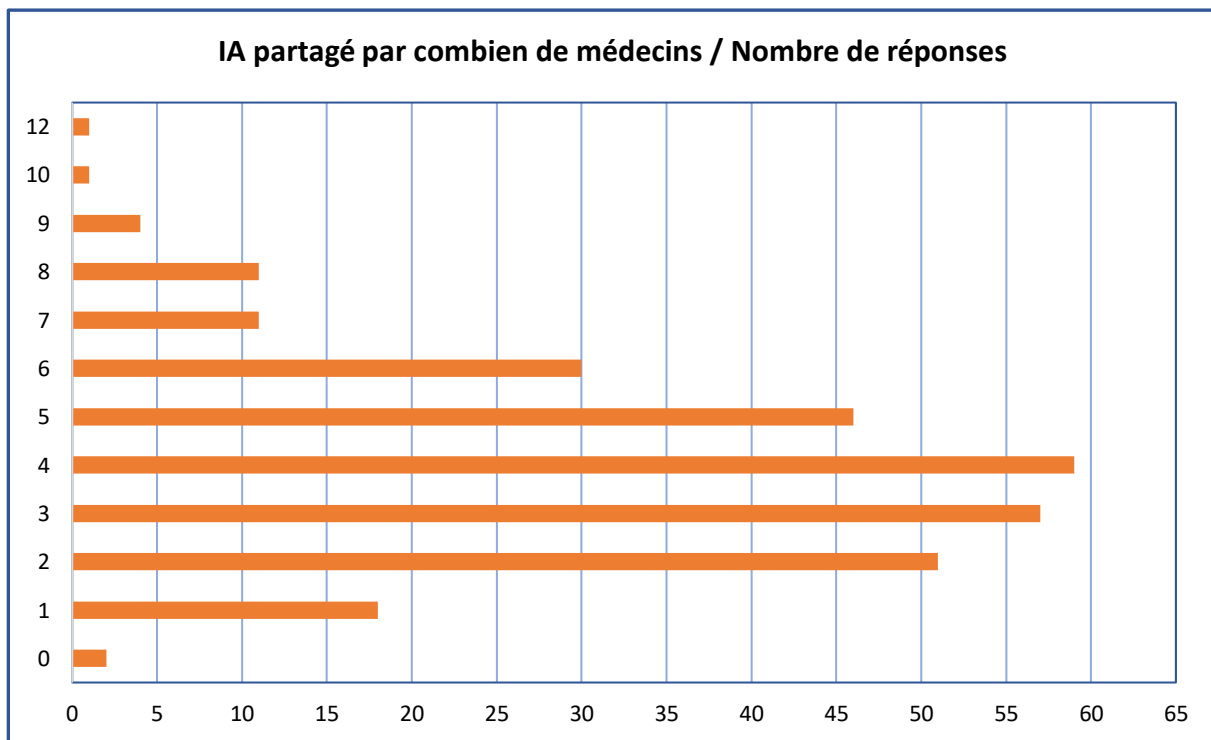
## A9.6 - Infirmier Asalée

Total des médecins ayant un Infirmier Asalée : 293

Quel temps de travail réalise votre infirmier Asalée (pour l'ensemble du cabinet) en équivalent temps plein (ETP) ?	Nombre de réponses
0,10	3
0,12	1
0,20	26
0,25	10
0,30	18
0,33	3
0,40	19
0,50	53
0,55	1
0,57	2
0,60	13
0,66	1
0,70	8
0,75	13
0,80	25
0,90	1
1,00	77
1,20	1
1,30	1
1,40	3
1,50	5
1,60	1
1,75	1
2,00	3
4,00	1
TOTAL	290

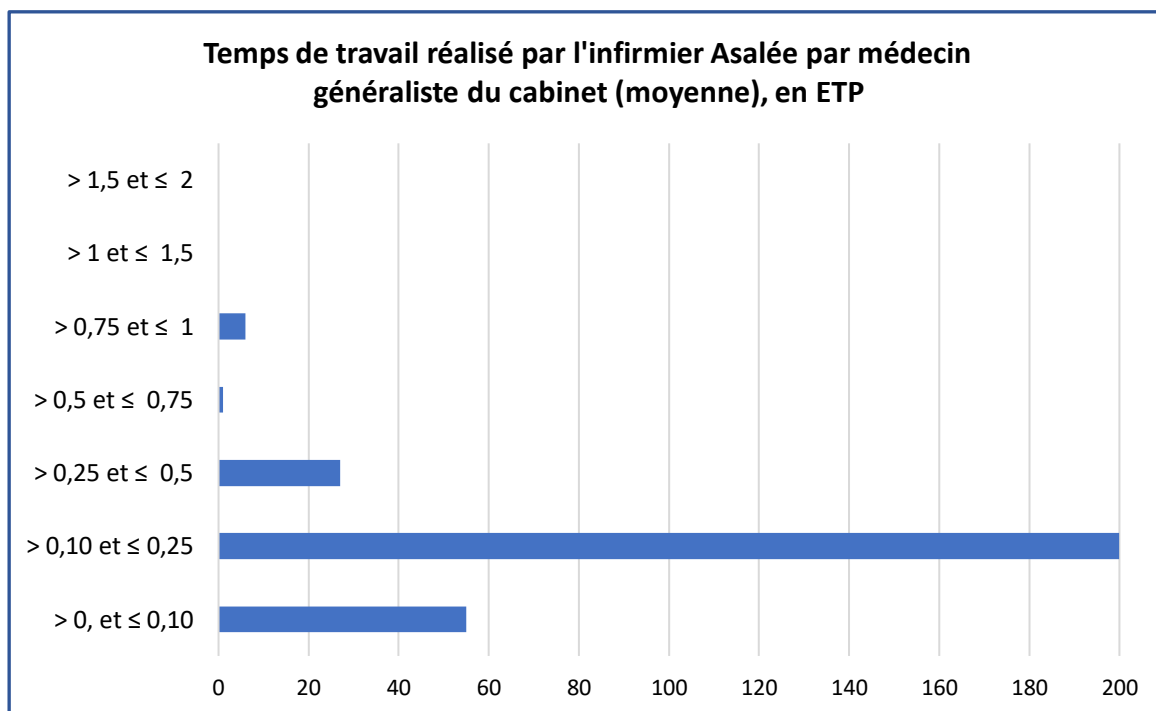


Par combien de médecins cet équivalent temps plein d'IA est-il partagé ?	Nombre de réponses
0	2
1	18
2	51
3	57
4	59
5	46
6	30
7	11
8	11
9	4
10	1
12	1
TOTAL	291

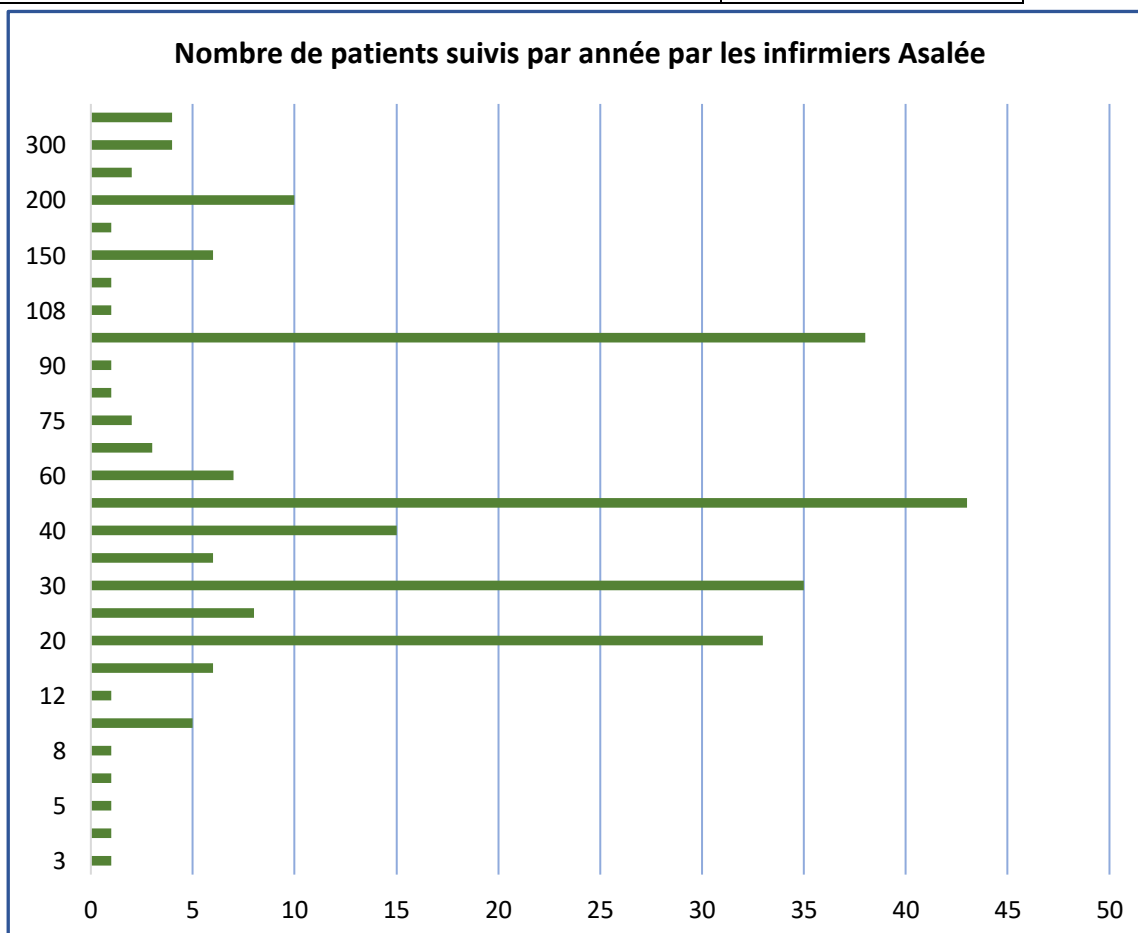


**Temps de travail réalisé par cet infirmier Asalée par médecin généraliste du cabinet (moyenne), en équivalent temps plein (ETP)**

Temps de travail de l'IA en ETP par médecin généraliste	Nombre	%
0	0	0,0%
> 0, et ≤ 0,10	55	19,0%
> 0,10 et ≤ 0,25	200	69,2%
> 0,25 et ≤ 0,5	27	9,3%
> 0,5 et ≤ 0,75	1	0,3%
> 0,75 et ≤ 1	6	2,1%
> 1	0	0,0%
TOTAL	289	100,0%
Moyenne : 0,2 ETP		
Médiane : 0,2 ETP		

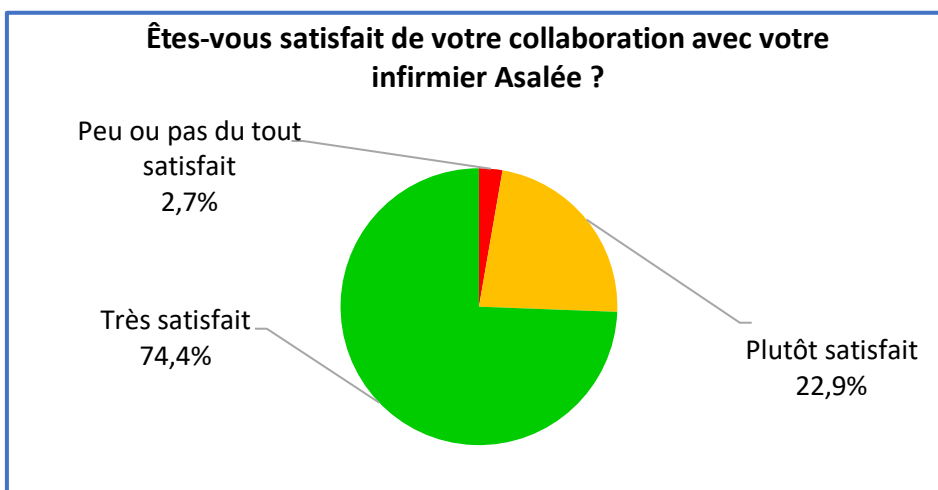


Combien de patients différents confiez-vous approximativement à votre infirmier Asalée chaque année ?	Nombre de réponses
3	1
4	1
5	1
7	1
8	1
10	5
12	1
15	6
20	33
25	8
30	35
35	6
40	15
50	43
60	7
70	3
75	2
80	1
90	1
100	38
108	1
120	1
150	6
180	1
200	10
250	2
300	4
500	4
<b>TOTAL réponses :</b>	<b>238</b>

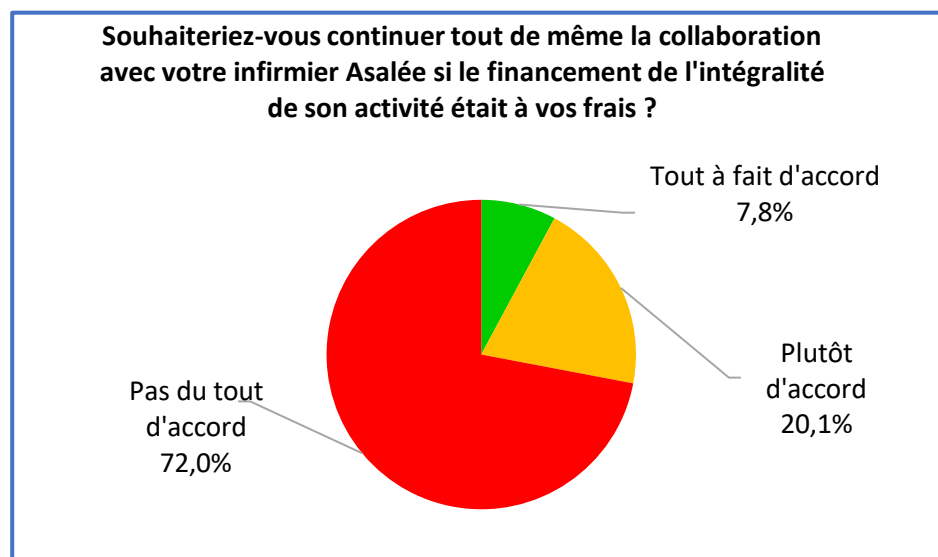




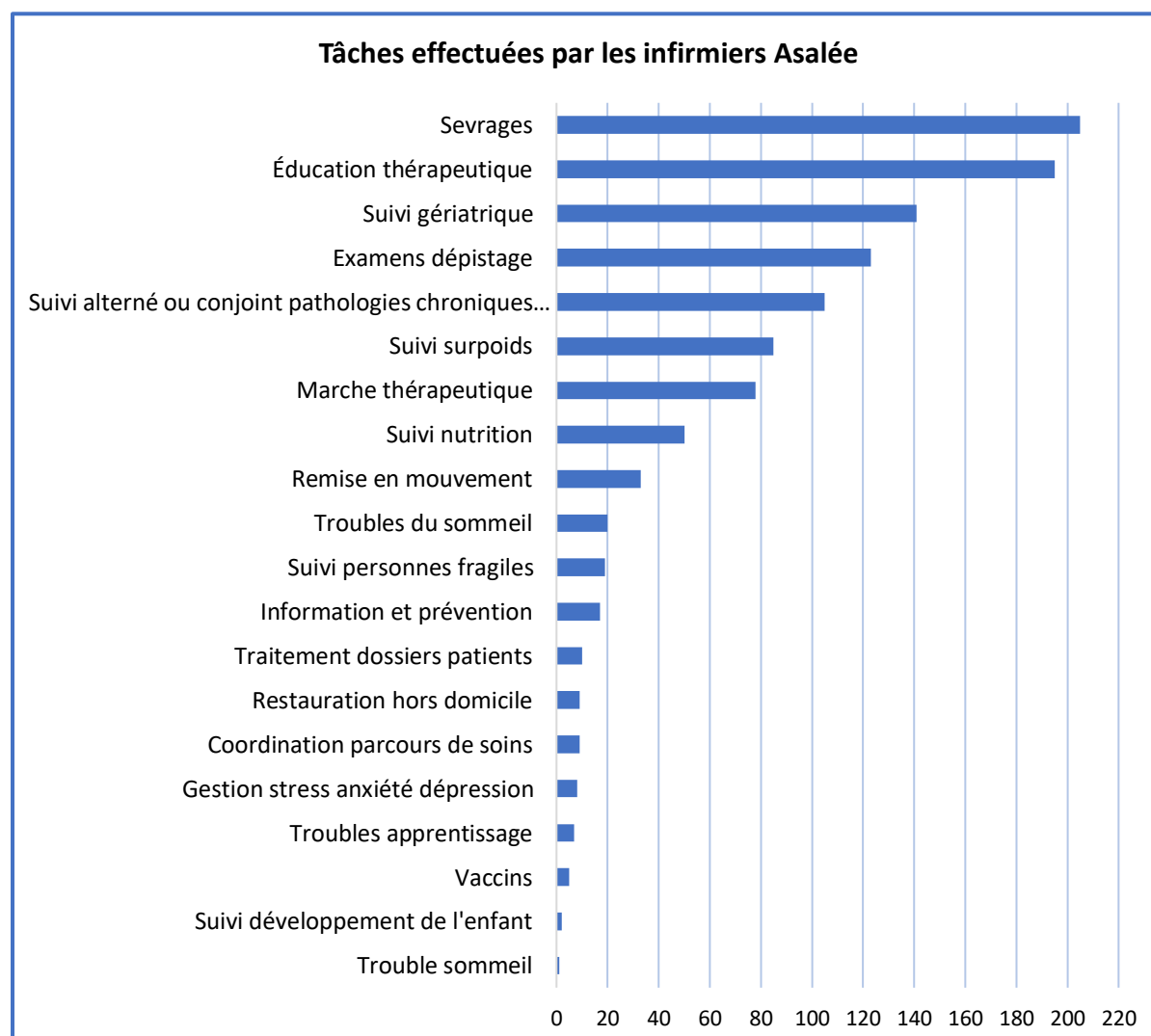
Êtes-vous satisfait de votre collaboration avec votre infirmier Asalée ?	Nombre de réponses	%
Peu ou pas du tout satisfait	8	2,7%
Plutôt satisfait	67	22,9%
Très satisfait	218	74,4%
TOTAL	293	100,0%



Souhaiteriez-vous continuer tout de même la collaboration avec votre infirmier Asalée si le financement de l'intégralité de son activité était à vos frais ?	Nombre de réponses	%
Tout à fait d'accord	23	7,8%
Plutôt d'accord	59	20,1%
Pas du tout d'accord	211	72,0%
TOTAL	293	100,0%



Quelles sont les tâches effectuées par votre infirmier Asalée ?	Nombre de réponses	%
Trouble sommeil	1	0,1%
Suivi développement de l'enfant	2	0,2%
Vaccins	5	0,4%
Troubles apprentissage	7	0,6%
Gestion stress anxiété dépression	8	0,7%
Coordination parcours de soins	9	0,8%
Restauration hors domicile	9	0,8%
Traitement dossiers patients	10	0,9%
Information et prévention	17	1,5%
Suivi personnes fragiles	19	1,7%
Troubles du sommeil	20	1,8%
Remise en mouvement	33	2,9%
Suivi nutrition	50	4,5%
Marche thérapeutique	78	7,0%
Suivi surpoids	85	7,6%
Suivi alterné ou conjoint pathologies chroniques diabète cardio BPCO...	105	9,4%
Examens dépistage	123	11,0%
Suivi gériatrique	141	12,6%
Éducation thérapeutique	195	17,4%
Sevrages	205	18,3%
<b>TOTAL</b>	<b>1122</b>	<b>100,0%</b>

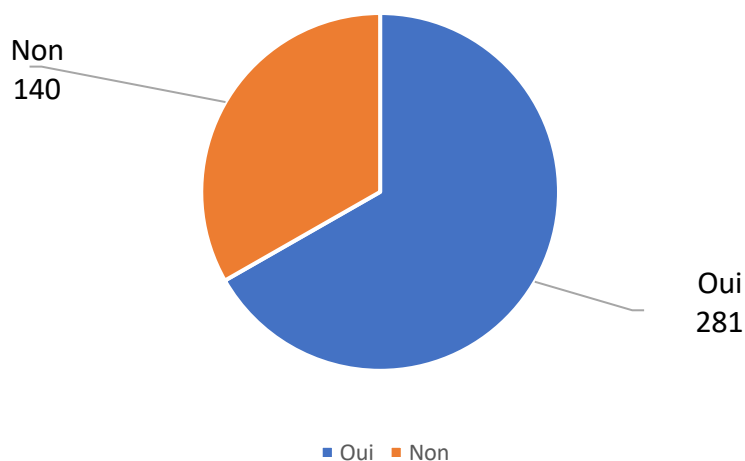


### A9.7 – Travail avec des collaborateurs supplémentaires

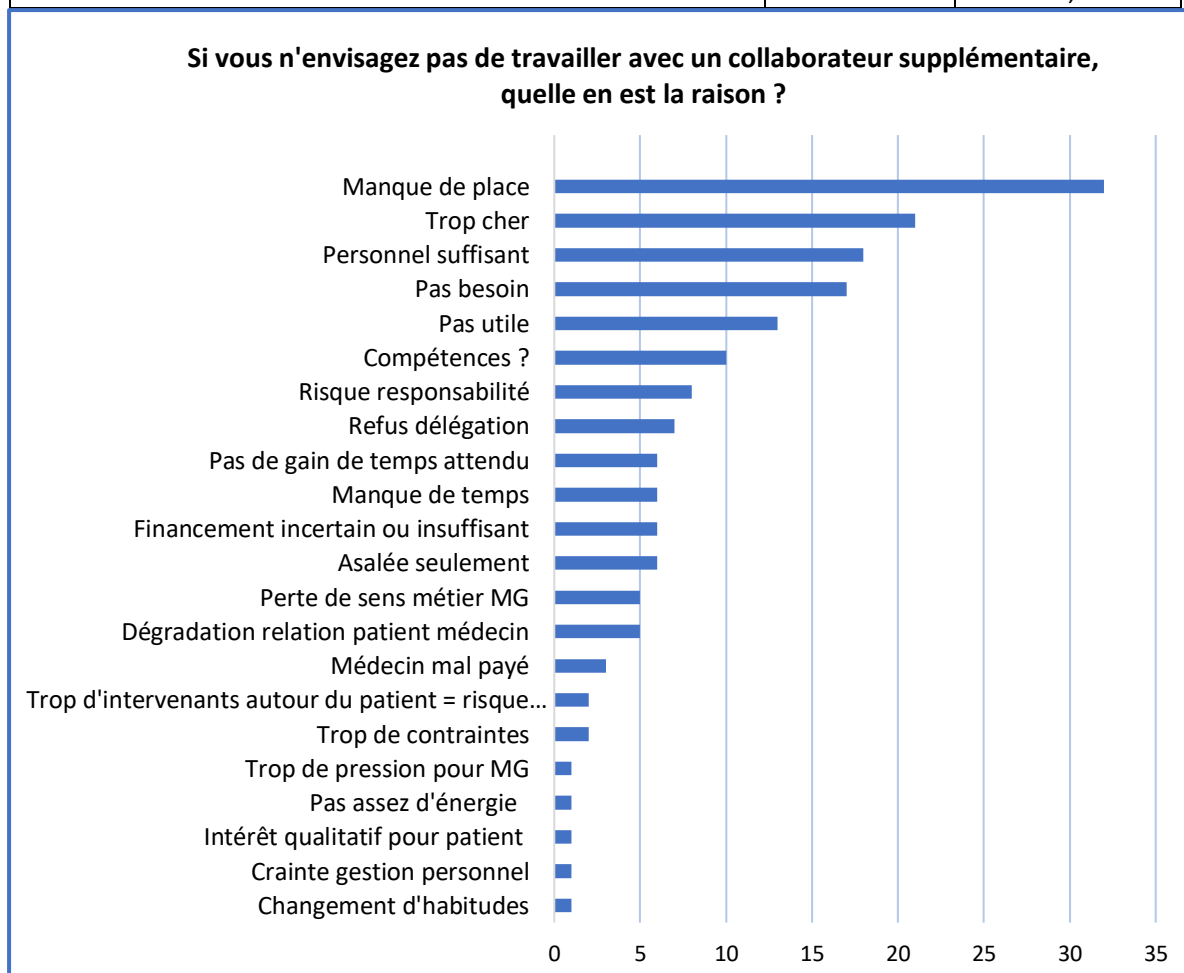
Total des médecins ayant un « collaborateur » supplémentaire : 43

Pourriez-vous envisager de travailler avec un autre personnel paramédical ou non médical suscité en plus de celui ou ceux que vous avez déjà ?		Nombre de réponses
<b>Oui</b>	<b>Total</b>	<b>281</b>
	Avec déjà un seul assistant (AM ou IPA ou IA)	164
	Avec déjà un seul assistant « autre »	19
	Avec déjà plus d'un assistant (AM ou IPA ou IA)	98
<b>Non</b>	<b>Total</b>	<b>140</b>
	Avec déjà un seul assistant (AM ou IPA ou IA)	97
	<i>Avec déjà seulement un AM</i>	29
	<i>Avec déjà seulement un IPA</i>	3
	<i>Avec déjà seulement un IA</i>	65
	Avec déjà un seul assistant « autre »	9
	Avec déjà plus d'un assistant (AM ou IPA ou IA)	33
	Avec seulement une secrétaire	1
<b>Total de réponses</b>		<b>421</b>

**Pourriez-vous envisager de travailler avec un autre personnel paramédical ou non médical sus-cité en plus de celui ou ceux que vous avez déjà ?**



Si vous n'envisagez pas de travailler avec un collaborateur supplémentaire, quelle en est la raison ?	Nombre de réponses	%
Changement d'habitudes	1	0,6%
Crainte gestion personnel	1	0,6%
Intérêt qualitatif pour patient	1	0,6%
Pas assez d'énergie	1	0,6%
Trop de pression pour MG	1	0,6%
Trop de contraintes	2	1,2%
Trop d'intervenants autour du patient = risque d'erreur	2	1,2%
Médecin mal payé	3	1,7%
Dégradation relation patient médecin	5	2,9%
Perte de sens métier MG	5	2,9%
Asalée seulement	6	3,5%
Financement incertain ou insuffisant	6	3,5%
Manque de temps	6	3,5%
Pas de gain de temps attendu	6	3,5%
Refus délégation	7	4,1%
Risque responsabilité	8	4,7%
Compétences ?	10	5,8%
Pas utile	13	7,6%
Pas besoin	17	9,9%
Personnel suffisant	18	10,5%
Trop cher	21	12,2%
Manque de place	32	18,6%
<b>TOTAL</b>	<b>172</b>	<b>100,0%</b>

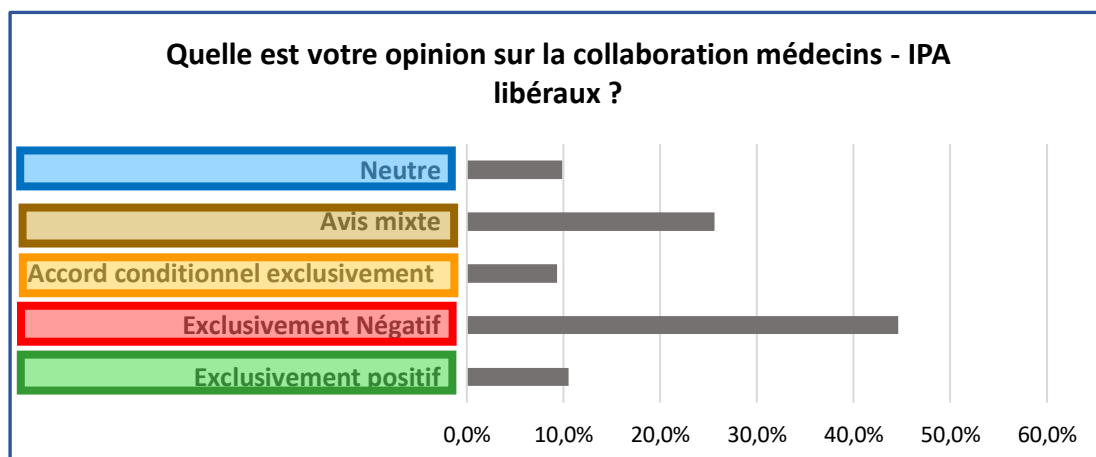
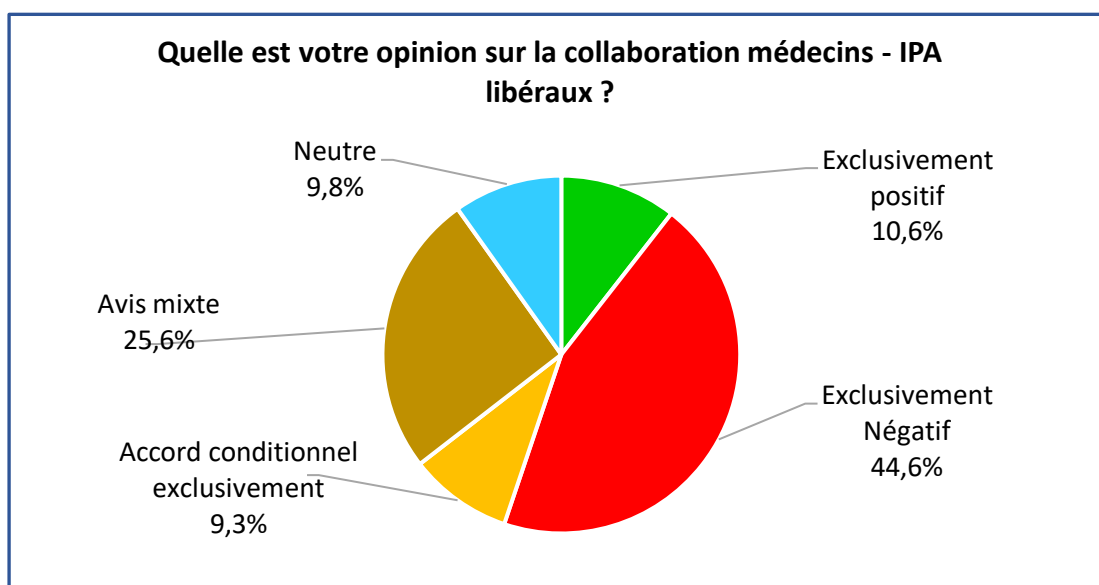


<b>Cris du cœur</b>
Je pense qu'il faut compter minimum dix minutes d'informatique par consultation sans compter les bugs pluriquotidiens. Donc on nous dit que l'on va pouvoir consulter plus avec des gains de temps et en fait on fait moins de médecine et plus d'informatique : chercher l'erreur...
Je vais finir par faire plus de supervision que de consultation !!!
La CPAM crée des tâches administratives qui la concernent mais dont elle veut me rendre responsable. Je refuse de payer pour m'en débarrasser.
On nous promet aide au départ et une fois que l'association fonctionne bien on supprime aide et vu la non évolution de nos tarifs cela devient difficile de continuer à financer. C'est dommage car les patients et les médecins sont contents de cette façon de travailler ensemble. Donc désormais je me méfie des aides promises au début qu'on peut retirer à tout moment ...
Pas du tout, mais alors PAS DU TOUT (police 52, souligné, caractère gras) pour un transfert de compétence. Chacun son boulot.
Perte de sens du métier de médecin généraliste (je ne suis pas ophtalmologue ce n'est pas l'usine dans mon cabinet),
Je ne vois pas l'intérêt d'une IPA ou assistante médicale qui effectuerait des tâches (déshabiller le malade, le peser, lui prendre les constantes etc.) qui ne me ferait gagner aucun temps mais qui m'éloignerait de ma relation médecin patient.
Pour les IPA : problématique des responsabilités, manque de temps pour énième protocole / surveillance, ne gérer plus que les situations complexes sans revalorisation etc etc

### A9.8 - Votre avis sur le dispositif des infirmiers en pratique avancée (IPA) libéraux

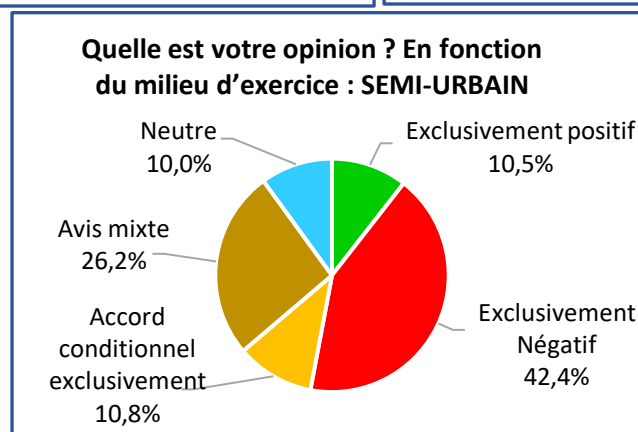
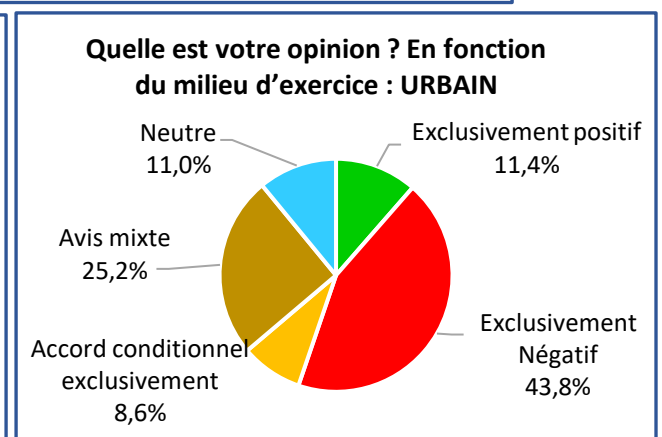
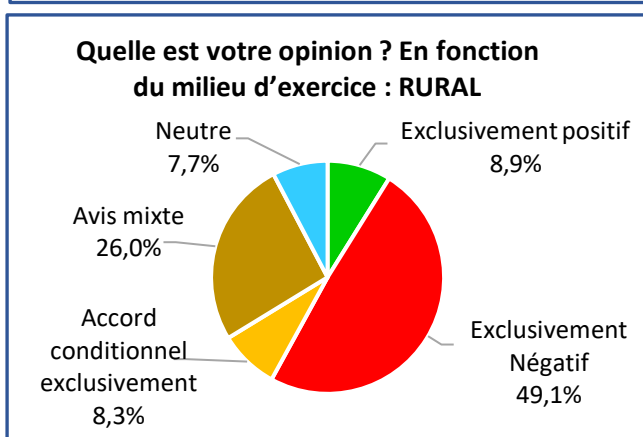
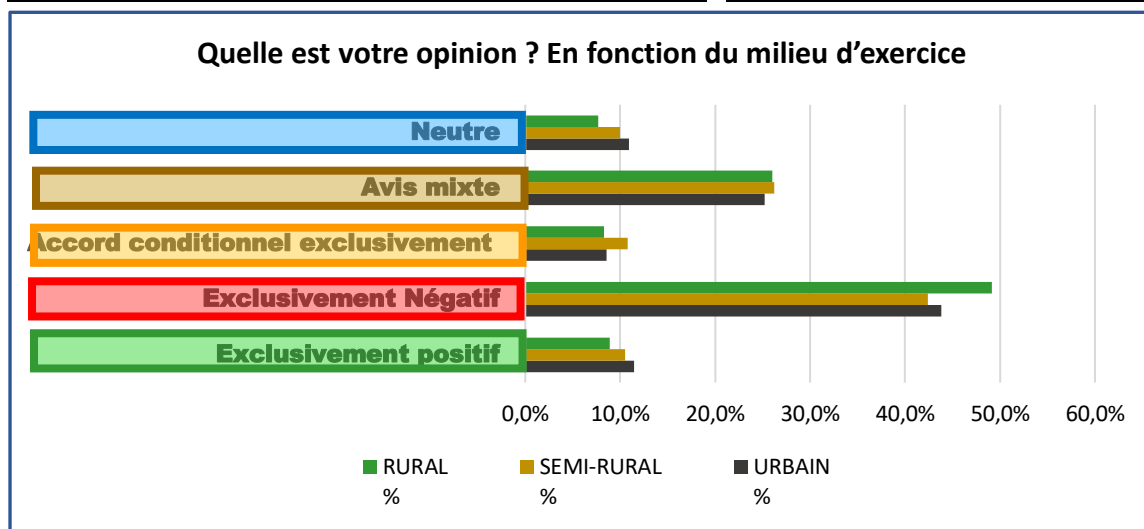
Quelle est votre opinion sur la collaboration médecins - IPA libéraux ?

Quelle est votre opinion sur la collaboration médecins - IPA libéraux ?	Nombre de répondants	%
Exclusivement positif	105	10,6%
Exclusivement Négatif	444	44,6%
Accord conditionnel exclusivement	93	9,3%
Avis mixte	255	25,6%
Neutre	98	9,8%
TOTAL	995	100,0%
Nombre total de répondants	995	
Non exprimés	37	



**Quelle est votre opinion sur la collaboration médecins - IPA libéraux ?**  
**En fonction du milieu d'exercice**

Quelle est votre opinion ? En fonction du milieu d'exercice	URBAIN Nombre de répondants	SEMI-RURAL Nombre de répondants	RURAL Nombre de répondants	Quelle est votre opinion ? En fonction du milieu d'exercice	URBAIN %	SEMI-RURAL %	RURAL %
Exclusivement positif	48	39	15	Exclusivement positif	11,4%	10,5%	8,9%
Exclusivement Négatif	184	157	83	Exclusivement Négatif	43,8%	42,4%	49,1%
Accord conditionnel exclusivement	36	40	14	Accord conditionnel exclusivement	8,6%	10,8%	8,3%
Avis mixte	106	97	44	Avis mixte	25,2%	26,2%	26,0%
Neutre	46	37	13	Neutre	11,0%	10,0%	7,7%
TOTAL	420	370	169	TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%



### Quelle est votre opinion sur la collaboration médecins - IPA libéraux ?

#### En fonction de la tranche d'âge

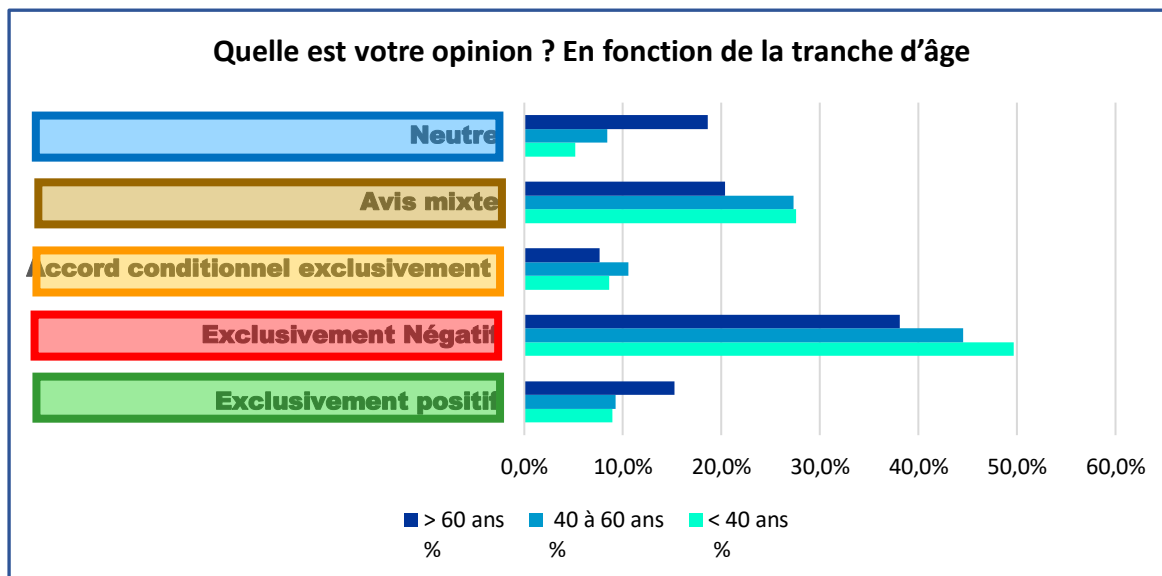
Tranche d'âge	Nombre	%
>20 à ≤30	12	1,2%
>30 à ≤40	292	28,4%
>40 à ≤50	221	21,5%
>50 à ≤60	260	25,3%
>60 à ≤70	218	21,2%
>70 à ≤80	25	2,4%
>80 à ≤90	0	0,0%
<b>TOTAL</b>	<b>1028</b>	<b>100%</b>

	≤ 40 ans Nombre de répondants	40 à 60 ans Nombre de répondants	> 60 ans Nombre de répondants
<b>Femmes</b>	194	269	59
<b>Hommes</b>	94	196	171
<b>Total</b>	<b>288</b>	<b>465</b>	<b>230</b>
<b>% Femmes</b>	67,4%	57,8%	25,7%
<b>% Hommes</b>	32,6%	42,2%	74,3%

Age moyen	Age médian
47,9 ans	48,0 ans

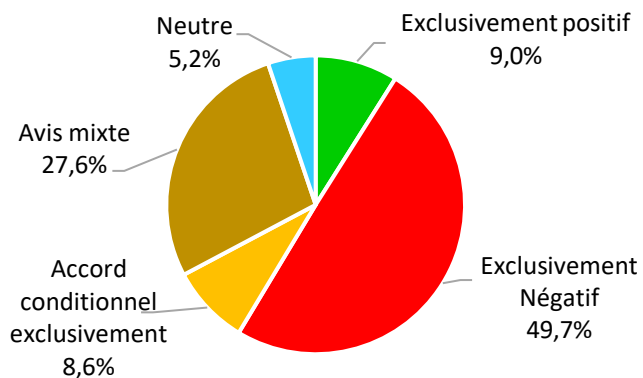
Quelle est votre opinion ? En fonction de la tranche d'âge	< 40 ans Nombre de répondants	40 à 60 ans Nombre de répondants	> 60 ans Nombre de répondants
Exclusivement positif	26	43	36
Exclusivement Négatif	144	207	90
Accord conditionnel exclusivement	25	49	18
Avis mixte	80	127	48
Neutre	15	39	44
<b>TOTAL</b>	<b>290</b>	<b>465</b>	<b>236</b>

Quelle est votre opinion ? En fonction de la tranche d'âge	< 40 ans %	40 à 60 ans %	> 60 ans %
Exclusivement positif	9,0%	9,2%	15,3%
Exclusivement Négatif	49,7%	44,5%	38,1%
Accord conditionnel exclusivement	8,6%	10,5%	7,6%
Avis mixte	27,6%	27,3%	20,3%
Neutre	5,2%	8,4%	18,6%
<b>TOTAL</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

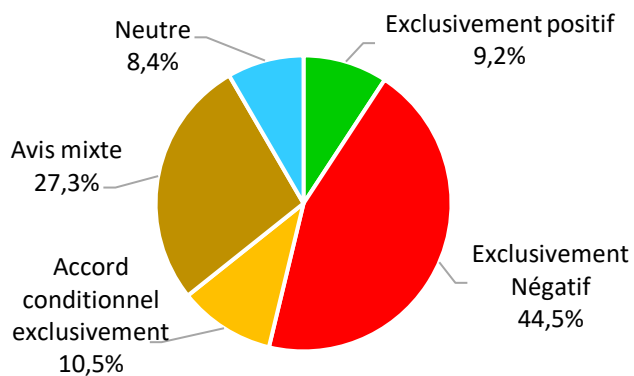




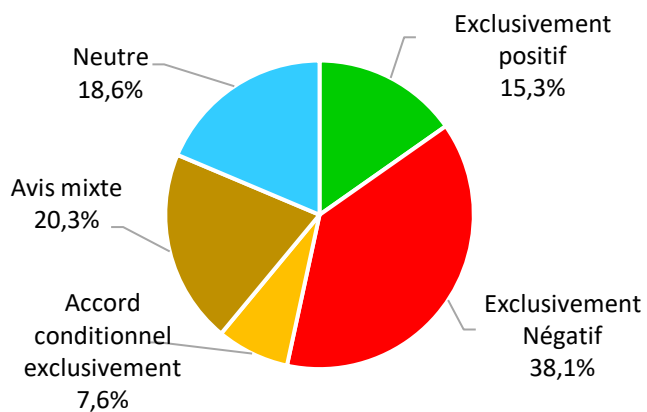
**Quelle est votre opinion ? En fonction de la tranche d'âge : < 40 ans**



**Quelle est votre opinion ? En fonction de la tranche d'âge : de 40 à 60 ans**



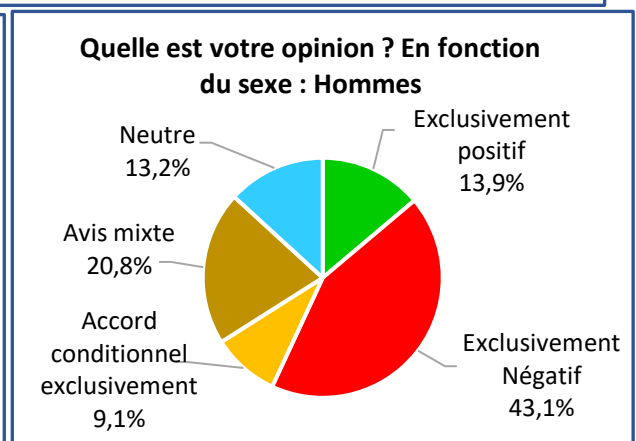
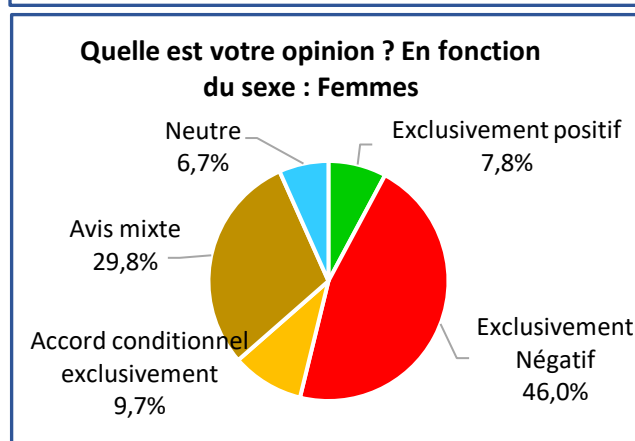
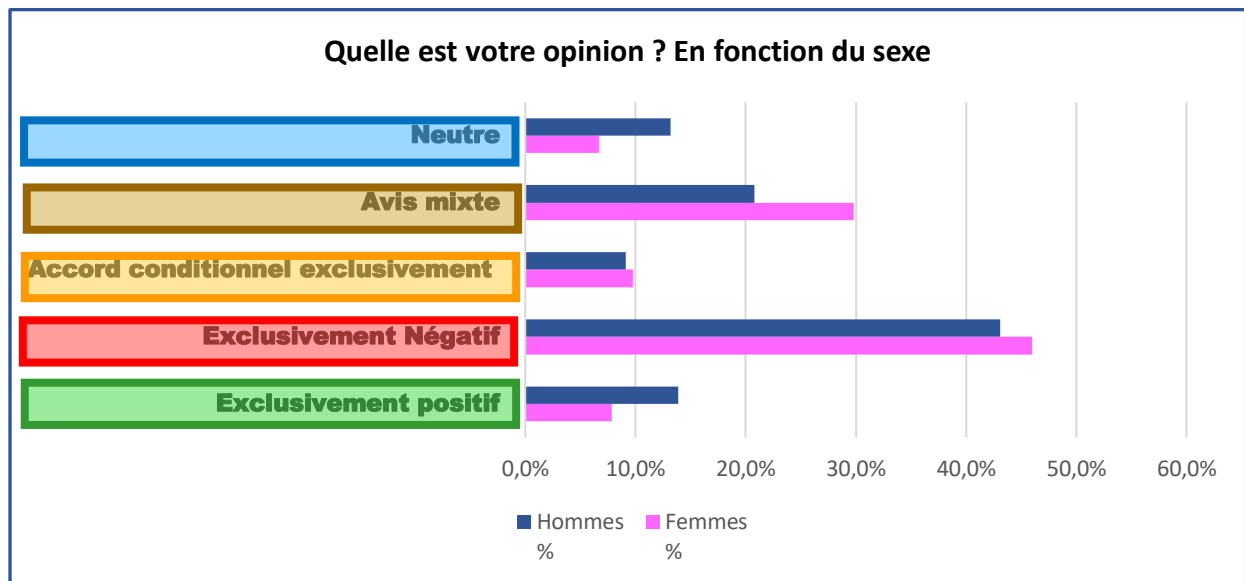
**Quelle est votre opinion ? En fonction de la tranche d'âge : > 60 ans**



**Quelle est votre opinion sur la collaboration médecins - IPA libéraux ?**  
**En fonction du sexe**

Quelle est votre opinion ? En fonction du sexe	Femmes Nombre de répondants	Hommes Nombre de répondants
Exclusivement positif	41	64
Exclusivement Négatif	241	199
Accord conditionnel exclusivement	51	42
Avis mixte	156	96
Neutre	35	61
<b>TOTAL</b>	<b>524</b>	<b>462</b>

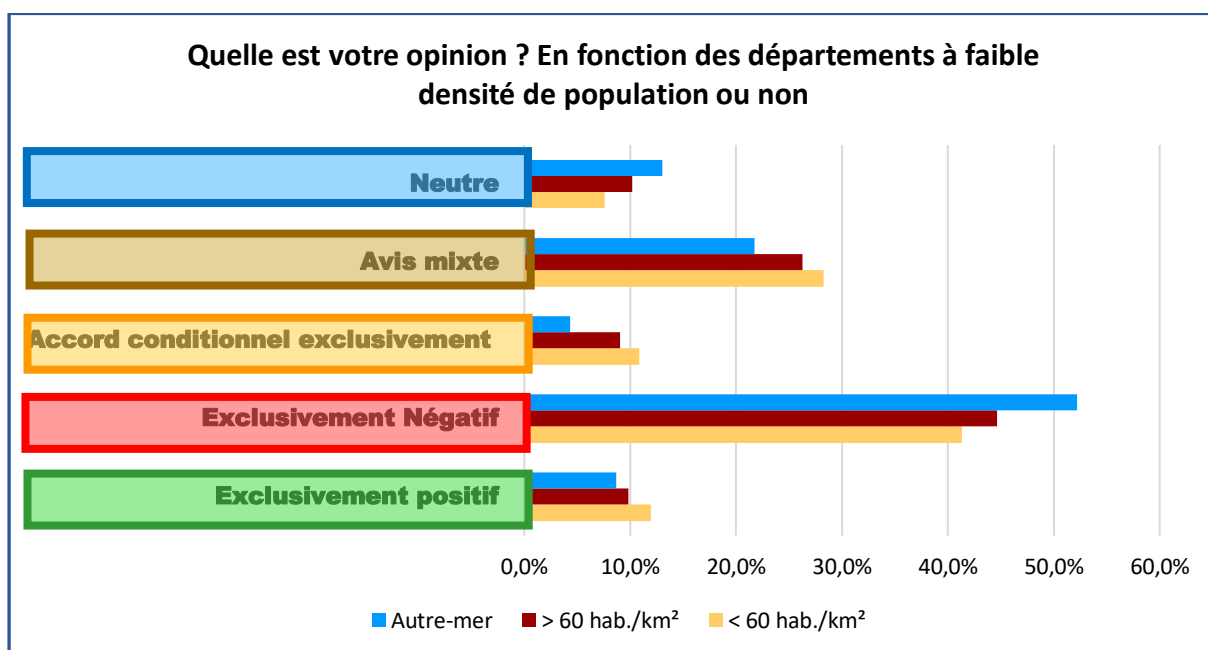
Quelle est votre opinion ? En fonction du sexe	Femmes %	Hommes %
Exclusivement positif	7,8%	13,9%
Exclusivement Négatif	46,0%	43,1%
Accord conditionnel exclusivement	9,7%	9,1%
Avis mixte	29,8%	20,8%
Neutre	6,7%	13,2%
<b>TOTAL</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>



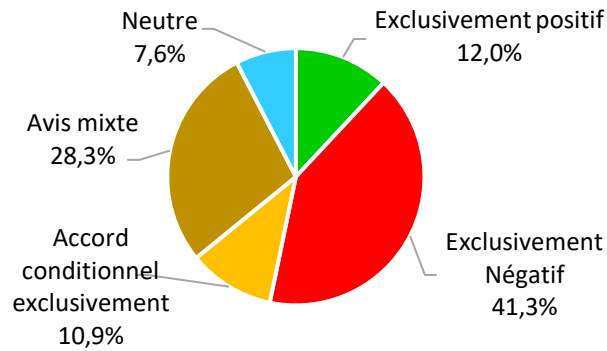
**Quelle est votre opinion sur la collaboration médecins - IPA libéraux ?**  
**En fonction des départements à faible densité de population ou non**

Quelle est votre opinion ? En fonction des départements à faible densité de population ou non	Médecins exerçant dans département de faible densité (< 60 hab./km <sup>2</sup> )	Médecins exerçant dans département de densité (> 60 hab./km <sup>2</sup> )	Médecins exerçant dans département Outre-mer
	<b>En nombre</b>		
Exclusivement positif	11	76	2
Exclusivement Négatif	38	345	12
Accord conditionnel exclusivement	10	70	1
Avis mixte	26	203	5
Neutre	7	79	3
<b>TOTAL</b>	<b>92</b>	<b>773</b>	<b>23</b>

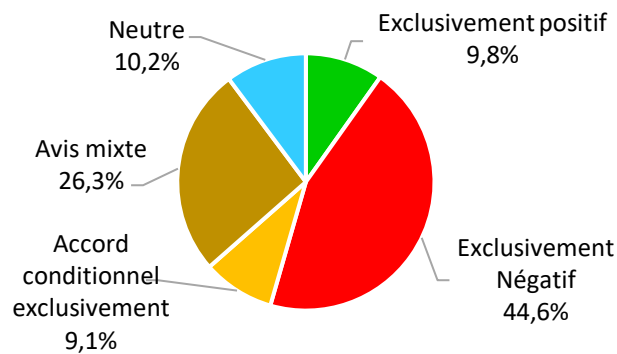
Quelle est votre opinion ? En fonction des départements à faible densité de population ou non	Médecins exerçant dans département de faible densité (< 60 hab./km <sup>2</sup> )	Médecins exerçant dans département de densité (> 60 hab./km <sup>2</sup> )	Médecins exerçant dans département Outre-mer
	<b>En %</b>		
	<b>&lt; 60 hab./km<sup>2</sup></b>	<b>&gt; 60 hab./km<sup>2</sup></b>	<b>Outre-mer</b>
Exclusivement positif	12,0%	9,8%	8,7%
Exclusivement Négatif	41,3%	44,6%	52,2%
Accord conditionnel exclusivement	10,9%	9,1%	4,3%
Avis mixte	28,3%	26,3%	21,7%
Neutre	7,6%	10,2%	13,0%
<b>TOTAL</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>



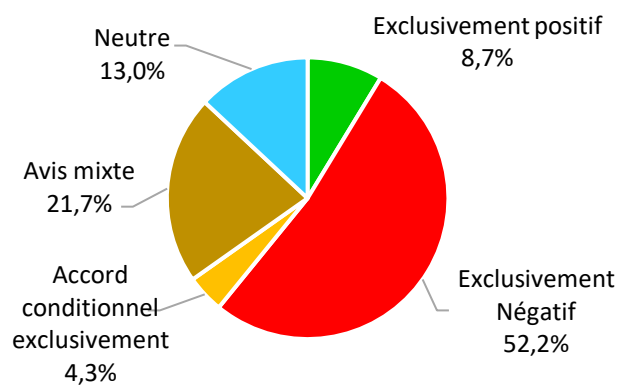
**Quelle est votre opinion ? En fonction des départements à faible densité de population ou non : < 60 hab./km<sup>2</sup>**



**Quelle est votre opinion ? En fonction des départements à faible densité de population ou non : > 60 hab./km<sup>2</sup>**



**Quelle est votre opinion ? En fonction des départements : Outre-mer**

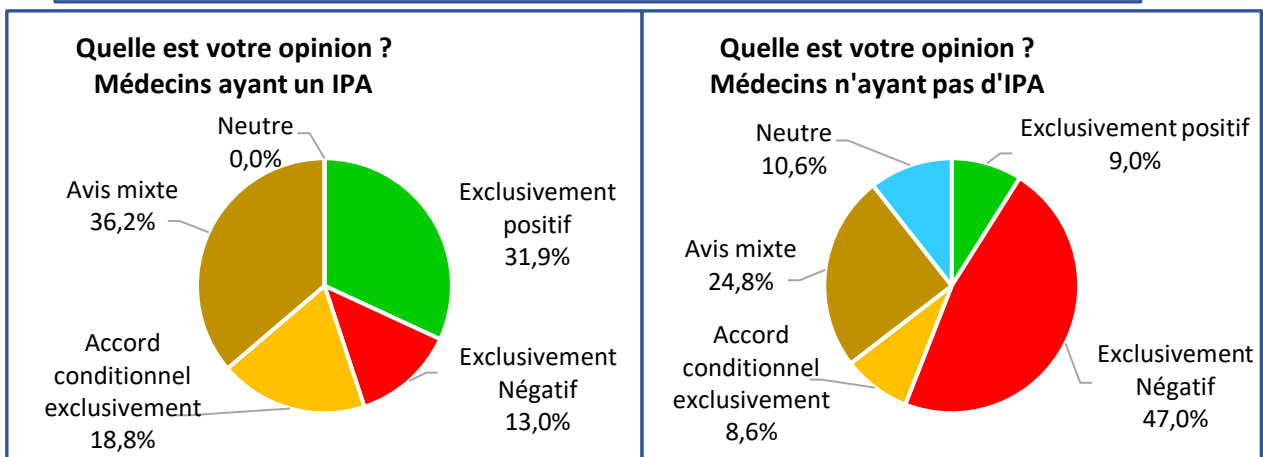
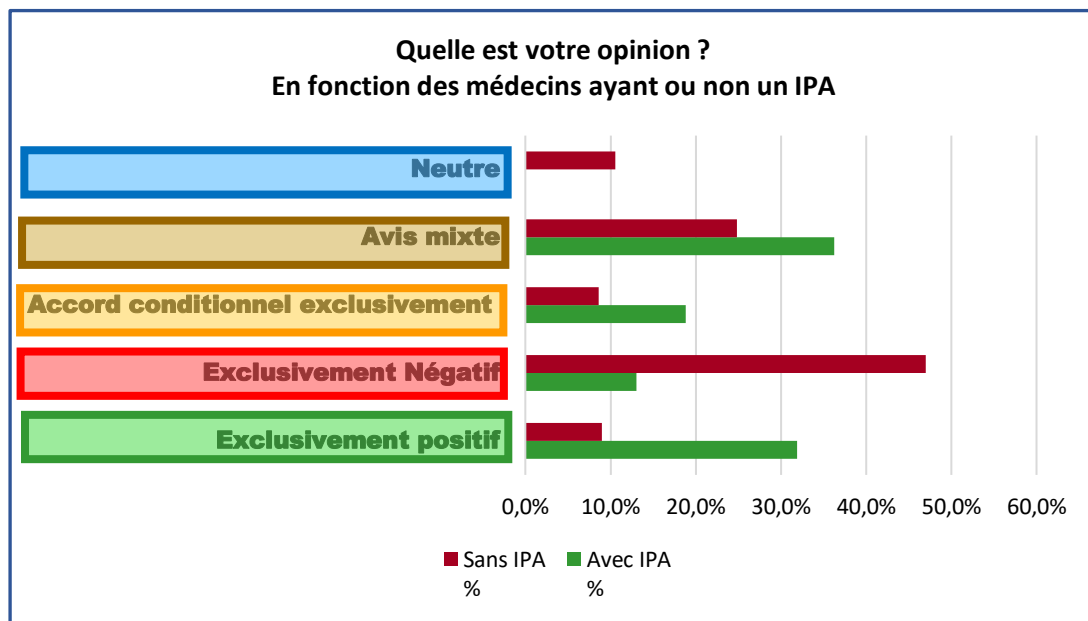


### Quelle est votre opinion sur la collaboration médecins - IPA libéraux ?

#### En fonction des médecins ayant ou non un IPA

Quelle est votre opinion ? En fonction des médecins ayant ou non un IPA	Avec IPA Nombre de répondants	Sans IPA Nombre de répondants
Exclusivement positif	22	83
Exclusivement Négatif	9	435
Accord conditionnel exclusivement	13	80
Avis mixte	25	230
Neutre	0	98
TOTAL	69	926

Quelle est votre opinion ? En fonction des médecins ayant ou non un IPA	Avec IPA %	Sans IPA %
Exclusivement positif	31,9%	9,0%
Exclusivement Négatif	13,0%	47,0%
Accord conditionnel exclusivement	18,8%	8,6%
Avis mixte	36,2%	24,8%
Neutre	0,0%	10,6%
TOTAL	100,0%	100,0%



### Argumentez votre opinion positive, neutre ou négative sur la collaboration médecins - IPA libéraux

Nombre de médecins généralistes ayant répondu : 996		<i>ssi = Si et Seulement Si</i>	
Quelle est votre opinion sur la collaboration médecins - IPA libéraux ?		Nombre de réponses	%
IPA pas salarié	Accord conditionnel	1	0,1%
Ok pour IPA salarié par médecin	Accord conditionnel	1	0,1%
ssi formation initiale du médecin à la collaboration	Accord conditionnel	1	0,1%
ssi je le choisis	Accord conditionnel	1	0,1%
ssi pas de complexification	Accord conditionnel	1	0,1%
ssi pas de perte de temps	Accord conditionnel	1	0,1%
ssi compétences de l'IPA suffisantes	Accord conditionnel	2	0,1%
ssi le patient devient acteur de sa propre santé	Accord conditionnel	2	0,1%
ssi pas de médecine au rabais	Accord conditionnel	2	0,1%
Ok pour IPA en prévention	Accord conditionnel	3	0,2%
ssi meilleure prise en charge du patient	Accord conditionnel	3	0,2%
ssi IPA spécialisé	Accord conditionnel	4	0,2%
ssi gain de temps pour soigner	Accord conditionnel	5	0,3%
ssi IPA suffisamment payé pour en vivre	Accord conditionnel	5	0,3%
ssi pas de charge administrative supplémentaire	Accord conditionnel	7	0,4%
ssi IPA en MSP ou grosse structure	Accord conditionnel	16	0,9%
à voir, co-construire	Accord conditionnel	21	1,1%
ssi dans mêmes locaux et structures	Accord conditionnel	21	1,1%
Ok pour IPA qui fait de l'éducation thérapeutique	Accord conditionnel	22	1,2%
ok si IPA en hopital	Accord conditionnel	24	1,3%
ssi IPA sous responsabilité d'un MG	Accord conditionnel	34	1,9%
soutien aux pathologies chroniques vraiment stabilisées et simples	Accord conditionnel	51	2,8%
ssi complémentarité et répartition claire des responsabilités	Accord conditionnel	52	2,8%
ssi binôme de confiance et protocole de soins de coordination et délégation	Accord conditionnel	91	5,0%
pas de gain de patientèle	Négatif	1	0,1%
pas possible	Négatif	1	0,1%
salarier les médecins	Négatif	1	0,1%
surcharge de travail en temps non rémunéré	Négatif	1	0,1%
diagnostiquer le simple est souvent complexe	Négatif	3	0,2%
financement à l'acte problématique	Négatif	3	0,2%
patient perdu entre IPA et MG	Négatif	3	0,2%
il faut rendre les métiers du soin plus accessibles et plus attractifs	Négatif	6	0,3%
ce type de collaboration médicale existe déjà autrement	Négatif	9	0,5%
IPA se prend pour un médecin	Négatif	9	0,5%
manque de place	Négatif	10	0,5%
trop cher	Négatif	13	0,7%
refus total	Négatif	16	0,9%
une aide administrative serait plus utile	Négatif	18	1,0%
pas de gain de temps avéré pour MG	Négatif	19	1,0%
trop complexe	Négatif	19	1,0%
pas forcément bon de confier le suivi des pathologies chroniques apparemment simples et stabilisées au seul IPA	Négatif	26	1,4%
IPA rustine politique temporaire	Négatif	27	1,5%
formation IPA pas assez globale donc pas adaptée à la médecine générale	Négatif	28	1,5%
trop de pression insupportable sur le MG	Négatif	32	1,7%
perte de vue globale sur santé et patient	Négatif	39	2,1%

Quelle est votre opinion sur la collaboration médecins - IPA libéraux ?		Nombre de réponses	%
dévalorisation perte d'intérêt du métier de MG	Négatif	42	2,3%
pas utile	Négatif	44	2,4%
IPA sous-médecin donc potentiellement dangereux	Négatif	48	2,6%
perte détérioration du lien patient MG	Négatif	56	3,0%
dégradation destruction programmée de la médecine	Négatif	61	3,3%
MG réduit aux cas difficiles	Négatif	62	3,4%
trop de temps administratif de suivi et de contrôle non rémunéré de l'IPA par le MG	Négatif	65	3,5%
perte de chances pour le patient	Négatif	71	3,9%
IPA a des prérogatives de diagnostic et de prescription exagérées	Négatif	83	4,5%
compétences médicales de l'IPA insuffisantes	Négatif	103	5,6%
médecin sous-payé	Négatif	108	5,9%
MG responsable des erreurs médicales de l'IPA à posteriori et sans avoir vu le patient ?	Négatif	121	6,6%
patient sera volontaire ?	Neutre	1	0,1%
pourquoi IPA limité aux pathologies chroniques	Neutre	1	0,1%
pourquoi IPA réservé à grosse structure ?	Neutre	1	0,1%
tout dépend de la personne choisie comme IPA	Neutre	12	0,7%
profil Asalée suffisant	Neutre	26	1,4%
profil IDE indispensable mais à valoriser pour en conserver	Neutre	32	1,7%
IPA apprend au MG	Positif	1	0,1%
modèle de financement d'un IPA intéressant	Positif	1	0,1%
utile	Positif	1	0,1%
gain de temps	Positif	2	0,1%
utile pour suivi à domicile	Positif	2	0,1%
donne accès aux soins à plus de patients	Positif	11	0,6%
délégation collaboration intéressantes	Positif	22	1,2%
aide utile pour MG	Positif	24	1,3%
libère du temps médical au MG	Positif	27	1,5%
un plus pour patient chronique ou pas , avec ou sans MT	Positif	35	1,9%
utile pour désert médical , si pas de nouveaux MG, vieillissement de la population	Positif	52	2,8%
intéressant sur le principe	Positif	67	3,6%
	TOTAL	1837	100,0%

**Quelle est votre opinion sur la collaboration médecins - IPA libéraux ?**  
**ARGUMENTS CONDITIONNELS**





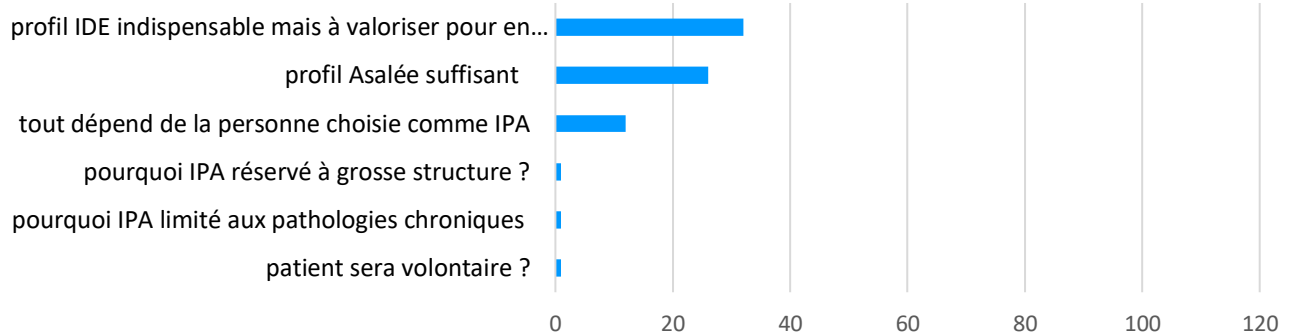
## Quelle est votre opinion sur la collaboration médecins - IPA libéraux ?

### ARGUMENTS NEGATIFS



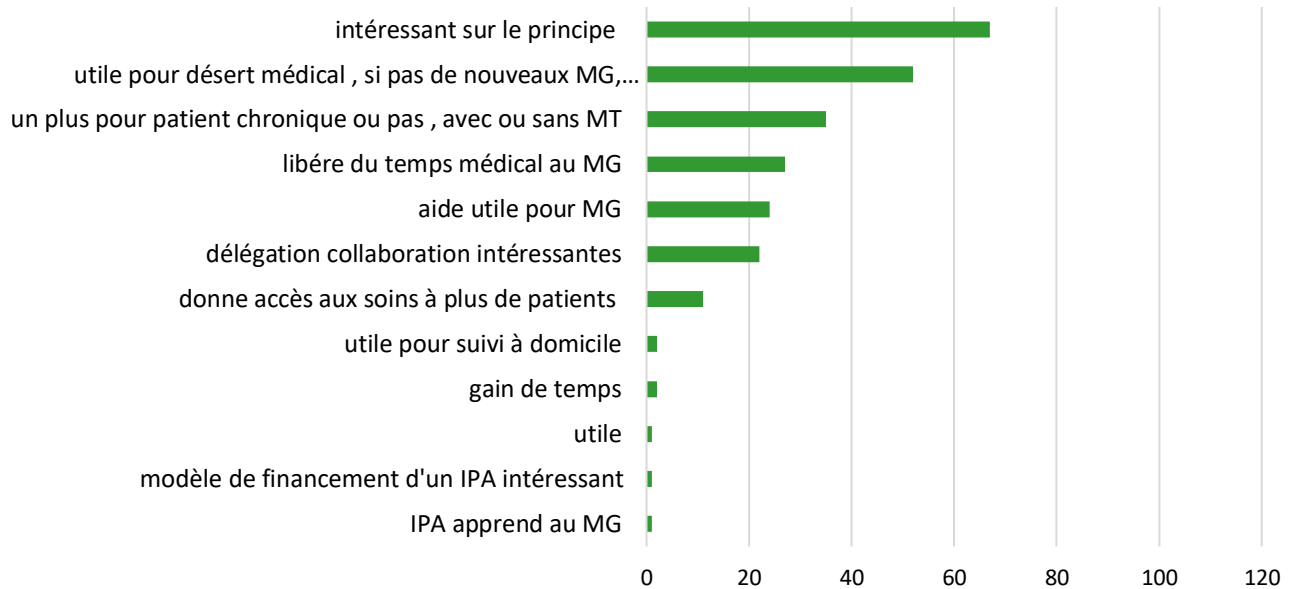
### Quelle est votre opinion sur la collaboration médecins - IPA libéraux ?

#### ARGUMENTS NEUTRES



### Quelle est votre opinion sur la collaboration médecins - IPA libéraux ?

#### ARGUMENTS POSITIFS



Légende des couleurs du tableau ci-dessous	Positif	Positif & Négatif	Négatif	Neutre
--	---------	-------------------	---------	--------

<b>Cris du cœur</b>				
Aide très appréciée des patients Etoffe et donne du sens au travail pluripro en apportant un autre regard Soulage efficacement notre charge de travail				
C'est génial. On en a 2 qui font 3 jours chacun et on s'éclate. Ils nous apprennent énormément				
C'est une évidence pour libérer du temps-médical mais les médecins sont accrochés à leur pouvoir de prescription, ils me font honte. Je n'en peux plus de voir des cystites et des rhumes et des gastros. Cela ne nécessite pas un Bac+10. Il faut pouvoir déléguer et se concentrer sur la vraie médecine. Pour le moment les médecins ont bloqué le périmètre des IPA à presque rien (renouveler des statines...). En plus le rôle des IPA est orienté vers le suivi des pathologies chroniques alors que c'est plutôt vers les petites urgences (gastro, otites, rhinites) que l'on a le plus de demandes et le plus de difficultés à faire face.				
Chacun doit bien connaître ses limites et ne pas faire du diagnostic à tort et à travers tant IPA que kine.				
Collaboration complémentaire et efficace avec notre IPA, qui nous soulage grandement dans l'accomplissement de nos missions sacerdotales, dans un respect mutuel des fonctions et des compétences				
Collaboration facile et confortable pour le médecin, très complémentaire. Efficacité nette sur baisse de l'hba1c et sur le nombre de sevrage tabagique. Le médecin doit faire du prosélytisme au début pour convaincre les patients de l'intérêt de cette ces IPA qui n'est pas là juste pour faire gagner du temps au médecin il y a une réelle plus-value. Pas d'incident à déplorer après 18 mois				
Elle permet de me décharger de charges lourdes, de prendre plus de patients et de les suivre de façon plus personnalisée en leur attribuant le temps nécessaire (entre 45min et 1h30 par patient)				
Excellente, je travaille avec plusieurs cabinets infirmiers pour conserver la qualité des soins des patients, surtout ceux à domicile et je remercie. les infirmières qui sont hyper-compétentes et hyper-pointues au fur et à mesure d'échanges, de contacts et de formations .				
Il faut un cadre et un travail d'équipe, et non des IPA seul « en mode cow-boy » ...				
J'ai trop de boulot ... Je n'aurais jamais l'impression que les IPA me "piquent" mon travail !				
Je suis particulièrement satisfaite de ma collaboration avec mon infirmière IPA. Je lui ai donné en charge mes patients âgés polyopathie chez qui le maintien à domicile était problématique. Elle passe 2h au premier entretien chez eux, repère et propose des solutions efficaces pour le maintien à domicile. Nous avons le même logiciel Weda donc partageons le dossier du patient. Elle me fait des comptes rendus très exhaustif avec en conclusion des suggestions pour ma prochaine consultation. Les patients sont ravis. Il s'agit d'une infirmière qui travaillait sur le territoire avant en libéral, donc qui connaît extrêmement bien tout le réseau du secteur.				
Toute aide sera la bienvenue. Je pense qu'un travail en coopération conviendrait à tout le monde et je ne comprends pas la guerre de clocher que livrent certains médecins. La peur de manquer de travail comme dans les années 80 époque où le numéris clausus a été créé ? Vu les conditions actuelles je pense que ça ne risque pas d'arriver.				
Travail très complémentaire avec le médecin. Intérêt majeur pour le patient s'il existe une bonne entente et collaboration entre le médecin et l'IPA. Cette collaboration améliore la qualité du suivi, les IPA ayant plus de temps pour l'ETP que les médecins, elle permet de libérer du temps médecin pour les complications intercurrentes. Elle apporte une meilleure connaissance du patient au médecin, informations sur le mode de vie, les événements douloureux qui sont plus facilement confiés à un infirmier.				
Très positive, expérience excellente				
Ainsi mon opinion est que, le concept des IPA est très intéressant mais seulement si elle travaille dans le cabinet d'un médecin généraliste et complète sa consultation médicale en voyant le patient chronique entre ses consultations chez son médecin traitant. Un IPA qui devrait gérer seul un patient réaliserait en fait un sous métier de la médecine. Si cela peut aider dans les situations tendues (désert médical, pandémies, catastrophes,) il ne devrait pas être la situation normale.				
Aucune je suis en arrêt maladie pour burn-out et je vais déplaquer ne pouvant plus exercer cette profession que j'aimais tant mais les conditions sont intenable				
La question des contrepartie (augmentation patientèle etc...) est effrayante				
Le jour où le médecin généraliste sera payé pour consultation longue (et non visite longue), considéré dans tous ses savoirs par ses tutelles, et non pas un bobologie ou un orienteur vers médecin spécialiste, les choses changeront				

### Cris du cœur

Le saucissonnage de la profession est en marche, les IPA sont à la veille de nous dicter leurs directives. Les gynécologues médicaux ont laissé les sages femmes augmenter en autonomie, aujourd'hui les sages femmes sont sur le point de les remplacer ...
Les IPA ne peuvent pas être des ersatz de médecins !
Améliorons la formation des IDE actuels. Augmentons l'attractivité de la médecine libérale et nous n'aurons pas besoin d'IPA chapeautés par des médecins. Je ne veux pas déléguer mon travail soi-disant "facile" à un IPA et ne plus voir mes patients.
Bientôt une médecine sans médecin ?
C'est une merde sans nom. Ceux qui proposent ça auront des morts sur la conscience. La formation des IDE et des MG n'a rien à voir. Les IPA n'existent qu'à coup de subvention, ce modèle mourra de lui-même ou les patients mourront tout simplement plus précocement en diluant la responsabilité de leur prise en charge.
Ça ne sert absolument à rien mis à part discréditer et déclasser toute une profession qu'est la médecine générale. Pour moi c'est le grand remplacement !
Ce dispositif et cette "spécialité" n'ont aucun sens. La formation médicale est une et indivisible.
Ce sont des professionnels para médicaux qui répondent à des questions dont on connaît la réponse, qu'on ne leur a pas posées, et qui facturent très cher un service dont on n'a pas besoin.
Ces consultations sont là aussi pour pouvoir parler d'autre chose... interroger .. prévention... problème familial.. Interrogation sur certains membres familiaux que nous suivons aussi ... c'est très vaste et c'est ce qui fait la médecine générale que j'aime !!!!! Qu'ils restent à l'hôpital si ils veulent... pourquoi pas mais pas en ville
C'est un pis-aller, un nivèlement vers le bas, un affront, une humiliation à notre profession
Chacun sa place, chacun son diplôme, chacun ses responsabilités. Je suis contre cette uberisation de ma médecine.
Chère Consœur, J'ai eu la chance immense d'exercer pendant 40 ans en secteur 2 et de pouvoir organiser mon mode d'exercice comme je l'entendais sans carotte ni bâton. Donc en dehors d'une liberté d'honoraire point de salut ; on se débrouille du reste.
Dangereux si ce n'est pas cadré. Encore trop flou. Certains projets me semblent à la limite de l'exercice illégal de la médecine. Je ne souhaite pas être responsable des actes d'une IPA Je ne supporte pas l'idée qu'on nous l'impose
De la merde en boîte
De temps en temps, cela fait du bien de voir des patients qui vont bien, ou dont le suivi est simple.
Décider de remplacer les médecins libéraux par des IPA me donne la nausée
Donnez-nous des moyens, pas des contraintes ou des modes d'emploi. Merci
Du vent
En tant que jeune Interne formé à l'hôpital, la délégation de tâche vous semble évidente ! Vous ne le ferez certainement pas mais vous devriez venir voir le fonctionnement d'un cabinet médical, bien organisé avec l'ensemble des aspects de la médecine générale réalisés tous les jours. Et ce n'est pas une affaire de génération, c'est le partage d'une vision commune.
Encore une fausse bonne idée !
Et grand conflit d'intérêt quand on sait que le mari de Mme RIST qui a proposé cette loi en faveur des IPA, est le grand directeur des structures formant les IPA...étrange non ?...
Et je n'accepte pas d'être responsable d'une consultation que je n'ai pas faite. Donc si c'est pour refaire la consultation en plus sans le patient je ne voit pas où est le gain de temps.
Faire croire à la population qu'une IPA fera aussi bien que le médecin généraliste est honteux
Il s'agit juste d'un exercice illégal de la médecine légalisé... Comment concevoir que 4 mois de cours et 6 mois de stage après 3 ans d'études d'infirmière puissent valoir 10 ans d'études de médecine ??? Et même d'envisager que l'expérience d'infirmière puisse valider le diplôme sans formation ??? C'est clairement une perte de chance pour les patients. C'est consternant...
IPA mal venue dans notre schéma organisationnel et parachutée par le gouvernement sans échange constructif avec les médecins Relation mal engagée
IPA du spécialiste Cardio qui devient « prescripteur d'examen et de cs spécialisée : "merci de bien vouloir organiser un scanner pulmonaire et un rendez-vous pneumo... pour une patiente ... angoissée"
J'ai peur qu'il me prenne mon travail

### Cris du cœur

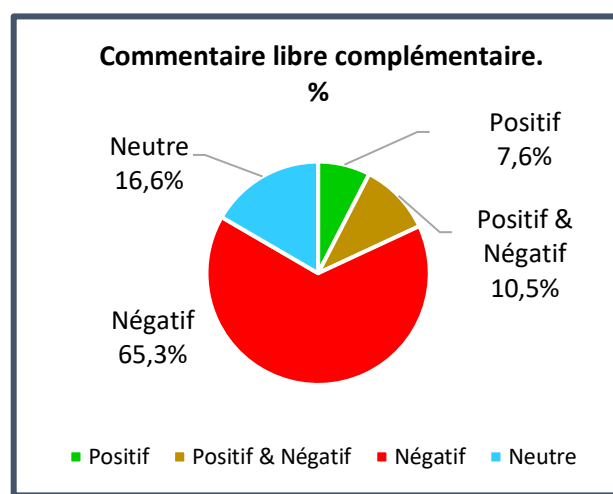
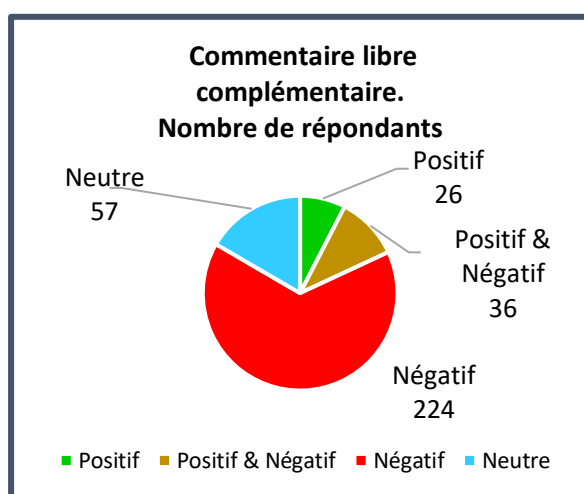
J'aurai l'impression d'employer quelqu'un qui est mieux payé que moi à l'acte pour faire la partie "facile" de mon travail, en étant responsable de lui et d'en devenir dépendant sur l'activité de cabinet... rien ne me fait envie sur cette collaboration !
Je ne collaborerai pas avec une IPA, c'est intéressant pour ophtalmo ou cardio, cs mémoire ou autre, pas en MG. Je rendrai leur dossier aux patients qui seront suivis par IPA. Une ordo IPA sera considérée comme inexistante pour ma part. Les patients devront choisir.
Je ne comprends pas ce que peut m'apporter une IPA dans mon fonctionnement quotidien et je suis de toute façon en colère contre l'incurie de ce gouvernement qui nous fait porter la responsabilité de la pénurie historique de médecins et organise la coercition de toute une profession. Nous sommes les dindons de la farce et les patients commencent à se moquer de nous avec l'augmentation de 1,5 € promise pour Novembre !!!! Insupportable. Les MG vont disparaître et cela va être de pire en pire ! L'attractivité de la Médecine Générale c'est fini ! Les jeunes vont fuir et les anciens déplaquent avant l'heure.
Je ne laisse pas le steward piloter un avion de ligne ! Donc, laissons les pilotes aux commandes pour, ça évite les crashes...
Je ne souhaite pas assurer le "SAV" des actes effectués par les IPA
Je trouve la rémunération des IPA très bien mais je ne comprends pas pourquoi je suis moins bien payée qu'elle ! A titre d'exemple, si elle voit le patient 1 fois par trimestre, elle est payée 210€ et moi 100€. On marche sur la tête. On ne veut toujours pas valoriser le travail du médecin généraliste. On souhaite juste qu'il « voie » plus de patients !
Je pense qu'ils vont faire reculer la médecine. On sait qu'à l'étranger où ils sont mieux formés il y a 20 % d'erreur médical en plus et 80% d'hospitalisation en plus.
Je préférerais qu'un confrère s'installe plutôt que de transférer les actes pour mes propres patients.
je suis généraliste et pas ouvrier spécialisé
Je suis opposé à cette idée. Un moyen de déshabiller les MG. A nous les problèmes à 26,5 euros. Une méconnaissance complète du rôle de MG par les autorités de santé.
je trouve dangereux de donner le suivi de patient fragile à des IPA Ce n'est pas logique d'exiger une année de plus de formation pour la médecine générale et de l'autre côté permettre à des IPA de faire une partie des actes des généralistes
Je veux bien faire mon travail. Les renouvellements par exemple de ttt, j'aime les faire, j'aime aussi voir des gens qui vont bien, j'aime aussi faire de la prévention de tps en tps, ça me fait moins de charge mentale. Je ne vais pas voir pour 25e la consultation que des consultations chronophages et avec des problèmes toute la journée sinon je mets la clé sous la porte et aussi je pète un câble !
L'IPA est un emplâtre sur une jambe de bois Honte sur la dévalorisation du métier
La présence de paramédicaux sont un cache sexe de volonté présidentielle pour punir les vilains MG.
La rémunération supérieure des IPA est honteuse
la réponse est dans la définition assister les médecins pour la prise en charge de patient complexe. Soit le patient est complexe et il ne pourra pas être géré par une infirmière formée à la médecine en 6 mois (cf. référentiel de formation IPA), soit il ne l'est pas et à la limite une IPA est de trop. Une IPA détachée du cabinet de référence c'est la mise en danger selon le profil intellectuel de la personne désignée. Cf certains IPA qui d'ores et déjà s'inventent cardiologues sous prétexte qu'ils ont un ECG dans la voiture.
Le concept d'IPA est donc scandaleux pour toute pratique cela revient à saborder notre métier.
Leur rémunération est hallucinante puisque bien mieux payée qu'un médecin
L'IPA ressemble à une arnaque et un bidouillage administratif pour compenser le manque de médecin et faire croire aux infirmiers qu'ils peuvent être mieux payé en ayant plus de responsabilité
Lors d'une consultation, cet échange et cette évaluation est indispensable au médecin pour connaître et mieux prendre en charge son patient. Sans cela quel est l'intérêt de la médecine générale, autant garder les spécialistes et faire des ordonnances pour 1 an et compter les morts...
Négation absolue delà médecine de famille ; heureusement mes internes résistent mais pour combien de temps ?
Nous verrons bien... en biologie en général, et en médecine en particulier, il y a beaucoup d'excellentes idées sur le papier qui n'ont pas résisté à leur application in vivo, voire ont abouti à des catastrophes...
On "loupe" des épisodes dans la vie du patient, alors rajouter un intervenant de plus... L'IPA est un pis-aller dans les situations de désert médical. Dans notre temps de travail : on est déjà tellement pris par les tâches administratives (prendre un RDV pour les patients) et d'organisation du cabinet (comptabilité...) : je serai davantage partisane d'an salariat des médecins généralistes pour nous libérer du temps !!
On déconstruit un système qui marche en pensant que tout le monde est interchangeable. Non l'assistance dentaire ne peut pas remplacer le dentiste .....

### Cris du cœur

On ne peut pas "saucissonner" le patient pour avoir un suivi en médecine générale. Si la collaboration devient obligatoire, et en plus en distanciel (CTPS) sous notre responsabilité, ou je me déconventionne, ou je ferme mon cabinet et change de métier.
On veut réduire le temps de consultation pour le rentabiliser. Je crains un travail à la chaîne ennuyeux et bien médiocre. Combien de diagnostics sont faits à la 16ème minute, combien de patients se mettent à parler à la 17ème minute
Par expérience je sais que la vision globale et les conseils avisés pour un patient ne sont valables que lorsqu' il est vu physiquement par les professionnels, et non pas discuté « d'un cas » autour d'une table.
Pas d'accord avec le principe d'une IPA qui exerce en free-lance sous ma responsabilité pas d'accord avec le fait qu'il faut être phagocyté par une CPTS, MSP ou autre bêtise pour pouvoir prétendre aux IPA ou assistants médicaux
Pas de réponse possible sans être outrancier
Pas intéressée et je pense que je vais faire valoir mes droits à la retraite vu le manque de reconnaissance de notre travail de MG médecin de famille !!!
Pour info, je suis des étudiants en médecine et certains déjà pensent soit à se réorienter vers la formation IPA (un comble alors qu'ils ont réussi le concours de médecine !) soit ne vont plus s'orienter vers la médecine générale !!
Pour moi faire un renouvellement ça n'existe pas ! C'est du suivi de patient chronique et poly pathologique... je ne souhaite aucunement déléguer ces décisions à un IPA car s'il faut superviser ces décisions, autant les prendre !
Pour moi ce n'est pas vrai, les consultations de renouvellement qui leur seront attribuées ne sont pas toujours les plus chronophages et surtout nous nous retrouverons donc avec un nombre plus important de consultations complexes. Pour 26.50 euros on comprend le malaise actuel et le manque d'attractivité de la médecine générale...
Pour moi il s'agit d'un exercice illégal de la médecine par des personnes non qualifiées pour cela
Principe pourrait être intéressant mais la mise en place proposée pour le médecin généraliste est du foutage de gueule
Projet bloqué tant que l'acte du médecin n'est pas revalorisé à sa juste valeur : personne ne veut travailler plus pour encore moins...
Refus total de participer à cette mascarade.
Renouveler les traitements est assurément LA tâche la plus complexe et nécessitant de maîtriser l'ensemble des compétences médicales, en particulier pour des patients polypathologiques
Retard de diagnostic à venir et futur procès pour exercice illégal de la médecine. On fera aucun cadeau qu'ils le sachent.
Risque de frustration de l'IPA s'il ne participe pas au diagnostic ou au traitement.
Terriblement inutile et facteur de perte de temps médical : encore du temps de discussion qui n'est plus consacré au soin. Sans parler des erreurs ou du retard de diagnostic que ces IPA devront assumer non seulement devant la loi mais en leur âmes et conscience (s'ils en ont une). J'utilise l'expression à dessein car s'ils avaient une conscience, ils se formeraient à travers des études médicales pour ne pas diminuer la qualité des soins prodigués à ceux qu'ils reçoivent. Ils ne pourront ainsi retourner la faute sur les politiques qui les utilisent comme des soldats à envoyer au front sans armements ni logistiques. Mais qui s'en plaindra...sinon les patients lorsque les torts seront effectifs ?
Tout cela en restant responsables à 100% des patients qui sont sous notre responsabilité même si on ne les voit pas
Un chimiste qui fait 3 ans d'étude de chimie et ensuite 2 ans d'étude d'histoire, n'a pas le droit de revendiquer un MASTER d'histoire C'est la même chose ici Donc aucune collaboration possible d'un point de vue IPA, par contre infirmier médecin, il n'y a aucun problème
Un des intérêts de la médecine générale est qu'on est "le spécialiste du patient" et pas d'un organe. C'est en le voyant régulièrement qu'on crée du lien et qu'on apprend à le connaître, qu'on sait mieux adapter les prises en charges à la situation et aux envies du patient que par rapport à un autre spé qui le voit une fois l'année
Un patient c'est une personne dans sa globalité bio medico psycho sociale, peut-on le réduire à son ophtalmologue, son cardiologue, son IPA de cardiologie, son IPA de néphrologie. Une IPA de généraliste devra maîtriser bien plus que les IPA de spécialité, tout comme nous généraliste par rapport aux spécialistes...
Une médecine à deux vitesses se dessine mais je compte préserver mon âme et mes patients.
Volonté politique de redistribution des actes : pour pallier au manque de médecine générale, fordistation et mécanisation du soin par des intermédiaires. Est-ce un moindre mal ? une jambe en bois ? probablement qu'il faut et c'est nécessaire un changement du visage de la médecine générale de ville, une déshumanisation et une perte de la métaphysique du soin est certain avec une technicisation meurtrière de la santé.

## A9.9 - Commentaire libre complémentaire

Commentaire libre complémentaire	Nombre de répondants	%
Positif	26	7,6%
Positif & Négatif	36	10,5%
Négatif	224	65,3%
Neutre	57	16,6%
TOTAL	343	100,0%
Nombre total de répondants	343	



Légende des couleurs du tableau ci-dessous	Positif	Positif & Négatif	Négatif	Neutre
--	---------	-------------------	---------	--------

<b>Commentaire libre complémentaire : autres cris du cœur</b>				
Diminution de la charge de travail pour le médecin et richesse des échanges. Travail en collaboration et intelligence collective. Apport de nouvelles idées comportements connaissances. Mise à plat de nos connaissances, remise en cause de nos habitudes individuelles, notre fonction étant très individualiste auparavant				
Je ne comprends pas l'IPA bashing actuel...				
Je pense que de travailler avec des IPA c'est l'avenir compte tenu de la pénurie de médecins généralistes				
La parole du médecin n'est plus la seule parole en santé il devra. La partager avec le pharmacien l'IPA Nous aurons un rôle de conseiller en santé et le patient au Centre choisira qui il veut écouter et suivre le métier de MG EST UN MÉTIER COMPLEXE ET DIFFICILE le métier est en pleine mutation en pleine Transformation. On ne peut qu'aller vers le changement...				
Les IPA sont nombreux au Canada et les retours sont très positifs Pour côtoyer certain(es) IPA, ce sont des professionnels très investis car ils savent d'où ils viennent et savent qu'ils doivent faire leur preuve au quotidien (car malheureusement très critiqués par une partie du corps médical), ce qui fait d'eux des soignants investis et humbles. Ils écoutent, interrogent, examinent : 3 actes très importants dans une consultation ; collaborant avec une IPA je confirme cette rigueur de soins. Les patients du cabinet sont unanimement satisfaits de cette collaboration que nous avons depuis 2 ans. Car ne pas oublier que c'est le PATIENT qui est au centre du soin.				
Pour retrouver du temps médical, faisons faire à d'autre tout ce qui n'est pas médical ! Pourquoi ne pas concevoir, 2 ou 3 assistant médicaux chacun dans une pièce d'examen ? Perdre son temps à regarder les patients s'habiller et se déshabiller, ça suffit !				
Récemment à la retraite, je travaille une journée dans un centre qui accueille des personnes en ALD sans MT. Il y a une assistante médicale et une IPA libérale Magnifique expérience qui permet aux médecins de se consacrer à ces patients perdus dans leurs polyopathologies, et de les mieux écouter et les soulager				
Aider le MT ok, faire certaines tâches par des non médecins OK PUISQUE NOUS SOMMES EN PÉNURIE mais shunter le MT NON NON ET NON Si tout ce qui se prépare passe et que le rôle du MT c'est de faire des consultations à la chaîne alors moi je dis STOP et je cesse la convention et/ou le libéral !				
Il faut former plus d'IPA et leur fournir de vrais protocoles comme au Canada. Les médecins se croient irremplaçable mais le rôle des IPA et des assistants médicaux n'est pas de faire des diagnostics incroyables mais devrait être de voir tous les trucs simple (cystites, gastro et autres). Si en effet la situation clinique est simple, ils font les prescriptions dictées par le protocole et en cas de situation inhabituelle ou médicalement moins bonne adresser à un médecin.				
Je pense qu'il faudra y passer mais le problème c'est qu'on nivelle vers le bas et qu'on ne nous valorise plus. Alors je ne vais pas me laisser aller dans cette spirale et je pense que je vais me déconventionner				
L'Asalée est dans mon cabinet depuis seulement 4mois et c'est un bénéfice immense pour les patients, un soulagement pour nous de partager des PEC lourde et chronophage avec des outils et une approche différente S'il fallait financer son salaire, ce ne serait pas possible pour nous et nous nous passerions malheureusement de ses services.				
Soutien à l'exercice en équipe indispensable. La nouvelle convention était très bien : elle s'est faite balayée par les ultralibéraux : quel retour en arrière				
Les IPA ont été expérimentées dans d'autres pays, il serait bon de s'appuyer sur les résultats avant de tenter en France comme si c'était la solution				
Les patients accepteront -ils facilement de ne plus voir leur médecin pour le suivi ?				
Mon propos est hors sujet mais la médecine de famille disparaît, je vais déplaquer d'ici 2 ans, je suis installée depuis seulement 5 ans....				
Respecter les compétences du médecin passe aussi par respecter celles des autres professionnels				
Je suis profondément attristé de savoir que lorsque je prendrai ma retraite je serai très mal soigné avec une perte totale de contact humain ; J'espère simplement que mon cerveau continuera à fonctionner pour corriger les erreurs qui seront inévitablement faites.				



<b>Commentaire libre complémentaire : autres cris du cœur</b>
La MG passe à 10 études et sur le terrain le mg devrait courir pour la toux la gastro et pendant ce temps-là l'IPA fait des consultations dédiées sur des pathos bien ciblées tout cela pour faciliter mon travail ????? J'ai 35 ans de pratique j'ai moi envie de faire l'inverse. Que l'IPA cours pour les pathos autohivernal ou les rhinites saisonnières. Je prends du temps pour la dépression le diabète l'infarctus
Asseyez de nous soigner et arrêtez de nous emmerder avec l'administratif
Si le pb c'est l'accès aux soins pourquoi ne pas rembourser les taxis pour aller chez le médecin le plus proche ? Avoir un médecin au pas de la porte est une vision éculée. "Au cas où il arrive quelque chose" vous diront les inquiets. Sauf que "s'il arrive quelque chose" mieux vaut avoir un bon urgentiste hélico dans la cour qu'une IPA mal formée dans le salon. IPA qui au mieux aura prévenu l'hélico...
40% des jeunes MG diplômés ne s'installent pas...que le gouvernement arrête de nous prendre pour de la M et les jeunes s'installeront
A choisir je préfère une bonne bière fraîche IPA !!!
Aujourd'hui je déconseille aux jeunes gens de s'engager en médecine .... Qu'ils deviennent ingénieurs !!!
Avant de vouloir nous remplacer ou nous vendre à la découpe ? qui est le ressenti général
Avec les délégations de tâches, je crains que les seules consultations restant aux médecins soient les consultations complexes souvent difficiles aussi sur le plan psychologique nécessitant beaucoup d'énergie, sans possibilité de se « reposer » après dans une consultation plus simple. Le tout pour 25 euros. Je commence à être psychiquement fatiguée et je ne me reconnais plus dans cette évolution de la pratique. Je partirais en retraite avant 67 ans.
Ce qui fait le plus mal, c'est le conflit d'intérêt chez la politicienne qui porte ce projet. Mme Rist, cette chère députée, est également mariée à monsieur Rist, qui lui, a monté une école de formation des IPA
Cette proposition du gouvernement me hérissé le poil car cela montre bien à quel point ils méconnaissent le métier de médecin généraliste.
De vrais états généraux de la médecine s'imposent depuis longtemps. Trop de conjoncturel, et peu de volonté politique Le système actuel n'est plus viable à moyen terme. Je suis malgré tout optimiste sur sa résilience
Depuis 1968 et le numerus clausus, les ministères sont pleins de conseillers qui pensent qu'avec moins de médecins, il y aura moins de dépenses de santé. Ils ont raison, les gens mourront plus vite de cancers et pathologies cardiovasculaires dépistées trop tard.
En raison de la charge mentale du cabinet et du peu de perspective positive sur l'évolution de notre exercice, (plus d'obligations, plus de patients, rémunérations conditionnelles) mon associée et binôme arrêtera la médecine libérale en septembre prochain au profit d'un exercice salarié en EHPAD
Faudra-t-il dorénavant passer nos soirées à regarder compulsivement les DMP de tous nos patients dont on est le MT (j'en ai plus de 1000 !) au cas où une IPA en accès libre, non sollicitée par nous y posterait un message, et cela sans AUCUNE rémunération, au cas où, dans la mesure où nous serions co-responsables de l'activité menée par l'IPA que nous n'aurions pas sollicitée ? Il y a de quoi devenir fou !
Fuyez la médecine générale libérale.
Il faut pouvoir garder l'amour du métier, être et rester le médecin traitant ou de famille (que l'on devient après un certain nombre d'années) et pas seulement dispensateur de soins.
il semble que l'administration a besoin de personnels formés pendant dix années et d'une très haute compétence, de ce qu'il y a de mieux. Pour la population et les malades, les IPA moins bien formés feront bien l'affaire. ! Il s'agit ici encore d'un profond mépris de nos technocrates à l'égard des français. C'est HONTEUX
il va y avoir des catastrophes sanitaires .
IPA et CPTS sont les bras armés de la destruction massive de mon métier de médecin généraliste LIBERAL
J'ai bien compris que l'on va imposer cette médecine, c'est pourquoi je vais devancer mon départ
J'ai ralenti mon activité, je fais ce qui m'intéresse, la psychologie et la psychiatrie, c'est très riche en ce moment, il y a une grande souffrance générale. Le reste ... Et si on m'emmerde, je m'en vais.
L'essence de notre activité qui consistait à prendre en charge nos patients médicalement, affectivement, psychologiquement est en train de mourir. On nous demande de devenir des techniciens de la médecine somatique et administrative en perdant l'âme de notre fonction. Une page se tourne et la médecine française va perdre son efficacité. Dommage pour les patients qui n'auront plus de référents, dommage pour les généralistes qui ne pourront plus accompagner la vie de tous ces gens...
La mauvaise solution à un vrai problème. Comme d'habitude le gouvernement crée artificiellement et sciemment une pénurie puis amène SA solution et l'impose car dénuée de bon sens

<b>Commentaire libre complémentaire : autres cris du cœur</b>
La médecine générale c'est avant tout un dialogue singulier entre un médecin et un patient. Pourquoi vouloir singer l'hôpital où la multiplicité des intervenants est nécessaire. On va torpiller la médecine générale avant qu'elle soit finie d'écrire ...
La Médecine Générale est un très beau métier qui mérite d'être revalorisé tant professionnellement que pécuniairement afin de combler déficit croissant de médecins français.
La médecine libérale est un art et une passion pour moi. Je ressens toutes les nouvelles mesures comme du mépris
Le gouvernement va arriver à faire la peau des généralistes, de dévoyer ce merveilleux métier, a réussi à dégrader la médecine française, je suis heureuse d'être prêt de la retraite !
Le médecin Généraliste est en train de perdre son âme. En multipliant les intermédiaires il sera difficile de garder une relation profonde et de bonne qualité avec nos patients. C'est une autre façon de travailler et une autre époque qui s'ouvrent devant nous
Le seul problème étant le manque de médecin, la seule solution est d'en former avec sérieux en France, pas de recruter dans le tiers monde ou chez les paramédicaux. Si je manque de pain, je vais à la boulangerie, pas des fonds de placard de mon arrière cuisine.
Les IPA ne sont pas une réponse aux déserts médicaux. Ils vont payer le prix fort en burn-out et procès d'une politique désastreuse qui tressent leurs louanges tant que tout va bien et leur plantera un poignard dans le dos dès que les problèmes surgiront. J'espère que ce jour-là cette thèse ressortira avec mes verbatims malheureusement prophétiques...
L'OCDE en 2017 disait que la crise des systèmes de santé était mondiale mais que c'est en France qu'elle était la plus profonde car la France maltraitait des médecins.... Un exemple de plus. Que de temps perdu.
Mais c'est bien connu, il y a une époque où le corps médical était représenté par des bonnes sœurs, donc nous étions payés grâce à Dieu.....
Ne serait-il pas plus intelligent d'écouter les médecins et surtout les libéraux, pas seulement ceux des grandes villes, mais aussi les médecins de campagne qui savent ce qu'il faut faire et leurs donner la possibilité de la faire avec un revenu décent
Par ailleurs, l'accès direct est accordé aux IPA quand ils sont en MSP ou ESP. Depuis quand le lieu d'installation fait les compétences d'une personne ?
Peupler les déserts d'IPA ça ne fera pas des médecins dans ces déserts et c'est vraiment créer une médecine à deux vitesses des IPA chez les p loucs, des Dr dans les villes ...
Plutôt que de transférer des compétences à tous les paramédicaux qui se présentent, donnez des moyens et du temps aux médecins pour continuer à faire ce qu'ils ont toujours bien su faire !
Pour ma part je ne serai quasi pas concerné, je prendrai ma retraite au début de la future convention et tenterai un exercice libéral « non conventionné » durant 3 ou 4 ans. Je déconseille désormais à qui veut l'entendre d'investir 10 ans de sa vie dans l'obtention d'un diplôme qui sera fractionné .... Au profit des paramédicaux !!!
Pour ma part je vais quitter la médecine générale dans 3 mois et je pense que le manque d'exercice coordonnée est un des facteurs qui s'est ajouté au manque de considération de nos élus et institution pour les soins primaires
Pour suivre un protocole il n'y a pas besoin de 10 ans d'étude, pour être patron non plus, ou alors ce sera sans moi et je chercherai du sens à mon travail ailleurs !
Qui a diminué le nombre de médecin ? Les mêmes pour faire du fric avec la création de site, de téléconsultation de centre tenu par actionnaires. La même chose a eu lieu pour les laboratoires d'analyses avec aujourd'hui deux groupes d'actionnaires.
<b>STOP AU MÉDECIN BASHING !!!!! merci</b>
Tout patient suivi par IPA sera exclu de mon cabinet
Un médecin doit préserver sa santé et le déroulé et le motif des consultations est très important. Nous sommes aussi humains et l'alternance de consultations complexes et d'autres qui le sont moins est nécessaire et indispensable à notre équilibre.
Voir un patient pour une HTA, un diabète, une BPCO ce n'est pas de la médecine, c'est un suivi de pathologie ! c'est résumer la consultation à un problème.

**A10 – INTEGRALITE DES REPONSES AU QUESTIONNAIRE**

Compte-tenu de l'ampleur de cette annexe, nous avons choisi de rendre ces résultats disponibles sous format numérique au lien suivant :

[http://www.apima.org/img\\_bronner/these\\_APerrin\\_annexeA10\\_questionnaire.pdf](http://www.apima.org/img_bronner/these_APerrin_annexeA10_questionnaire.pdf)

# DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : ..... PERRIN ..... Prénom : ..... Alix .....

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

**A écrire à la main :** « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

*J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète.*

Signature originale : Alix

À Strasbourg, le 30/11/2023

**Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.**

**RÉSUMÉ :**

Introduction : En France, l'organisation des soins primaires est en pleine mutation avec l'arrivée des infirmiers Asalée depuis 2006, des assistants médicaux depuis 2019, puis enfin des premiers infirmiers en pratique avancée sur le terrain depuis 2020. L'objectif principal de la thèse était de recueillir l'avis de médecins généralistes ayant travaillé et n'ayant pas travaillé avec ces trois professions, puis de rechercher d'éventuels freins à l'initiation de collaborations.

Matériel et méthodes : Nous avons procédé à une analyse qualitative sous forme d'entretiens puis à une analyse quantitative à l'aide d'un questionnaire. Au total, onze entretiens semi-dirigés ont été menés avec quatre médecins généralistes, trois infirmiers en pratique avancée, deux assistantes médicales et deux infirmiers Asalée. Le questionnaire a ensuite été adressé aux médecins généralistes français et a étudié différentes modalités d'exercice par des questions fermées ainsi que l'opinion des médecins en leur laissant la possibilité de rédiger des commentaires libres.

Résultats : Les avis recueillis par entretiens étaient tous positifs. Les points négatifs retrouvés ne remettaient pas la collaboration en question mais concernaient le manque de moyens pour améliorer les conditions de travail du collaborateur (locaux et salaire) pour les médecins.

Nous avons eu 1032 répondants au questionnaire avec 98,3% de satisfaction pour 178 médecins travaillant avec un assistant médical, 97,3% de satisfaction pour 293 médecins travaillant avec un infirmier Asalée et 91,4% de satisfaction pour 71 médecins travaillant avec un infirmier en pratique avancée. En ce qui concerne le dispositif infirmier en pratique avancée, parmi les 995 médecins ayant exprimé leur opinion, 10,6% avaient un avis exclusivement positif, 44,6% un avis exclusivement négatif et 25,6% un avis mixte. Les principaux freins concernant la collaboration entre médecins et infirmiers en pratique avancée libéraux étaient la peur d'une médecine de mauvaise qualité pour le patient, la peur d'une concurrence déloyale, puis en dernier lieu les contraintes administratives.

Conclusion : Le constat majeur de notre travail est la discordance des avis des médecins entre ceux qui ont une simple opinion et ceux qui ont une expérience : en effet, les médecins qui ont l'habitude de collaborer avec assistant médical, infirmier Asalée ou IPA sont globalement satisfaits de cette collaboration tandis que ceux qui ne collaborent pas, en particulier avec les IPA, sont fortement réticents à ces formes de délégation en soins primaires. On retiendra par ailleurs que la majorité des médecins n'ayant pas de personnel explique l'absence d'initiation d'une première collaboration par le manque de moyens pour le financement du collaborateur lui-même et/ou le financement d'un local professionnel adapté.

**Rubrique de classement** : Médecine générale

**Mots-clés** : assistant médical, infirmier Asalée, infirmier en pratique avancée, médecin généraliste, comportement coopératif, soins de santé primaires

**Président** : Professeur Emmanuel ANDRES (PU-PH)

**Assesseurs** : Docteur Claude BRONNER, Docteur Fabien ROUGERIE (PA-MG), Docteur Quitterie ROQUEBERT (MCF)

**Adresse de l'auteur** : 5 rue de la Scierie, 67100 STRASBOURG