

JEUNE MG

Le Bulletin des Jeunes Médecins Généralistes

Snjmg

N°32
Février 2022

ASSISTANTS ET DÉSERTS MÉDICAUX



JEUNES DIPLÔMÉS : SI LA RÉUSSITE EST UNE QUESTION D'ASSURANCE, SAISISSEZ NOS OFFRES

- 1** -25% sur vos contrats de prévoyance et de complémentaire santé pendant 2 ans pour votre 1^{re} activité libérale
- 2** Chef de clinique : votre **Responsabilité Civile Professionnelle et Protection Juridique privée et professionnelle à 20 €* par an.**
- 3** **Remplaçant, collaborateur, installé,** pour partir du bon pied, suivez le guide sur le site lamedicale.fr
- 4** Un **rendez-vous conseil** pour bien démarrer votre activité professionnelle
- 5** Votre Agent Général La Médicale est **toujours proche de vous**

Contactez vite votre Agent Général

 **0 969 32 4000** Service gratuit + prix appel

APPEL NON SURTAXE

*Tarif exclusif réservé aux adhérents jeunesmedecins.fr. 40 € par an pour les clients non-adhérents.

La Médicale de France : Entreprise régie par le Code des assurances - Société anonyme d'assurances au capital de 2 783 532 euros entièrement libéré - Siège social : 50-56, rue de la Procession 75015 Paris, 582 068 696 RCS Paris - Adresse de correspondance : 3, rue Saint-Vincent-de-Paul 75499 Paris Cedex 10. Les contrats d'assurance sont assurés par La Médicale de France et commercialisés par les Agents Généraux de La Médicale.

Document à caractère publicitaire simplifié et non contractuel achevé de rédiger en février 2019. APJD 4956

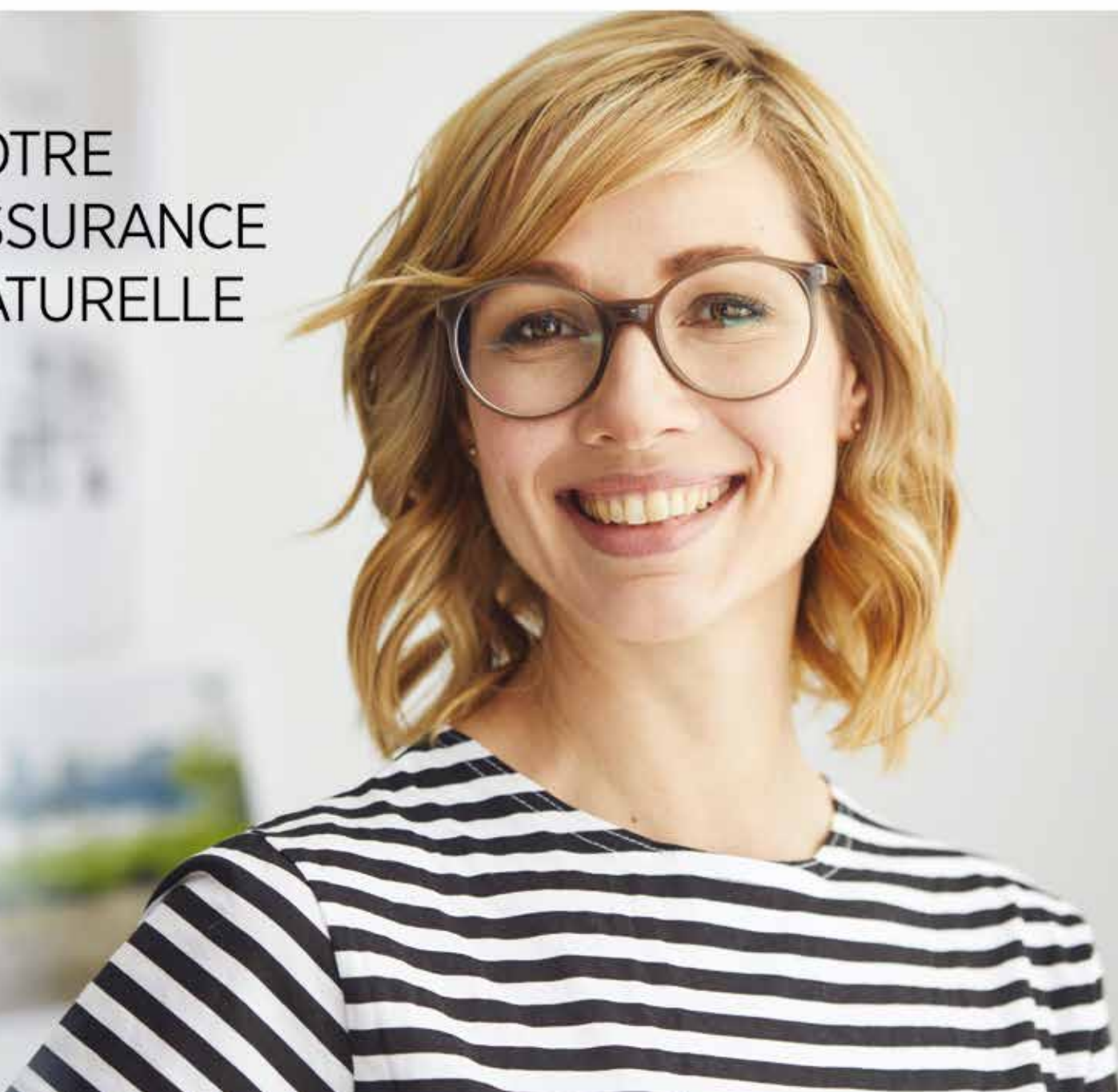


lamedicale.fr

La médicale

assure les professionnels de santé

VOTRE ASSURANCE NATURELLE



SOMMAIRE

ÉDITORIAL

P. 04

ACTUALITÉS

P. 05

Les médecins à l'épreuve des déserts médicaux, ou l'inéluctable innovation de l'installation à l'entour d'un projet local de santé P. 05

Évaluation et perceptions des médecins généralistes en formation utilisant le Dictionnaire des Résultats de Consultation de la SFMG P. 13

Assistant médical en France :
L'opinion des médecins généralistes et internes de médecine générale sur la délégation de tâches
Les freins concernant son intégration au système de santé P. 20

Sexologie : Une spécialité méconnue ?
Enquête auprès des professionnels de santé sur leur connaissance de cette discipline et ses acteurs P. 35

ANNONCES DE RECRUTEMENT

P. 50

JEUNEMG | N°32

Février
2022





10 mesures en vue de l'élection présidentielle

La campagne présidentielle débute, et depuis le début de la crise sanitaire de nombreuses questions autour de l'organisation des soins, de la qualité de vie et de travail des soignant-es et des malades ont été soulevées.

Le SNJMG propose 10 axes pour améliorer le système de santé français, dans l'objectif global de remettre l'acte de soin au service des malades :

Pour les soignant-es

Nous souhaitons la **fin de la politique d'austérité** menée à l'hôpital et la réinjection de fonds publics pour améliorer son fonctionnement ainsi que les conditions de travail des soignant-es. Nous proposons l'abolition de la tarification à l'acte et la reprise de la dette des hôpitaux par l'État, la revalorisation salariale des professions paramédicales. Nous proposons de

limiter le temps de travail à 12h consécutives y compris lors des gardes.

Nous souhaitons la **création d'un corps de médecins "de ville" fonctionnaires** d'État dont les postes seraient accessibles sur concours pour un lieu d'exercice donné à l'image de ce qui existe actuellement pour les enseignant-es.

Pour les étudiant-es :

Nous souhaitons quelques mesures simples pour entamer l'urgente **réduction des risques psycho-sociaux des étudiant-es en médecine**. Nous proposons en premier lieu le décompte du temps de travail réel des internes, devant être en accord avec le temps légal, première étape vers l'amélioration de leurs conditions de travail. Nous souhaitons le retrait immédiat de l'agrément du stage en cas de harcèlement. Nous proposons aussi l'indexation de la paie des étudiant-es de second cycle sur celle des autres stagiaires des institutions publiques, comme mesure de soutien contre la précarité étudiante. Pour le premier cycle, nous réclamons l'abolition du numerus clausus et la création de la licence santé tant attendue.

Pour les malades/handicapé-es

Nous proposons d'**investir dans l'accessibilité aux soins**, par la gratuité totale des soins urgents, l'obligation d'accessibilité PMR des lieux de soins, l'élargissement des actes et consultations pris en charge dans le cadre de l'AME, le développement de services d'interprétariat à l'hôpital et par téléphone pour les praticien-nes en ville, le conventionnement et le remboursement des consultations paramédicales. Nous proposons aussi d'interdire le dépassement des honoraires médicaux.

Nous proposons aussi d'**améliorer les conditions de vie des malades chroniques et handicapé-es**, par la désindexation de l'AAH des revenus du conjoint, et l'augmentation du minimum de toutes les allocations et pensions (AAH et invalidité notamment) à 100 % du SMIC. Nous proposons l'exonération complète pour les patient-es en ALD31, et la suppression du délai de carence lors des arrêts maladie.

Nous proposons de faire de la **lutte contre les discriminations en santé** une mesure phare du quinquennat, par l'intégration de ces thématiques dans les cursus de formation et la proposition aux professionnel-les en activité de se former gratuitement. Cette mesure passerait notamment par des interventions de patient-es.

Nous proposons aussi l'**abandon des mesures de contention et d'isolement en psychiatrie**, ainsi que la suspension voire l'interdiction d'exercer des médecins reconnus coupables de violences auprès des patient-es.

Pour l'industrie et la recherche médicale

Nous souhaitons que le secteur public **réinvestisse l'industrie pharmaceutique**, par la création d'une filière française de production des médicaments courants à demande stable, l'indexation du prix des médicaments sur leur coût et non la gravité des maladies qu'ils soignent. Nous souhaitons que **l'État finance mieux la recherche médicale** et assure la recherche sur les maladies rares, qui restent peu rentables pour le secteur privé.

Les logiques de rentabilité ont dégradé la qualité des soins des malades et mis en péril la santé des soignant-es, notre syndicat représente malades et personnels de santé dans la lutte conjointe pour un système de soin fonctionnel, équitable et accessible à tous-tes au sein d'une société permettant à tous-tes de vivre et non plus survivre.

Organigramme du
SNJMG

Président : Benoît BLAES

Trésorière : Sayaka OGUCHI

Secrétaire : Océane GAIGÉOT

Chargé de missions Internet et Outils numériques : David AZERAD

Chargé de missions Réseaux sociaux et Communiqués de presse :

Pierre MARTIN

Chargé de mission en santé mentale : Florian PORTA BONETE

Chargé de missions remplaçants : Thomas LE BERRE

Chargé de mission Réseaux sociaux et Communication : Julien ARON

Chargé de missions Privé de thèses : Arnaud DELOIRE

Chargé de missions Partenariats : Procope PANAGOULIAS

Indépendance professionnelle : Emmanuelle LEBHAR

Formations Thèses : Aurélie TOMEZZOLI

Secrétaire administrative et commerciale : Frédérique JACQUART

Informaticien : Johann DAI

N°ISSN : 1243-3403

N° de commission paritaire : 74148

Régie publicitaire :

Reseauprosante.fr

14, rue Commines | 75003 Paris | M. TABTAB Kamel, Directeur

Tél : 01 53 09 90 05 | contact@reseuprosante.fr | reseuprosante.fr

Imprimé à 2100 exemplaires. Maquette et impression en UE. Toute reproduction, même partielle, est soumise à l'autorisation de l'éditeur et de la régie publicitaire.

Les annonceurs sont seuls responsables du contenu de leur annonce.

➔ Les médecins à l'épreuve des déserts médicaux, ou l'inéluctable innovation de l'installation à l'entour d'un projet local de santé

Sujet majeur d'inquiétudes pour les pouvoirs publics comme les médecins et leurs patients, le phénomène fort médiatisé des « déserts médicaux » ne cesse de prendre de l'ampleur dans le débat public.

Bien que souffrant d'un problème de définition objective, l'expression « déserts médicaux » devrait se substituer à celle de zones sous-médicalisées, dont le contour a été précisément défini. Afin de parvenir à une évaluation précise de ce phénomène, un indicateur de mesure [*uniquement basé sur la densité territoriale des médecins généralistes*] a été établi par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes) en 2012. Cet indicateur est l'accessibilité potentielle localisée (1) (APL). En substance, lorsque l'APL est **inférieur ou égal à 2,5 consultations par an par habitant**, la zone est dite sous-dense. La cartographie nationale érigée fonction de cet APL [*i.e. zonage ARS des zones sous-médicalisées*] démontre que les zones sous-denses (2) sont autant urbaines que rurales, ce qui est inattendu.

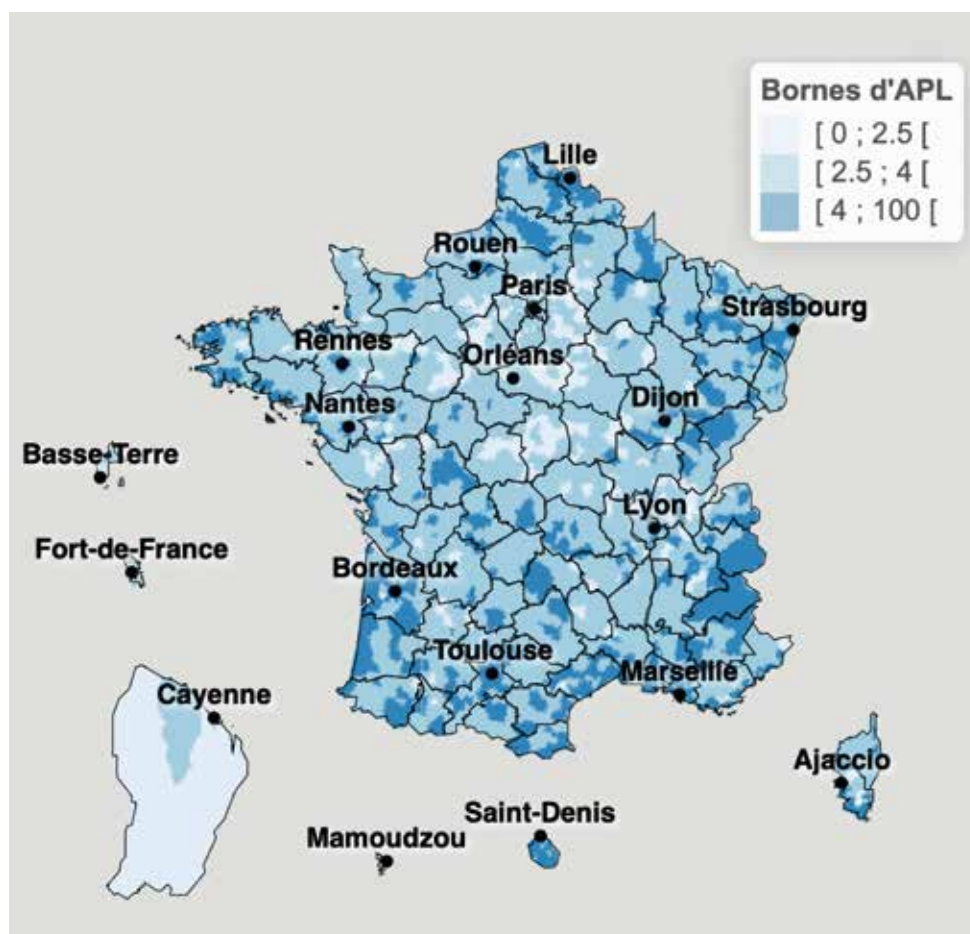


Figure 1. Cartographie nationale des zones sous-denses en médecins généralistes, nouvelle méthodologie des ARS (2019)

Visualisation d'un phénomène aux deux visages

Actuellement, ce phénomène concerne une commune sur trois puisque 8 % (3) de la population a une accessibilité aux médecins inférieure au seuil défini des 2,5 consultations par an par habitant [l'APL calculée à l'échelle nationale est de 4,11 consultations]. Au total, la DREES estime que « le quart des habitants les mieux dotés ont une accessibilité 1,5 fois meilleure que le quart des habitants les moins bien dotés (4) ». La désertification médicale est un indicateur essentiel aux pouvoirs publics afin de comprendre quelle est l'ampleur de la fracture sanitaire au niveau national mais ce n'est pas le seul.

Les inégalités territoriales constatées en matière de répartition des médecins libéraux tendent à se creuser d'un département à l'autre : les écarts de densité entre départements varient en moyenne de 1 à 3 pour les médecins généralistes. L'accès aux spécialistes est plus disparate, puisqu'existe un rapport de 1 à 24 selon les spécialités. Mais c'est à l'échelle infra-départementale que les inégalités s'accroissent réellement, c'est-à-dire

entre différents bassins de vie (5). Ainsi, dans une même ville, il existe des quartiers où la densité de médecins est très forte pour un besoin de santé suffisamment couvert et d'autres où c'est l'inverse.

En somme, les « déserts médicaux » s'incarnent à la fois dans un processus de dégradation, parfois de rupture - Plus de 7 français sur 10 auraient renoncé au moins une fois à se soigner (6), à l'origine d'un « renoncement barrière » - mais aussi du creusement d'inégalités territoriales dans l'accès aux soins.

Cette dichotomie entre zones sur et sous-médicalisées pousse les pouvoirs publics depuis plus de dix ans à proposer des mesures incitatives - aujourd'hui plus contraignantes et directives - afin d'homogénéiser l'offre de soins sur le territoire national. Pour ainsi dire, ces derniers cherchent à **redimensionner l'offre en l'alignant sur la demande** au moyen d'un continuum de réformes.

Coercition à l'installation, l'ultime réforme ?

Les réformes du système de santé couplées à un rythme effréné d'adoption de nouvelles « lois santé » et de publication de rapports sont fragmentés en quatre principaux objectifs, souvent discordants, qui constituent la **quadrature du cercle des réformes des systèmes de santé** : assurer la viabilité financière des systèmes et l'égalité d'accès aux soins, la qualité de ceux-ci et enfin la liberté et le confort des patients et des praticiens.

A chaque réforme, chaque nouvelle loi, s'opère un arbitrage entre ces objectifs sociaux, sanitaires, économiques et politiques. S'il n'est sans doute pas possible d'élaborer une réforme durable prenant en compte toutes ces dimensions à la fois, il importe tout de même de poser les problématiques impérieuses du moment et d'y apporter un panel de solutions acceptable.

A l'occasion de l'épidémie de Covid-19, **l'égalité d'accès aux soins s'est réaffirmée comme étant le nœud gordien des réformes de santé** à venir.

Depuis la dernière loi Ma santé 2022 du 24 juillet 2019 (7), et son ambition pour redonner au droit à la santé sa valeur constitutionnelle (8) par des solutions structurelles, plusieurs rapports et propositions législatives ont vu le jour. Pour n'en citer que cinq principaux, nous pourrions évoquer :

- La publication d'une note (9) de la direction du Trésor du ministère des Finances qui préconisait la limitation temporaire de la liberté d'installation des médecins afin de lutter contre les « déserts médicaux », considérant que la coercition à l'installation serait la seule solution pour garantir un égal accès aux soins ;
- La diffusion d'un rapport d'information du Sénat (10) qui réaffirme la nécessité d'avancer sur la voie d'une régulation des installations des médecins, « le principe de liberté d'installation est insuffisamment mis en regard du principe d'égal accès aux soins et de la notion d'intérêt général » d'après ledit rapport ;
- Une proposition de loi (11) (PPL) pour la mise en place entre autres d'un numerus clausus à l'installation des médecins généralistes ;

- Une autre PPL (12) envisage une réaffirmation de l'intérêt du Contrat d'engagement et de service public (CESP), du conventionnement sélectif en zones sur-denses et de l'élargissement des prérogatives des hôpitaux de proximité ;
- L'une des dernières PPL (13) de cette année 2021, déposée le 30 novembre 2021 à l'Assemblée Nationale, vise à instaurer un conventionnement sélectif des médecins, le principe de « service médical rendu » - avec un exercice obligatoire de trois années en zones sous-denses - mais aussi un zonage annuel de ces mêmes zones. Résolument, cette PPL est un condensé de mesures déjà proposées par le passé.

Comment devra composer le médecin de demain ?

Par nature, l'installation du médecin est libre. Cette liberté est rappelée dans l'article L162-2 du code de la Sécurité sociale qui dispose que *« dans l'intérêt des assurés sociaux et de la santé publique, le respect de la liberté d'exercice et de l'indépendance professionnelle et morale des médecins est assuré conformément aux principes déontologiques fondamentaux »*.

La remise en cause de ce fondement déontologique et juridique revêt de nombreux risques et ne saurait être une réponse durable à la problématique des « déserts médicaux ». Néanmoins, l'accès équitable aux soins est un droit fondamental, ce qui rend la **réorganisation du maillage médical français inévitable**.

Au sentiment de détresse des médecins face à l'urgence sanitaire des « déserts médicaux » s'ajoute donc la crainte d'une **mesure coercitive contraignante**, qui remettrait en question le **paradigme idéal de leur installation libérale**.

Devant la nécessité de tendre vers un modèle de santé où professionnels et patients verraient leurs attentes satisfaites, la question du

L'accélération récente dans la publication de notes parlementaires et de propositions de lois visant à réguler l'installation des médecins démontre une volonté des pouvoirs publics d'apporter une **réponse imminente** au phénomène des « déserts médicaux ».

Fort de ce constat, il est évident que nos institutions - considérant que le principe de liberté d'installation ne saurait être opposé à l'impérieuse nécessité de répondre aux besoins de santé - souhaitent **enjoindre** les médecins à abandonner, du moins pour un temps, leur indépendance et leur liberté d'exercice. Il n'en demeure pas moins que le principe coercitif, même temporaire et quelle que soit sa forme, verrait **l'exercice de la médecine profondément modifié**.

comment concilier « déserts médicaux » et aspirations des médecins se pose.

M'étant fixé l'objectif de répondre à cette épineuse question, j'ai mené deux années de recherche, dans le cadre de ma préparation au diplôme d'Etat d'Expert-comptable (14), et qui ont abouti à la **proposition d'une mission de conseil à destination des médecins s'installant**. Cette mission a pour objectif de transformer l'installation du médecin en un projet entrepreneurial qui prendrait en compte une multitude de facteurs économiques, juridiques et psychosociologiques.

Sans être une réponse idoine aux « déserts médicaux », cette mission se veut être une alternative - **avec effet immédiat** - aux propositions parlementaires actuelles, dans la logique d'un consensus collectif.

Afin de parvenir à la construction d'un accompagnement sur-mesure, j'ai réalisé une étude prospective de terrain pour comprendre comment les jeunes médecins perçoivent le phénomène et comment ils appréhendent l'exercice de leur métier (15).

Finalement, je me suis rendue compte qu'un médecin souhaitant s'installer demain devra composer avec deux paramètres fondamentaux.

Et si mon futur lieu d'exercice se trouvait finalement à cinq minutes de moi ?

Le premier paramètre à prendre en compte est le choix du lieu d'implantation du cabinet médical.

Quelle que soit la spécialité d'exercice du médecin, la question de son implantation géographique s'impose. Celle-ci dépendra de facteurs personnels, mais aussi institutionnels,

eu égard de la nécessité de s'implanter dans des territoires où le besoin de santé est supérieur à l'offre.

In globo, les jeunes médecins ressentent le besoin de s'installer dans des bassins de vie attractifs. Une étude menée par l'Ordre national des médecins (16) met en lumière le fait que l'installation est étroitement liée à une dimension territoriale. En effet, 62 % des internes sondés considèrent que la proximité aux services publics est importante, et 81 % d'entre eux ont besoin de liens avec d'autres professionnels de santé.

Mon étude terrain a confirmé ces deux tendances.

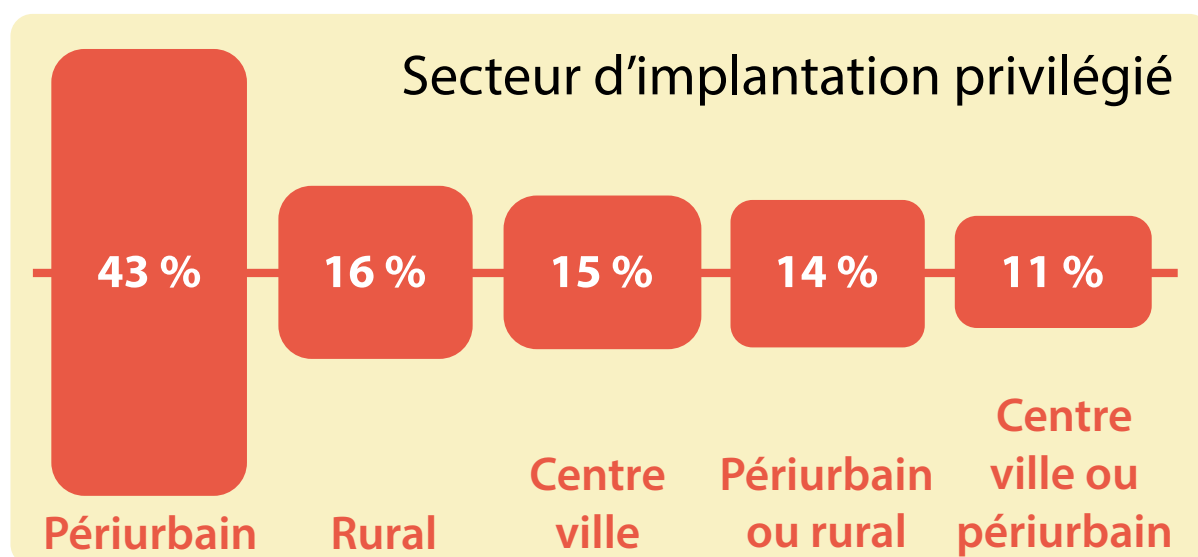


Figure 2. Présentation des secteurs d'implantation privilégiés par les jeunes médecins (2020)

Pourtant, quand 55 % des sondés ont pensé à s'installer en zones sous-médicalisées, 83 % savent que certains quartiers urbains sont des « déserts médicaux ».

Par ailleurs, quel que soit le lieu d'implantation envisagé, 56 % des jeunes médecins souhaitent absolument exercer en groupe, ce qui confirme la nécessaire création de structures d'exercice commun.

Ces premières données démontrent que même si les jeunes médecins ont la volonté de diminuer les effets des « déserts médicaux », ils ne souhaitent ni être seuls praticiens d'un territoire ni dégrader leur qualité de vie.

Si par la suite les effets de la suppression du numerus clausus se feront ressentir à la fin de la décennie actuelle, la tendance démogra-

phique de la profession devrait mécaniquement s'accroître. A horizon 2050 (17), les effectifs de médecins généralistes augmenteront de 35 % contre 39 % pour les autres spécialistes.

En admettant que tous ces praticiens s'installent dans des zones urbaines déjà bien pourvues en offre de soins, est-ce que leur qualité de vie sera assurée ?

La recherche d'une meilleure répartition des médecins devant s'opérer dès aujourd'hui, il est primordial pour chaque entrepreneur d'étudier le territoire-cible d'implantation et de le confronter à ses besoins mais aussi à ceux de la population.

Très souvent, s'installer à quelques quartiers du lieu d'implantation initialement envisagé assure la réussite globale de l'installation.

Mais pour y parvenir, il faut adopter une **vision stratégique de long terme** et être en mesure d'analyser **une pluralité de données**, ce qui nécessite l'accompagnement d'un expert.

L'importance d'incuber son projet d'installation

Alors même que chaque choix d'installation conditionne les modalités de l'exercice libéral sur le long terme, toute erreur ou omission peut être dommageable.

D'ailleurs, 97 % des jeunes médecins que j'ai sondés estiment manquer de connaissances pour leur permettre de concevoir sereinement leur projet personnel d'installation. Cette situation est génératrice de nombreux besoins mais aussi freins à l'installation qu'il est nécessaire de lever. La **maîtrise des aspects juridiques, financiers et fiscaux** constitue notre **second paramètre**.

Si je ne devais retenir que les grandes phases de décisions à prendre à chaque étape du projet d'installation, cela concernerait :

- ⊗ La structure juridique d'exercice et le mode d'exercice ;
- ⊗ L'exercice via une société en vue d'un arbitrage rémunération / dividendes ;
- ⊗ L'exercice en groupe avec vs sans partage d'honoraires ;
- ⊗ Le budget d'installation et le prévisionnel financier. Les dépenses d'installation sont conséquentes au début, il convient de les lister et de vérifier la faisabilité globale du projet au moyen d'un business plan ;
- ⊗ Les modes de financement envisagés ;
- ⊗ L'achat ou la location du cabinet médical ;
- ⊗ Le profil fiscal du médecin compte tenu de la composition de son foyer fiscal, de l'existence de revenus annexes et de son patrimoine ;
- ⊗ L'optimisation du revenu net disponible par différentes simulations ;
- ⊗ Le type de secteur (conventionnement ou hors) et son impact attendu sur la rémunération nette & les cotisations sociales ;
- ⊗ L'opportunité de rémunérations complémentaires via des vacations au sein d'une SISA ou toute prise de participation dans des structures d'exercice coordonné (e.g. MSP, CPTS).

Au regard de toutes ces étapes et prises de décisions successives, d'innombrables scénarii d'installation existent, ce qui rend la modélisation du projet d'autant plus complexe. Cette réalité **créé des besoins** chez les médecins s'installant.



Figure 3. Scoring des besoins des médecins s'installant : quels conseils attendus ? (2020)

L'expert-comptable, coutumier des missions d'accompagnement dans la création d'entreprise, est en mesure **de matérialiser votre élan entrepreneurial** et de casser le décalage entre « intentions et réalité ». Il saura répondre en tous points **aux interrogations liées à ce second paramètre**.

Je suis néanmoins convaincue que **la réussite d'une installation libérale réside dans la complémentarité des deux paramètres** que nous venons d'aborder (implantation & installation).

D'un territoire à l'autre, la vie professionnelle et le modèle d'exercice d'un médecin ne peuvent pas être les mêmes car ils dépendent de nombreux caractères, qu'ils soient économiques, juridiques ou psychosociaux.

Face à cette réalité, j'ai développé une mission de conseil **sur-mesure** et **inédite** pour les professionnels de santé. Mon leitmotiv est de synthétiser les centaines de données récoltées en différents scénarii d'implantation et d'installation et de vous accompagner dans la prise de décision de ceux qui vous conviendront le mieux.

Votre stratégie doit s'adapter au monde mouvant dans lequel vous évoluerez, et c'est bien ce à quoi répond cette nouvelle approche.

La data au service du médecin

Concrètement, vous l'aurez compris, il s'agit de **conjuguer les caractéristiques et les potentiels des territoires** avec vos propres **aspirations et besoins** mais aussi le large spectre d'**outils financiers et juridiques** existants :

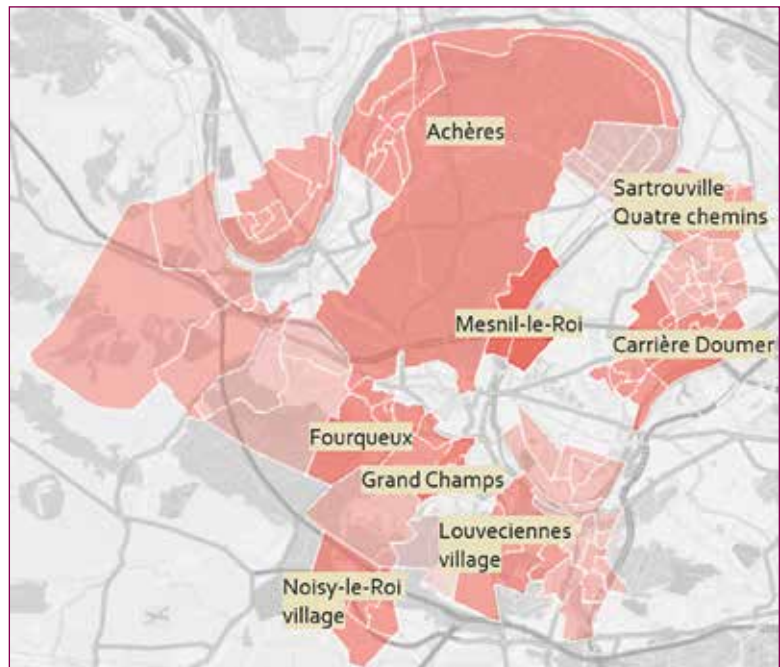
- Pour les **potentiels territoriaux**, il convient d'analyser une *cinquantaine de types de données territoriales* (allant de la structure des populations et des ménages jusqu'aux dynamismes des territoires, en passant par l'implantation de l'ensemble des commerces de proximité et des professionnels de santé) ;
- Concernant le **modèle d'activité**, j'ai pris en compte l'ensemble des montages financiers et juridiques envisageables. Ceux-ci ont été implémentés dans un outil de simulation (près de cinquante combinaisons différentes). La trésorerie nette de votre activité, vos charges sociales, votre rémunération annuelle nette et votre profil fiscal personnel sont notamment évalués ;
- Enfin, afin de vous proposer une approche et des solutions réellement **sur-mesure**, je mène un *entretien motivationnel* qui recense toutes les spécificités de vos besoins et aspirations personnels.

Cette analyse, basée sur plus d'une centaine de critères, peut paraître herculéenne, pourtant, avec une démarche **structurée et une connaissance aiguë** de chacun des critères de votre projet entrepreneurial, c'est tout à fait possible.

Pour ce faire, notre *première action* est d'identifier, dans le territoire ciblé par le médecin, les meilleurs quartiers en termes de :

- Qualité de vie ;
- Proximité avec les équipements essentiels pour le praticien en fonction de ses attentes personnelles (e.g. crèches, écoles, commerces, salles de sport, centres culturels) ;
- Besoin médical local : plus le besoin est important, plus il sera aisé pour le médecin de se constituer rapidement une patientèle. Ce besoin médical est bien entendu précisé en fonction de la typologie des populations (par exemple, la forte présence de jeunes ou l'existence d'écoles seront un atout notable pour l'implantation d'un pédiatre).

Pour illustrer mon propos, voici un exemple de cartographie qui permet d'identifier les meilleures zones d'implantation en fonction de critères spécifiques :



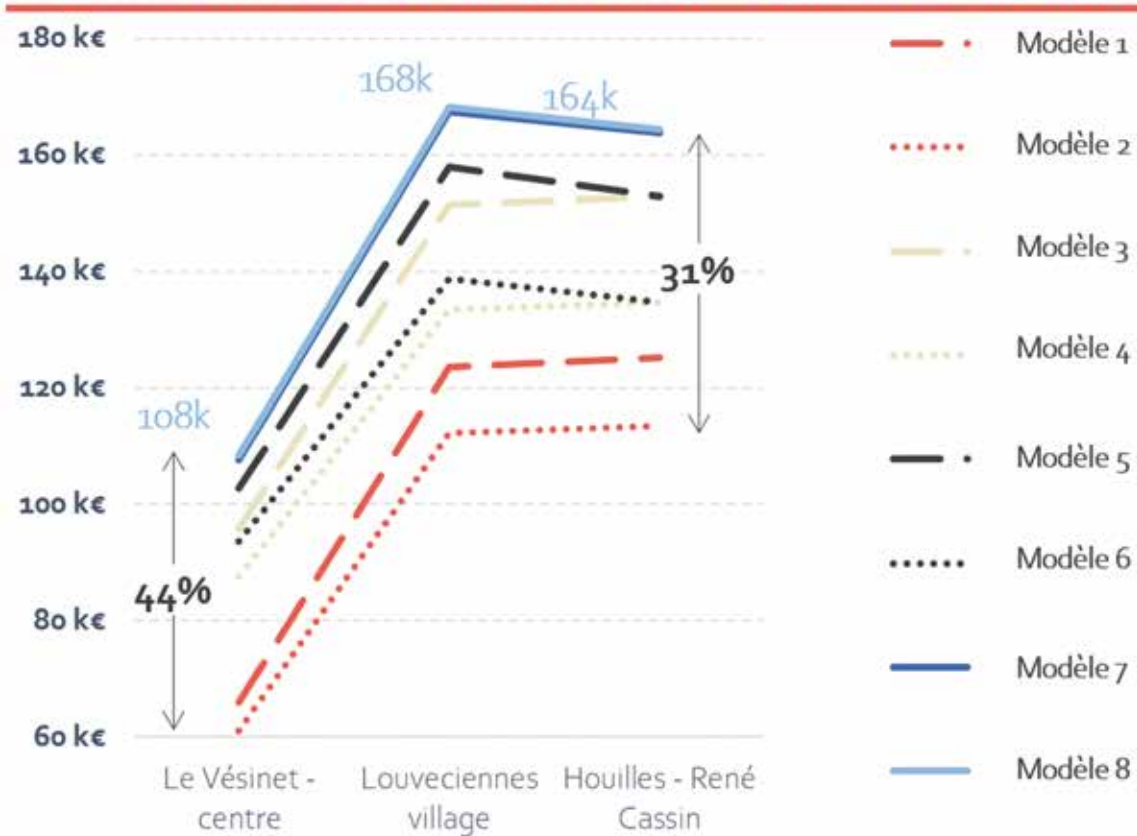
Cette cartographie présente les quartiers qui correspondent le mieux au projet d'implantation d'un praticien, d'un point de vue du besoin médical local et de critères propres au médecin.

Devant la multitude de zones à potentiel identifiées, et fonction des différents critères possibles, nous en présélectionnons avec le médecin entre 2 et 5. *L'action suivante* consiste à déterminer pour chacun d'eux le **modèle financier et juridique idéal**.

J'intègre alors dans mon outil de simulation les spécificités liées à chaque quartier ainsi que le niveau d'activité prévisionnel qu'ils génèreraient. Pour chaque scénario, l'outil modélise les impacts de toutes les combinaisons financières et juridiques envisageables [*dont le listing est présenté au gré du second paramètre dans la section précédente*], que vous ayez décidé de vous installer à titre individuel ou en groupe (avec ou sans partage d'honoraires). C'est ainsi qu'il est finalement possible **de choisir le meilleur couple implantation/installation pour votre projet professionnel**.

En seconde illustration, voici l'un des graphiques générés par mon outil qui permet de visualiser la rémunération nette d'un praticien en fonction de son lieu d'implantation et de son modèle juridique d'exercice :

Comparaison de l'impact croisé des scénarii d'implantation et d'installation sur la rémunération* d'un médecin généraliste



*Estimation des revenus nets disponibles cumulés sur 3 ans

Comme en témoigne ce graphique, il y a un écart de 1 à 2,8 en fonction du lieu et du modèle d'exercice choisi. Cette réalité s'explique par l'hétérogénéité des territoires mais aussi de l'impact financier réel de chaque composante juridique et fiscale du projet d'installation.

La mise en lumière de ces différences démontre à quel point **il est essentiel de bien penser l'installation** : des décisions éclairées prises en amont du projet peuvent **métamorphoser** la qualité de vie du médecin, tout en participant à la **réduction** des « déserts médicaux ».

Réfléchir au problème de densité médicale impose de **faire preuve d'ingéniosité**, d'autant plus si l'on s'impose de satisfaire les attentes de parties prenantes hétéroclites.

Mon ambition, en tant qu'Expert-comptable, est de vous apporter un soutien de taille, au moyen d'une nouvelle mission de conseil, sur-mesure, qui vous guidera vers une installation réussie. Au-delà d'un conseil à l'implantation et l'installation, c'est une vision entrepreneuriale de long terme que je vous propose, en **démystifiant** les problématiques législatives actuelles et en vous **éclairant** sur tous les aspects techniques du projet, le tout dans une logique d'innovation et de performance.

Pour recevoir les détails de mon étude prospective ou pour toute question relative à cette nouvelle approche, n'hésitez pas à me contacter via le SNJMG.

Dr Lauriane BASTARD
Expert-comptable diplômée

1. BARLET Muriel et al., « L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux soins appliquée aux médecins généralistes libéraux en France », Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Série Etudes et Recherches n°124, Décembre 2012, 61 pages.
2. Une zone est sous-dense si elle est également située à plus de 10 minutes de trajet motorisé d'une pharmacie, et à plus de 30 minutes de trajet motorisé d'un premier établissement de soins d'urgence.
3. MAUREY Hervé et al., Rapport d'information fait au nom de la Commission de l'aménagement du territoire du développement durable par le groupe de travail sur les déserts médicaux, Rapport n°282, Janvier 2020, 85 pages.
4. VERGIER Noémie et al., « Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? », DREES, Mai 2017, 63 pages.
5. Le bassin de vie constitue le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants (INSEE).
6. BVA - Fondation April, « Les Français et le renoncement aux soins », Avril 2018.
7. Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.
8. Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, al. 11.
9. CABY Daniel et al., « Comment lutter contre les déserts médicaux ? », Direction générale du trésor, Rapport Trésor-Eco n°247, Octobre 2019, 13 pages.
10. Confère référence citée en note 3.
11. Proposition de loi visant à lutter contre les déserts médicaux n°681 du 14 juin 2021 à la Présidence du Sénat.
12. Proposition de loi pour une santé accessible à tous et contre la désertification médicale n°4589 du 19 octobre 2021 à la Présidence de l'Assemblée nationale.
13. Proposition de loi visant à lutter contre la désertification médicale n°4735 du 30 novembre 2021 à la Présidence de l'Assemblée nationale.
14. Soutenance le 23 novembre 2020 du mémoire de recherche « *L'accompagnement stratégique et financier des collectifs de médecins libéraux dans leur installation en zones sous-médicalisées, Proposition d'un guide méthodologique de l'expert-comptable assisté par la data visualisation* ». Note de 18/20 obtenue avec félicitations du jury.
15. Enquête de 14 questions diffusée entre le 8 juin et le 15 juillet 2020, à l'attention des internes et nouveaux diplômés de médecine. 152 personnes ont répondu.
16. Enquête sur les déterminants à l'installation : des freins à lever pour accompagner les internes et jeunes médecins à exercer dans les territoires - Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM), publication du 11 avril 2019.
17. ANGUIS Marie et al., « Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Constat et projections démographiques », Les dossiers de la DREES n° 76, Mars 2021, 74 pages.

➔ Évaluation et perceptions des médecins généralistes en formation utilisant le Dictionnaire des Résultats de Consultation de la SFMG

Introduction

Les études épidémiologiques en médecine générale (MG) ont montré que 70 % des consultations n’aboutissaient pas à un diagnostic de maladie, démontrant la nécessité d’établir un cadre nosologique en MG correspondant à la réalité clinique observée.

Créé et promu par la Société française de médecine générale (SFMG), le DRC est une nomenclature qui regroupe 95 % des phénomènes pathologiques rencontrés par un médecin généraliste en exercice, sous la forme de 300 diagnostics de situation appelés « Résultats de consultation » (RC).

Son utilisation (en ligne ou intégré au logiciel métier) permet à chaque consultation : de nommer une situation clinique par un « RC », défini par des critères d’inclusion ; de qualifier le RC en syndrome (44 % des RC), symptôme (27 %), tableau de maladie (21 %) ou diagnostic certifié (8 %) ; de classer selon sa temporalité cette situation codée et suivre sa dynamique ; de l’intégrer au dossier médical en adoptant un langage scientifique au lieu de termes subjectifs.

En reliant par l’informatique, les RC entre eux en fonction de leur critères cliniques et de leur potentielle gravité, le DRC permet au praticien de s’assurer qu’il a défini objectivement le problème présenté par son patient et d’éviter ainsi une erreur de diagnostic ; d’évoquer une potentielle maladie mortelle sous-jacente à ce problème et de ne pas passer à côté d’une maladie grave.

L’utilisation du DRC est présentée ici par son interface en ligne avec l’exemple du mot clé « toux » :

The screenshot shows the WebDRC interface with the search term 'toux' entered. The interface is divided into several sections:

- Search Bar:** Includes 'WebDRC', search input 'toux', 'Age', 'Speed', and 'Historique' buttons.
- Sur les titres uniquement:** A checkbox option.
- Liste des RC:** A scrollable list of diagnostic codes, with 'TOUX' selected.
- Liste des Voir Aussi: Ter. requi:** A list of related terms like 'ASTHME', 'BRONCHITE AIGUE', etc.
- Définition: TOUX:** A section for defining the term, including 'Critère' and 'Argumentaire'.
- Position diagnostique (PD):** Radio buttons for 'Syndrome (S)', 'Tableau de maladie (M)', and 'Diagnostic certifié (C)'. 'Syndrome (S)' is selected.
- Code suivi (CS):** Radio buttons for 'Nouvel (N)', 'Persistant (P)', 'Réévalué (R)', 'Asymptomatique', and 'A.D.'. 'Nouvel (N)' is selected.
- Diagnostic critique (DIC): 2ème itaque:** A table listing critical diagnoses with their respective criticality levels.

Diagnostic critique (DIC)	Criticité
Corps étranger inhalé	***
Hémopathie chronique	**
Syndrome paranéoplasique	**
Cancer	**
Pneumopathie	**
Infection parasitaire	*
Tuberculose	*
Coqueluche	*
Pneumocytose	*
Sarcoidose	*
Asthme	*
SGO	*
Trachéobronchopathie ostéochondroplastique	*

Le logiciel affichera les critères cliniques du RC « toux » : les critères obligatoires sont matérialisés par quatre « + », les critères « + - » sont facultatifs et permettent de documenter le tableau clinique.

Définition TOUX

Critère

++++ TOUX

++++ SANS SYMPTÔME OU SIGNE ÉVOQUANT UN AUTRE RC

+ - toux rapportée

+ - grasse

+ - sèche

+ - rauque

+ - quinteuse

+ - d'effort

+ - émétisante

+ - diurne

+ - au décubitus

+ - au procubitus

+ - récidive

Liste des « voir aussi / premier risque » :

Liste des Voir Aussi: 1er risque

ASTHME

BRONCHITE AIGUË

BRONCHITE CHRONIQUE- BPCO

CATARRHE DES VOIES RESPIRATOIRES

DHL 10 - Maladies de l'appareil respiratoire

IATROGENE - EFFET INDESIRABLE D'UNE THERAPEUTIQUE

PNEUMOPATHIE AIGUE

REFLUX-PYROSIS

SINUSITE

Le premier risque permet de s'assurer que le praticien a bien choisi son RC : celui-ci peut être un symptôme isolé ce jour mais évoluer vers un syndrome (« BPCO ») ou une maladie (« pneumopathie aiguë ») avec le temps ou l'apport d'examen complémentaires : la première utilité du DRC est la définition du cadre nosologique à l'aide de critères diagnostiques. Pour être certain de son RC, le médecin doit donc s'efforcer d'être exhaustif dans son examen clinique et son interrogatoire.

La cotation comprend ensuite une position diagnostic (symptôme, syndrome...) et le caractère temporel de celui-ci.

Position diagnostique (PD)

Symptôme (A)

Code suivi (CS)

Nouveau (N)

Persistant (P)

Révision (R)

Asymptomatique

ALD

A ce moment, le praticien a défini avec certitude son cadre nosologique alors que le diagnostic demeure incertain : un patient présentant un symptôme isolé ne permettant pas de définir un syndrome ou une maladie. Il lui appartient alors de définir sa conduite thérapeutique en fonction des autres déterminants de la consultation.

Malgré l'extrême simplicité de cet exemple et au vu des nombreux diagnostics différentiels présent dans la case 1^{er} risque, on peut conclure que le praticien aboutissant avec certitude au résultat « toux » a manifestement effectué un travail consciencieux et conforme aux données acquise de la science, du moins sur le plan diagnostique.

Le risque évitable : et si la toux du patient pouvait être le signe d'une maladie potentiellement mortelle sans intervention médicale ? Il s'agit du 2^{ème} risque ou diagnostic critique.

Diagnostic critique (DiC) : 2ème risque	
Diagnostic critique (DiC)	Criticité
Corps étranger inhalé	***
Hémopathie chronique	**
Syndrome paranéoplasique	**
Cancer	**
Pneumopathie	**
Infection parasitaire	*
Tuberculose	*
Coqueluche	*
Pneumoconiose	*
Sarcoidose	*
Asthme	*
RGO	*
Trachéobronchopathie ostéocondroplastique	*

Pour terminer, on copie le RC dans le dossier médical : il suffit de cliquer sur « enregistrer le RC » et le logiciel résume l'ensemble des données renseignées.

RC								Enregistrer RC		
RC	PD	CS	CIM 10	CISP	Asymp	ALD	Actions	Supprimer Tout	Résultat	Copier
TOUX	A	P	R05	R05	Non	Non				

Résultat intégré au dossier médical :

- TOUX (A, P)
- CODE CIM 10 : R05 CODE CISP : R05
- ➔ Toux
- ➔ Sans symptôme ou signe évoquant un autre RC
- ➔ Quinteuse

Le fruit de la réflexion du praticien est intégré directement dans le dossier médical. Dans cet exemple, celui-ci n'a plus qu'à renseigner sa conduite à tenir.

Si cette démarche décisionnelle ressemble à l'approche classique des « diagnostics différentiels », son adaptation en MG révèle son potentiel dans la gestion de l'incertitude diagnostique, prédominante dans notre pratique : il permet d'acquérir à un moment donné une certitude clinique comportant un doute étiologique conscient. Si les médecins les plus expérimentés peuvent considérer cette démarche comme astreignante, elle constitue théoriquement un outil pédagogique puissant pour les internes de médecine générale (IMG) qui n'ont pas vécu un panel de situations cliniques suffisantes pour constituer leur propre thésaurus de MG.

L'objectif de notre étude fut de recueillir l'opinion de jeunes médecins qui ont utilisé cet outil et de déterminer si le potentiel pédagogique du DRC est réel et exploité par ceux-ci notamment dans la gestion de l'incertitude diagnostique.

Matériel et méthode

Il s'agissait d'une étude quantitative observationnelle et descriptive par auto-questionnaire informatisé, sous la forme d'un sondage d'opinions par échelles psychométriques de Likert.

Population étudiée

La population cible initiale envisagée était composée uniquement d'IMG, mais afin d'obtenir un nombre de sujets nécessaire, celle-ci fut élargie aux médecins en post-internat ou récemment installés ayant une pratique libérale. Notre population cible « médecins en formation » respectait les critères suivants :

tout interne en médecine générale sans limite d'âge inscrit dans une UFR française, ayant utilisé le DRC lors de son troisième cycle, tout médecin généraliste exerçant actuellement une activité libérale, ayant eu une expérience avec le DRC, avec obtention du doctorat depuis moins de dix ans.

Déroulement de l'enquête

Le questionnaire fut diffusé de façon nationale sous forme électronique par le biais des syndicats d'internes de médecine générale et par les MSU affiliés à la SFMG, du 1^{er} septembre 2020 au 1^{er} février 2021.

Résultats

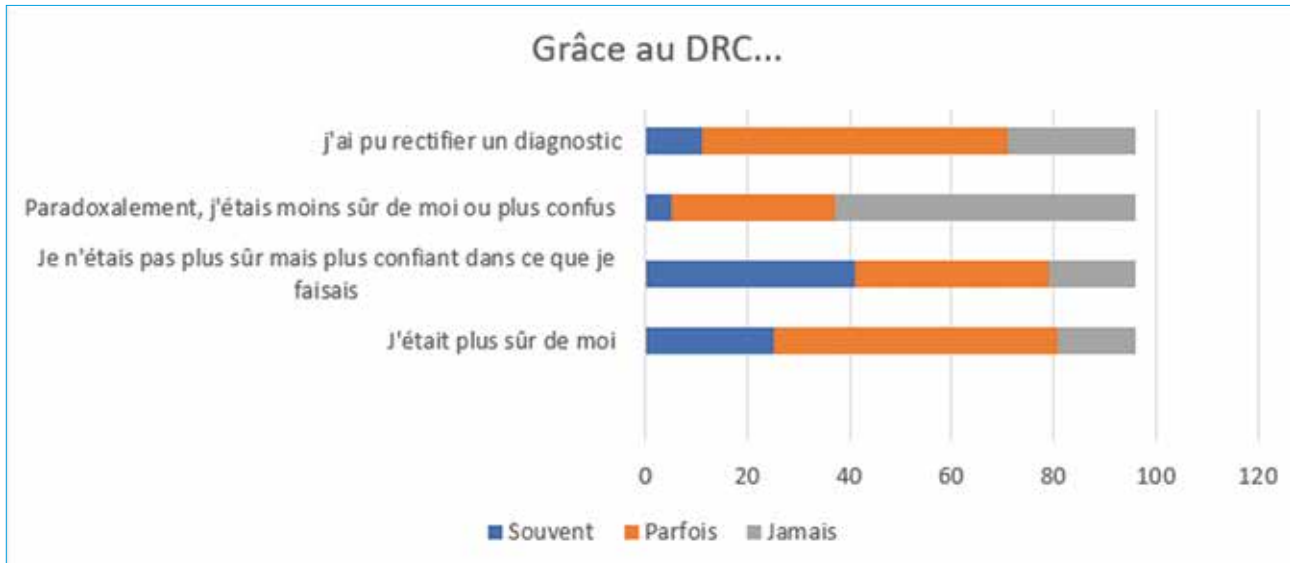
L'échantillon se composait de 81 médecins dont 55 % de femmes et 45 % d'hommes. La moyenne d'âge était de 32 ans, 19 UFR sur 39 étaient représentées.

Les médecins installés étaient majoritaires dans notre échantillon (46 %) devant les médecins remplaçants (32 %) et les internes de médecine générale en cours de DES (22 %).

Notre étude met en évidence la part prépondérante du maître de stage universitaire dans l'apprentissage du logiciel et son maintien dans le temps : deux-tiers des répondants avaient découvert le DRC par le biais du MSU, qui exerçait une certaine contrainte à l'utiliser. 61 % ont été initialement enthousiastes mais 37% ont jugé son apprentissage difficile. Après apprentissage, sa facilité d'utilisation était notée à 8 sur 10 en médiane.

Quelles utilités au DRC ?

67 % de l'échantillon ont jugé le DRC utile, en apportant non pas une certitude mais un gain de confiance dans le raisonnement du praticien.



L'impact sur l'attitude thérapeutique fut variable : 45 % répondants intégraient le DRC dans leur processus décisionnel, 32 % l'utilisaient sans conséquences sur celui-ci et 23 % jugeaient cet impact comme neutre : le DRC peut être utilisé pour étayer un raisonnement, l'infirmer ou simplement à but de classification (dossier médical faisant état d'un raisonnement scientifique).

Sur le plan pédagogique, le DRC fut jugé utile par 57 % de l'échantillon avec une médiane à 4 sur 5.

Il permet aux jeunes médecins d'adopter dès le début de leur activités un raisonnement scientifique basés sur des preuves (evidence-based medicine) et non sur un ressenti ou sur l'expérience qu'ils ne possèdent pas encore.

Le DRC est-il un outil de formation ou un outil de pratique quotidienne ?

Notre étude montre que le taux d'abandon était important : 26 % des participants n'utilisaient plus le DRC au moment de l'enquête. 29 % le faisaient systématiquement et 45 % seulement lorsqu'ils en ressentiraient le besoin. Le manque de temps en consultation, l'absence d'intégration au logiciel métier et la perte d'habitude furent les principaux motifs d'abandon.

Ressenti global

Il s'agissait d'un nuage d'adjectifs et de noms communs sélectionnés préalablement et présentés dans un ordre aléatoire. Les participants pouvaient choisir un nombre infini de modalités, sans ordre d'importance. Les mots à connotation positive étaient les plus fréquemment retrouvés : « atouts », « pédagogique » et « rassurant » présentaient respectivement 62, 55 et 44 occurrences.

Le mot « médecine basée sur les preuves » était relevé 40 fois alors que la proposition « médecine trop scientifique » qui présente une connotation négative était relevée 6 fois. Dans la sphère émotionnelle, 18 participants ont associé le DRC au plaisir. Enfin, 21 participants soit 26 % de l'échantillon l'ont jugé indispensable et 20 autres (25 %) le considèrent comme une contrainte.

Discussion

Cette étude se révèle être ambitieuse dans ses thématiques mais se limite à une population de 81 individus, mettant en évidence la faible diffusion et adoption du DRC.

Dans notre étude, les MSU furent les principaux promoteurs et enseignants du DRC, influant sur nos résultats car la pérennité de son utilisation était plus forte dans le sous-groupe « découverte du DRC par le MSU ». Par ailleurs, cette étude descriptive résulte d'auto-évaluations : elle ne prétend pas affirmer la supériorité ou infériorité d'une pratique médicale.

Sur les résultats

Notre étude présentait deux forces : elle fut la seule à évaluer l'impact en pratique du DRC de manière quantitative et présentait l'échantillon d'utilisateurs le plus important parmi les travaux publiés sur le DRC. Nous montrons qu'en pratique quotidienne non contrôlée par un investigateur, chaque médecin en avait une utilisation variable : il en découle l'impossibilité de mesurer une satisfaction globale mais plutôt une adéquation d'une fonction face à un besoin. En mettant en évidence l'hétérogénéité de son usage en fréquence et en fonction dans notre population, nous montrons que cet outil ne nécessite pas d'être utilisé systématiquement pour être utile cliniquement : certains médecins l'ont intégré à leur pratique et l'utilisent pendant la consultation tandis que d'autres continuent à fonctionner selon leurs « schémas habituels » et s'en servent ponctuellement. Son impact dans la pratique varie donc en fonction de chaque situation clinique et de chaque patient mais son utilité est certaine en situation d'incertitude diagnostique. Nos résultats permettent de dégager la notion de confiance et révèlent qu'à défaut d'être certains de leur diagnostic, les praticiens étaient plus sûrs de leur raisonnement. Le DRC a toute sa place dans la gestion du risque en médecine générale et pourrait permettre aux internes de MG de trouver une réponse à une de leurs difficultés.

Réticences et place de l'expérience

Notre étude apporte comme éléments nouveaux la preuve de son apport pédagogique auprès des internes en médecine générale et la place centrale du MSU dans cette démarche globale d'amélioration des pratiques. Le DRC s'oppose cependant aux contraintes de la réalité : manque de temps, intégration au logiciel métier, perte de l'habitude de s'en servir acquise grâce au MSU.

Il nous paraît donc essentiel de promouvoir l'enseignement du DRC auprès des nouvelles générations pour permettre à celles-ci de s'affirmer en tant que spécialistes de médecine générale.

Cela nécessiterait un lien fort entre la SFMG et les UFR de médecine par le biais des MSU et praticiens enseignants : cette mécanique est présente au sein des DMG d'Amiens et de Poitiers de façon idéale : un MSU formé au DRC et adhérent à la SFMG y propose un cours facultatif aux internes intitulé « la gestion de l'incertitude médicale ».

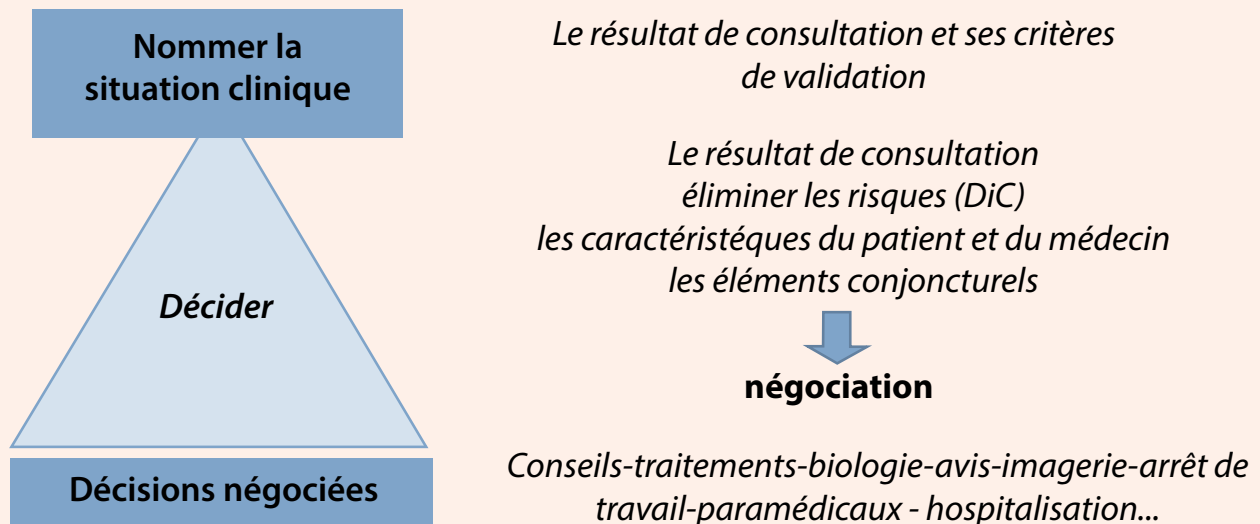
La relative sur-représentation (25 %) de ces deux facultés dans notre échantillon démontre l'efficacité de ce système. Il a pour avantage de promouvoir l'enseignement du DRC auprès des internes mais n'en permet pas une diffusion large : tous les MSU ne sont pas adhérents à la SFMG, tous les enseignants des DMG ne sont pas MSU...

Le DRC se veut être le partenaire de réflexion du médecin généraliste. Il rationalise ses pensées certaines ou incertaines, comble ses oublis, le conforte dans ses décisions : il n'a pas vocation à le remplacer. Outre la documentation du dossier médical, notre étude démontre l'apport clinique du DRC comme base de réflexion en situation d'incertitude et méthode possible d'enseignement.

En intégrant la médecine basée sur les preuves en MG, il permet de répondre au vœu de spécialisation de notre pratique.

Conclusion

Les contraintes de la codification médicale ne sont acceptées que si elles présentent un intérêt clinique : la codification est le socle de la démarche décisionnelle et non sa finalité.



L'utilisation du DRC comme support d'enseignement en stage praticien pourrait constituer un sujet de recherche et nous émettons l'hypothèse qu'il constitue un moyen de transmettre l'expérience médicale des médecins généralistes : en adoptant son langage scientifique comme base commune de réflexion et de communication, il ferait le lien entre le savoir accumulé par l'épidémiologie en médecine générale et l'expérience non transmissible acquise par la pratique.

Auparavant, l'évaluation de la formation des médecins généralistes opposait deux questions : « qui enseigne la médecine générale ? » et « qui enseigne à devenir un médecin généraliste ? ».

Nous en introduisons une nouvelle : « qui va nous permettre de devenir des spécialistes en médecine générale ? »

Si nous avons pu mettre en évidence l'utilité du DRC en pratique quotidienne, cet outil demeure peu répandu et présente des contraintes. Les médecins expérimentés peuvent être réticents à adopter cette démarche scientifique et même présenter une certaine défiance vis-à-vis d'une société scientifique qui ambitionne de promouvoir une médecine de « haut niveau », insinuant qu'elle serait différente de la leur. Comment expliquer que certaines personnes jugent le DRC indispensable alors que très peu de médecins l'utilisent en France ? Notre travail a permis de montrer qu'il s'agissait en pratique d'une médecine à haut niveau de preuve. Cette méthodologie nécessite un apprentissage, du temps d'observation clinique et une discipline de la part du praticien, et si nous avons vu les bénéfices qu'elle lui apporte, elle a pour vocation une meilleure prise en charge du patient.

Dr Gachowitch VALÉRIAN

Liens utiles

Présentation du DRC par la SFMG :

http://www.sfm.org/theorie_pratique/outils_de_la_demarche_medicale/le_dictionnaire_des_resultats_de_consultation_-_drc/



➔ **Assistant médical en France :**

L'opinion des médecins généralistes et internes de médecine générale sur la délégation de tâches

Les freins concernant son intégration au système de santé

Introduction

La France est dans une situation complexe concernant son système de santé, avec divers défis comme le vieillissement de la population, le manque de médecin et des difficultés d'accès aux soins primaires dans une grande partie de son territoire. Le plan « ma santé 2022 », annoncé en février 2019, cherche des réponses à ces défis par de nombreuses propositions, y compris la création du poste d'assistant médical. Ce poste est inspiré de modèles étrangers et de postes comparables dans d'autres branches de la médecine française. Son objectif est d'aider le médecin généraliste dans son quotidien, lui libérer du temps « clinique » et le soulager d'actes ne nécessitant pas de compétences médicales.

Au cours de mes différents échanges avec les praticiens libéraux, j'ai constaté que les avis et attentes concernant ce nouveau poste variaient beaucoup d'un médecin à l'autre : certains souhaitent déléguer la partie « administrative » de leur quotidien, certains plutôt la partie clinique », parfois ils veulent tout déléguer à l'assistant, ou à l'inverse ils y sont opposés et y voient une évolution négative des pratiques.

Plusieurs questions me sont alors venues à l'esprit : que pouvons-nous et que voulons-nous déléguer dans notre charge de travail quotidienne ? Les médecins libéraux français seraient-ils conservateurs ? Ou bien sont-ils demandeurs de changements dans leur pratique ?

Nous avons tous notre vision de la médecine, que nous pratiquons comme un art, nous avons globalement la même formation et un cursus commun, mais la philosophie, les attentes et les appréhensions sont différentes d'un médecin à l'autre. Au cours de mes recherches à ce sujet, je n'ai pu que constater l'absence d'enquête sur le domaine de l'assistance médicale en France. C'est ainsi que me vint l'idée de ce sujet de thèse, qui a pour objectif d'identifier les actes du quotidien que les médecins souhaitent déléguer à l'assistant, et de préciser les attentes et les freins concernant sa mise en place.

Ce travail pourrait aussi suggérer les connaissances nécessaires à la pratique de l'assistant et aider à définir sa formation, dont le contenu n'a pas encore été précisé pendant la rédaction de ce travail.

L'assistant médical

Introduction

L'objectif de l'assistant est de décharger les médecins d'actes qui peuvent être délégués afin que ces derniers puissent se libérer du temps et se consacrer sur la base de leur métier. Sa priorité est de redonner du temps aux praticiens, et de leur permettre de se concentrer sur le cœur de leurs missions, à savoir soigner les patients, coordonner leurs parcours et s'engager plus fortement dans des démarches de prévention. Les négociations visant à préciser le statut des futurs assistants médicaux ont été menées sous la direction de la CNAM, entre les syndicats professionnels concernés et l'Assurance Maladie. L'avenant n°7, signé le 20 juin 2019 et ayant suscité le plus de débat, porte sur les conditions de recrutement des futurs assistants.

Les missions de l'assistant

Favoriser un meilleur accès aux soins

La présence quotidienne de l'assistant devrait permettre au médecin de se dégager de certaines tâches, par exemple administratives, et de libérer du temps médical. Il pourra donc recevoir davantage de patients. Les assurés auront de leur côté moins de difficultés à trouver un médecin traitant et à obtenir un rendez-vous.

Rechercher d'avantage d'efficacité et de meilleures conditions d'exercice

Le médecin pourra consacrer plus de temps aux soins et au suivi médical, pour une meilleure prise en charge de ses patients. Engagé dans une démarche de coordination des soins, le médecin pourra plus facilement assurer la coordination et la continuité des soins avec l'ensemble des autres acteurs de la prise en charge.

Les actes délégués à l'assistant

Le médecin choisit en toute liberté les missions qu'il veut confier à l'assistant médical. Cela dépend de sa pratique, de son organisation et de ses propres besoins.

Ces missions peuvent être par exemple :

- ⊕ Administratives :
 - Accueil des patients ;
 - Création/gestion du dossier informatique ;
 - Recueil et enregistrement des informations administratives et médicales ;
 - Accompagnement de la mise en place de la télémédecine dans le cabinet ;
- ⊕ Cliniques / en lien avec la consultation :
 - Prise des constantes ;
 - Mise à jour du dossier patient (dépistages, vaccinations, mode de vie) ;
 - Délivrance de tests de dépistage ;
 - Préparation et aide à la réalisation d'actes techniques.
- ⊕ Organisation et coordination :
 - Avec les autres acteurs intervenant dans la prise en charge des patients ;
 - Prise de rendez-vous chez le spécialiste ou pour les examens complémentaires.

Formation et durée d'étude

Le diplôme nécessaire à la pratique de l'assistant est le certificat de qualification professionnelle (CQP) d'assistant médical.

Le poste est accessible aussi bien à des profils soignants, comme les infirmières ou les aides-soignants, qu'à des profils non soignants, comme les secrétaires médicales.

La qualification professionnelle est en cours d'élaboration, mais pour faciliter les premiers recrutements elle ne sera pas exigible dans les premières années de fonctionnement du dispositif.

En revanche, l'assistant médical devra être formé ou s'engager à suivre une formation spécifique dans les 2 ans après son recrutement, et avoir obtenu cette qualification professionnelle dans les 3 ans. La formation sera adaptée au profil du futur assistant médical, plutôt soignant ou non soignant.

Aide financière au recrutement de l'assistant

Critères d'éligibilité

Le médecin est accompagné par sa caisse primaire d'Assurance Maladie (CPAM) dans la définition de son besoin et la compréhension des différentes options de financement.

L'aide financière concerne :

- ⊗ Les médecins sur tout le territoire :
 - Médecins généralistes ;
 - Pédiatres ;
 - Gériatres ;
 - Rhumatologues ;
 - Dermatologues ;
 - Endocrinologues ;
 - Neurologues ;
 - ORL médicaux ;
 - Gynécologues médicaux ;
 - Internistes ;
 - Médecins physiques et de réadaptation ;
 - Gastroentérologues ;
 - Pneumologues ;
 - Cardiologues ;
 - Psychiatres ;
 - Ophtalmologistes ;
 - Médecine vasculaire ;
 - Allergologues ;
 - Médecine à expertise particulière.
- ⊗ Certaines spécialités sur les 30 % du territoire dont l'offre de soins est insuffisante :
 - Chirurgiens ;
 - Anesthésistes ;
 - Obstétriciens ;
 - Radiologues ;
 - Radiothérapeutes ;
 - Stomatologues ;
 - ORL chirurgical ;
 - Néphrologue ;
 - Médecins Nucléaires ;
 - Anatomie-cytologie-pathologie.

Le médecin doit également, pour être éligible :

- ⊗ Exercer en secteur 1 ou en secteur 2 et être adhérent à l'Optam¹.

⊗ Exercer en mode regroupé, soit au minimum 2 médecins dans un même cabinet, avec une dérogation pour les médecins en zone sous-dense.

⊗ S'inscrire dans une démarche d'exercice coordonné, quelle que soit sa forme : maison de santé pluriprofessionnelle, équipe de soins primaires ou spécialisés, CPTS, ou s'engager à le faire dans les 2 ans.

⊗ Avoir au minimum 640 patients dans leur patientèle dont ils sont le médecin traitant. L'appui d'un assistant médical se justifie à partir d'un certain niveau d'activité, les 30 % de médecins ayant les plus faibles patientèles ne sont donc pas concernés par l'aide.

⊗ Pour les spécialistes, avoir vu un certain nombre de patients différents dans l'année, ce que l'on appelle la « file active ».

Les contrats proposés

Le praticien signe avec sa CPAM un contrat de 5 ans renouvelable, qui formalise les engagements du médecin et de la caisse primaire. Le financement est annuel, dégressif en 2^{ème} année, puis pérenne au-delà. Le contrat ne demande pas au médecin de travailler plus longtemps. Libéré de certaines tâches, il sera en mesure de recevoir davantage de patients dans l'année, d'assurer un suivi plus approfondi et d'accepter de nouveaux patients en tant que médecin traitant.

3 options sont proposées, selon le niveau de financement et d'engagement que le médecin juge approprié à ses besoins et à son organisation :

- ⊗ Option 1 : Financement et recrutement d'un tiers-temps de l'assistant médical :
 - 12 000 euros la première année.
 - 9 000 euros la deuxième année.
 - 7 000 euros la troisième année.

Le médecin s'engage à augmenter sa file active et/ou sa patientèle adulte médecin traitant de + 20 %, ou au moins de la maintenir.

- ⊗ Option 2 : Financement et recrutement d'un mi-temps de l'assistant médical :
 - 18 000 euros la première année.
 - 13 500 euros la deuxième année.
 - 10 500 euros la troisième année.

Le médecin s'engage à augmenter sa file active et/ou sa patientèle adulte médecin traitant de + 25 %, ou au moins de la maintenir.

- ⊗ Option 3 : En zone sous-dense uniquement : Financement et recrutement d'un temps plein de l'assistant médical :
 - 36 000 euros la première année.
 - 27 000 euros la deuxième année.
 - 21 000 euros la troisième année.

Le médecin s'engage à augmenter sa file active et/ou sa patientèle adulte médecin traitant de + 35 %, ou au moins de l'augmenter de 5 %.

Inspirations de l'assistant médical

Le poste proposé dans le projet de loi semble s'inspirer de plusieurs modèles, existants dans l'odontologie française, mais aussi dans de nombreux pays du monde.

En France : l'assistant dentaire

Le poste d'assistant dentaire existe depuis longtemps en France. Le métier est encadré par la convention collective nationale des cabinets du 17 janvier 1992.

C'est un modèle comparable à l'assistant médical dans son objectif de délégation de tâches. Ses fonctions comportent :

- ⊗ La gestion de l'accueil du patient :
 - Répondre au téléphone et prise de rendez-vous ;
 - Accueil physique et installation du patient au fauteuil.
- ⊗ Des tâches administratives :
 - Mise à jour du dossier médical ;
 - Paiement et remplissage des feuilles de soins ;
 - Gestion du courrier ;
 - Gestion des stocks de matériel et produits du cabinet ;
 - Classement des clichés radiographiques dans les dossiers.

- ⊗ L'assistance au fauteuil :
 - Préparation des plateaux d'instruments, ciments et collages ;
 - Aide opératoire durant les soins.

- ⊗ L'entretien des locaux et du matériel :
 - Désinfection et stérilisation des instruments.

La formation d'assistant dentaire se déroule en alternance avec un emploi au sein d'un cabinet dentaire, elle est dispensée sur 12 à 18 mois dans des centres de formation agréés.

Elle est aussi accessible par contrat de professionnalisation dans le cadre de la validation des acquis de l'expérience (VAE), à condition de justifier d'une expérience professionnelle de 3 ans en rapport avec cette activité.

Aux États-Unis et au Canada

Les deux pays d'Amérique du Nord sont des précurseurs en matière d'assistance aux médecins, il y existe deux modèles de profession depuis de nombreuses années :

Physician assistant (PA)

Traduit usuellement en « adjoint au médecin », la profession apparaît durant les années 1960 aux États-Unis pour faire face aux difficultés d'accès aux soins primaires dans certaines parties du territoire. Le concept d'adjoint au médecin a alors pris forme pour renforcer l'offre de soins.

Dérivé de l'apprentissage accéléré de compétences médicales dans les forces armées américaines au cours de la 2^{ème} guerre mondiale, une première promotion de « physician assistant » est diplômée en 1967, composée principalement d'anciens « Marines ». L'objectif est d'augmenter l'offre de soins en prenant en charge une partie du travail des médecins.

Le Canada est également un pays précurseur, le concept de formation médicale accélérée et d'assistance aux médecins était aussi utilisé dans les forces armées canadiennes au cours des années 1960. C'est en 2003 qu'ils sont intégrés dans le secteur civil canadien, pour se développer sur le même modèle que les américains.

Typiquement, les adjoints au médecin, au Canada comme aux États-Unis effectuent les tâches suivantes :

- Prise des antécédents, anamnèse ;
- Examen physique du patient ;
- Prescription et interprétation d'examens complémentaires tels que des radiographies ou bilans sanguins ;
- Évocation de diagnostics ;
- Prescription de médicaments ;
- Vaccination ;
- Traitements locaux tels que plâtres, pansements ;
- Education et prévention auprès des patients et des familles ;
- Assistance en chirurgie ;
- Pratique de sutures, ou retrait de points et agrafes.

Ils exercent sous la responsabilité d'un docteur en médecine et peuvent se spécialiser en fonction de leur médecin employeur. Ils peuvent travailler en clinique, dans les hôpitaux, en cabinets de ville, en santé scolaire, en santé militaire, principalement dans les zones sous-dotées en médecins.

La formation d'adjoint nécessite généralement l'obtention d'un « bachelor degree » pour les étudiants, équivalent d'une licence en Europe, c'est-à-dire 3 à 4 années d'études après le lycée. Les étudiants sont incités à avoir ce « bachelor degree » dans un domaine scientifique, et à acquérir de l'expérience en faisant du volontariat ou en travaillant dans la santé. Puis ils postulent pour entrer dans une formation de 2 à 3 ans, afin d'obtenir un « master degree », équivalent du master en Europe, qui leur donne accès à une licence de pratique en tant que « physician assistant ».

Le cursus est sensiblement le même dans les deux pays, à la différence qu'il existe 250 programmes de formation accrédités aux États-Unis, contre 4 au Canada (3 publics, 1 militaire).

Medical assistant (MA)

Traduit usuellement en « assistant médical », L'AAMA (American Association of Medical Assistant) est officiellement fondée en 1955 afin de créer une meilleure organisation nationale et la reconnaissance d'une fonction déjà existante. C'est en 1969 que le métier d'assistant médical devient officiel.

Contrairement aux adjoints aux médecins, qui ont un rôle soignant au premier plan avec la possibilité de diagnostiquer et traiter les patients, les assistants médicaux oscillent aux États-Unis comme au Canada entre une fonction administrative et soignante.

Leurs principales fonctions peuvent varier d'un cabinet à un autre, mais également selon la législation des différents états :

- Accueil des patients, répondre au téléphone ;
- Utilisation des applications informatiques, mise à jour et classement des dossiers médicaux, gestion des formulaires d'assurance maladie ;
- Prise de rendez-vous et programmation des hospitalisations, prise en charge des services de laboratoire (récupération des résultats, envoi des analyses) ;
- Traitement de la correspondance médicale et extraction des informations utiles,
- Facturation et comptabilité ;
- Prise des antécédents médicaux et mise à jour des traitements, explications complémentaires sur les traitements ;
- Préparation des patients à l'examen clinique, assistance du médecin lors de l'examen ;
- Collecte et préparation des analyses pour le laboratoire, stérilisation des instruments, pratique de tests laboratoires de base ;
- Préparation et administration de certains traitements selon les directives du médecin ;

- Réalisation de prises de sangs, d'électrocardiogrammes ou de radiographies ;
- Retrait de points de sutures ou agrafes, changement de pansements ;
- Promotion de la santé, prévention et conseils.

Il existe plusieurs possibilités pour accéder à ce poste, aux États-Unis comme au Canada le modèle de formation est semblable : le diplôme d'assistant médical n'est pas obligatoire pour pratiquer mais il permet d'accéder à un salaire plus élevé.

Les étudiants s'inscrivent à une formation d'une durée de 1 an afin de devenir assistant médical. Cette formation est accessible juste après le lycée, à l'université et/ou en ligne.

Ils peuvent aussi se former « On-the-Job », c'est-à-dire sur le terrain auprès d'un médecin, mais il est tout de même recommandé de suivre une formation théorique afin d'obtenir le diplôme d'assistant médical.

Aujourd'hui aux États-Unis et au Canada le métier d'assistant médical est, comme celui d'adjoint au médecin, en pleine expansion et fait partie des métiers médicaux les plus demandés.

En Suisse

En Suisse, contrairement aux modèles Nord-Américain, l'adjoint au médecin n'existe pas. Les assistants médicaux suisses exercent habituellement en cabinets privés ou en cabinets de médecins regroupés, certains exercent en hôpitaux ou cliniques. Les fonctions de l'assistant médical en Suisse oscillent entre secrétaire et infirmier.

Ces fonctions comportent par exemple :

- Accueil des patients, prise de rendez-vous ;
- Réception des appels téléphoniques, analyse des demandes ;
- Réalisation des électrocardiogrammes, radiographies ;
- Mesures des constantes (tension, poids, etc.) ;

- Réalisation de prises de sang et d'injections ;
- Préparation des instruments nécessaires à l'examen médical ;
- Assistance lors de certains soins ou petites interventions chirurgicales ;
- Réalisation de plâtres, pansements ;
- Retrait de points de suture ;
- Administration de médicaments ;
- Mise à jour du dossier des patients dans le respect de la protection des données ;
- Correspondance (rapports et lettres dictés par les médecins) ;
- Facturation et comptabilité ;
- Préparation des ordonnances avant signature du médecin ;
- Commande des consommables nécessaires au cabinet.

La formation des assistants médicaux dure actuellement 3 ans. Elle s'acquiert par un apprentissage à la fois pratique avec des stages au sein d'un cabinet médical et théorique à l'école professionnelle.

Le nombre d'heures de cours est dégressif au profit de la pratique en avançant dans les années de formation. Après cette formation, l'étudiant obtient le certificat fédéral de capacité d'assistant médical.

Dans le reste du monde

Le modèle d'assistance médicale (« Medical Assistant » et « Physician Assistant ») a donc commencé en Amérique du Nord au milieu des années 1960.

Le phénomène s'est répandu à l'échelle mondiale dans une variété de systèmes de santé, de nombreux pays sont à divers stades de l'expansion des assistants médicaux.

La principale différence entre ces deux postes est dans sa fonction « clinique », l'assistant médical suisse et le « Medical Assistant » Nord-Américain ont des fonctions surtout administratives, avec

une activité clinique faible. Tandis que le « Physician Assistant » prend une part active dans l'examen du patient, il a une formation médicale, il émet des hypothèses diagnostiques et a parfois le droit de prescrire. Il existe d'autres pays acteurs dans le domaine de l'assistance aux médecins, dont le modèle est calqué sur la formule américaine et canadienne :

➤ Allemagne

Le premier programme de formation d'assistants médicaux a ouvert ses portes en 2005 et repose sur 3 années universitaires. Les assistants ont un champ d'exercice relativement limité, nécessitant la supervision directe du médecin et n'ont pas le droit de prescrire. L'expansion des assistants médicaux est pour le moment faible en Allemagne.

➤ Australie

Les assistants diplômés après une formation de 3 ans, travaillent dans des régions mal desservies, en particulier l'Australie rurale. Ils ne sont pas autorisés à prescrire.

➤ Ghana

La profession d'assistant médical a commencé en 1969. Le programme a été conçu comme une formation avancée de 18 mois pour les infirmières. Les assistants sont considérés comme le fondement des soins primaires car ils répondent aux besoins de 70 % de la population et voient en moyenne 90 à 150 patients par jour. Ils ont le droit de prescrire mais selon certaines règles.

➤ Libéria

La formation des assistants médecins a commencé dans les années 1960, sa durée est actuellement de 3 ans. Ils ont le droit de prescrire et d'effectuer toutes les activités médicales, à l'exception de la chirurgie.

➤ Pays-Bas

Le médecin généraliste constitue la porte d'entrée vers le système de soins en Hollande. Il n'est en effet pas possible de consulter un spécialiste sans avoir été adressé par son médecin traitant. Les assistants médicaux sont introduits pour la première fois en 2001 pour soulager la médecine générale, en utilisant l'expérience des États-Unis. Depuis 2018, la législation Hollandaise leur a

accordé une indépendance totale dans le diagnostic, l'initiation des traitements et l'exécution des procédures médicales non complexes.

➤ Royaume-Uni

Le poste d'assistant a été instauré par une réforme du NHS (National Health System) de 2016. Les étudiants suivent une formation de 2 ans en sciences médicales et en raisonnement clinique pour devenir "médecin associé". Ils n'ont pas le droit de prescrire et travaillent sous la direction d'un médecin.

Le modèle d'assistant existe aussi dans d'autres pays, mais leur diplôme n'est pas toujours reconnu par le système de santé, comme en Inde et en Arabie Saoudite. Et parfois le poste ne s'est pas encore intégré dans la santé civile et il est donc peu pratiqué, comme en Afghanistan, Bulgarie, Irlande, Israël et Nouvelle-Zélande.

Les attentes et freins des répondants

Avis général

Nous constatons à l'interprétation des réponses que les répondants ont un avis globalement positif à l'égard de cette proposition. En effet 77 % sont favorables au principe de l'assistant, indiquant qu'ils souhaiteraient déléguer des actes de leurs quotidiens.

Les praticiens imaginent en grande majorité que l'assistant va travailler en autonomie, c'est-à-dire dans un espace qui lui est dédié (70 %) ou bien au secrétariat (23 %). Un faible nombre s'imaginent travailler avec lui dans la salle d'examen (5 %).

Vient alors une première interrogation : pourquoi ne veulent-ils pas travailler en présence de l'assistant ? Certains de nos répondants sont pourtant des maîtres de stage, et ont donc a priori l'habitude de travailler en binôme avec des internes et des étudiants.

Ont-ils peur d'être jugés ? Du regard de l'assistant ? Ont-ils peur d'une relation triangulaire ?

Nos résultats suggèrent donc que les praticiens imaginent un assistant autonome, qui n'est pas en permanence avec le médecin, et la majorité (3/4 des médecins et futurs médecins généralistes) sont enthousiastes à l'idée de travailler avec un assistant médical.

Nous supposons par déduction que nos répondants estiment leur quotidien encombré par de nombreuses activités chronophages et que leur pratique serait simplifiée par la présence d'un assistant.

Concernant les actes cliniques

Sur le plan clinique, la grande majorité des répondants souhaitent déléguer la mesure de poids et de la taille (87 %), la préparation du matériel pour les gestes (80 %) et l'aide à l'habillage/déshabillage du patient (75 %).

Toujours en majorité mais dans des proportions moindres, les praticiens préféreraient déléguer l'évaluation de certaines pathologies par une grille normalisée (69 %), la réalisation d'actes cliniques simples (BU, ECG, Streptotest : 68 %) et la vérification des dépistages (66 %).

Concernant la mesure de la tension artérielle, les répondants sont plus partagés, 57 % préféreraient que l'assistant s'en occupe, 43 % veulent continuer de le faire.

Résultats significatifs de l'analyse en sous-groupe :

- Les hommes seraient plus enclins que les femmes à laisser l'assistant évaluer le patient par des tests normalisés et préparer le matériel pour les gestes ;
- Les médecins de moins de 40 ans préféreraient vérifier eux-mêmes que le patient est à jour dans ses vaccins et ses dépistages ;
- Les médecins installés dans une structure, en comparaison des internes et remplaçants, délègueraient plus l'évaluation du patient par un test normalisé et la vérification des vaccins et dépistages ;
- Les médecins pratiquant en maison de santé seraient davantage intéressés pour déléguer la réalisation d'actes cliniques simples (ECG) et la préparation du matériel pour les gestes ;
- Les médecins pratiquant seuls semblent vouloir déléguer la préparation du matériel pour les gestes, plus que leurs confrères en cabinet et MSP ;

- Les médecins pratiquant en désert médical auraient tendance à plus déléguer la mesure de la tension artérielle et la réalisation de gestes simples (ECG, BU, Streptotest).

Ces actes « cliniques », proposés pour être délégués à l'assistant, font partie du quotidien du médecin généraliste, et il est difficile d'imaginer un praticien faire une journée de travail sans réaliser ces actes plusieurs fois. Pourtant, mise à part la mesure de la tension artérielle, les médecins semblent prêts à laisser beaucoup d'actes à la charge de l'assistant.

Chez l'enfant

La délégation de tâches en pédiatrie fait moins l'unanimité chez les répondants : ils sont tout de même une majorité à laisser l'assistant peser, mesurer la taille et le périmètre crânien (62 %) et dépister les troubles auditifs et visuels (61 %) de l'enfant.

Les praticiens semblent en revanche opposés à l'évaluation du développement psychomoteur par l'assistant (67 % d'avis défavorable).

Résultats significatifs de l'analyse en sous-groupe :

- Les femmes semblent encore plus opposées que les hommes à l'évaluation par l'assistant du développement psychomoteur de l'enfant ;
- Les répondants âgés de 30 à 40 ans semblent moins enclins à laisser l'assistant peser et mesurer les enfants.

Nous remarquons peu d'enthousiasme pour déléguer l'évaluation du développement psychomoteur de l'enfant à l'assistant, c'est le seul acte proposé qui a eu moins de 50 % d'avis favorables par nos répondants.

Nous pensons que ce refus est lié au caractère « subjectif » que l'évaluation du développement peut avoir. Nous supposons donc que l'assistant doit rester dans une évaluation « objective » du patient (mesure du poids, de la taille, réponse à un questionnaire normalisé, etc.).

L'évaluation « standardisée » de l'enfant par l'assistant nous paraît possible, mais ne sera probablement pas l'activité principale de l'assistant. En effet les médecins semblent craindre des erreurs qui pourraient avoir des conséquences pour l'enfant.

Concernant les tâches administratives

Sur le plan administratif, une vaste majorité des médecins souhaite déléguer la prise de rendez-vous pour les patients (examens et consultations spécialisées : 87 %), la gestion du dossier du patient (87 %) et des stocks de matériel (87 %).

Dans une moindre mesure mais toujours en majorité, les praticiens souhaitent déléguer le temps « financier » du quotidien (encaissement des frais, gestion de la feuille de soins, etc. : 78 %), et la gestion de leurs planning/standard téléphonique (73 %).

En revanche les avis sont plus partagés sur la préparation des certificats avant signature (61 % d'avis favorables).

Résultats significatifs de l'analyse en sous-groupe : Les femmes seraient plus favorables que les hommes à l'idée de laisser l'assistant gérer la partie « finance » de leur pratique (feuilles de soins, facturation, etc.).

- Les médecins de moins de 40 ans délégueraient plus facilement la gestion du planning (standard téléphonique) et des stocks de matériel par rapport à leurs aînés ;
- Les médecins non installés (internes et remplaçants) seraient plus enclins à déléguer la partie "finance" (feuilles de soins, facturation, etc), la gestion du standard téléphonique et des stocks de matériel que les médecins installés ;
- Les médecins pratiquants seuls souhaiteraient que l'assistant gère le standard téléphonique, plus que leurs confrères travaillant en cabinet ou MSP ;
- Les médecins pratiquant en désert médical seraient plus enclins à déléguer la gestion des stocks de matériel.

Sur la part administrative du quotidien, nous remarquons que la gestion du dossier patient, l'intégration des documents, et la prise de rendez-vous pour les patients bénéficient d'un engouement de nos répondants, ce qui paraît logique car c'est souvent un temps peu productif dans la journée, ne nécessitant pas de compétences médicales particulières (attente au téléphone, perte de temps en cas de lenteur ou problème informatique).

Pour ce qui est de la gestion du planning et de la comptabilité, l'opinion est médecin-dépendante, et va beaucoup dépendre de la personnalité du praticien, certains aiment gérer seuls leur planning pour l'optimiser eux-mêmes, d'autres estimeront peut-être perdre trop de temps en répondant au téléphone.

Pour la gestion de la comptabilité, de la FSE et l'encaissement des frais de consultation, des praticiens pourraient penser qu'il est indécent de montrer les recettes à l'assistant, ou craindre des erreurs.

Enfin en ce qui concerne la rédaction des certificats, c'est peut-être l'engagement « légal » qui rend les répondants moins enthousiastes, par crainte de litiges et de procédures judiciaires en cas d'erreur.

Actes proposés

Les répondants étaient invités à proposer d'autres actes réalisables par l'assistant.

5 praticiens souhaitent que l'assistant ait un rôle important dans l'accompagnement et le suivi des ALD, avec par exemple la possibilité de renouveler les ordonnances de traitement habituel, donner des conseils diététiques, interpréter les biologies (INR, HbA1c par exemple), etc.

Cependant ces fonctions, comme la réalisation d'EFR, de dépistage d'apnée du sommeil et la surveillance de la tension dans le cadre d'une MAPA font plutôt parties du panel d'activité d'un infirmier de pratique avancée et ASALEE, et ne feront a priori pas parti de la formation et des missions de l'assistant. Nous supposons en revanche que les assistants pourraient réaliser ces

activités suite à une formation par leur médecin référent, dans les territoires et maisons de santé qui n'ont pas ou peu d'infirmier ASALEE.

2 répondants souhaitent que l'assistant s'occupe de l'entretien des locaux. Cette tâche serait plutôt à la charge d'agent d'entretien et ne fait a priori pas partie des futures fonctions de l'assistant.

Enfin, des médecins ont proposé individuellement que l'assistant puisse réaliser l'évaluation du patient dans un contexte d'urgence, le rappel du patient en cas d'anomalie biologique, les entretiens pour les protocoles de recherches et l'accompagnement dans la rédaction des directives anticipées. Ces activités peuvent nécessiter des compétences médicales et la délégation de ces tâches nous semble plus discutable.

Nombre de consultations supplémentaires

Les 105 médecins ayant répondu à cette question estiment pouvoir réaliser 4,457 consultations supplémentaires par jour en moyenne, pour une médiane de 4 consultations/jour.

En reprenant les données concernant le nombre de consultations quotidiennes, soit 22 actes par jour pour les médecins généralistes, on peut considérer qu'ils pourraient réaliser 26 consultations/jour en présence de l'assistant.

C'est une augmentation de presque + 20 % (18,18 %) d'activité qui n'est pas négligeable.

Projet de recrutement, avis sur le contrat et freins

Projet de recrutement

Concernant l'avis général des répondants, nous avons pu observer une tendance globalement favorable à l'assistant et à la délégation de tâches. Ces résultats supposeraient de nombreux projets de recrutement.

Or on observe que seuls 28 % des praticiens ont pour projet de travailler avec un assistant dans les années à venir.

Ces 28 % ayant un projet de recrutement sont en majorité (62 %) satisfaits de la proposition de financement de la CPAM, mais ce chiffre ne représente finalement que 25 praticiens (17 % du total des répondants).

Résultats significatifs de l'analyse en sous-groupe :

➤ Les médecins qui pratiquent en désert médical seraient plus intéressés par un projet de recrutement d'assistant.

Ce taux faible de projet de recrutement est surprenant et nous a laissé perplexe en comparaison des résultats aux questions précédentes.

Nous pouvons suggérer les causes de ce rejet en examinant les freins donnés par les répondants et leurs commentaires.

Freins à la mise en place de l'assistant et commentaires

Les obstacles à la pratique avec un assistant médical peuvent être divisés en 2 groupes : ceux qui ne peuvent pas être modifiés car ils sont liés au médecin, à son opinion personnelle, à sa situation. Et ceux qui sont liés à une incompréhension ou une méfiance vis-à-vis du dispositif.

Facteurs non modifiables

La perte de proximité avec les patients est la crainte principale mise en évidence par notre enquête, elle concerne 51 répondants. Par ailleurs 30 répondants sont satisfaits de leur situation et ne semblent pas souhaiter de changement, 29 déclarent que leur structure n'est pas adaptée, 4 répondants attendent de savoir quelle sera la formation de l'assistant, et enfin 2 répondants ne recruteront pas en raison d'un départ prochain à la retraite.

Ces réponses sont tout à fait concevables et il est difficile d'influer sur ces paramètres car il paraît inimaginable de « forcer » un médecin à embaucher un assistant.

Il semblerait plus judicieux d'expliquer aux praticiens que l'assistant bénéficiera uniquement de la place que le médecin voudra lui donner. L'assistant n'est pas censé envahir sa pratique ni le remplacer.

En ce qui concerne la formation de l'assistant, nous espérons qu'elle sera définie rapidement, et que ce travail y contribuera.

6 répondants déclarent d'ailleurs qu'ils travaillent déjà avec une secrétaire qui effectue des actes, ils appliquent donc déjà le modèle proposé par le projet de loi. Un commentaire fait part de la satisfaction de cette situation.

Facteurs modifiables

Mis à part les éléments précédents, nous remarquons qu'il existe une forme de « doute » financier assez important : 45 de nos répondants déclarent avoir des craintes financières, 10 ne souhaitent pas s'engager dans un contrat de travail et un risque d'un licenciement, 6 ont des doutes sur la pérennité du système et 5 craignent de ne pas réussir à augmenter leur patientèle comme demandé dans le contrat de la CPAM.

Cette appréhension économique est aussi observable dans de nombreux commentaires.

Cependant cet obstacle semble le plus souvent lié à une incompréhension du dispositif : il n'est pas demandé aux médecins de remplacer leur personnel. Leur secrétaire déjà présente pourrait être formée à la réalisation d'actes cliniques.

Profil de médecin et analyse en sous-groupes

Concernant l'analyse en sous-groupes, elle ne montre pas de résultats significatifs concernant les obstacles au travail avec l'assistant. Au sujet de la délégation d'actes, nous avons constaté que certaines caractéristiques des répondants ont une influence statistiquement significative, mais nous n'avons pas identifié d'harmonie dans les réponses.

Il ne ressort pas de profil particulier de médecins qui serait spécifiquement favorable ou opposé au travail avec un assistant médical.

Nous pouvons suggérer que l'âge, le sexe, le mode et la durée d'installation n'influera pas sur la mise en place de l'assistant, les attentes et freins seraient donc plutôt individuels que générationnels ou sexuels.

Rémunération de l'assistant

Constatant les craintes financières soulevées par nos répondants, nous nous sommes intéressés au budget théorique d'une pratique avec un assistant médical :

Les estimations salariales actuelles pour l'assistant varient selon les sources entre 1642 € et 1953 € brut/mois, donc un peu plus que le SMIC brut de 2020 : 1539,42 €/mois.

Le montant de l'aide financière de la CPAM varie en fonction du contrat choisi par le médecin : de 12 000 € et 36 000 €/an, soit 1000 à 3000 €/mois pour financer le salaire de l'assistant.

Mise à part l'aide financière, le travail avec un assistant peut aussi augmenter le revenu du médecin :

Nos répondants déclarent qu'ils pourraient réaliser 4,457 consultations supplémentaires par jour en moyenne. Nous avons choisi de considérer pour nos calculs la médiane de nos répondants, c'est-à-dire 4 consultations supplémentaires par jour, pour ne pas surestimer les gains attendus.

En considérant que l'acte « standard » sera le « G » coté 25 €, on obtient une augmentation théorique de revenu brut de 100 €/jour (25 € x 4 consultations), soit 2000 €/mois (100 € x 5 jours x 4 semaines) pour un médecin qui travaillerait 5 jours par semaine avec un assistant.

Exemple de situation :

Le médecin choisit l'option 1 du contrat de la CPAM à 1000 €/mois pour former son secrétariat ou recruter un assistant. Il travaille 4 jours/semaine et peut donc théoriquement augmenter ses revenus de 1600 €/mois (25 € x 4 consultations/jour x 4 jours/semaines x 4 semaines). Le bénéfice brut total est donc de 2600 €/mois.

Apports de l'assistant

Optimisation du temps de travail

Cela semble être le bienfait principal, à la fois prévu dans le texte de loi et attendu par nos répondants : le travail avec un assistant permet au médecin de déléguer des actes « non médicaux » qu'il ne souhaite plus réaliser, et de se recentrer sur son activité.

L'assistant sera plus proche d'un secrétariat ou d'un aide-soignant en fonction des souhaits du médecin. Mis à part l'objectif d'augmentation de la patientèle du contrat de la CPAM, il est libre de déléguer ce qu'il souhaite, dans la limitation des missions et de la formation de l'assistant.

Une meilleure qualité de vie

Comme démontré par un commentaire, l'assistant pourrait au-delà d'augmenter l'offre de soins, améliorer la qualité de vie du médecin.

En effet le travail avec un assistant permettrait à la fois de rendre le quotidien plus facile et plus agréable, mais aussi d'offrir plus de temps libre au médecin, lui permettant s'il le souhaite de se consacrer à sa vie extra-professionnelle.

Dans le contexte actuel où les praticiens se décrivent parfois en difficulté, l'amélioration de leurs conditions de travail ne doit pas être minimisée.

Un nouveau point de vue sur le patient

On sous-estime probablement cet apport qui n'est pas encore quantifiable : les bienfaits du rapport qu'entretiendra l'assistant avec le patient.

Grâce à une sensibilité différente, le patient pourrait partager certains problèmes qu'il aurait du mal à évoquer avec le médecin.

S'il devient un acteur du système de santé, l'assistant, tenu au secret professionnel au même titre que tout soignant, pourrait apporter un point de vue extérieur sur l'évaluation du patient, devenir lui aussi un confident et suggérer ou soumettre des problèmes au médecin, concernant la surveillance, la prise en charge, la tolérance des traitements, etc.

Le modèle d'assistant dans notre quotidien

La consultation « standard » avec l'assistant

Un modèle théorique d'assistant médical est extrapolable grâce aux réponses de notre enquête. Ce poste devrait idéalement pouvoir répondre aux attentes des praticiens dès la fin de sa formation.

Nous avons choisi de présenter une consultation « type » de travail avec l'assistant :

Il travaille en autonomie, en priorité auprès des médecins pratiquant en désert médical, dans un espace dédié ou au secrétariat. Nous pouvons l'imaginer dans une salle annexe, proche de la salle d'examen du médecin, ou encore avec un fonctionnement à deux salles d'examen, le médecin et l'assistant alternant entre les deux et travaillant séparément.

L'assistant accueille le patient, l'aide à se déshabiller, le pèse, le mesure si besoin. Il mesure aussi le périmètre crânien chez l'enfant, complète le carnet de santé et intègre les données dans le logiciel médical.

Il vérifie au passage que le patient adulte réalise les dépistages organisés, il délivre par exemple l'Hémocult si besoin.

Il s'assure que le statut vaccinal des adultes et des enfants est à jour.

Il peut aussi regarder si les patients chroniques réalisent leurs surveillance biologique (HbA1c et INR par exemple).

Il peut aussi prendre la tension et les constantes, en fonction des souhaits du médecin.

Le patient est ensuite pris en charge par le médecin pour la consultation.

L'assistant peut être sollicité à la demande du médecin durant la consultation pour :

- ⊗ Réaliser un électrocardiogramme, un streptotest, une bandelette urinaire ou un pansement par exemple ;
- ⊗ Préparer le matériel et aider le médecin au cours d'un geste (suture, infiltration, frottis) ;
- ⊗ Dépister les troubles auditifs et visuels chez l'enfant ;
- ⊗ Évaluer le patient à l'aide d'une grille normalisée (par exemple un bilan de démence avec un MMSE, ou une dépression avec l'échelle d'Hamilton).

En parallèle, l'assistant peut être en charge du standard et de la gestion du planning. Il évalue la nécessité d'une consultation urgente et peut aussi aider les patients à prendre rendez-vous chez les spécialistes, organiser les examens complémentaires, hospitalisations, etc.

Il réceptionne et trie le courrier, les comptes rendus et les biologies, interpelle le médecin en cas d'anomalie notable (par exemple une INR déséquilibrée ou une CRP élevée) puis scanne et intègre les documents dans le dossier informatique du patient.

En fonction des souhaits du médecin, il gère la comptabilité et la facturation. À la fin de la consultation, l'assistant peut coter un acte sur la feuille de soin, réaliser le tiers-payant et encaisser les frais de la consultation. Il connaît les différentes caisses et régime de sécurité sociale, il sait vérifier la comptabilité et peut relancer les impayés.

L'assistant a des connaissances sur la prise en charge des soins en France, il peut accompagner et guider le patient dans ses démarches : demandes ou renouvellement d'ALD, dossiers MDPH, accident de travail et maladie professionnelle, expliquer ce qui est remboursé ou non.

Il peut par ailleurs réaliser un inventaire et gérer les stocks de matériel du cabinet (ordonnances, certificats, matériel pour les gestes, etc.).

Cette consultation « type » paraît lourde en charge de travail pour l'assistant, mais sera en réalité modulée en fonction des souhaits du médecin. Il nous paraît peu probable que l'assistant soit en charge de toutes ces fonctions en même temps.

Les connaissances et la formation de l'assistant

Le modèle d'assistant extrapolé de nos réponses suggère aussi qu'un minimum de connaissances, à la fois médicale et administratives est nécessaire. Nous supposons donc que l'assistant doit être formé dans ces domaines :

- ⊗ Connaissances « administratives » :
 - Gestion et comptabilité ;
 - Utilisation des différents logiciels médicaux ;
 - Cotation des actes les plus fréquents en médecine générale ;

- Les différentes prise en charge en France (ALD, AT/MP, CSS, maternité...);
- Modalités de rédaction des certificats les plus fréquents (AT/MP, non contre-indication, etc.);
- Le régime général et les spécifiques ;
- Les mutuelles.

⊗ Connaissances « médicales » :

- Calendrier vaccinal de l'enfant et de l'adulte ;
- Dépistages organisés : âge, fréquence, réalisation ;
- Savoir peser et mesurer la taille et le PC d'un nourrisson ;
- Savoir mesurer les constantes : TA, FC, saturation en oxygène, glycémie capillaire. C'est-à-dire savoir utiliser un tensiomètre, un saturomètre, un dextro, et savoir quand le notifier au médecin en cas d'anomalie importante ;
- Modalités de réalisation et matériel nécessaire pour les actes les plus fréquents en médecine générale : ECG, Streptotest, BU, frottis, sutures, infiltrations ;
- Signification des résultats des bilans sanguins, savoir interpeller le médecin devant une anomalie biologique : INR, TSH, HbA1c ou de marqueurs tumoraux par exemple ;
- Connaître les motifs « urgents » de consultation : douleur thoracique, dyspnée ou déficit neurologique par exemple.

Comment favoriser l'intégration de l'assistant

Le modèle proposé précédemment n'est qu'un archétype qui pourrait convenir à nos répondants, et potentiellement aux médecins généralistes français.

En comparant l'assistant médical français avec les autres pays, on observe que notre assistant n'est pas calqué sur le « Physician Assistant » observé en Amérique du Nord, mais plutôt au « Medical Assistant » ou à l'assistant médical Suisse.

Le projet d'assistant médical français reste tout de même humble en comparaison de nos voisins suisses, chez qui l'assistant est en charge de plus de missions.



Les résultats de notre enquête nous laissent face à une ambiguïté :

L'avis global semble largement favorable au concept lorsqu'on interprète l'ensemble des questions et les nombreux commentaires en faveur de l'assistant. En revanche nous constatons avec surprise que les projets de recrutement sont rares.

Les réponses liées aux obstacles concernant le travail avec un assistant mettent en évidence des craintes financières et des infrastructures inadaptées, mais elles soulèvent aussi une question éthique : les médecins généralistes français sont-ils prêts à « partager » leurs patients et à laisser un autre soignant prendre de la place dans leurs cabinets ?

La principale crainte de nos répondants est une perte de proximité avec leurs patients, et cela se ressent dans certains commentaires.

L'introduction de l'assistant dans notre système nous oriente-t-il vers une médecine « d'abattage » ? Où les actes s'enchaînent et la fréquence des consultations augmentent, au détriment de la confiance que nous offre les patients. La situation actuelle et future de l'offre de soins en France rend-elle légitime la question d'une médecine « d'abattage » ?

Cette question n'a probablement pas de réponse simple, car elle dépend de l'opinion du médecin, certains trouveront dans l'assistant une évolution positive des pratiques, tandis que d'autres penseront que c'est une trahison au serment d'Hippocrate.

Mise à part la question éthique, nous proposons des pistes pouvant rassurer les médecins sur le plan financier.

Afin de mieux intégrer l'assistant au système de santé français, le gouvernement, les syndicats et/ou l'Assurance Maladie pourrait par exemple :

- Expliquer le dispositif et le financement, qui ne semble pas compris par l'ensemble de nos répondants.
- Modifier les critères du contrat :
 - ➔ Augmenter le financement proposé.
 - ➔ Diminuer ou adapter l'objectif d'augmentation de patientèle.
- Éclaircir des points d'ombres, comme la formation de l'assistant médical et l'organisme / la personne ou l'entité qui financera cette formation.
- Rassurer les praticiens concernant la place de l'assistant : c'est le médecin qui décide du rôle de l'assistant dans la consultation.

La modification du contrat avec la CPAM nous semble peu probable car les négociations visant à préciser les conditions de recrutement des futurs assistants (l'avenant n°7) avait déjà suscité beaucoup de débat entre la CNAM et les syndicats.

Tous ces éléments pourraient faciliter et accélérer l'intégration de l'assistant à notre système de santé. L'engouement global de nos répondants suggère qu'il fera à terme partie intégrante de la médecine générale.

Conclusion

En France, le médecin généraliste est la pierre angulaire du système de santé, en particulier le médecin traitant.

La médecine générale française de 2020 paraît en difficulté. Elle fait face à de nombreux défis contemporains et futurs, comme le manque de praticien et une demande de soins croissante liée au vieillissement de sa population.

Fort heureusement la médecine évolue, en cherchant des solutions aux problèmes que rencontrent les patients et les médecins dans leur quotidien.

Annoncé dans le texte de loi « Ma santé 2022 », le poste d'assistant médical a pour objectif de décharger les médecins d'actes qui peuvent être délégués afin que ces derniers puissent se libérer du temps et se consacrer sur la base de leur métier.

L'assistant est déjà un acteur à part entière, intégré dans de nombreux systèmes de santé étrangers, et il n'y a à priori pas d'obstacle culturel ou sociétal pouvant freiner son entrée dans le système de santé français.

Notre enquête a démontré que la création du poste d'assistant est acceptée avec enthousiasme par les praticiens : les médecins et internes de médecine générale ayant répondu à notre enquête semblent en majorité favorables au concept et souhaitent déléguer de nombreuses tâches de leur quotidien, pour pouvoir aider plus de patients et se recentrer sur la base de leur métier.

En revanche, notre étude nous confronte à une curieuse ambivalence : malgré un enthousiasme apparent vis-à-vis de la délégation de tâches, les projets de recrutement dans notre population sont rares.

Notre enquête soulève plusieurs pistes quant aux causes de ce refus : tout d'abord éthique, les praticiens craignant de prendre trop de distance face aux patients, mais il semble aussi que le modèle de financement ne convienne pas ou ne soit pas compris par nos répondants.

Par ailleurs, notre analyse statistique tend à laisser penser qu'il n'existe pas de profil « type » de médecin qui travaillera avec l'assistant, et que les praticiens de tous âges, quel que soit leur genre, sont intéressés ou bien opposés au concept.

Nous avons aussi suggéré les axes principaux de la formation de l'assistant afin qu'il puisse répondre aux attentes des médecins.

Cependant, notre enquête souffre de plusieurs biais, d'une puissance faible et d'une population non représentative. Une étude de plus grande ampleur pourrait confirmer nos suppositions.

Enfin, l'avis du patient sur ce sujet est primordial, est-il prêt à passer moins de temps avec son médecin traitant ? La présence de l'assistant dénature-t-elle la médecine générale ?

Une enquête sur le point de vue des patients à ce sujet nous semble souhaitable, l'assistant médical doit aussi être accepté par les patients pour pouvoir vraiment s'intégrer dans les pratiques.

Dr Raphaël ABT

➔ Sexologie : Une spécialité méconnue ?

Enquête auprès des professionnels de santé sur leur connaissance de cette discipline et ses acteurs

Résumé : La sexualité tient une place importante dans la vie des individus. Les professionnels de la santé jouent un rôle important en conseillant ou en orientant leurs patients qui confient des problèmes sexuels. L'objectif principal de cette enquête était d'évaluer la perception qu'ont les professionnels de santé sur la sexologie ainsi que sur les professionnels qui l'exercent, en France.

Méthodologie : Cette étude a utilisé un questionnaire en ligne diffusé notamment sur des sites médicaux et sur les réseaux sociaux. Le questionnaire de l'enquête comprend 30 questions fermées concernant la sexologie et les acteurs de cette spécialité. Les professionnels de santé visés par cette enquête sont les médecins généralistes ou spécialistes, les sages-femmes, les infirmiers, les aides-soignants, les psychologues et psychothérapeutes.

754 réponses ont été recueillies, 642 ont pu être exploitées et analysées.

Résultats : Une majorité de répondants ne connaissent pas le concept de santé sexuelle bien qu'ils soient confrontés à des plaintes d'ordre sexuel de leurs patients. Très peu jugent leurs compétences dans le domaine de la sexualité comme étant totalement suffisantes et beaucoup adresseraient volontiers. Cependant les sexologues, notamment la formation, leur exercice pratique ou leur visibilité dans les réseaux professionnels sont méconnus. La sexologie est plutôt perçue de façon positive par les soignants ayant participé.

Conclusion : En France, bien que les professionnels de santé interrogés reconnaissent la demande des patients concernant la sexualité, ils ont une connaissance incomplète du sujet et des professionnels exerçant la sexologie. Définir, encadrer, homogénéiser, promouvoir la sexologie et ses spécialistes en France, semble donc être une nécessité importante pour guider et améliorer la prise en charge des patients qui consultent pour des problèmes concernant leur sexualité.

Il y a maintenant plus de 20 ans, au cours de ma dernière année d'études de sage-femme j'ai découvert une discipline dont j'ignorais totalement l'existence : la sexologie ! Je n'en avais jamais entendu parler, je ne pensais pas qu'il puisse y avoir des « professionnels » dans ce domaine... du moins des thérapeutes professionnels ! Les quelques heures d'enseignement théorique qui m'ont été dispensées à cette époque m'ont passionnée !

Puis au cours de mes 20 ans d'exercice en tant que sage-femme hospitalière je me suis trouvée régulièrement confrontée à des plaintes d'ordre sexuel de la part des patientes.

En cours de grossesse, en post-partum, dans les suites d'une IVG ou même tout simplement lors du suivi gynécologique.

Ma formation initiale ne contenait que peu de cours de sexologie et je ne me sentais pas suffisamment qualifiée pour leur apporter l'aide qu'elles sollicitaient.

Il m'est donc venu très naturellement dans ce contexte le désir de me former en sexologie et de préparer le DIU de sexualité humaine.

Seulement, force m'a été de constater que l'évocation de cette formation a très souvent suscité chez mes interlocuteurs des réactions diverses et variées mais pour le moins surprenantes ! Des sourires lourds de sous-entendus, une gêne, des commentaires grivois, des questions parfois déroutantes sur cette spécialité... Je vous avoue même m'être parfois demandé, aux vues des regards qui m'étaient lancés, si l'exercice de la sexologie n'était pas assimilé à de la prostitution !!

Que le sujet soit évoqué avec des amis, de la famille ou même des professionnels du milieu soignant, les réactions, les interrogations m'ont rapidement amenée à m'interroger : mais que savent donc les gens, et notamment les professionnels de la santé, de cette spécialité qu'est la sexologie? Quelles connaissances ont-ils des professionnels qui l'exercent ? Que savent-ils de leur formation, de leur modalités d'exercice? Ont-ils dans leur pratique quotidienne des patients qui auraient besoin d'avoir recours à un de ces spécialistes ? Adressent-ils aux sexologues le cas échéant ?

C'est ainsi que me sont venues l'idée et l'envie de mener cette enquête dans le cadre de la réalisation

*de mon mémoire de fin d'études.

La sexologie

Une recherche internet pour trouver la définition de « sexologie » amène très vite à la réponse d'une encyclopédie universelle qu'est Wikipédia : « La sexologie est l'étude de la sexualité humaine et de ses manifestations. Elle étudie tous les aspects de la sexualité, à savoir le développement sexuel, les mécanismes des rapports érotiques, le comportement sexuel humain et les relations affectives, en incluant les aspects physiologiques, psychologiques, médicaux, sociaux et culturels ».

Il existe de nombreuses autres définitions de cette pratique, notamment celle de Haerberle et Gindorf qui considèrent la sexologie « comme science sexuelle qui recouvre un champ plus vaste que la sexologie médicale ou la médecine sexuelle. Ces dernières sont des pratiques de haut niveau scientifique qui traitent surtout des perturbations et des pathologies de la sexualité, La sexologie médicale est l'un des importants domaines de la sexologie, au même titre que la socio-sexologie, l'ethnosexologie, l'éducation sexuelle, les différentes formes de conseils et de thérapies sexuels ainsi que les autres domaines de la recherche et de la pratique sexologique. Ensemble elles constituent le corpus de la sexologie ». Cette définition est reprise en introduction de l'enquête de 2001 Giami et de Colomby.

Yves Ferroul quant à lui désigne plus récemment la sexologie comme étant « l'étude des éléments qui concourent à la réalisation d'une sexualité

hédoniste – non reproductrice – épanouie, ou qui l'entravent, voire la rendent impossible. Elle comprend une partie médicale (la connaissance du fonctionnement du corps et du cerveau) mais aussi une partie psychologique, anthropologique, éthologique, philosophique, ethnologique, sociologique, culturelle et historique ».

Quant à Hesnard il définit la sexologie comme étant « la science de la sexualité, c'est-à-dire cette branche de la biologie (au sens le plus large) qui a pour objet l'ensemble des faits biologiques et spécialement humains, en rapport direct avec la notion de sexe ».

L'intérêt pour la sexualité est une réalité ancienne ! Si la sexologie en tant que science humaine est relativement récente, elle s'inscrit pourtant dans une histoire millénaire. Dès le V^e siècle avant JC de nombreux personnages illustres tels que **Hippocrate**, **Aristote** ou **Ovide** notamment se sont intéressés au sujet de la sexualité :

- Hippocrate, médecin grec, décrit le mécanisme de l'érection et de l'éjaculation qui est repris au IV^e siècle avant JC par le philosophe Aristote.
- Ovide, poète latin qui publie « l'art d'aimer », œuvre qui se veut être une initiation à l'art de l'amour et de la séduction.

Plus tard, de nombreux textes du théologien et philosophe chrétien **Saint Augustin** serviront

de bases à la doctrine religieuse chrétienne sur la sexualité et le couple : seule la sexualité conjugale à visée procréatrice est acceptable. Au fil des siècles suivants le sujet de la sexualité humaine ne cesse d'être étudié et les connaissances dans ce domaine ne cessent de s'enrichir : Au XV^e siècle avec notamment **Léonard de Vinci** qui publie en 1502 « Les feuillets de la génération : anatomie du coït ».

➤ Au XVI^e siècle :

- **Ambroise Paré** décrit l'érection en décrivant pour la première fois la présence de sang dans le pénis.
- **Gabriel Fallope**, chirurgien anatomiste italien décrit le clitoris, sans toutefois faire de description de ses fonctions.

➤ Au XVII^e siècle :

- **Jacques Ferrand**, Docteur en droit et en médecine est un des premiers médecins à avoir une démarche clinique et une prescience psychologique.
- **Nicolas Venette**, parfois qualifié de « premier sexologue », écrit en 1675 le « traité de la génération de l'homme ou de l'amour conjugal ». Dans cet ouvrage il partage son avis de médecin sur son expérience de la souffrance conjugale observée dans sa pratique quotidienne et n'évite aucune des questions que se posent les hommes et les femmes sur les relations intimes.

→ Le XVIII^e siècle est caractérisé par l'apparition de la condamnation de la masturbation.

- A cette époque la médecine « hygiéniste » fournit à l'église les arguments scientifiques pour combattre les pulsions sexuelles avec notamment la parution de « Onania ou le péché infâme de la souillure de soi » du **Dr Bekkers** ou encore le « testamen de morbis ex manustupratione », essai sur les maladies induites par la masturbation de **Samuel Auguste Tissot**.
- Le mécanisme vasculaire de l'érection est démontré, entre autres, par **John Hunter** qui sera le premier à distinguer l'impuissance organique de celle de l'imagination (1756).

➤ Au XIX^e siècle, siècle puritain par excellence

- **Auguste Debay** publie en 1848 « Hygiène et physiologie du mariage », un ouvrage de vulgarisation sexologique dans lequel sont donnés des informations précises et des conseils d'ordre sexuel.
- La première description scientifique du coït est publiée par Félix Roubaud en 1855 dans son « traité de l'impuissance et de la stérilité chez l'homme et chez la femme ».
- En 1886, c'est **Richard Von Kraft Ebing** qui publie une étude médicale sur les troubles sexuels : « Psychopathia sexualis ». Les pratiques sexuelles inhabituelles, les perversions, l'homosexualité, l'érotomanie, le sadisme sont dès lors considérées comme des maladies psychiatriques, sont marginalisées et une notion de « norme » de la sexualité en découle.

➤ Depuis le début du XX^e siècle : Selon Philippe Brenot la sexologie se développe surtout à partir de cette période et peut être divisée en cinq périodes successives : l'origine (1880-1914), la période de maturation (1914-1939), la période expérimentale (1940-1968), la période clinique (1968-1980) et enfin la sexologie moderne (1980-2010).

➤ L'origine de 1880 à 1914

Outre Richard Von Kraft Ebing suscité pour son étude, les deux grandes figures qui vont asseoir les fondements de la pensée sur la sexualité grâce à leurs travaux sont **Sigmund Freud** et **Henry Havelock Ellis**.

Sigmund Freud, avec la publication en 1905 de « Trois essais sur la théorie de la sexualité ». Dans cet ouvrage le médecin abandonne la conception sexologique de la sexualité pour une approche sexologique de la sexualité. En arrachant la libido sexualis à la jouissance des médecins, Freud en fait le déterminant de la psyché humaine.

Il introduit également le concept de sexualité infantile et propose d'expliquer l'évolution de l'enfant à travers des caractères pulsionnels

d'ordre sexuel qui vont évoluer au travers de plusieurs stades psychoaffectifs pour aboutir ensuite à la sexualité génitale adulte. C'est aujourd'hui une base théorique importante en psychologie clinique et pédopsychiatrie. **Havelock Ellis** quant à lui effectue un énorme travail : les « Etudes de psychologie sexuelle » en 14 volumes, qui constitue une des plus importantes sommes de connaissances sur la sexualité humaine dans ses composantes informationnelle, éducationnelle et thérapeutique. A noter que c'est au cours de cette période, en 1911 que le terme de sexologie est mentionné pour la première fois (**Sirius de Massilie** : « la sexologie : prédiction du sexe des enfants avant la naissance) mais à cette époque il n'a pas le sens qu'on lui prête aujourd'hui et fait référence à une technique permettant de déterminer le sexe de l'enfant à naître.

🕒 La période de maturation : 1914-1939

La période entre les deux guerres mondiales voit se développer les fondations des premières institutions spécifiques à la sexologie :

- En 1919 le premier Institut d'études sexuelles est créé à Berlin par Magnus Hirschfeld. Deux ans plus tard s'y déroulera le premier congrès international sur la sexualité.
- En 1920 *l'institut de pathologie sexuelle de Prague* voit le jour, alors qu'en France est promulguée la même année une loi visant à interdire l'avortement, la contraception et toute information sexuelle.
- En 1927 **Havelock Ellis** et **Magnus Hirschfeld** créent la *Ligue mondiale pour la réforme sexuelle* qui se réunit à Copenhague en 1928. L'objectif est d'obtenir l'égalité sociale et juridique des sexes, le droit à la contraception et à l'éducation sexuelle.
- L'association d'études sexologiques, ouvre ses portes en 1931 à Paris sur l'initiative du Dr Toulouse. Le terme sexologie est cette fois employé au sens actuel.

- Dans les années 1930 sont fondées par **Wilhelm Reich** la *Société socialiste d'information et de recherche sexuelles* et l'*Association allemande pour une politique sexuelle prolétarienne*. Reich militait pour un changement radical des mœurs sexuelles afin de lutter contre le rôle de la famille coercitive et la répression de la sexualité, facteurs inhibiteurs et pathogènes (Analyse caractérielle, 1933). Son discours contribuera beaucoup à l'évolution des mœurs dans cette période d'avant guerre, grâce à ses prises de positions antifascistes notamment.

Les connaissances et découvertes scientifiques continuent de s'étendre et permettent l'invention du stérilet en 1928 (par **Ernest Grafenberg**) et la méthode contraceptive basée sur l'observation du cycle : la méthode Ogino (décrite en 1931 par **Kiusaku Ogino**) alors qu'en parallèle le Pape condamne l'usage de la contraception même dans le cadre du mariage. A cette époque la sexologie est née, en tant que science, même si elle manque encore de méthode et d'expérience.

Les mentalités évoluent et les publications abordant la sexualité, même en dehors du strict cadre médical, se multiplient :

- « Le mariage parfait » de Théodore Van de Velde, ouvrage visant à déculpabiliser les rapports intimes du couple par un discours inhabituel pour l'époque et qui a rencontré un grand succès populaire.
- « L'amant de Lady Chatterley » de D.H. Lawrence en 1932, roman pour le moins controversé.
- « L'éducation du couple » d'Hannah et Abraham Stone en 1935.
- « Histoire de sexe » de Louis Vignon en 1935,
- « Faits et documents sexologiques » de Monique Heine en 1936.
- « Ce qu'il faut oser dire ! Amour, fécondation... ; et avortement, fléau social » de A. Rémond en 1937.
- ...

➤ La période expérimentale : 1940-1968

Cette période est caractérisée par les premières véritables études en matière de sexualité et la libération sexuelle, elle-même étroitement liée à la montée du féminisme, à la dépénalisation de l'avortement et enfin à l'arrivée de la contraception orale. Parmi les figures importantes en sexologie de cette période citons **Henry Miller**, écrivain combattant le puritanisme anglo-saxon et instigateur de la révolution sexuelle avec plusieurs œuvres comme « Le Monde du sexe » ou sa trilogie « Sexus » (1949), « Plexus » (1952), et « Nexus » (1959).

En parallèle le mouvement féministe s'amplifie comme en témoigne le nombre de publications importantes telles que « La psychologie des femmes » d'**Helen Deutch** (1945 et 1946), « Le Deuxième sexe » de **Simone de Beauvoir** en 1949, « La sexualité de la femme » de **Marie Bonaparte** et « Le complexe de Diane » de **Françoise d'Eaubonne** en 1951. Dans ce contexte, deux importantes études descriptives sur le comportement sexuel de l'homme et de la femme, menées sur un énorme échantillonnage de plus de douze mille individus, sont publiées par **Alfred Kinsey**, professeur de biologie :

- « Sexual Behavior in the Human Male » en 1948 : ce rapport objectif et statistique permet notamment d'accorder un crédit à des pratiques sexuelles qui jusqu'alors étaient considérées comme marginales et déviantes (homosexualité, masturbation, fellation, cunnilingus, etc.).
- « Sexual Behavior in Human Female » en 1953 : rapport qui donne une vision moderne de la sexualité féminine (sexualité intimiste, personnelle et autoérotique) et dans lequel sont publiés les résultats de son étude sur l'orgasme notamment.

La démarche de Kinsey constitue une rupture d'une part avec la sexologie clinique du siècle précédent qui se focalisait sur les "déviances", d'autre part, avec la théorie freudienne de la sexualité, et les modes d'appréciation de la sexualité fondés sur la morale religieuse, la médecine ou la criminologie.

Selon Alain Giami, chercheur en sciences sociales, « Kinsey fait entrer la sexualité dans le champ des sciences naturelles en tirant son argumentation de la zoologie, de la biologie, et de la physiologie et en ayant recours à la statistique et à des facteurs d'ordre sociologique. Il se situe cependant dans le droit-fil de la modernité sexuelle fondée sur la reconnaissance du caractère positif de l'activité sexuelle dont il veut élaborer une connaissance essentiellement descriptive des pratiques effectives, dépourvue de toute connotation morale et de tout jugement à priori. » **William Masters**, gynécologue et **Virginia Johnson**, psychologue vont ensuite réaliser le seul travail d'observation « in vivo » de la sexualité humaine de l'histoire de l'humanité. Ils observent pendant onze ans 694 individus ayant des rapports sexuels, soit plus de 10000 cycles sexuels complets. A l'issue de ce travail d'envergure ils publient en 1968 en France « Les réactions sexuelles ». La physiologie et les modifications physiologiques de l'acte sexuel sont désormais connues. Ils définissent notamment les quatre phases de la réponse sexuelle (excitation, plateau, orgasme et résolution) communes aux deux sexes. Grâce aux approches zoologique et sociologique de Kinsey, médicale et psychologique de Masters et Johnson de la sexualité humaine, les bases constituant la sexologie sont définies et la sexologie peut entrer dans sa période clinique.

➤ La période clinique : 1968-1980

Ce sont Masters et Johnson qui initient cette période clinique. Grâce à l'expérience acquise au cours de leur longue phase expérimentale ils mettent au point des propositions thérapeutiques pour traiter les dysfonctions sexuelles et innove en introduisant la notion de cothérapie de couple. Ils publient en 1971 en France l'ouvrage « Les mésententes sexuelles » qui représente le véritable point de départ de la sexologie clinique.

D'autres ouvrages d'importance vont être publiés sur cette période dont :

- « Le sexe de la femme » (1966) et « La fonction érotique », en trois volumes (1972) et « Abrégé de sexologie » (1976) de **Gérard Zwang**.
- « Le guide du couple » (1969) par **Pierre Vellay**.
- « Le sexe en questions » de **Jacqueline Kahn-Nathan et Gilbert Tordjman** ainsi que « Cette chose là » d'**Hélène Michel-Wolfromm** en 1970.
- « Clefs pour la sexologie » (1972) de **Gilbert Tordjman**.
- « Introduction à la sexologie médicale » (1974) de **Georges Abraham et Willy Pasini**.
- « Nouvelle thérapie sexuelle » (1974) et « Les troubles du désir » (1978) de **Helen Kaplan**.
- « Rapport sur la sexualité féminine » (1976) par **Shere Hite**.

C'est également au cours de cette période, en 1974 qu'est fondée la Société Française de sexologie Clinique (SFSC) qui fonctionne à la fois comme une société savante et un institut de formation. La même année se déroule le premier congrès mondial de sexologie médicale qui donnera naissance plus tard à la World Association of Sexology en 1978 (WAS).

- ② La sexologie moderne : à partir de 1980
Suite aux travaux de Kinsey et Masters et Johnson, de grandes écoles de sexologie se développent aux Etats-Unis d'abord, puis au Canada, en Europe du Nord, Scandinavie, Europe du Sud, France et pays latins. Cette période est notamment marquée par la mise au point de thérapeutiques pharmacologiques, notamment dans le traitement des troubles de l'érection, avec les injections intra-caverneuses et les IPDE5. Les modalités d'accès à la sexologie, ses acteurs, ses applications seront développées plus loin dans ce travail.



Comme mentionné précédemment la première instance de sexologie fondée en France a été la Société Française de Sexologie Clinique (SFSC) le 17 mai 1974. Elle est à l'origine de la publication des « Cahiers de sexologie clinique ». La seconde grande société savante dans le domaine de la sexologie est l'Association Inter-Hospitalo-Universitaire de sexologie (AIHUS) qui est créée en 1983 et qui deviendra l'Association Interdisciplinaire Post-Universitaire de Sexologie en 2012. Ce sont ces sociétés savantes qui ont conçu et mis en œuvre l'enseignement de la sexologie, pour lui donner ensuite une dimension nationale et universitaire. Elles ont aussi créé « Sexologies », la revue scientifique des Sexologues français et européens. Elles ont publié des recommandations à tous les praticiens pour la prise en charge thérapeutique de la dysfonction érectile, œuvré à mettre en place la formation continue pour les médecins et les non médecins. Ces deux grandes instances de la sexologie se sont regroupées pour former la Fédération Française de Sexologie et Santé Sexuelle (FF3S). Il convient de souligner également l'existence du syndicat national des médecins sexologues (SNMS) qui a pour vocation de regrouper les médecins exerçant la sexologie, de défendre cette profession et de la faire connaître auprès du public, des confrères et des autorités. Il compte plus d'une centaine de praticiens de diverses spécialités (médecine générale, angiologie, endocrinologie, gynécologie, psychiatrie, urologie) qualifiés en sexologie.

La santé sexuelle

C'est en 1972 que l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) reconnaît pour la première fois l'existence du concept de santé sexuelle qui doit respecter trois critères :

- La capacité de jouir et de contrôler le comportement sexuel et reproductif en accord avec l'éthique personnelle et sociale.
- La délivrance de la peur, la honte, la culpabilité, les fausses croyances et les autres facteurs psychologiques pouvant inhiber la réponse sexuelle et interférer sur les relations sexuelles.
- L'absence de troubles, de dysfonctions organiques, de maladies ou d'insuffisances interférant avec la fonction sexuelle et reproductive.

En 1974 l'OMS précise sa définition de la santé sexuelle : « La santé sexuelle est l'intégration des aspects somatiques, affectifs, intellectuels et sociaux de l'être sexué, de façon à parvenir à un enrichissement et un épanouissement de la

personnalité humaine, de la communication et de l'amour. ». Cette définition est de nouveau modifiée en 2005 par l'OMS : « La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et sociétal relié à la sexualité. Elle ne saurait en aucun cas être réduite à l'absence de maladies, de dysfonctions ou d'infirmités.

La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences plaisantes et sécuritaires, sans coercition, discrimination et violence. Pour réaliser la santé sexuelle et la maintenir, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et assurés. ». La définition actuelle de l'OMS est aujourd'hui posée comme fondement pour la mise en place de programmes de santé publique dans plusieurs pays. En France, où comme dans l'ensemble des pays de l'Union européenne on promeut la santé sexuelle, c'est à l'institut national de la prévention et de l'éducation sexuelle (Inpes), que revient cette mission.

Les sexologues en France

dans notre pays l'utilisation du titre de « sexologue » ou sexothérapeute n'est pas réglementée. Ainsi quiconque peut se déclarer comme étant l'un ou l'autre, avec ou sans formation spécifique. Cependant, il existe désormais davantage de réglementations encadrant ce titre, ce qui permet de limiter, sans l'exclure totalement, la pratique de la sexologie par des personnes n'ayant pas de formation reconnue par les instances de la discipline. Le seul diplôme reconnu par l'Ordre national des médecins est le diplôme inter-universitaire de sexologie (DIU de sexologie) qui est proposé dans 11 universités en France. Ce diplôme, d'une durée de 3 ans, n'est ouvert qu'aux médecins car en effet, en France, les formations reconnues en sexologie ne sont accessibles qu'à des personnes ayant une formation initiale. Seuls les médecins qui valident ce DIU peuvent porter le titre de sexologue et l'apposer sur leurs

ordonnances, leurs plaques et dans les pages jaunes depuis la parution en avril 1997 des circulaires du conseil de l'Ordre des médecins n°98.009 et 98.018. Cependant, les professionnels de santé « non médecins » ont également la possibilité de se former en sexologie. Un DIU d'étude de la sexualité humaine, d'une durée de 3 ans également, est ouvert aux infirmiers, kinésithérapeutes, pharmaciens, psychologues, psychomotriciens et sages-femmes. Enfin, un diplôme universitaire (DU) de santé sexuelle d'une durée de deux ans est quant à lui ouvert aux professionnels d'autres domaines que la santé : les éducateurs, enseignants, conseillers conjugaux. Les professionnels formés en sexologie mais n'étant pas médecins seront plus volontiers qualifiés de sexothérapeutes bien qu'il ne leur soit pas légalement interdit d'utiliser le titre de sexologue.

D'ailleurs en pratique, les sociétés savantes que sont l'AIUS et la SFSC proposent des annuaires de sexologues qualifiés dans lesquels sont également référencés des thérapeutes qualifiés mais non médecins. De même, un médecin ayant validé son DIU peut se présenter comme un sexothérapeute s'il le souhaite.

Ces deux DIU sont donc des formations complémentaires d'une profession qualifiante initiale mais ne sont pas « professionnalisants ». Ils permettent d'acquérir un savoir-faire de qualité indispensable venant combler les lacunes des formations initiales dans le domaine de la sexualité. Ils s'appuient sur un programme national et ont pour but de donner les connaissances théoriques et cliniques permettant d'évaluer, diagnostiquer et prendre en charge une difficulté sexuelle.

Le programme d'enseignement, commun aux deux DIU, comporte quatre grands chapitres :

- **Les fondements de la sexualité humaine :** histoire de la pensée sexologique, anthropologie et sexualité, éthologie, sociologie et sexualité, religions et sexualité, esthétique et sexualité.
- **Les bases sexologiques :** biologie (anatomophysiologie, neurobiologie du désir et du plaisir, hormones et comportements sexuels), identité (développement psychosexuel de l'enfant, identité et orientation sexuelle, rôles masculins et féminins), cycles de vie (adolescence, reproduction, ménopause, andropause, vieillissement) et l'imaginaire et l'érotique.
- **Les connaissances cliniques :** la consultation en sexologie (demande et symptôme, l'examen clinique, le bilan organique, la relation soignant-patient), les dysfonctions sexuelles (masculines : troubles de l'éjaculation, de l'érection, dyspareunies ; féminines : vaginisme, trouble de l'orgasme, dyspareunies ; du couple ; les troubles du désir), la psychopathologie (névroses, psychoses, psychopathies, paraphilies), le transsexualisme, les aspects organiques (interactions des pathologies organiques, anomalies anatomiques et organiques, troubles iatrogènes), les explorations organiques, les MST (maladies sexuellement transmissibles), handicap et sexualité, conceptions psychosomatiques de la sexualité.

- **Les approches thérapeutiques :** les traitements (sexothérapies, traitements médicaux, chirurgicaux), l'évaluation thérapeutique, l'éthique en sexologie, le conseil, l'information et l'éducation objectifs de l'éducation sexuelle, le concept de santé sexuelle et le rôle de l'éducateur dans le conseil sexologique).

La réalisation et la validation d'un mémoire ainsi que le suivi d'un minimum d'heures de stages doivent être justifiés par l'étudiant pour valider son DIU de sexologie ou d'étude de la sexualité humaine. Ces stages consistent à participer à des consultations de sexologie avec des sexologues ou sexothérapeutes diplômés et expérimentés, en la réalisation d'ateliers et jeux de rôles permettant des mises en situation de consultation. Les médecins et non médecins qui préparent deux DIU d'intitulés différents suivent donc les mêmes cours et passent les mêmes examens. Il existe d'autres diplômes privés, non reconnus qui assurent toutefois une formation solide dispensée par des médecins ou psychologues sur 2 ou 3 ans, comme l'Institut de Sexologie (Diplôme d'Études Appliquées de sexologie, ouvert à toutes les professions de santé) ou l'École de psychosexologie. D'autres organismes proposent des formations à distance, par correspondance. Ces formations ne sont donc pas reconnues par les instances de sexologie mais apparaissent pour autant en réponse lors d'une recherche internet « comment devenir sexologue »... Soulignons que quels que soient la formation ou le diplôme obtenu, il est primordial que le professionnel en sexologie veille à approfondir ses connaissances dans les domaines inhérents à cette spécialité (médical, psychologique, sociologique, anthropologique et légal).

Les trois niveaux d'intervention décrits en 1975 par l'OMS pour l'enseignement en sexologie sont l'information et l'éducation, le conseil ou counseling et la thérapie sexuelle. Le sexologue n'a donc pas comme seule prérogative de prendre en charge des patients présentant des difficultés sexuelles. Peu de travaux sociologiques ont été effectués sur la profession de sexologue en France.

Comme cela a été décrit précédemment dans ce travail le titre de sexologue n'est pas protégé, c'est pourquoi il n'y a pas d'obligation à adhérer à une organisation professionnelle. Mais de ce fait il est donc relativement difficile d'établir des données sociodémographiques concernant ces professionnels.

Une première enquête nationale a été réalisée en France en 1999 par l'Inserm. Dans cette première enquête sont interrogés les « sexologues » figurant sur les listes publiques et annuaires fournis par les principaux syndicats ou associations professionnels ainsi que les individus se présentant professionnellement comme sexologues (utilisation du guide médical « Rosenwald » rubrique sexologie et de l'annuaire téléphonique, pages jaunes rubriques sexologues). La qualification, la compétence, la formation ou la reconnaissance professionnelle n'ont pas été prises en compte dans la « sélection » des sexologues interrogés.

Une seconde enquête nationale a ensuite été menée en 2009 afin de décrire les évolutions du groupe professionnel des sexologues en activité en France. Cette fois le questionnaire a été adressé par courrier postal aux participants potentiels des Assises françaises de sexologie et de santé sexuelle. Même si les sexologues n'ont pas été sélectionnés de la même façon que lors de la première enquête, une fois encore les critères de formation ou de reconnaissance professionnelle par les pairs n'ont pas été pris en compte. Ceci étant ce sont ces travaux qui permettent le mieux de faire une évaluation de la profession de sexologue, au sens large du terme « sexologue ». En 2009, tout comme en 1999 les sexologues étaient en majorité des médecins. Ils représentent environ deux tiers des sexologues contre un tiers qui ont une formation initiale autre que médecin.

En revanche, en ce qui concerne le sexe des sexologues, le ratio homme-femmes s'est inversé au cours des dix années séparant les deux enquêtes. En effet, en 1999 les hommes représentaient 61 % des praticiens alors qu'en 2009 ce sont les femmes qui représentent la majorité (63 %). Cette féminisation de la population de sexologues

en France rejoint la répartition observée dans d'autres pays : en Finlande et en Suède (presque 80 %), en Italie et au Royaume-Uni (2/3 de femmes). Il est intéressant de signaler qu'une nouvelle enquête sur la profession des sexologues est en cours (enquête INSERM/ FF3S2019). Les résultats préliminaires de cette enquête qui ont été présentés lors des Assises de sexologie et santé sexuelle en mars 2019 laissent penser que le nombre de sexologues non médecins de formation initiale serait supérieur au nombre de médecins sexologues. De même, selon ces résultats préliminaires les femmes sexologues seraient toujours plus nombreuses que les hommes sexologues. J'insiste sur le fait que ces résultats n'étaient pas les résultats définitifs de cette enquête.

Les consultations de sexologie en tant que telles ne sont pas prises en charge par le régime obligatoire du système de santé. Cependant, selon le professionnel qui la réalise, une consultation peut néanmoins être cotée par le praticien. Un médecin sexologue pourra facturer une consultation dont le taux de remboursement est de 70 % du tarif conventionné, soit 25€. De même une sage-femme pourra facturer une « consultation sage-femme » (CSF) à 23€, tarif conventionné remboursé à 70 % mais uniquement pour les patientes. En effet, en tant que sage-femme de formation initiale, ce professionnel n'est pas censé prendre en charge un homme... Au total, seules les consultations effectuées par un sexologue dont la formation initiale permet la cotation d'une consultation prise en charge par le système de santé, pourront éventuellement permettre au patient un remboursement, au moins partiel, de sa consultation. Il apparaît, selon les 228 sexologues ayant répondu à une enquête menée en 2004 par le syndicat national des médecins, que la durée et le tarif idéaux d'une consultation de sexologie seraient de 40 minutes et 64€ pour une consultation individuelle, 60 minutes et 86€ pour une consultation de couple. Les consultations sont donc souvent tarifées en secteur 3, hors convention, ce qui s'explique par la durée de

la consultation. (enquête disponible sur le site de la société française de sexologie clinique <https://www.sfsc.fr/sfsc/sfsc0225.htm>). Le coût d'une consultation est donc souvent libre et peut être influencé par le diplôme du thérapeute ainsi que par le lieu d'exercice, la renommée et l'expérience de ce dernier.

La sexualité humaine est à évaluer dans sa globalité. En effet, la sexualité est souvent associée à la seule dimension biologique, alors qu'elle est influencée par l'interaction entre cinq dimensions :

- ☒ Une dimension biologique : la santé sexuelle et reproductive ainsi que le fonctionnement du corps humain.
- ☒ Une dimension psychoaffective : la satisfaction et l'affirmation de soi, l'expression des émotions et des désirs, le développement de l'imaginaire et de l'intimité.
- ☒ Une dimension socioculturelle : pratiques culturelles et cadre juridique.
- ☒ Une dimension relationnelle : la communication et la relation à l'autre.
- ☒ Une dimension morale : les valeurs, les croyances et les principes.

Chacune de ces dimensions est individuelle. Les difficultés sexuelles pouvant être en lien avec une ou plusieurs de ces dimensions, il convient donc de faire une évaluation globale du patient afin de parvenir à déterminer ce qui est à l'origine de sa dysfonction. Ainsi, dans la plupart des cas un examen clinique, sera réalisé pour rechercher ou éliminer une cause organique. Cet examen ne pourra être réalisé pour tous les patients par le sexologue que si celui-ci est médecin. Les sages-femmes sexologues seront également autorisées à pratiquer un examen clinique mais uniquement pour les patientes puisqu'elles ne sont pas compétentes en tant que sages-femmes pour examiner un homme. Les autres dimensions pourront être évaluées de la même façon quelle que soit la formation initiale du sexologue, à condition bien sûr qu'il ait suivi une formation reconnue assurant l'acquisition des compétences nécessaires, notamment dans le domaine de la psychologie.

En fonction du motif de consultation, du symptôme et de l'interrogatoire certains examens paracliniques peuvent être nécessaires pour éliminer une cause organique à la dysfonction. Dans ce cas, comme pour l'examen clinique, seul un sexologue médecin sera à même de les prescrire. Une fois le diagnostic posé une prise en charge adaptée sera proposée au patient.

Les prises en charge thérapeutiques en sexologie vont bien entendu dépendre, au moins en partie, du motif de consultation. Si l'origine du symptôme s'avère être organique, il est bien entendu que la prise en charge doit commencer dans ce cas par le traitement « purement médical » de la cause physique (infection, cause hormonale, ...). Des traitements médicamenteux sont disponibles pour la prise en charge de certaines dysfonctions sexuelles, notamment masculines. La dysfonction érectile et les difficultés de contrôle de l'éjaculation, deux motifs fréquents de consultation en sexologie, peuvent être améliorés par la prescription de traitements pharmacologiques. La prescription d'un médicament quel qu'il soit n'est possible que par un médecin sexologue. Toutefois le traitement pharmacologique isolé d'une dysfonction sexuelle, sans prise en compte des facteurs personnels et relationnels du patient est souvent source d'échec ou d'abandon de celui-ci malgré une efficacité initiale. L'autre proposition thérapeutique en sexologie est la réalisation d'une sexothérapie, forme spécialisée de thérapie qui vise à traiter les dysfonctions sexuelles. Il existe plusieurs types de sexothérapie qui ont une approche différente mais des éléments de prise en charge communs. Elles incluent un traitement émotionnel (travail sur l'image de soi, le stress, sur les peurs, sur la gestion des émotions négatives...), un traitement cognitif (correction des fausses croyances, la suppression des idées parasites, ect.) un travail comportemental et relationnel (relation à soi, à l'autre, travail sur la communication verbale, non verbale, sur la sensualité...) avec un but commun : permettre à l'individu ou au couple d'acquérir ou de retrouver une sexualité satisfaisante.

La sexothérapie d'approche cognitivo-comportementale vise à traiter les troubles sexuels en agissant sur les comportements et les idées qui nuisent à une sexualité épanouie. La difficulté sexuelle est donc considérée comme le problème à régler et non comme le symptôme d'une autre difficulté. Elle consiste en une information minutieuse sur la sexualité et un travail comportemental. Elle inclue la mise en place d'exercices permettant d'acquérir une meilleure connaissance des corps (corps propre et celui de l'autre). L'approche sexocorporelle s'inscrit dans le cadre des approches cognitivo-comportementales : grâce à des apprentissages corporels adéquats et à un travail de conscientisation, le patient apprend à corriger ses dysfonctions sexuelles et à développer ses habiletés sexuelles. L'approche psychodynamique-analytique est influencée par la psychanalyse pure qui considère les troubles sexuels comme l'expression de conflits inconscients antérieurs. Le trouble sexuel est donc un symptôme et sa résolution passe par la résolution des conflits internes de l'individu. Il en est de même pour l'approche sexo-analytique qui est focalisée sur l'inconscient sexuel. Ce type d'approche est toutefois moins long que les psychanalyses.

L'approche systémique part quant à elle du principe que les problèmes sexuels rencontrés sont un symptôme du dysfonctionnement du couple. L'objectif principal de ce type d'approche est donc de permettre d'identifier ce qui entretient la difficulté et de modifier la relation de couple pour la régler. La communication est donc un élément clé de thérapie. Les échanges entre les partenaires seront travaillés sur le plan verbal, non verbal et corporel. Les thérapies combinées quant à elles consistent à associer un traitement pharmacologique efficace à une sexothérapie. Elles permettent une meilleure efficacité de la prise en charge de certaines dysfonctions sexuelles car l'amélioration rapide obtenue par les médicaments permet de répondre à une certaine « urgence » exprimée par le patient qui sera alors plus disposé à suivre une sexothérapie dont le bénéfice ne sera pas aussi immédiat. Le choix du type de prise en charge qui sera proposée au patient sera donc dépendant

à la fois de sa dysfonction sexuelle, de ses attentes, sa motivation et de la formation initiale du sexologue consulté.

La sexualité a de tout temps fait partie des préoccupations de l'humain. Pourtant le rapport à celle-ci a largement évolué. D'une époque où la sexualité était réprimée nous sommes passés à une période où la sexualité est omniprésente, les médias l'abordant largement sous toutes ses coutures. Il est assez facile de trouver des articles, des pages web, des livres, etc. traitant de l'épanouissement sexuel ou des traitements des problématiques sexuelles même si la qualité de ces derniers laisse parfois à désirer. Avoir une sexualité épanouie tout au long de la vie est quasiment devenue une obligation : nous sommes désormais arrivés dans une phase d'injonction au plaisir. Cependant, les dysfonctions sexuelles n'ont pas disparu pour autant. De nombreux individus rencontrent des difficultés sexuelles à un moment ou un autre de leur existence et en parler reste souvent difficile. La sexualité reste malgré tout un sujet tabou, personnel et donc délicat à aborder pour bon nombre de personnes. Les professionnels de la santé semblent être les interlocuteurs privilégiés pour les patients qui feraient la démarche d'évoquer leurs problématiques intimes. Seulement tous les professionnels de santé ne bénéficient pas d'une formation sur la sexualité dans leur cursus initial hormis l'enseignement de l'aspect reproductif et préventif dans ce domaine. Comment estiment-ils leurs connaissances pour répondre aux problématiques sexuelles de leurs patients ?

Dans le cas où « le confident » n'est pas à même de répondre à la demande il pourrait sembler relativement évident d'orienter, de conseiller une rencontre avec un sexologue, professionnel qui en principe semble être le plus apte et habitué à aborder la sexualité. Et si cette dernière reste un sujet délicat à aborder pour les patients, qu'en est-il pour les soignants ? Se sentent-ils à l'aise pour l'évoquer, que ça soit spontanément ou en réponse à une sollicitation ? La sexologie, dans sa dimension scientifique et thérapeutique est une discipline récente et de fait il en est de même pour le métier de sexologue.

Profession qui suscite des interrogations, des fantasmes, ... Il est assez aisé de trouver sur le net, moyen de recherche privilégié à ce jour, des informations sur la sexologie et les praticiens qui l'exercent. Seulement les réponses fournies par les moteurs de recherches renvoient souvent vers des articles peu fiables, des organismes de formation à distance, des thérapeutes proposant des alternatives thérapeutiques non reconnues, voire parfois loufoques... Sans compter les pages qui relatent les scandales relatifs à la profession, les dérives de ces professionnels ou de cette spécialité, et même malheureusement les affaires de mœurs mettant en cause certains de ces spécialistes... Entre les réactions observées à l'évocation de la formation en sexologie, les

questions rencontrées sur la formation et la discipline elle-même, les fausses croyances et rumeurs qui l'entourent, dresser un bilan de ce que les professionnels de santé ont comme connaissance et vision de cette spécialité et des professionnels qui l'exercent semble intéressant.

Que savent-ils de la formation de sexologue ? Qui peut devenir sexologue ? Pour quelles motivations ? Qui sont les sexologues ? Les soignants sont-ils confrontés à des demandes d'aide en matière de sexualité de la part des patients ? Comment se sentent-ils pour y répondre ? Conseilleraient-ils une rencontre avec un sexologue ? Quel jugement portent-ils sur la sexologie ? Autant de questions auxquelles la réalisation de cette enquête a pour but d'apporter des réponses.

Hypothèses

hypothèse 1 : La sexologie et les sexologues seraient plutôt méconnus par les professionnels de santé.

Hypothèse 2 : Les soignants seraient confrontés à des plaintes sexuelles de leurs patients et ne les orienteraient pas vers un sexologue.

Matériel et méthode

Le questionnaire a été élaboré en partant des questions fréquemment posées par des professionnels de santé rencontrés dans le cadre professionnel. Le questionnaire débute par une présentation brève du répondant : âge, profession, statut familial, mode d'exercice. Puis sont abordées leurs connaissances au sujet de la formation en sexologie en France : quelle formation ? combien de temps durent les études ? y a-t-il des stages à effectuer et de quel type ? pourquoi devient-on sexologue, qui sont les sexologues ? Enfin le répondant est interrogé sur la sexologie dans son quotidien professionnel : est-il sollicité pour des problématiques sexuelles par ses patients ? comment se sent-il pour y répondre ? oriente-t-il vers un sexologue ? la sexologie lui semble-t-elle utile ? Volontairement le questionnaire créé est relativement bref et ne comporte qu'une trentaine de questions. Les questions fermées et des échelles de notation auxquelles il est facile et rapide de répondre par de simples « clics » sont privilégiées. Ces choix

sont motivés par le souci de ne pas rendre la participation trop chronophage augmentant ainsi les chances d'obtenir un nombre important de réponses et limitant l'abandon en cours de remplissage.

Une très importante majorité des professionnels de santé ayant participé à cette enquête déclarent être plutôt intéressés ou très intéressés par une formation en sexologie alors que moins d'un sur cinq déclare au contraire n'être pas ou peu intéressé. Les réponses obtenues à la première question sur la connaissance du concept de « santé sexuelle » sont pour le moins interpellantes ! Il est surprenant, peut-être même inquiétant, de constater que le concept de « santé sexuelle » défini par l'OMS en 1974 est encore actuellement ignoré par une majorité des professionnels de santé qui ont répondu à cette enquête. Sur le métier de sexologue, il semble qu'un certain nombre de points soient assez mal connus par les professionnels de santé, notamment les modalités d'accès à celui-ci.

En effet, en ce qui concerne la formation même si plus de 60 % des personnes interrogées pensent que la profession est accessible par l'obtention d'un diplôme universitaire, il est important de souligner que plus d'un tiers ont formulé une autre réponse, ce qui représente une proportion non négligeable. De plus, la durée de formation est largement sous-estimée par nombre d'entre eux (79 %), y compris par les personnes qui déclarent que la profession de sexologue est accessible par un diplôme universitaire. Toutefois il convient de rappeler que les 40 % qui ont comme idée que le métier peut être préparé par une autre formation ne sont pas totalement dans l'erreur puisqu'il est en effet possible, faute de cadre légal, de se déclarer sexologue quelle que soit la formation suivie en sexologie, voire même sans aucune formation... La nécessité de réaliser des stages pratiques semble en revanche être assez évidente pour les soignants interrogés, de même que la nature desdits stages puisque plus de 84 % pensent qu'ils consistent en l'observation de consultations de sexologie. Cependant, même s'ils ne représentent qu'une petite partie des répondants (67 sur 642 soit environ 10 %), certains soignants pensent que les stages du cursus consistent en l'observation des ébats sexuels de couples ou en l'apprentissage de nouvelles pratiques sexuelles... Il est légitime de se demander si cette proportion-là accorderait sa confiance aux soignants de la sexualité humaine...

Il ressort pourtant qu'assez peu de soignants pensent que les sexologues ont choisi cette spécialité pour assouvir leur curiosité personnelle (10 %), parce qu'ils seraient un peu vicieux voire obsédés (moins d'1 %) ou encore pour trouver une réponse à une problématique sexuelle personnelle (moins de 10 %). La confrontation à de nombreuses plaintes sexuelles de la part des patients et l'envie d'évoluer professionnellement sont les deux motivations principales à devenir sexologue selon les soignants qui ont répondu à cette enquête. Il semble important de noter que la proposition « parce qu'il y a beaucoup de demandes des patients sur la sexualité » a recueilli près de 80 % des réponses. Il est donc supposé que les participants qui ont formulé

cette réponse ont pu faire ce constat au cours de leur exercice professionnel. La population pouvant prétendre à suivre la formation semble également être un élément mal connu. Pour rappel, en France, le métier de sexologue reconnu par les instances de sexologie n'est pas accessible sans formation initiale. Pourtant beaucoup des soignants sondés n'ont semble-t-il pas notion que certains professionnels peuvent prétendre à préparer le DIU de sexologie. En effet, seulement 5 des 9 professions concernées ont obtenu plus de 50 % de réponses. Ainsi il semble plutôt évident à notre panel de répondants que les médecins, psychologues, sages-femmes, infirmiers et conseillers conjugaux peuvent suivre cette formation pour obtenir ce diplôme. Par contre très peu d'entre eux semblent avoir connaissance que la formation est également ouverte aux kinésithérapeutes, psychomotriciens, pharmaciens et enseignants/éducateurs. En revanche, les données socio-démographiques des acteurs dans le domaine de la sexologie semblent être plutôt bien connues. La majeure partie des personnes ayant répondu à cette enquête pensent que les sexologues sont en majorité des femmes ce qui est effectivement le cas à l'heure actuelle. De même les sexologues « non médecins » seraient majoritaires, ce qui semblait effectivement se profiler selon les résultats préliminaires de la dernière enquête de 2019 menée par l'INSERM sur la profession de sexologue.

Les consultations de sexologie ainsi que certaines modalités de celles-ci, apparaissent également comme un peu floues pour une part non négligeable des soignants. En effet une grande majorité des professionnels de santé interrogés estiment que la possibilité de pratiquer un examen clinique ou de prescrire des traitements médicamenteux dépend de la profession initiale du sexologue consulté, ce qui est bien le cas. Malgré tout pour 18 % d'entre eux quand même, l'examen clinique est soit toujours soit jamais réalisable par le sexologue quelle que soit sa formation de base. De même, en ce qui concerne une éventuelle prise en charge par la sécurité sociale, les conditions ne semblent pas évidentes pour les répondants.

A peine la moitié estime que la consultation pourra être remboursée en fonction du praticien qui l'effectue. Au cours de leur activité professionnelle quotidienne, sur les 642 acteurs de santé qui ont participé à l'enquête, seulement 132, soit 21 %, ont déclaré ne jamais être confrontés à des plaintes sexuelles de la part de leurs patients. Ce qui représente une très large minorité. Même si ces plaintes ne sont pas forcément fréquentes pour les autres, cela met en évidence que les soignants ont à y faire face et devraient donc y être préparés car ces demandes doivent être prises en considération. De même, plus de la moitié des répondants déclarent être également sollicités par leur entourage au sujet de la sexualité. Pourtant, il ressort de l'enquête que seulement 51 % des participants se sentent à l'aise pour parler de sexualité, l'autre moitié se sentant de moyennement à l'aise à très mal à l'aise. Par ailleurs, à peine plus de la moitié (52 %) se déclare prête à faire part de ses propres difficultés sexuelles le cas échéant. Aborder la sexualité semble donc n'être ni aisé ni une évidence pour les professionnels de santé et ce qu'ils soient « coté soignant » ou « coté patient ».

L'auto-évaluation des professionnels interrogés sur leurs connaissances en matière de sexualité mérite également d'être mise en lumière. Moins de 4 % les jugent totalement suffisantes et 23 % à peu près suffisantes. Ce qui signifie donc que près des trois quarts des professionnels de santé de cette enquête estiment leurs connaissances de moyennes à totalement insuffisantes pour évoquer la sexualité avec leurs patients. Ce constat pose question... La formation des personnels soignants en France devrait-elle être renforcée dans ce domaine ?

Cependant, une discordance peut être mise en évidence puisque malgré ces résultats seulement 14 % des soignants déclarent s'être souvent retrouvés démunis face à la plainte sexuelle d'un patient. Pour 45 % d'entre eux cela s'est déjà produit mais rarement et enfin 40 % déclarent ne s'être jamais retrouvé dans cette situation !

Malgré tout, presque les $\frac{3}{4}$ des personnes interrogées déclarent qu'elles auraient le réflexe de conseiller à leur patient une rencontre avec un

sexologue s'il leur faisait part d'une difficulté sexuelle. Ces professionnels qui déclarent adresser à un sexologue le cas échéant le feraient principalement parce qu'ils estiment qu'ils ne sauraient pas gérer seuls (38 %) et que « à chacun son métier » (34 %). La sexologie serait donc considérée comme une spécialité à part entière, au même titre que d'autres spécialités médicales. Moins de 3 % adresseraient le patient car il n'aiment pas aborder le sujet de la sexualité. Le sexe du sexologue vers qui les soignants enverraient leur patient ne semble pas revêtir d'importance pour plus de 82 % d'entre eux. Les autres auraient en revanche tendance à orienter leur patient vers un sexologue du même sexe que ce dernier.

Un peu plus d'un quart des participants à l'enquête déclarent qu'ils n'orienteraient pas vers un sexologue, du moins pas de façon réflexe, un patient qui livrerait une difficulté sexuelle. La principale explication évoquée pour justifier cette absence d'orientation est le fait qu'ils ne connaissent pas de sexologue. Il semblerait donc nécessaire que les professionnels de santé élargissent leurs réseaux afin de pouvoir y inclure un sexologue. Les autres raisons comme le coût d'une consultation de sexologie et l'éloignement géographique ne représentent qu'une petite proportion des arguments avancés. Il est toutefois à déplorer que 2,6 % n'adresseraient pas par manque de confiance...

En revanche, il est encourageant de constater que la sexologie est considérée comme une spécialité très utile pour près de 40 % des professionnels de santé ayant participé à cette enquête et plutôt utile pour plus de 44 %. Au total 84 % des participants reconnaissent donc un intérêt à la sexologie. De même, moins d'un quart des soignants sondés estiment qu'une rencontre avec un sexologue, quel que soit le moment de leur existence, ne leur aurait rien apporté. Une large majorité considère au contraire que cela aurait pu leur être bénéfique, que ce soit pour répondre à leurs interrogations (32 %), pour recevoir des informations éclairées (34 %) ou pour les rassurer (24 %).

Conclusion

il ressort de cette étude qu'il existe effectivement certaines zones d'ombre sur la profession de sexologue. Les modalités d'accès au métier, les actes autorisés ou non, les conditions de prise en charge des consultations sont autant de points qui ne semblent pas être bien connus par les acteurs de santé interrogés dans cette enquête. Malheureusement une majorité des professionnels de santé ayant participé à cette enquête n'ont pas connaissance du concept de santé sexuelle bien qu'ils déclarent être confrontés eux-mêmes dans leur exercice quotidien à des plaintes sexuelles de la part des patients. De plus ils n'estiment pas leurs connaissances sur la sexualité totalement suffisantes et admettent ne pas se sentir très à l'aise pour faire face à ces demandes. Cela soulignerait-il la nécessité de renforcer les formations initiales des personnels de santé dans le domaine de la sexologie ? Une majorité des soignants interrogés déclarent donc qu'ils orienteraient volontiers vers un spécialiste de la sexualité humaine. Cependant une proportion non négligeable n'en aurait pas le réflexe, faute d'en connaître.

Il apparaît suite à ce travail que la plupart des soignants jugent la sexologie comme une spécialité utile. Beaucoup déclarent également être plutôt intéressés par une formation dans ce domaine, confirmant ainsi leur ressenti sur l'insuffisance de leurs connaissances dans ce domaine pour accompagner au mieux leurs patients.

La sexologie semble donc être plutôt bien perçue par les soignants mais les sexologues ne semblent pas être suffisamment présents dans les réseaux professionnels de leurs collègues. Est-ce un problème de visibilité ou de nombre de ces professionnels ? De plus, l'absence de cadre légal autour de ce métier, sur l'utilisation du titre de sexologue, permettant la pratique de la sexologie même sans être en possession du seul diplôme reconnu par les instances de la discipline pourrait-il être une explication au fait qu'il subsiste autant de méconnaissances sur le métier de soignant de la sexualité humaine ? Un contrôle plus rigoureux des formations des personnes pouvant se permettre de pratiquer la sexologie permettrait-il de mieux discerner les compétences des uns et des autres ? Un sexologue ne pourrait être qu'un médecin titulaire du DIU officiel, un sexothérapeute serait un professionnel non médecin mais titulaire du DIU reconnu en sexologie... Les personnes ayant bénéficié d'autres formations ne pourraient légalement être qualifiées ni de l'un ni de l'autre de ces titres ? Ou la profession pourrait-elle évoluer comme dans certains autres pays pour devenir un métier « à part entière », c'est-à-dire sans avoir de formation initiale ?

Une des personnes ayant répondu au questionnaire s'est déclarée sexologue. Comme elle n'avait pas renseigné d'autre profession que celle-ci sa participation n'a pas été retenue puisqu'elle ne remplissait peut-être pas les critères d'inclusion à l'enquête. Dans ses réponses cette personne a indiqué que la durée des études étaient d'un an et que les stages consistaient en l'apprentissage de pratiques sexuelles et l'observation des ébats sexuels des couples... Exemple qui illustre que tout existe derrière ce titre et qu'il n'est peut-être pas surprenant que les soignants eux-mêmes soient un peu perdus...

Dr Juliette BAYART

MONTEREAU-FAULT-YONNE

Terre d'accueil des médecins !

La Ville recherche pour son Pôle Médical Municipal des **MÉDECINS GÉNÉRALISTES** ainsi que des **SPÉCIALISTES SALARIÉS ET LIBÉRAUX**.

NOUVEAU EN 2022 - Ouverture d'un second Pôle totalement rénové en centre-ville : 10 cabinets médicaux, 2 cabinets dentaires, 1 radio panoramique dentaire. Au sein du même bâtiment, la Police Municipale et le Centre Superviseur Urbain (CSU).

Les +

ACCOMPAGNEMENT PRIVILÉGIÉ POUR LA RECHERCHE :

- d'un emploi pour le conjoint/la conjointe
- d'un logement, d'une place en école/crèche pour les enfants

Vous souhaitez :

- Vous consacrer à 100% à vos patients
- Bénéficier de congés payés
- Maîtriser votre temps de travail
- Concilier vie personnelle et vie professionnelle

Venez nous rejoindre !
Contact : 01 64 70 44 06
dgs@ville-montereau77.fr

+ d'infos



Montereau
FAULT-YONNE

Montereau (77) bénéficie d'un cadre de vie exceptionnel.

Vie associative dynamique, multiples équipements scolaires, sportifs et culturels (Le Majestic - grand théâtre 1200 places).



- À 1h de Paris par train ou A5 (gare de Montereau ligne directe)
- À 20 min de Fontainebleau
- Aux portes de l'Ile-de-France et de la Bourgogne-Franche-Comté
- 21 500 habitants, une ville à la campagne



Notre plus grande ressource c'est vous

Vous avez des compétences, venez nous les faire partager.

Le centre de santé municipal de Nanterre recherche

3 MÉDECINS (H/F)

pour postes vacants

■ UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE + PMI et crèche

Volume d'heures possible : 35 H / semaine

■ UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Volume d'heures possible : 35 H / semaine

■ UN MÉDECIN pour le CEGIDD avec possibilité de faire en plus de la médecine générale

Volume d'heures possible : 6 H à 35 H / semaine

Bonne ambiance, équipe jeune et dynamique, MG, médecins spécialistes (cardio, gynéco, ORL, gastro, dermato, endocrinologue) radiologues, infirmières, dentistes, diététiciennes, kiné, sage-femme et psychologues.

Activités de soins et de prévention, travail en équipe pluri-professionnelle, avec un secrétariat médical et dédié.

Logiciels : Acteur CS et doctolib.

Proche du RER A, arrêts nanterre-ville ou nanterre-préfecture (5 min à pied).

Contact : Dr Véronique BONFILS au 06 64 54 82 93
ou par mail : veronique.bonfils@mairie-nanterre.fr



LA MAIRIE DES PAVILLONS-SOUS-BOIS (93320)

Commune résidentielle située à 10 kms de Paris.
23 836 habitants.

RECRUTE POUR SON CENTRE MUNICIPAL DE SANTÉ
DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES (H/F)

La commune des Pavillons-sous-Bois, ville dynamique et attractive, située dans un bassin de population regroupant près de 23 836 habitants, à une dizaine de kilomètres de Paris offre des services scolaires (garderies, écoles, collèges), un bassin d'emploi important et de nombreux commerces de proximité.

Le Centre Municipal de Santé, de dimension humaine, propose une offre de soins pluridisciplinaire : médecine générale, spécialisée, chirurgie dentaire ainsi que des soins infirmiers.

Les médecins sont assistés par une équipe administrative et paramédicale.

Afin de compléter l'équipe pluridisciplinaire en place, le centre municipal de santé recherche des médecins généralistes à temps plein ou temps partiel.

MISSIONS

Placé(e) sous la responsabilité du Responsable du Centre Municipal de Santé, vous aurez pour mission principale des activités de soins auprès des patients du centre. Vous participerez également à l'élaboration du projet de santé en lien avec les autres acteurs de santé du territoire et à des actions de promotion et de prévention de santé.

CONDITIONS DE RECRUTEMENT

CDD ou CDI en portabilité (déjà détenu auprès d'un employeur public)
Temps complet ou non complet.

Ouverture du centre du lundi au vendredi.

Rémunération sur le 8^{ème} échelon de la grille des praticiens hospitaliers.



POSTE À POURVOIR IMMÉDIATEMENT

Candidature + CV à adresser par courriel : recrutement@lespavillonssousbois.fr



LES HÉLIANTINES

Des résidences au service des seniors

Renseignements

et envoi des candidatures :

Mme Billeret

v.billeret@les-heliantines.fr

03 21 64 34 11

Siège : 245 rue des Résistants
62980 Noyelles-lès-Vermelles

RECRUTE pour ses EHPAD

UN MÉDECIN COORDONNATEUR H/F

0,9 ETP en CDI

200 Lits « hébergement » et 10 lits UVA répartis en 10 petites structures localisées dans un rayon de 15 km sur l'ARTOIS dans le Pas-de-Calais.

PROFIL

- Titulaire d'une capacité de gériatrie ou d'un DU médecin coordonnateur.
- Fort d'un potentiel relationnel et promotion du travail d'équipe.
- Mission suivant le code de l'action sociale et des familles Art. 0312-158. Modifié par décret n° 02011-1047.



L'HÔPITAL DE CRÉPY-EN-VALOIS (60)

RECRUTE

UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Hôpital de proximité situé entre Compiègne (25 km – 30 minutes)
et Paris (70 km ou moins d'une heure de la gare du Nord).

ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ COMPRENANT

- Un service de soins de suite et de réadaptation (SSR) non spécialisés adultes en hospitalisation complète de 30 lits, dont 4 lits identifiés soins palliatifs.
- Une unité de soins de longue durée (USLD) de 30 lits, dont 2 lits identifiés soins palliatifs.
- Un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de 179 lits, répartis sur 3 sites, dont 30 lits sont dédiés à la prise en soins Alzheimer ou maladies apparentées.

L'établissement est associé au centre hospitalier intercommunal de Compiègne-Noyon (CHICN) dans le cadre du groupement hospitalier de territoire Oise nord-est (GHT-ONE).

ACTIVITÉ MIXTE

USLD : Vacance de poste d'un mi-temps de praticien contractuel.

EHPAD Les Primevères et Etienne-Marie de La Hante : Complémentation en tant que médecin salarié à hauteur de 0.30 à 0.50 ETP pour le suivi des résidents dont le médecin traitant n'est pas disponible.

POSTE PROPOSÉ

Praticien contractuel, éventuellement spécialité gériatrie. Temps complet ou temps partiel négociable.



Postuler : Mme DARMOIS
mc.darmois@ch-crepyenvalois.fr
03 44 59 11 19

Offre d'installation médecin généraliste
1 cabinet disponible janvier 2022

CONTACT SISA

Fabienne CREUZET Coordinatrice de la Maison de Santé

Tél. : 07 86 38 47 90

Mail : vermonton.coordination@gmail.com



Vermonton 1350 habitants, 15min d'Auxerre, 1h30 de Dijon, 2h de Paris. Péage A6 à 10 km.

L'ÉQUIPE ACTUELLE

- 3 médecins généralistes dont 1 homéopathe.
- 2 Kinésithérapeutes.
- 1 dentiste, ortho-parodontiste.
- 6 infirmières.

Intervenants externes : sage-femme, diététicien, pédicure, psychologue, ostéopathe, PMI. SISA et secrétariat partagé sur place.

UNE ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE

- Maison de santé, à 15 min du CH d'Auxerre.
- Service de SSIAD, portage des repas et aides ménagères au sein de la MDS.
- Pharmacie dans le bourg.
- EHPAD à 100 m.

CHARGES

Loyer 90 euros/mois.

Eau, gaz, électricité, tél, entretien : 273 euros/mois. Secrétariat 500 euros/mois (prise RDV, bons transports, feuilles maladie, etc.). MédiStory gratuit.

Un bourg attractif et connecté dans un département en expansion (+ 7,3 % aux derniers chiffres de l'INSEE).

À VERMONTON

- Crèche, maternelle, école, collège, centre de loisirs, école de musique, associations culturelles et sportives, chemins de randonnées, etc.
- Port de plaisance sur le Canal du Nivernais, baignade aménagée en bord de Cure.
- Marché, tous commerces, supermarché (station-service), banques, assurances, gare, borne recharge électrique, aire co-voiturage, etc.
- **À Auxerre (15 min) :** lycées, antenne de l'Université, cinéma, théâtre, salles de spectacles, conservatoire école des beaux arts, piscine.
- **Aux alentours :** cadre agréable de la vallée de la Cure : à 2 pas des grottes d'Arcy, de Vézelay, du Vignoble Chablisien et du parc naturel régional du Morvan.

Une installation clé en main Zone ZRR Exonération d'impôt sur le revenu

- 100 % pendant 5 ans.
- 75 % la 6^{ème} année.
- 50 % la 7^{ème} année.
- 25 % la 8^{ème} année.

Aide forfaitaire de 50 000 euros versée en 2 fois.

Département Yonne : aide à l'installation 15 000 euros Complément de rémunération si celle-ci est inférieure à 6 900 euros par médecin. Mise à disposition gratuite F3 (durée à définir) Possibilité d'être médecin adjoint un certain temps.

Rejoignez une équipe pluridisciplinaire ! Préservez votre qualité de vie dans un cadre naturel et verdoyant. Répondez aux besoins de la population de la Communauté des Communes Chablis Villages et Terroirs.



COMMUNE RECHERCHE MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Concilier passion de la médecine et cadre de vie, c'est possible !

La commune dispose également d'un tissu médical et paramédical (deux médecins, une pharmacie, trois cabinets infirmiers, deux dentistes, un kiné, un ostéopathe) situé pour l'essentiel dans le bourg de Vassy.

Envie de vous impliquer dans la vie de notre commune, de rencontrer les habitants et d'échanger ?

Rendez-vous sur notre site internet pour plus d'informations : www.valdalliere.fr

VALDALLIÈRE, une commune au cœur du bocage, proche des pôles urbains, disposant de toutes les commodités. Un écrin de verdure où nous vous accueillerons à bras ouverts ; **venez nous rencontrer !**



CONTACTEZ-NOUS :
par mail à jean.pavie@valdalliere.fr
ou par téléphone au 06 78 39 12 66



R E C R U T E

• UN.E MÉDECIN

Temps non complet (17h30) à Cherbourg-en-Cotentin – Centre de Santé Brès-Croizat.

Catégorie A, cadre d'emplois des médecins Territoriaux.

Candidature interne et externe.

Poste accessible aux agents de même niveau relevant d'autres filières (intégration directe) et/ou lauréats d'examen ou de concours.

Date limite pour candidater : 18 février 2022.

Le Pôle Cohésion Sociale a en charge la gestion et la coordination des politiques socio-éducatives et de santé de la commune. Il est composé de 7 Directions opérationnelles : Centre Communal d'Action Sociale (CCAS), Santé-Solidarités, Petite Enfance, Enfance-Education-Réussite Éducative, Restauration Scolaire et Collective, Sports, Jeunesse et Animations socio-culturelles et d'une Direction support Administration-Finances. La Direction Santé-Solidarités est elle-même composée de deux services : un service « Politiques transversales-Solidarités », un service « Accès aux Soins – Centre de Santé », dirigé par un Chef de service.

DES QUESTIONS ?

Florence DUBOIS, Directrice de la Santé et des Solidarités :
07 70 26 78 14 - florence.dubois@cherbourg.fr

• UN.E MÉDECIN CHEF-FE

Temps complet à Cherbourg-en-Cotentin – Centre de Santé Brès-Croizat.

Catégorie A, cadre d'emplois des médecins Territoriaux.

Candidature interne et externe.

Poste accessible aux agents de même niveau relevant d'autres filières (intégration directe) et/ou lauréats d'examen ou de concours.

Date limite pour candidater : 18 février 2022.

Le Pôle Cohésion Sociale a en charge la gestion et la coordination des politiques socio-éducatives et de santé de la commune. Il est composé de 7 Directions opérationnelles : Centre Communal d'Action Sociale (CCAS), Santé-Solidarités, Petite Enfance, Enfance-Education-Réussite Éducative, Restauration Scolaire et Collective, Sports, Jeunesse et Animations socio-culturelles et d'une Direction support Administration-Finances. La Direction Santé-Solidarités est elle-même composée de deux services.

POUR CANDIDATER ADRESSEZ VOTRE CV ET VOTRE LETTRE DE MOTIVATION À

M. Le Maire sous la référence FBR/2022/027 - Date prévisionnelle des entretiens le 28 février et le 4 mars 2022.

PAR MAIL : recrutement@cherbourg.fr

PAR COURRIER : Direction emplois compétences - 10 place Napoléon - BP 808 - 50108 CHERBOURG-EN-COTENTIN



LE CENTRE HOSPITALIER D'YVETOT RECHERCHE UN MÉDECIN pour son service de Médecine polyvalente

Notre établissement situé à proximité de Rouen, cherche un **Médecin Généraliste (H/F) pour exercer dans son service de Médecine polyvalente**. Le poste proposé est un poste en CDI à temps plein soit 39 heures par semaine avec RTT. Il est à pourvoir immédiatement. La rémunération serait de 90K€ brut par an hors astreintes et à discuter en fonction de votre profil.

L'établissement est un hôpital de proximité disposant d'une unité de Court Séjour de Médecine Polyvalente de 15 lits, d'une unité de SSR Polyvalent de 25 lits, d'un EHPAD de 202 lits et d'un accueil de Jour de 10 places. L'équipe médicale se compose de 4 praticiens et d'un poste d'interne.

Votre pratique clinique majoritairement sur le service de médecine et secondairement sur l'EHPAD sera partagée avec un second médecin et un interne. Vous pourrez donc être amené à intervenir sur les 3 pôles d'activité ; Médecine, SSR et EHPAD dans le cadre des remplacements médicaux sur les périodes de congés et de formation. Une participation à la permanence des soins sur le sanitaire est souhaitée sous forme d'astreintes à domicile (avec un faible niveau de sollicitation et une bascule vers la télémédecine en cours).



ENVOYER UNE LETTRE
DE MOTIVATION ET
UN CURRICULUM VITAE À

CH ASSELIN HEDELIN - Mme Michelle MOCHALSKI
7 rue du champ de Courses - 76190 YVETOT
m.mochalski@hopital-yvetot.fr

TOUT RENSEIGNEMENT
PEUT ÊTRE OBTENU AU
02 35 95 73 01

LES JONQUILLES

Centre de Soins Médicaux
de réadaptation et Nutrition

Pour son nouvel établissement
Situé sur le plateau Le Havre Nord

RECHERCHE

MÉDECIN (H/F)

Endocrinologue / Médecin Nutritionniste (avec DESC) ou
Généraliste avec DU Nutrition (+2 ans d'expérience)
Poste Temps Plein en CDI

Avec un secteur spécifique dédié à la Nutrition comprenant Balnéo.
Salle de sport / Cuisine thérapeutique / salle d'éducation.

84 Lits dont 30 lits « affection des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien ».
15 Places d'Hôpital de Jour « affection des systèmes digestifs,
métabolique et endocrinien ».

Participation au roulement des astreintes.



Pour plus de renseignements, merci de prendre contact avec Mme DONNET, Directrice
au 02 32 79 66 25 ou 06 73 49 15 93 – Email : pdonnet@roseraie.fr



SABLONS-SUR-HUISNE,
au cœur du Perche,
RECHERCHE

UN 2nd MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Pour rejoindre ses professionnels de santé.

Cette commune de 2 000 habitants située sur la ligne
ferroviaire Paris/Le Mans est dotée d'une crèche,
d'une école maternelle et primaire, de commerces de
proximité, d'une base de loisirs et d'une Voie verte.

CONTACT

Mairie de Sablons-sur-Huisne (Orne - 61)
Tél. : 02 33 73 34 01
E-mail : sablonssurhuisne@orange.fr



SAINT-PAL-DE-CHALENCON EN ZONE ZIP**recherche urgente**

car départ en retraite imminent du médecin déjà en place sur la Commune :

**3 médecins généralistes***Exercice libéral*

Commune de 1070 habitants, située en Haute-Loire proximité de grands axes routiers près de grandes villes dans un bassin de vie de 5500 habitants.

Commune disposant de nombreux services de proximité (EHPAD, MSAP, commerces, pharmacie, MAM, écoles, associations sportives et culturelles....)

**DESSCRIPTIF DE LA STRUCTURE**

Maison Médicale Pluridisciplinaire ayant déjà :

- 1 cabinet infirmier (4 infirmières)
- 1 orthophoniste
- 1 ostéopathe

Le bâtiment dispose de 2 cabinets pouvant accueillir des médecins. **Nous recherchons également dentistes et kinésithérapeutes.**

Soutien et accompagnement de la Municipalité pour l'installation. La Municipalité étudiera tous les projets et toutes propositions.

CONTACTS

Renseignements ou candidature à envoyer à :

Monsieur le Maire de Saint-Pal-de-Chalencon

Téléphone : 04 71 61 30 19

Courriels : administration@saint-pal-de-chalencon.frmairie@saint-pal-de-chalencon.fr**GALLARDON – Limite 28/78**

Suite au départ en retraite de 2 médecins généralistes, la commune de Gallardon recherche dans l'urgence de nouveaux praticiens.

NOS ATOUTS

- Patientèle en attente de prise en charge.
- Locaux professionnels immédiatement disponibles.
- Soutien et accompagnement de la municipalité.
- Zone franche – avantages fiscaux.
- Projet à court terme de Maison de santé pluridisciplinaire.

Gallardon est située à la limite de l'Eure-et-Loir et des Yvelines, à 40 minutes de Paris en train ou 1h en voiture, à 18km de Rambouillet et 18km de Chartres.

La population est de 3 800 habitants, en augmentation constante et régulière, le bassin de vie représente environ 8 000 habitants.

Gallardon offre un cadre de vie de qualité, et propose tous les commerces, services, et équipements publics nécessaires (éducatifs, sportifs, culturels, maison de retraite...). C'est une petite ville à la campagne, attachante, authentique, et dynamique, marquée par son caractère médiéval et la richesse de son patrimoine historique.

**URGENT recherche****MÉDECIN(S)
GÉNÉRALISTE(S)***Exercice libéral
en zone franche*www.ville-gallardon.fr**CONTACTS**

Monsieur Delzangles,
Maire adjoint « santé », 06 07 84 18 98
Monsieur le Maire, 06 21 59 74 03
mairie.gallardon@wanadoo.fr

L'EPSM DU LOIRET GEORGES DAUMÉZON**RECRUTE****UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE****pour le service de médecine générale**

Situé à 1 heure de Paris, l'EPSM Georges Daumézon offre un environnement de travail stimulant dans un cadre de vie agréable et verdoyant.

Travailler dans un contexte serein

- Conciliation de la vie personnelle et professionnelle : aide à l'installation et au logement, accès à la crèche du personnel
- Organisation du service de médecine générale : du lundi au vendredi en journée ; pas d'astreinte ni de garde
- Possibilité de temps partiel ou partagé avec un cabinet libéral ou un autre établissement

**Exercer dans des conditions avantageuses**

- Établissement qui **fidélise ses internes**
- Travail en étroite collaboration et en toute **confraternité au sein d'une équipe** de 3 médecins et une secrétaire médicale dédiée
- Équipe **pluridisciplinaire** : diététicienne, psychomotricien et kinésithérapeute
- Réseau privilégié d'accès **aux services de spécialités** du Centre Hospitalier Régional d'Orléans
- **Plateau technique adapté**, dédié au service de médecine générale et doté d'un espace Snoezelen
- Accès à une **consultation douleur / soins somatiques** pour personnes dyscommunicantes
- **Lieux d'exercice variés** : unités de crise, d'insertion, soins pour enfants et adolescents, unité hospitalière pour personnes détenues

Avantages sur salaire, selon statut :
indemnité d'engagement de service public,
prime d'engagement à la carrière hospitalière

Vivre dans un cadre privilégié

- Une **qualité de vie attractive**
- Orléans Métropole et son agglomération : à 1h de Paris en train, 1h15 de l'aéroport d'Orly ; une gare routière en accès direct avec Tours, Nantes, Brest, Bordeaux, Toulouse
- Un **marché immobilier accessible**
- Un **bassin d'emploi dynamique** : implantation d'entreprises de la Cosmetic Valley, technopôle de niveau international, incubateur de start-ups Le Lab'O
- Un emplacement au cœur d'un **territoire énergétique** : nombreux loisirs pour les familles, événementiels et animations, sorties culturelles, sportives

Plus d'informationsepsm-loiret.frEPSM du Loiret
Georges Daumézon

Monsieur le Docteur Bruno PIROELLE, Coordinateur des soins somatiques
bruno.piroelle@epsm-loiret.fr | 02.38.60.58.50

Madame Aurore BILLET, Directrice adjointe aux Affaires Médicales
affairesmedicales@epsm-loiret.fr | 02.38.60.79.01



LA COMMUNE D'ARGELIERS

située dans le département de l'Aude

RECHERCHE

DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

pour exercer avec un statut libéral au sein de sa Maison de santé située à proximité du Centre Ancien historique du village.

Restructurée, modernisée, elle pourra prochainement accueillir 4 praticiens dans des locaux spacieux, répondant aux normes actuelles de santé publique permettant le respect des règles d'hygiène et de prophylaxie relevant de la déontologie médicale.

Notre demande s'inscrit dans une volonté forte de participer à la couverture des besoins de santé d'une population d'environ 3000 habitants.

À trente minutes de Narbonne, de Lézignan Corbières, des plages et de Béziers, à 45 minutes de Carcassonne, à 1 h de Perpignan et à 1h 15 de Montpellier, à 2h de la montagne (Pyrénées) et enfin à 1h 15 de l'Espagne.

Elle est traversée par le Canal du Midi. Le bien vivre ensemble est depuis de nombreuses années un axe fort de la municipalité.

Notre Commune est particulièrement dynamique, près de 40 Associations **proposent** aux habitants **des activités** dans des domaines suffisamment nombreux pour satisfaire les administrés.

Environ 200 élèves du primaire sont accueillis par le Groupe Scolaire Michel Bernard et un collège est situé à environ 7 kms dans le village de Saint-Marcel d'Aude.



CONTACT : Myrienne DUPONT - mdupont.adjoint@argeliers.fr - 06 81 49 32 48

OCCITANIE

LA MAIRIE DU MASSEGROS CAUSSES GORGES



RECHERCHE UN MÉDECIN

CONTACT

Mairie Massegros Causses Gorges
Accueil : 04 66 48 80 11
Service communication : 04 66 44 09 06
Mail : mairie.le-massegros@wanadoo.fr



Située dans la **Région Occitanie**, en **Lozère**, à 10 kms de l'A75, 1h15 de Montpellier, 45 minutes de Rodez et 30 minutes de Millau, la commune du Massegros Causses Gorges fait aussi partie des 15 communes de la communauté de communes Aubrac Lot Causses Tarn. Elle se trouve dans le périmètre du classement au Patrimoine Mondial Humanitaire par l'UNESCO.

La commune du Massegros Causses Gorges est composée des 5 communes déléguées : **Le Massegros, Saint-Georges-de-Lévêjac, Le Recoux, Saint-Rome-de-Dolan et Les Vignes**. Elle compte à ce jour 1 003 âmes, pour une superficie de 15 894 hectares.

Terre accueillante, d'élevage et d'agriculture, Le Massegros compte de nombreuses exploitations agricoles tournées essentiellement vers la production ovine. Y est également implantée la plus grande fromagerie au monde de transformation de lait de brebis (350/400 emplois).

La commune du Massegros Causses Gorges souhaite accueillir de nouveaux actifs. Comme vous le constatez, nous avons de nombreux services. Celui qui nous manque est la présence d'un médecin, d'autant que la pénurie médicale a gagné les communes voisines de Séverac d'Aveyron et de La Canourgue.

Afin d'y remédier, la commune porte un projet ambitieux. Celui de la construction d'une maison médicale qui sera terminée dans le courant du 3^{ème} semestre 2022. Ce projet structurant va permettre un regroupement cohérent des professionnels de santé et la mise en lien de compétences variées. Ce type d'équipement renforce ainsi l'attractivité du territoire. Il permettra d'installer les professionnels de santé existants. Aujourd'hui il manque l'essentiel : **un médecin**.

Vous l'aurez compris, Le Massegros Causses Gorges saura accueillir un médecin dans les meilleures conditions !

LA MAISON DE SANTÉ D'ADRIERS



C'est dans un bourg au cœur de la campagne mais dynamique que vous attend la maison de santé d'Adriers.

Une équipe de santé jeune, sympathique et pluriprofessionnelle exerce dans une excellente ambiance. Elle est composée d'un **médecin généraliste**, d'une **infirmière en pratique avancée libérale** et de **deux infirmières libérales**.

Le secteur est vaste mais vous pourrez vous installer en toute sérénité, avec la certitude d'un travail en équipe, dans des locaux clés en main mitoyens de la pharmacie du village.

La 4G puis bientôt la fibre (en 2022) permet de travailler en réseau avec un logiciel commun pour plus de fluidité.

Parlons de ce qui nous entoure du plus proche au plus loin !

La commune de 727 habitants est dotée d'une école et de commerces : *boulangerie, pharmacie, bar-épicerie, garage et salon de coiffure*.

À 10 minutes se trouvent un collège, un supermarché, ainsi que d'autres services (presse, pressing, électroménager, opticien...).

À 20 minutes la ville et le pôle de Montmorillon (200 lits) rattaché au CHU de Poitiers qui permet un accès rapide aux spécialistes et aux examens complémentaires.

Si nous avons réussi à faire briller vos yeux d'envie, découvrez la cerise sur le gâteau : Un logement vous sera mis à disposition gratuitement pendant 6 mois ! Nous sommes situés en Zone d'Accompagnement Complémentaire (ZAC) et vous bénéficierez d'une exonération fiscale dans le cadre de la Zone de Revitalisation Rurale (ZRR).

N'hésitez plus ! Contactez-nous, nous comptons déjà sur vous !



Pour vous donner un avant-goût suivez le lien
<https://www.youtube.com/watch?v=RrXNSetRyXc>

CONTACT
Mairie d'Adriers
05 49 48 73 06

NOUVELLE-AQUITAINE

Médecins généralistes ou autres praticiens,

vous souhaitez vous installer



CHÂTILLON-SUR-THOUET

est une commune de 2800 habitants située à proximité de la Ville de Parthenay, l'une des deux sous-préfectures des Deux-Sèvres. La commune est prête à prévoir votre accueil au sein d'un bâtiment comprenant 6 cabinets de consultation tous équipés. Ce site est idéal pour un vrai projet de Maison de Santé dans un environnement semi-urbain accueillant et vivant.

Des photos complémentaires sont disponibles sur le site de la mairie

 <https://chatillonsurthouet.fr/>



CONTACT

Mairie de Châtillon sur Thouet

05 49 95 07 84 ou par mail : mairie_chatillon@cc-parthenay-gatine.fr.



MESCHERS-SUR-GIRONDE RECHERCHE

UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Proche de Royan, la station balnéaire de Meschers-sur-Gironde **recherche un médecin généraliste**

pour son nouveau cabinet médical flambant neuf de 40 m², il rejoindra ensuite la Maison Médicale prévue pour 2023. Petite ville de 3200 habitants où il fait bon vivre à l'année, elle attire 20 000 habitants en saison.

La municipalité offre pendant deux ans la gratuité du loyer du cabinet et du logement T4 situés tous les deux en plein centre-ville.

Ce cabinet vient étoffer l'offre de soins déjà présente : Médecins, infirmier-ères, kinésithérapeutes, dentiste, ostéopathes, podologue et psychologue.

Un EHPAD de 69 lits et une résidence services seniors de 42 logements voient le jour bientôt.

Un lotissement d'une soixantaine d'habitations et d'une trentaine d'appartements locatifs est livré courant 2022.

Sur place : Tous commerces, marché à l'année, accueil petite enfance, scolarisation primaire, médiathèque, complexe cinéma-bowling. Puis à Royan : collège, lycées, piscine, gymnase et centres commerciaux.

UN PEU PLUS LOIN :
Saintes est à 40 mn,
La Rochelle à 1h00
et Bordeaux à 1h30.

CONTACT
c.martin-freche@meschers.fr
f.fribourg@meschers.fr
05 46 39 71 01



PROJET DE MAISON DE SANTÉ PLURIDISCIPLINAIRE

SAVINES-LE-LAC (LAC DE SERRE-PONÇON)
Hautes-Alpes - 05

RECHERCHE

DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

La commune de Savines-le-Lac recherche, dans le cadre d'un projet de Maison de Santé Pluridisciplinaire, des médecins susceptibles de s'installer durablement sur la commune. La commune met à disposition, à titre gratuit, des locaux d'une surface de 250 m² environ, et d'autres professionnels de santé sont d'ores et déjà intéressés pour intégrer le projet.

Possibilité de logement sur place (1 logement attenant aux locaux professionnels peut être mis à disposition).

La commune est située en Zone de Revitalisation Rurale, ouvrant droit à certains avantages fiscaux.

La commune est également classée Station de Tourisme et constitue une véritable destination nautique ; elle bénéficie à ce titre d'un surclassement démographique de 5 000 à 10 000 habitants.

POUR TOUT RENSEIGNEMENT,
contacter Monsieur le Maire au
04 92 44 20 03 - mairie.savineslelac@orange.fr



LE CENTRE HOSPITALIER DE MONTFAVET - CARPENTRAS - RECRUTE H/F

Le centre hospitalier de Montfavet à Avignon, établissement de santé mentale, recrute pour le pôle des Aigues et Ventoux situé au pôle santé à Carpentras :

MÉDECIN GÉNÉRALISTE H/F

mi-temps pour travailler en collaboration avec les psychiatres

Ce pôle de 41 lits nécessite un passage par jour, régulier le matin ou l'après-midi.

Permanence des soins : sans astreintes, ni gardes.

Pour plus de renseignements, contacter :

- La chef de pôle du PAV - tél : 04.90.03.95.25 (de 9 h à 17 h)
- La direction des affaires médicales - tél : 04.90.03.90.05 - mail : secretariat.sam.pmgr@ch-montfavet.fr
- Le président de la CME - Secrétariat - tél : 04.90.03.90.88



AXIA.com

www.ch-montfavet.fr

LE CENTRE HOSPITALIER DE MONTFAVET - AVIGNON - RECRUTE H/F

Le centre hospitalier de Montfavet à Avignon, établissement de santé mentale, recrute pour son service de soins somatiques spécialisés et adaptés

MÉDECIN GÉNÉRALISTE H/F

temps plein, temps partiel ou vacataire

Avec un effectif de 20 médecins de différentes spécialités médicales, un plateau technique adapté (radiologie, échographie, doppler), une équipe dynamique prend en charge les patients sur le plan somatique dès leur admission, pendant leur séjour jusqu'à leur sortie, en collaboration avec les médecins psychiatres.

Le centre hospitalier prend également en charge un pôle médico-social avec des résidents en situation de handicap et gère un dispositif Handiconsult. Le cadre de travail est très agréable. Permanence des soins : une garde par semaine sur la base du volontariat.

Pour plus de renseignements, contacter :

- La direction des affaires médicales - tél : 04.90.03.90.05 - mail : secretariat.sam.pmgr@ch-montfavet.fr
- Le président de la CME - Secrétariat - tél : 04.90.03.90.88



AXIA.com

www.ch-montfavet.fr

MAISON DE SANTÉ

PLURI-PROFESSIONNELLE DE MONTMÉDY

📍 à 45 km de Sedan, Verdun, Longwy
à 1h15 du Luxembourg
à 10 km de Virton (Belgique)

+ Écoles, collège, commerces,
cinéma, clubs sportifs à proximité



URGENT (cause départ et maladie) recherche

- UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE ou
- UN COLLABORATEUR ou
- UN COUPLE DE MÉDECINS

3 médecins généralistes
des secrétaires médicales
3 kinés
1 cardiologue
2 pharmaciens

3 cabinets de 2 infirmiers
1 orthophoniste
1 sage-femme (vacation)
1 infirmière ASALÉE
1 poste de téléconsultation

Consultations sur RDV.
Peu de visites, population rurale.
Temps de travail à organiser.
Possibilité de remplacements
et vacances.
2 astreintes de PDS/mois et 5 WE
de garde par an.
En ZRR (avantages fiscaux).
Aide à l'installation.



CONTACT

Communauté de Communes
du Pays de Montmédy
M. PASCOLINI
adrien.pascolini@codecom-paysdemontmedy.fr
Tél. : 03 29 80 16 44





LA COMMUNE DE SAINT-PARRES- LÈS-VAUDES

C'est une localité plutôt rurale de 1062 habitants, dotée de nombreux commerces, située à 18 km de Troyes, elle est le bourg centre d'un territoire dénommé le Vaudois, qui compte six Communes (St-Parres-lès-Vaudes, Vaudes, Rumilly-lès-Vaudes, Villemoyenne, Chappes, Fouchères, distantes de 1 à 5 kms du bourg centre) et formant un bassin d'emploi d'environ 5.000 habitants, en constante progression. Elle dispose d'une école maternelle et élémentaire, et d'une résidence autonomie de 50 logements, actuellement occupée en totalité.

St-Parres-lès-Vaudes accueillait, il y a encore quatre ans, deux médecins libéraux, l'un est décédé et l'autre a rejoint une autre région pour raison familiale. Elle bénéficie de la présence d'une pharmacie, (que la municipalité a équipée d'une unité de télémédecine), d'un cabinet infirmier, et de deux cabinets de kinésithérapeutes. Elle vient de racheter le cabinet dentaire, récemment fermé pour cause de retraite de son titulaire, dans le but d'accueillir un ou deux praticiens généralistes.

De plus le secteur est situé en zone de revitalisation rurale (ZRR), permettant d'obtenir des avantages fiscaux, et dépend de la CPTS de Bar sur Seine, située à 12 km.

La Commune souhaite donc s'impliquer dans l'accueil de nouveaux professionnels de santé en leur assurant confort de vie et développement professionnel harmonieux



CABINET AMÉNAGÉ DISPONIBLE

PLEURS (51) et FÈRE-CHAMPENOISE (51) cherchent 2 MÉDECINS GÉNÉRALISTES (H/F)

✓ MAISON MÉDICALE DE PLEURS

UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE

✓ MAISON MÉDICALE DES 3 RIVIÈRES

UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE (H/F)

*souhaitant intégrer une Maison de santé de 10 professionnels
(Médecins Généralistes, Infirmières, kinésithérapeute, orthophoniste)*

CONTACT : Marielle Laurent - Communauté de Communes du Sud Marnais
150 rue des Verriers - 51230 FÈRE-CHAMPENOISE
Tél. : 03 26 42 52 38 - 06 10 48 77 22

POINTS FORTS DU TERRITOIRE

Son bassin de vie : 14 communes : Bassin de vie de 6 000 habitants - Potentiel élargi : 10 000 habitants.

Territoire classé sous-médicalisé avec une forte attente de la population.

Sa situation : Idéalement placé, 10 min de l'A26 et accessible par la RN4.

Liaison routière : 30 min de Châlons-en-Champagne, 45 min de Troyes, 50 min de Reims, 1h30 de Paris, 1h45 de Nancy.

Ligne TGV à 50 min : Paris à 45 min, Strasbourg 1h50...

LES POINTS FORTS DE LA MAISON MÉDICALE DES 3 RIVIÈRES ET DE PLEURS

Avoir des conditions de travail optimales. Bâtiment Haute Qualité Environnementale adapté et loué clé en main.

Cadre idéal centré sur votre confort (luminosité, acoustique...).

Privilégier la qualité de vie (amplitude horaire...) par la mutualisation.

Rompre l'isolement professionnel.

Améliorer l'accessibilité, la coordination et la continuité des soins.

Mutualiser les disciplines.

Bénéficier de l'attractivité du pôle santé. Forte attente de la population.

Bâtiment répondant aux normes « Haute Qualité Environnementale » privilégiant les économies d'énergie, le confort des usagers : phonique, luminosité...

Loyer très attractif.

Logement possible.

Cabinet aménagé disponible.



Créée en mai 2018,
MAISON DE SANTÉ DE MULHOUSE BOURTZWILLER (68)

recherche

UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Pour collaboration libérale
en vue d'association

Nous disposons de locaux neufs,
aux normes PMR, d'un secrétariat
médical présentiel et travaillons
en collaboration avec les infirmières
du pôle.

La Maison de Santé est à proximité
d'un laboratoire d'analyses médicales,
d'un cabinet de radiologie et de
cardiologie et à 5 km des hôpitaux
et cliniques de la ville.



CONTACT
Dr Isabelle WILLEMMAIN
au 06 08 32 80 05



RECHERCHE

UN VOIRE DEUX MÉDECINS GÉNÉRALISTES



CONTACT :
Monsieur le Maire
Laurent MULLER
03 87 81 87 20
mairie@hombourg-haut.com



HOMBOURG-HAUT, EN MOSELLE,

avec ses 6 334 habitants et ses divers quartiers souvent distants de plusieurs kilomètres, possède des caractéristiques et une histoire propre.

Le « Vieux-Hombourg », cité médiévale fortifiée sur un éperon rocheux, surplombe « Hombourg-Bas », qui longe la route départementale : C'est le cœur de la Ville avec ses services administratifs et ses commerces.

La ville de Hombourg-Haut est aujourd'hui en pleine mutation, avec un nouvel élan pour sa population en transformant son urbanisme, en accueillant de nouveaux habitants et en gardant son imposant patrimoine, fruit de son histoire. Avec plus de 60 associations, de nombreux équipements sportifs sur son territoire, 7 écoles, 1 collège, le tout à 5 minutes de l'autoroute A4 et de l'Allemagne, elle reste plus que jamais une ville qui bouge !

Avec sa patientèle nombreuse, Hombourg-Haut compte : 2 médecins généralistes, 1 Centre de santé FILIERIS (1 médecin), 1 cardiologue, 2 dentistes, 3 kinésithérapeutes, 5 podologues, 2 pharmacies, 1 laboratoire d'analyses médicales BIOGROUP, et de nombreuses infirmières.

La municipalité de Hombourg-Haut vous réservera le meilleur accueil et mettra tout en œuvre pour faciliter votre installation.

La Communauté de Communes de Freyming-Merlebach pourra apporter une aide financière à votre installation (forfait de 15 000 € maximum).





COMMUNE DE LA PORTE DU DER

À 8 kilomètres du Lac du Der

À 60 kilomètres de Troyes – 120 kilomètres de Nancy et 120 kilomètres de Reims

Population concernée : 7 000 habitants

Zone de revitalisation rurale (avantages fiscaux)



Recherche

1 OU 2 MÉDECINS SPÉCIALISTES EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Historiquement : 5 médecins généralistes

Actuellement 2 médecins généralistes

Bourg centre (2 500 habitants) avec tous commerces.

Tous services : scolarité jusqu'au collège (3^{ème}).

Zone rurale : calme, nature, ornithologie, Lac du Der, patrimoine.

Vie associative : sportive et culturelle développée.

Conditions :

Immeuble dédié avec professions médicales et paramédicales (IDE, kinésithérapeute, psychologue, ostéopathe, sage-femme, pédicure).

Facilité d'installation dans cabinets neufs, meublés, équipés.

Possibilité de logement avec conditions avantageuses.

Activité libérale, indépendante avec possibilité de temps libéral ou salarié en Hôpital ou en médico-social (2 EHPAD : 190 lits, 2 IME, 1 ESAT avec foyer de vie...).



Contact :

Mairie : mairiemontierender@laporteduder.fr

Jean-Jacques BAYER, Le Maire : 06 80 72 80 20 – Allain OTTENWELDER, 1^{er} adjoint au Maire, Médecin en retraite : 06 80 42 58 28



LA COMMUNAUTÉ DE COMMUNES DU BASSIN DE JOINVILLE EN CHAMPAGNE (52)

RECRUTE

DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES exerçant en libéral ou salariés

www.ccbjc.fr

EPCI d'environ 13 000 habitants répartis sur 59 communes, la Communauté de Communes du Bassin de Joinville en Champagne, située entre Saint-Dizier et Chaumont, vous accueille dans un écrin de nature généreuse préservant richesses architecturales et savoir-faire ancestraux.

Avec un effectif moyen de 115 agents, la CCBJC est en pleine mutation avec de nombreux projets structurants (complexe sportif, regroupements scolaires) qui concourent à un nouveau positionnement territorial.

POUR TOUT RENSEIGNEMENT

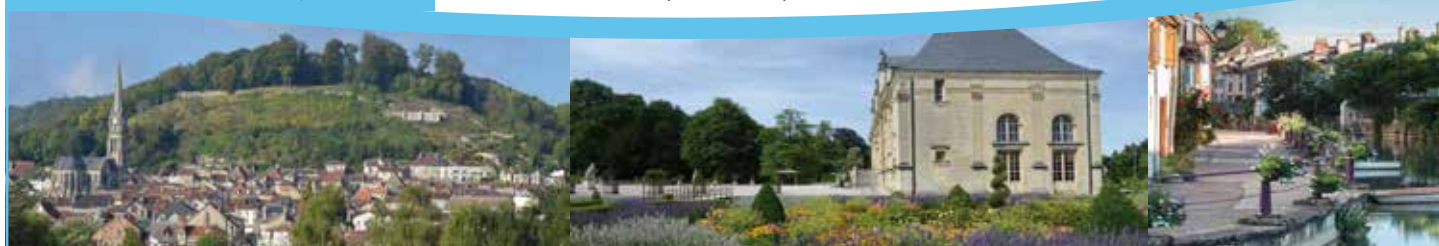
Tél. : 03 25 05 94 69 - Mail : dgs@ccbjc.fr

2 SITES POUR VOUS ACCUEILLIR

Centre de Santé de Doulevant-le-Château (52110) : Activité salariée. Créé en 2012, le centre de santé compte actuellement 1 médecin salarié, 1 médecin vacataire et 3 secrétaires. Il remplit une véritable mission de service public de santé de proximité et complète l'offre libérale, hospitalière, médicosociale locale avec laquelle il travaille en coordination et partenariat afin de constituer un efficace réseau de santé. Il se situe au rez-de-chaussée d'un bâtiment comprenant également une maison médicale composée de 3 infirmières, 1 podologue et 1 addictologue.

Maison de Santé Pluridisciplinaire de Joinville (52300) : Activité libérale.

Inaugurée en juin 2019, elle accueille une société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA) composée de médecins généralistes, sage-femme, podologues, infirmières, psychologue, diététicienne, kinésithérapeute et ostéopathe.



MAIRIE DE SÉZANNE



La Ville RECHERCHE, en libéral,
ou éventuellement en salariat,

UN OU DEUX MÉDECINS GÉNÉRALISTES

pour intégrer la Maison de santé pluridisciplinaire

Sézanne (4 900 habitants) est située en Champagne, à 1h15 à l'est de Paris, entre forêts et coteaux viticoles. Riche d'un patrimoine architectural préservé et de 30 ha d'espaces verts, elle compte de nombreux équipements et services (crèche, écoles, collège et lycée, stades, piscines, courts de tennis, cinéma, salle de spectacles, médiathèque...), plus d'une centaine d'associations, des commerces de proximité et des grandes surfaces, et un tissu économique diversifié (industrie, artisanat, services tertiaires, agriculture et viticulture). Par ailleurs, la Ville et les associations proposent tout au long de l'année de nombreuses festivités et animations.

Cet équipement flambant neuf, ouvert en juillet 2021, accueille déjà de nombreux professionnels médicaux et paramédicaux, autour d'un projet de santé : un médecin généraliste, deux kinésithérapeutes, un centre de soins infirmiers, un service de soins infirmiers à domicile (environ 20 personnes), deux sage-femmes, une podologue-pédicure, deux ostéopathes, une diététicienne-nutritionniste, un chiropracteur, et le CLIC gérontologique ; des locaux sont disponibles pour deux autres médecins généralistes et pour des consultations de spécialistes.

Le tissu médical environnant comprend un centre hospitalier avec accueil des urgences 24h/24, deux maisons de retraite (publique et privée), une maison de santé privée, deux cabinets dentaires, un laboratoire d'analyses et une pharmacie.

Plus d'informations sur Sézanne : <https://www.ville-sezanne.fr/>

POUR TOUTE QUESTION :

Ville de Sézanne - 7 place de l'Hôtel de Ville - 51120 SÉZANNE
Andrée Aubès, Directrice Générale des services de la Ville
Tél : 03 26 80 76 00 - Courriel : a.aubes@ville-sezanne.fr



VOTRE RÉSEAU SOCIAL PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ
DES MILLIERS D'OFFRES POUR VOUS



RENDEZ-VOUS SUR WWW.RESEAUPROSANTE.FR

INSCRIPTION GRATUITE

📞 01 53 09 90 05

✉️ CONTACT@RESEAUPROSANTE.FR