

Année 2022/2023

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Carina-Cristina TUDOR

Née le 19 décembre 1993 à Constanta, Roumanie (99)

**Exploration de la perception de l'assistant médical sur la collaboration
interprofessionnelle : la dynamique relationnelle avec le médecin généraliste**

Présentée et soutenue publiquement le 7 décembre 2023 devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeure Clarisse DIBAO-DINA, PU, Médecine Générale, Faculté de Médecine - Tours

Membres du Jury :

Docteur Christelle CHAMANT, Médecine Générale, MCA, Faculté de Médecine - Tours

Docteur Alice PERRAIN, Médecine Générale – La Croix-en-Touraine

Directeur de thèse : Docteur Philippe REY, Médecine Générale – Sully-sur-Loire

RESUME

Introduction : La transformation inévitable de la pratique médicale est un enjeu de la crise sanitaire mondiale perdurable. La collaboration interprofessionnelle émerge comme l'une des réponses aux défis actuels. En France, le métier d'assistant médical a été élaboré en 2018. Son intégration dans la pratique de la médecine générale vise à répondre à la désertification médicale en améliorant les conditions de travail des professionnels de santé et l'accès aux soins. Cette étude repose sur le cadre de référence proposé par D'Amour. L'objectif de cette étude était d'explorer la perception de l'assistante médicale sur son parcours dans ce nouveau métier et la collaboration interprofessionnelle, afin d'esquisser la dynamique de sa relation avec le médecin généraliste.

Méthode : Étude qualitative inspirée de la phénoménologie interprétative par des entretiens individuels semi-dirigés chez sept assistants médicaux dans le Loiret.

Résultats : Lors de la genèse de leur métier, les appréhensions des assistants médicaux étaient liées à l'ambiguïté de leur fiche de poste perçue comme un frein dans la définition de leur rôle. Une expérience paramédicale préexistante était indispensable pour faciliter leur formation et leur intégration. Nous retenons 3 facteurs-clé pour le choix de ce métier chez nos participantes : choisir le médecin, diversifier l'activité dans le milieu médical, privilégier l'approche centrée sur le patient. Au cours de l'analyse, les trois profils « collaboratifs » ont émergé dans le cadre de leur voyage professionnel (agir, négocier et faire), ainsi que deux typologies de collaboration (action, construction). Finalement, la nature même de leur relation avec les médecins est mise en exergue.

Conclusion : Notre étude conclut que l'intégration de l'assistant médical auprès des médecins généralistes reste un phénomène complexe et nuancé. Il transforme la pratique médicale et contribue à améliorer la qualité des soins offerts aux patients. Ainsi, ce dispositif semble représenter une solution adaptée pour réduire les inégalités dans l'accès aux soins et contribue à l'approche centrée sur le patient.

Mots-clé : assistant médical, collaboration interprofessionnelle, relation assistant-médecin, approche centrée patient.

Exploration of the medical assistant's perception of interprofessional collaboration: the relational dynamics with the General Practitioner

Introduction: The inevitable transformation of medical practice is a key issue in the enduring global health crisis. Interprofessional collaboration emerges as one of the responses to current challenges. In France, the profession of medical assistant was developed in 2018. Its integration into general medical practice aims to address medical deserts by improving the working conditions of healthcare professionals and access to care. This study is based on the framework proposed by D'Amour. The objective of this study was to explore the perception of the medical assistant regarding her journey in this new profession and interprofessional collaboration, in order to outline the dynamics of her relationship with the general practitioner.

Method: A qualitative study inspired by interpretative phenomenology through semi-structured individual interviews with seven medical assistants in the Loiret region of France.

Results: During the genesis of their profession, medical assistants' apprehensions were linked to the ambiguity of their job description, perceived as a hindrance in defining their role. Pre-existing paramedical experience was essential to facilitate their training and integration. We identified three key factors for the choice of this profession among our participants: choosing the physician, diversifying activities in the medical field, and prioritizing a patient-centered approach. In the course of the analysis, three "collaborative" profiles emerged in the context of their professional journey (act, negotiate, and construct), as well as two typologies of collaboration (action, construction). Ultimately, the very nature of their relationship with physicians is highlighted.

Conclusion: Our study concludes that the integration of medical assistants with general practitioners remains a complex and nuanced phenomenon. It transforms medical practice and contributes to improving the quality of care offered to patients. Thus, this system appears to represent an appropriate solution to reduce inequalities in access to care and contributes to a patient-centered approach.

Keywords: medical assistant, interprofessional collaboration, assistant-physician relationship, patient-centered approach.

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESSEURS

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*

Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*

Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*

Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*

Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*

Pr Patrick VOUREC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Carole ACCOLAS

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972

Pr André GOUAZE (†) – 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON

Pr Gilles BODY

Pr Philippe COLOMBAT

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr Luc FAVARD

Pr Bernard FOUQUET

Pr Yves GRUEL

Pr Gérard LORETTE

Pr Loïc VAILLANT

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – P. DUMONT – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – D. PERROTIN – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – P. ROSSET – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel	Immunologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BACLE Guillaume.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARBIER François.....	Médecine intensive et réanimation
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERHOUE Julien	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESMIDT Thomas	Psychiatrie
DESOUBEUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DI GUISTO Caroline	Gynécologie obstétrique
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephan	Médecine intensive – réanimation
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure.....	Hépatologie – gastroentérologie
ESPITALIER Fabien.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine.....	Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie

LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Éric.....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MOREL Baptiste	Radiologie pédiatrique
MORINIERE Sylvain.....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry.....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline.....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET-BIGOT Bénédicte	Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....	Génétique
VELUT Stéphane.....	Anatomie
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine.....

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra	Médecine interne
BISSON Arnaud	Cardiologie (CHRO)
BRUNAUT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo	Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas	Pédopsychiatrie
GOUILLEUX Valérie.....	Immunologie
HOARAU Cyrille	Immunologie
KERVAREC Thibault	Anatomie et cytologie pathologiques
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEDUCQ Sophie	Dermatologie
LEFORT Bruno	Pédiatrie
LEJEUNE Julien	Hématologie, transfusion
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOUMNEH Thomas	Médecine d'urgence
PARE Arnaud.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
NICOGLU Antonine	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain	Médecine Générale
BARBEAU Ludivine.....	Médecine Générale
CHAMANT Christelle	Médecine Générale
ETTORI Isabelle.....	Médecine Générale
MOLINA Valérie	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime	Médecine Générale
PHILIPPE Laurence.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUTIN Hervé.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 - ERL CNRS 7001
GUEGUINOU Maxime.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LE MERRER Julie	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
SECHER Thomas.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
TANTI Arnaud	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'éthique médicale

BIRMELE Béatrice.....Praticien Hospitalier

Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale

LAMANDE Marc.....Praticien Hospitalier

Pour l'orthophonie

BATAILLE Magalie.....Orthophoniste
CLOUTOUR Nathalie.....Orthophoniste
CORBINEAU Mathilde.....Orthophoniste
EL AKIKI Carole.....Orthophoniste
HARIVEL OUALLI Ingrid.....Orthophoniste
IMBERT Mélanie.....Orthophoniste
SIZARET Eva.....Orthophoniste

Pour l'orthoptie

BOULNOIS Sandrine.....Orthoptiste

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes
de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits aux indigents,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis(e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux(euse) et reconnaissant(e) envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

Que les hommes et les femmes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert(e) d'opprobre
et méprisé(e) de mes confrères et consœurs
si j'y manque.

REMERCIEMENTS

A Madame la Professeure Clarisse DIBAO-DINA

Je tiens à vous exprimer ma plus profonde gratitude pour avoir accepté la présidence de mon jury de soutenance de thèse, Madame la Professeure.

Votre accord revêt une importance capitale pour moi, car il témoigne de votre confiance en mon travail et de votre engagement envers ma réussite académique.

Je tiens également à souligner le grand respect que j'ai pour votre expertise et votre contribution à mon parcours académique.

Votre présidence apportera une dimension d'excellence à ma soutenance.

A Monsieur le Docteur Philippe REY

Je vous remercie pour votre accompagnement et votre bienveillance lors de la direction de ma thèse.

Merci pour tout le travail d'accompagnement, votre disponibilité permanente, vos observations avisées et vos nombreux encouragements.

Je me suis engagée à travailler soigneusement pour présenter une thèse de qualité et à être à la hauteur de cette occasion.

Veillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

A Madame le Docteur Christelle CHAMANT

Je souhaite exprimer ma sincère gratitude pour avoir accepté de faire partie de mon jury de soutenance de thèse.

Je tiens à souligner l'appréciation que j'ai pour votre bienveillance tout au long de notre parcours. Votre rigueur et votre engagement dans votre travail sont pour moi une source d'inspiration précieuse en vue de ma future pratique.

Je vous adresse ici toute ma gratitude et mon profond respect. Je suis honorée de bénéficier de vos conseils et de votre évaluation lors de cet événement déterminant de ma formation universitaire.

A Madame le Docteur Alice PERRAIN

Je tiens à exprimer ma sincère gratitude pour avoir accepté de prendre en considération et de siéger dans mon jury.

Votre engagement et votre évaluation de mon travail sont pour moi une marque d'estime et d'appréciation précieuse.

Je souhaite exprimer ma profonde gratitude envers tous les médecins, le personnel paramédical, ainsi que les secrétaires que j'ai eu l'occasion de côtoyer au cours de mon internat. Leurs contributions ont été essentielles pour enrichir mes connaissances et m'accompagner tout au long de mon cursus.

Un grand merci à l'équipe de soins palliatifs et à l'équipe de gynécologie. Je garde des souvenirs précieux et je vous remercie pour tous les moments de joie que nous avons partagés lors de notre aventure, ainsi pour tous les défis qu'on a pu dépasser ensemble. Vous me manquez beaucoup et sachez que je pense à vous très souvent. Je tiens à remercier l'équipe d'urgences à Orléans, pour nos bons souvenirs lors de nos gardes. Ensemble on était imbattables et travailler avec vous était toujours un plaisir. Soyez assurés de ma profonde considération et sachez que vous me manquez trop.

Je tiens également à remercier chaleureusement mes co-internes, qui ont partagé cette année de thèse avec moi, pour leur soutien indéfectible et la complicité que nous avons développée. Je n'aurais jamais pu relever ce défi intellectuel sans le soutien indéfectible de mes amis, qui ont compris les enjeux des études médicales et m'ont permis de maintenir une vie sociale équilibrée.

Un grand merci à Raluca et Rudy lors de notre « voyage », mais pas que pour mon travail de thèse. Je vous aime et vous suis très reconnaissante de toujours être là pour moi. Sachez que c'est réciproque et que notre aventure continue. Raluca, je suis très contente d'avoir partagé avec toi tellement des histoires et des bons moments. Nos souvenirs sont et resteront précieux, voilà !

Alixia, je tiens à te remercier pour tous tes encouragements et pour ton accompagnement tout au long d'internat. Je tiens à exprimer ma gratitude pour les bons souvenirs, pour nos moments de folie, pour nos challenges qu'on a pu partager. Je suis reconnaissante que toi et Devy étiez à mes côtés pendant tous ces années.

Tiphaine, merci pour ton amitié et ton soutien tout au long de notre parcours. Malgré la distance, j'ai toujours senti que tu étais proche. Je suis reconnaissante d'avoir fait ta connaissance et de t'avoir comme amie.

Pour Pierre, Hugo, Luc, Charles, Marie, Sarah, Ahmad, Alice, Letitia, Cristina, Victor, Youssef et tous les autres co-internes qui ont croisé mon chemin. Je suis reconnaissante de partager avec vous des souvenirs merveilleux et sachez que je serai toujours là pour vous.

Pour mes amis et mes confrères de Roumanie, sachez que je pense souvent à vous et je n'ai que des sentiments de gratitude envers vous. Vous me manquez.

Un merci tout particulier aux patients que j'ai eu le privilège d'accompagner. Leurs retours et leurs encouragements ont joué un rôle essentiel dans mon développement professionnel.

Un immense remerciement s'adresse à ma famille, qui m'a soutenue, motivée et encouragée à persévérer à chaque étape de mon parcours. Leur soutien précieux a grandement contribué à mes réussites académiques. Je remercie ma sœur d'être toujours là pour moi. Adelina, mon amour pour toi est infini.

J'aimerais également rendre hommage à ceux qui, bien qu'ils ne soient plus parmi nous, continuent de veiller sur moi.

Pour terminer, je remercie mon compagnon Khalid pour tous ses encouragements, sa confiance, son soutien moral indéfectible et notre complicité. Je t'aime.

Table de matières

I. INTRODUCTION	14
II. METHODE	17
1. TYPE D’ETUDE	17
2. POPULATION	17
3. RECUEIL DES DONNEES	17
4. ANALYSE DES DONNEES	18
5. ASPECTS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES	18
III. RESULTATS	19
1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ET DES ENTRETIENS	19
2. ANALYSES INDIVIDUELLES	19
A. ANALYSE DU PROFIL DE AM1	20
B. ANALYSE DU PROFIL DE AM2	25
C. ANALYSE DU PROFIL DE AM3	30
D. ANALYSE DU PROFIL DE AM4	34
E. ANALYSE DU PROFIL DE AM5	40
F. ANALYSE DU PROFIL DE AM6	44
G. ANALYSE DU PROFIL DE AM7	49
3. ANALYSE INTEGRATIVE DES 7 PROFILS	54
IV. DISCUSSION	59
1. A PROPOS DES RESULTATS	59
2. PERSPECTIVES DES DIFFERENTS ACTEURS IMPLIQUES DANS LE SOIN :	
AVANT L’INTEGRATION DES ASSISTANTS MEDICAUX	59
3. PERCEPTIONS DES DIFFERENTS ACTEURS IMPLIQUES DANS LE SOIN :	
APRES L’INTEGRATION DES ASSISTANTS MEDICAUX	60
4. ACTUALITES CONCERNANT LE METIER D’ASSISTANT MEDICAL	61
5. LES FORCES ET LIMITES DE L’ETUDE	61
V. CONCLUSION	62
VI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	63
VII. ANNEXES	67

I. INTRODUCTION

En France, les disparités dans la répartition des ressources médicales repérées en 1991 (1) font l'objet d'une analyse plus approfondie une décennie plus tard (2), ce qui engendre un mouvement national visant la transformation de la pratique médicale (3). Quant à la médecine générale, les défis actuels découlent du vieillissement de la population (4) et de la prévalence croissante des maladies chroniques (5), auxquels s'ajoutent de nouveaux enjeux liés à la pandémie COVID-19 (6). Les médecins généralistes font preuve d'adaptation face à ces problématiques sans précédent (7). En conséquence d'une crise sanitaire perdurable, le burn-out des soignants s'aggrave (8,9).

À l'heure actuelle en France, les données statistiques montrent une réduction progressive du nombre de médecins en pratique libérale, étant en contraste avec l'augmentation démographique de la population (10). Au 1^{er} janvier 2022, 124 915 médecins exercent en libéral en France, avec une densité moyenne estimée à 184 médecins pour 100 000 habitants (11). Au 1^{er} janvier 2023, 99 500 médecins généralistes sont en activité en France, poursuivant une diminution depuis le 1^{er} janvier 2022 (12). Dans la région Centre Val de Loire, 3709 médecins sont en activité libérale en 2022, soit 142 médecins pour 100 000 habitants (11). En 2050, il y aurait 97.6 médecins généralistes pour 100 000 habitants, selon les hypothèses de Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques concernant la densité médicale (13).

Une solution viable qui émerge face à ces menaces est la collaboration interprofessionnelle (14), symbolisant le passage de l'individualisme au travail d'équipe (15). Concernant la pratique de la médecine générale en France, une option retenue est la collaboration interprofessionnelle entre les médecins et les paramédicaux. Dans ce contexte, le projet « Ma Santé 2022 » a conduit à la création d'**assistant médical** en 2018 (16). L'objectif de ce dispositif est de libérer du temps médical, ce qui vise à améliorer les conditions de travail des médecins et à leur permettre de se focaliser davantage sur le soin (17). Cette approche en médecine générale est dorénavant devenue la norme dans l'exercice libéral à l'étranger, adaptant les fonctions de l'assistant aux besoins de chaque pays (18–28).

Après la concrétisation des étapes légales et administratives, ce nouveau métier a été rendu accessible en France pour toutes les spécialités médicales à partir du deuxième semestre de l'année 2019. L'avenant n°7 de juin 2019 à la convention médicale stipule que l'employeur définit les contours du métier et que les fonctions exercées constituent des missions distinctes des autres catégories professionnelles (29–32). L'intégration de l'assistant médical dans la pratique de la médecine générale est une nouvelle mesure face à la désertification médicale, renforçant l'accès aux soins des patients et la qualité de leur prise en charge (33). La délégation de diverses tâches à l'assistant médical vise à optimiser l'exercice médical. Cela inclut la préparation des patients pour la consultation médicale, la prise de constantes, la mise à jour des dossiers médicaux, les tâches administratives, la surveillance des dépistages, la réalisation d'actes de prévention, l'éducation thérapeutique, ainsi que la gestion des rendez-vous chez les spécialistes, entre autres (17).

Un soutien financier est proposé aux médecins qui adhèrent à ce dispositif en échange de l'augmentation de leur file active et de l'amélioration de la qualité des soins, notamment dans la prévention (17). En addition, cette manière de travail est susceptible d'apporter un soulagement

concernant la santé mentale du praticien, associée à une organisation plus efficace du planning. Cela pourrait faciliter la poursuite ou la reprise de la formation médicale continue (34), permettant aux praticiens d'intégrer les notions d'actualité et de perfectionner leurs connaissances médicales (35).

Pour y parvenir, une communication efficace est essentielle pour définir les rôles de chaque acteur de l'équipe et reconnaître mutuellement leurs compétences et expériences. Dans ce cadre, le modèle de la structuration de la collaboration interprofessionnelle de D'Amour est la référence de base dans la littérature (36). Il a été progressivement ajusté pour explorer la dynamique de la collaboration, afin de mieux répondre aux besoins de la continuité de soin. Les facteurs clés se trouvent dans l'analyse des interactions individuelles et structurelles dans un contexte pluriprofessionnel (37).

Le **modèle d'Amour** (Annexe 4) repose sur quatre dimensions définies par la formalisation, la gouverne, la finalisation et l'intériorisation. Chaque dimension comporte des sous-dimensions, également dénommées variables.

La formalisation est une dimension organisationnelle qui repose sur deux variables définies à la fois par l'échange des informations et les outils de la formalisation.

La gouverne est la deuxième dimension organisationnelle où il s'agit du leadership au sein de la collaboration.

La finalisation est une dimension relationnelle qui concerne l'accomplissement d'objectifs communs au sein de l'équipe, notamment une approche centrée patient (38). Au cours de cette dimension, **un profil type** se dessine, se déclinant en trois profils distincts, représentés par les catégories agir, faire ou négociier.

L'intériorisation constitue la deuxième dimension relationnelle, impliquant le processus identitaire et d'interconnaissance.

En effet, le nouveau modèle D'Amour a été adapté pour évaluer les relations interprofessionnelles et inter-organisationnelles, en élaborant une **typologie de la collaboration**. Des indicateurs ont été développés comme outils pour déterminer l'une des typologies de collaboration interprofessionnelle proposées. Les dix variables issues des quatre dimensions du modèle servent d'indicateurs pour définir la typologie de la collaboration interprofessionnelle, qui est construite en trois niveaux distincts représentés par la collaboration en action, la collaboration en construction et la collaboration en inertie. L'objectif est de faciliter l'analyse de l'efficacité de la collaboration interprofessionnelle en utilisant ces variables, tout en établissant des liens concernant ses effets sur la santé.

La collaboration en action représente le niveau le plus élevé de collaboration interprofessionnelle, définie par une stabilité. Les professionnels de la santé parviennent à faire un consensus dans le partage des responsabilités, garantissant la continuité des soins d'une manière efficace.

La collaboration en construction est un processus en cours de développement. Certaines dimensions n'ont pas encore fait l'objet d'un consensus, mais le processus de négociation est toujours actif. Ce niveau de collaboration est représenté par une négociation en cours dans le partage des responsabilités afin d'améliorer l'efficacité des soins.

La collaboration en inertie est caractérisée par des conflits importants qui entravent l'avancement des soins et l'évolution propice de la collaboration interprofessionnelle. Il peut se manifester par une absence des relations et de négociation ou par des conflits significatifs, en particulier en ce qui concerne le partage des responsabilités. Les soins sont peu continus et peu efficaces.

La naissance de l'assistant médical en France stimule l'initiation des recherches visant le recueil des informations sur les appréhensions ou les représentations à la fois des médecins généralistes et des patients à l'égard de ce nouvel acteur. Devant les évolutions qui se dessinent dans la pratique de la médecine générale, il apparaît essentiel d'interroger l'acteur central dans ce contexte, qui est l'assistant médical. L'absence d'études explorant cette perspective contribue à l'originalité de notre recherche. Cette étude vise à compléter les recherches existantes, en apportant la perspective de l'assistant médical comme élément dans l'équation, afin d'éclaircir la manière dont cet acteur envisage l'avenir de la médecine générale.

Cette étude repose sur le cadre de référence proposé par D'Amour. Le choix de ce modèle correspond à l'objectif principal de ce travail de recherche.

L'objectif de cette étude était d'explorer la perception de l'assistante médicale sur son parcours dans ce nouveau métier et la collaboration interprofessionnelle, afin d'esquisser la dynamique de sa **relation** avec le médecin généraliste.

II. MÉTHODE

1. TYPE D'ÉTUDE

Il s'agissait d'une enquête qualitative inspirée de la phénoménologie interprétative chez les assistants médicaux face à leur parcours et la dynamique de leur relation avec les médecins généralistes.

Avant de débiter le recueil et l'analyse des données, les a priori des chercheurs ont été explicités par l'utilisation des « 7 questions ». L'évolution des réflexions des chercheurs a été consignée dans un journal de bord (Annexe 1).

2. POPULATION

Il a été réalisé un échantillonnage raisonné homogène ciblé sur les perceptions des assistants médicaux dans cette nouvelle manière de pratique de la médecine générale dans le département Loiret.

Les assistants médicaux ont été contactés par téléphone ou en personne (Annexe 2). Ceux qui ont accepté de participer à l'étude ont été contactés pour organiser un rendez-vous en présentiel ou par visioconférence, selon leur préférence. Leurs coordonnées ont été collectées et conservées pendant la durée de l'étude, puis ont été supprimées.

3. RECUEIL DES DONNÉES

Le recueil des caractéristiques des assistants médicaux a été effectué en début d'entretien.

Des entretiens individuels semi-dirigés auprès de l'échantillon cible ont été réalisés à l'aide d'un guide d'entretien. Le guide d'entretien (Annexe 3) a été rédigé avec l'aide du directeur de thèse. Ce guide reposait sur des questions ouvertes et a été ajusté après le deuxième entretien. La première question du guide d'entretien, dite « brise-glace », concernait le parcours professionnel de la personne interrogée. Elle favorisait l'établissement d'un climat de confiance avec les participants, créant ainsi un environnement favorable à la discussion. Après la question « brise-glace », les participants ont été abordés dans une approche chronologique propre à leur expérience pour devenir assistants médicaux.

Les entretiens ont été conduits par un unique enquêteur. Après l'accord oral des participants, ils ont été enregistrés par l'application « dictaphone » du smartphone du chercheur, puis retranscrits intégralement et anonymisés sur un fichier Word®. Les enregistrements ont été détruits après retranscription. Aucune des retranscriptions n'a été soumise aux participants concernés pour être corrigée.

4. ANALYSE DES DONNÉES

L'analyse a été effectuée dans une approche inspirée de la phénoménologie interprétative (39). Les verbatims ont été annotés et synthétisés en thèmes émergents sur le logiciel Word®. Une représentation graphique sous la forme de carte heuristique pour l'organisation des différents thèmes et thèmes superordonnés a été réalisée sur le logiciel Word®.

L'étiquetage a été effectué par un seul enquêteur, sans recourir à un logiciel de codage, en répétant le processus pour chaque entretien, en considérant chaque entretien individuellement, sans le comparer aux entretiens précédemment analysés. La dernière étape a consisté à chercher des patterns entre les cartes heuristiques. Lors de cette étape, quelques thèmes et thèmes superordonnés ont été relabellisés. L'organisation préétablie des cartes heuristiques a été remodelée afin de passer à un niveau de réflexion plus théorique et conceptuel.

L'analyse a été divisée en trois étapes chronologiques. La première étape concernait la **genèse** du choix de devenir assistant médical. La deuxième étape était le « **voyage** » professionnel, inspiré du modèle de D'Amour, où les dimensions et les variables ont été adaptées à chaque participant pour élaborer une typologie de la collaboration interprofessionnelle, ainsi qu'un profil type. Enfin, la dernière étape portait sur la nature de la **relation** entre le médecin et l'assistante médicale.

L'articulation des thèmes superordonnés et leur synthèse ont été présentées sous une forme narrative et explicative. La triangulation des analyses a été réalisée par une analyse des cartes heuristiques, ainsi que par un échange sur l'étiquetage avec le directeur de thèse et des co-thésards.

5. ASPECTS ÉTHIQUES ET RÉGLEMENTAIRES

Avant chaque entretien, le consentement éclairé des participants a été recherché et ils ont été informés de leur droit d'opposition au traitement de leurs données. Aucune opposition n'a été enregistrée. Étant donné que les entretiens étaient entièrement anonymes et qu'ils ne contenaient aucune information permettant d'identifier les participants, ainsi que les enregistrements ont été détruits à la fin de la recherche, aucune déclaration CNIL n'était nécessaire. Cette étude n'était pas soumise à la Loi Jardé.

III. RESULTATS

1. CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION ET DES ENTRETIENS

Sept entretiens ont été conduits entre le 8 février 2023 et le 19 juillet 2023. La durée moyenne des entretiens était de 73 minutes. L'âge moyen des participants était de 43 ans. Les caractéristiques des participants et des entretiens sont détaillées dans le tableau 1.

Tableau 1 : Caractéristiques de la population et des entretiens

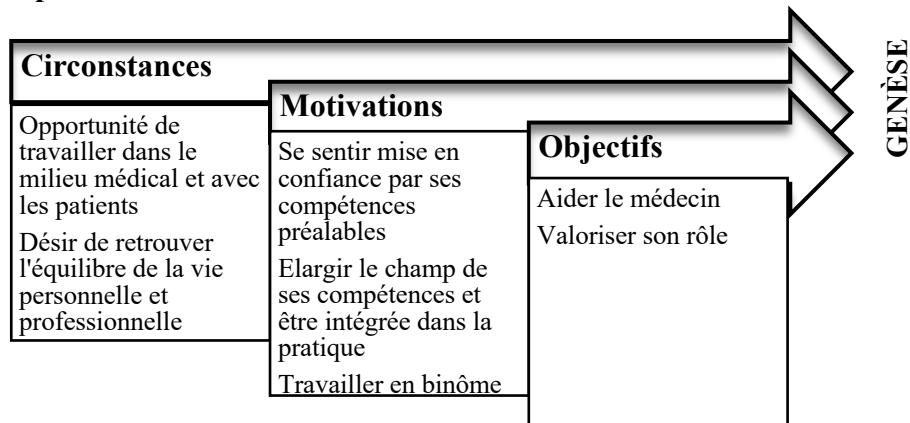
AM	Durée entretien	Age	Sexe	Zone	Temps de travail	Nombre de médecins	Lieu de travail	Ancienneté
AM1	1 :10	42	Femme	Semi-rural	Complet	1	Cabinet individuel	15 mois
AM2	0 :58	34	Femme	Semi-rural	Complet	1	Maison de Santé Pluridisciplinaire	20 mois
AM3	1 :57	31	Femme	Semi-urbain	Complet	1	Cabinet individuel	2 ans
AM4	1 :11	58	Femme	Semi-urbain	Complet	7	Maison de Santé Pluridisciplinaire	1 an
AM5	1 :28	50	Femme	Rural	Complet	1	Cabinet de groupe	3 ans
AM6	0 :54	49	Femme	Rural	Complet + 1/3 temps	4	Maison de Santé Pluridisciplinaire	8 mois
AM7	0 :55	37	Femme	Urbain	Complet	1	Maison de Santé Pluridisciplinaire	6 mois

2. ANALYSES INDIVIDUELLES

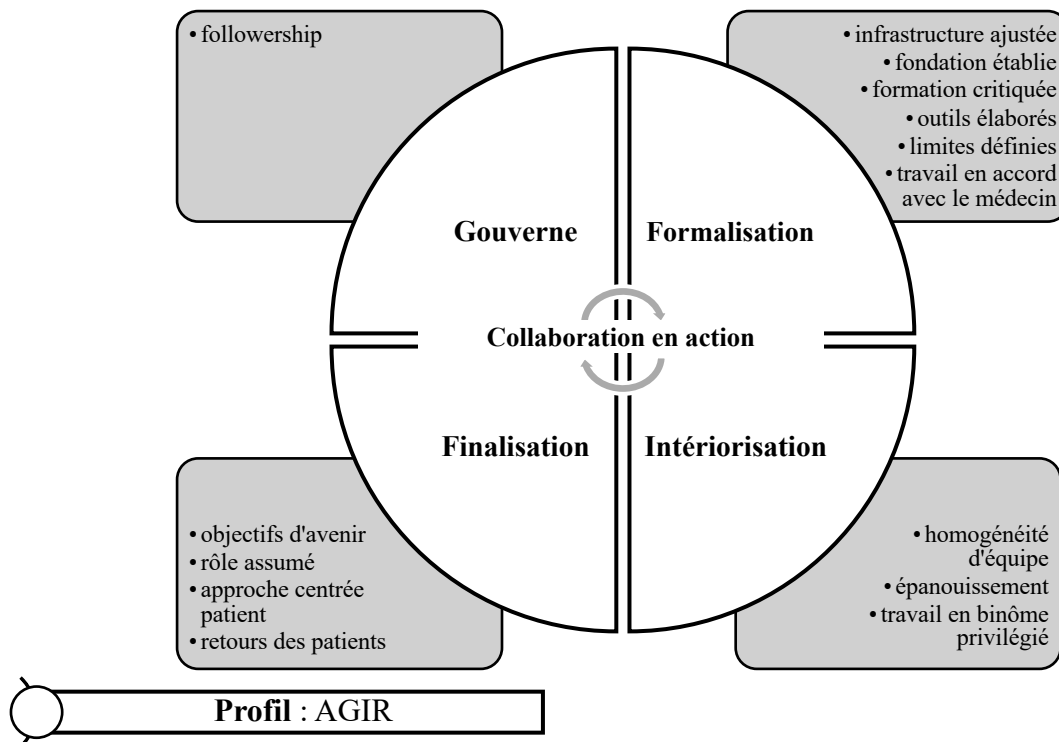
Pour continuer, nous allons présenter une analyse individuelle de chaque profil de nos sept participantes, représentant la genèse, le « voyage » professionnel et la nature de leur relation avec les médecins, le tout dans le cadre de sept cartes heuristiques.

a. Analyse du profil de AM1 (Carte 1. Carte heuristique AM1)

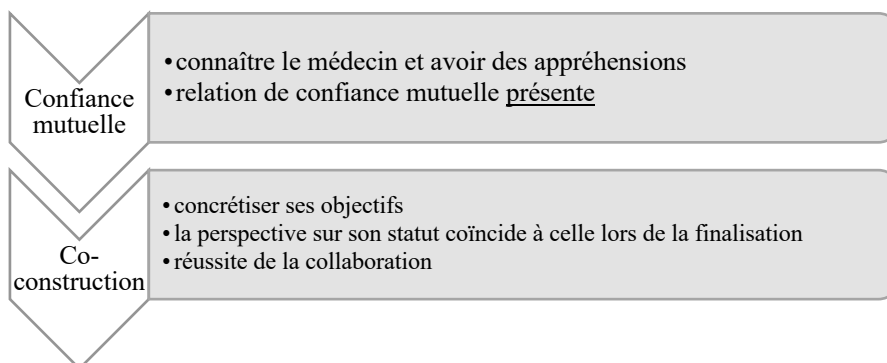
La genèse pour devenir assistante médicale



Le « voyage » professionnel



La nature de la relation inhérente



La genèse pour devenir assistante médicale

La genèse pour devenir assistante médicale est exposée à travers des circonstances lors de la découverte de métier, suivies par ses motivations et ses objectifs concernant son choix de carrière. Pour AM1, les circonstances se dessinent autour d'une découverte fortuite de ce métier lors de sa quête pour **retrouver l'équilibre de la vie personnelle et professionnelle** : « *à cause des horaires, de la charge de travail et la charge mentale dans mon ancien travail [...] je suis tombée par hasard sur [...] ce métier d'assistant médical* ». En effet, AM1 perçoit ce métier comme **une nouvelle opportunité de travail à la fois dans le milieu médical et avec les patients** : « *j'ai trouvé ça super, par rapport à mon parcours professionnel [...] j'avais déjà une connaissance du milieu médical assez importante [...] J'avais aussi cette relation patient et professionnel de santé que je prenais plaisir à retrouver dans ce futur métier d'assistant médical* ». En effet, AM1 **se sent mise en confiance par ses compétences préalables**. Dans son choix, AM1 est motivée par son **désir d'élargir le champ de ses compétences** : « *Ma motivation pour devenir assistant médical était [...] de continuer à apprendre, à être plus performante et à avoir le droit de faire encore plus que ce que je faisais dans mon ancien travail* ». AM1 **souhaite venir en aide au médecin lors de son intégration dans la pratique médicale** : « *Je ne vois que des avantages dans mon métier, pour dégager du temps au médecin, afin de lui permettre se concentrer sur le diagnostic, le cœur du métier médical* ». Ce métier lui permet de modeler son rôle, afin de l'adapter à ses envies : « *Quand je réfléchis à l'assistant médical, en fait tu peux faire un peu tout ce que tu veux* ». Dans ce cadre, **la mise en valeur de son rôle** est son objectif principal. Cela est favorisé par **le choix d'un médecin qui partage les mêmes valeurs**, tout en **privilégiant un travail en binôme** : « *C'est compliqué d'être dans une relation triangulaire, parce que je pense qu'il y a un de trois qui peut se sentir à part ou délaissé. Pour moi, une chose qui est très appréciable dans la relation c'est d'être à deux. [...] Bien sûr, quand tu es un vrai binôme avec le médecin. [...] Quand tu es utilisé en tant que vraie assistante médicale, tu as beaucoup à apporter en termes de gain de temps au médecin* ».

Le « voyage » professionnel

Quant à la **formalisation**, pour AM1 **l'infrastructure est ajustée**, mais les conditions de travail ne sont pas idéales. Cependant, cela n'est pas une contrainte dans leur bon fonctionnement : « *notre seul problème est le cabinet. [...] Il n'est pas fait comme on le voudrait et c'est quand même fluide. On arrive chacune à avoir sa place, à ne pas se marcher dessus* ». En revanche, **une adaptation de l'infrastructure est prévue** : « *dans quelques mois, on va déménager [...] Dans le prochain cabinet ça va être extraordinaire ce qu'on peut en faire, si on réfléchit bien, si on aménage bien notre emploi du temps, on peut faire vraiment quelque chose qui perdure* ». AM1 **collabore avec le médecin pour établir la fondation d'un travail en binôme**, afin d'avoir une routine dans la pratique : « *Depuis le début, on a convenu les bases de notre quotidien [...] Après la lecture de tri de courriers et de bilans, je fais les tâches demandées par le médecin pendant qu'elle réalise sa première consultation de la journée. Ensuite, on attaque la journée à deux* ». Par ailleurs, AM1 **critique la complexité de la formation, qui n'était pas adaptée** à sa préconception sur le statut d'assistant médical. Cependant, son parcours est **facilité par ses compétences paramédicales préalables** : « *J'avais quand même un bagage assez solide dû à mon travail paramédical précédent. [...] J'ai ressenti que cette formation était plus adaptée pour être une infirmière ASALEE. [...] Pour moi c'était plus facile, franchement je savais de quoi ils parlent lors de cette formation* ». En outre, AM1 **utilise ses compétences pour élaborer des outils qui facilitent la pratique médicale**, tout en soulignant **son rôle actif dans la collaboration** : « *Alors au début [...] j'étais dans la proposition et j'avais créé un questionnaire de santé pour les patients. [...] Grâce à ce questionnaire préétabli, ça fait gagner au médecin beaucoup de temps lors de la première consultation* ». En effet, les

compétences d'AM1 facilitent l'adaptation à son poste, tout en **ayant une contribution efficace dès le début** : « *il faut quand même avoir un minimum de niveau d'études dans le domaine, pour être quelqu'un de très performant dès le début dans la collaboration* ». Lors de son parcours, AM1 **adopte une posture proactive** dans la collaboration. **Son statut est défini** à la fois par l'organisation initiale de leur quotidien et par l'évolution des missions, tout en **respectant son rythme** : « *Je vais proposer des choses au médecin, je lui fais une ébauche et après on voit ensemble. [...] on augmente les tâches au fur et à mesure. Au début c'était basique, puis plus je me suis sentie à l'aise, plus je me suis dit que je pourrais faire des autres tâches* ». En parallèle, AM1 **définit les limites de son poste** : « *Moi je suis que l'assistant médical, donc je sais où est ma place, je sais où sont mes limites et je sais quand je dois m'arrêter. [...] je ne vais jamais au-delà de mes compétences* ». Le travail au cabinet s'organise **en accord avec le médecin** : « *pour l'instant, on arrive à mettre nos vacances simultanément. [...] ça serait dommage de prendre mes semaines de congés à part des siennes [...] pour moi c'est impensable de la laisser seule, alors rien que pour le téléphone, elle ne peut pas être en consultation et répondre, ce n'est pas possible. [...] Effectivement quand le médecin n'est pas là, pourquoi être là ?* ».

Dans le contexte d'AM1, la dimension **gouverne** est représentée par le **followership** : « *Chacune fait son truc, je n'interviens pas dans son côté médical. La relation avec le médecin est fluide et avec un respect de la hiérarchie. [...] Je sais où est ma place, je ne me prétends pas être médecin. [...] Le médecin me propose des missions et parmi eux il y a des tâches moins intéressantes, « ingrates », d'un point de vue administratif, mais il faut les faire. [...] Je me sens à l'aise de lui proposer différentes tâches en discutant ensemble la pertinence et la faisabilité* ».

Lors de la **finalisation**, AM1 présente **sa perception sur la collaboration**. AM1 est fortement **engagée dans son binôme**, afin d'améliorer les conditions de travail du médecin et **d'accomplir des objectifs d'un avenir en commun**. En effet, AM1 **vient en aide au médecin et assume son rôle**, afin de **privilégier une approche centrée patient** : « *Avec l'écoulement du temps, j'arrive à intégrer encore plus de tâches, donc on peut encore augmenter la patientèle et renforcer la collaboration. [...] Je pense que le médecin va me déléguer encore plus de tâches, ça va faciliter la consultation et son délai au vu de la situation actuelle : le manque de médecins et la croissance de la population. En faisant le travail à deux, ce sera plus facile* ». Lors de la construction des **relations avec les patients**, **son rôle est mis en valeur par le médecin** : « *Le médecin me présente aux patients dès le début. Déjà, le médecin m'appelle par mon prénom et elle explique mon rôle aux patients. Le médecin ne dit jamais d'aller voir avec la secrétaire* ».

Pendant l'**intérieurisation**, AM1 développe le processus d'interconnaissance et identitaire. **Sa perception sur la dynamique de sa relation avec le médecin est ressentie comme une homogénéité d'équipe qui l'épanouit** : « *Je suis complètement épanouie dans ce métier-là. [...] Là, on est que deux, on peut compter que l'une sur l'autre. On marche vraiment « main dans la main ».* [...] Effectivement, on travaille comme un binôme et on fait tout ensemble. Ça me convient et ça me correspond parfaitement ce mode de fonctionnement ». Grâce à sa réussite, AM1 **continue à privilégier un travail en binôme** : « *Il y a un autre médecin qui aimerait bien travailler avec moi. J'ai dû le refuser [...] je préfère rester exclusivement avec le médecin X* ».

La nature de leur relation inhérente

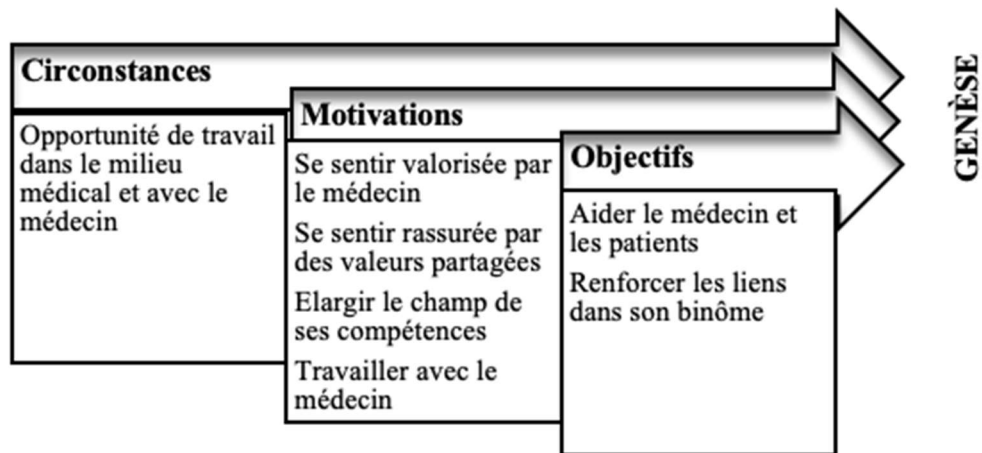
Malgré le fait de **connaître le médecin** auparavant, AM1 **a eu des appréhensions**, qui se sont estompées au fil de leur parcours ensemble : « *Le médecin n'avait aucun doute là-dessus, parce qu'elle savait comment je travaillais. C'est moi qui avais plus de réticence, parce que je n'avais jamais travaillé en binôme avec elle. Donc moi je ne savais pas comment ça allait se passer, mais franchement on se connaît tous les jours de mieux en mieux* ». AM1 est mise en confiance progressivement par le médecin grâce à **une relation de respect mutuel** : « *J'ai une liberté énorme dans mon emploi de temps. Je n'abuse pas et elle le sait. Il y a une confiance mutuelle. [...] Même si je suis dévouée dans mon travail, je suis là quand le médecin a besoin, il y a des limites. Ça reste quand même donnant-donnant. [...] C'est dans un accord, c'est dans une bonne intelligence* ». AM1 **ressent une homogénéité dans le binôme** : « *C'est très agréable de travailler avec X. Le médecin est très carré et très professionnel. [...] Je sais que le médecin X est rassuré. [...] elle sait comme je travaille. [...] je suis sincère. J'ai toujours été comme ça [...] Elle sait que c'est clean en fait. Pour moi c'est ça une vraie relation de confiance, qu'il ne faut pas rompre* ». **Une relation qui favorise l'échange transparent et l'écoute active** permet un développement harmonieux et un travail en synergie : « *Je me sens toujours libre de m'exprimer avec le médecin. [...] Elle n'a pas peur du jugement de ma part parce que je ne suis pas là pour la juger. Par le fait d'être à l'écoute, même si elle est le médecin, elle peut être amenée à faire une bêtise et ce n'est pas parce que moi je suis l'assistante médicale, qu'elle ne va pas être à l'écoute de ce que je peux dire. Il y a une hiérarchie, mais être à l'écoute de manière vraiment très importante, ça renforce notre binôme* ». **Une relation empathique** dans la collaboration est privilégiée par le partage des valeurs en commun. Ainsi, AM1 retrouve son **équilibre de la vie personnelle et professionnelle** : « *Le soir je ne finis jamais tard et le médecin est humaine et maman aussi. Par exemple, le médecin m'a demandé, même imposé, que finis plus tôt un soir par semaine pour aller chercher mon enfant à l'école. Ça ce n'est pas tous les employeurs qui le proposent. C'est énorme, ça aussi c'est une forme de compensation* ». AM1 ressent **une relation d'intercompréhension** dans la collaboration : « *Le médecin X est à l'écoute, elle est dans communication et compréhension. [...] C'est un travail en binôme et ça se ressent. C'est comme si on n'a même pas besoin de se parler* ». **Une relation de confiance mutuelle** est ressentie par AM1, tout en soulignant une continuité dans le développement de la communication : « *tous les midis on debrief, on se demande mutuellement comment on a ressenti des choses [...] si on n'est pas solidaires, c'est très compliqué. [...] Avec le médecin, on a convenu de faire tous les ans un entretien professionnel ensemble, pour justement voire comment ça se passe pour moi et pour elle* ».

Les échanges honnêtes dans sont privilégiés dans la collaboration quant à **son apprentissage**, afin de limiter les erreurs : « *Si jamais j'ai un doute ou si je suis amenée de faire une erreur, je suis sincère, j'ose toujours demander l'aide du médecin* ». Cela permet une **mise en autonomie progressive** d'AM1 à la fois par une relation de confiance mutuelle et par la **posture pédagogique du médecin** : « *Quand le médecin m'a proposée, j'étais d'accord si je puisse regarder une fois le médecin réaliser le protocole et ensuite je serais à l'aise* ». AM1 **adopte une approche proactive** dans la collaboration : « *Je lui avais proposé et elle m'a dit que c'est une super idée et on a mise en place la tâche* ». **L'intégration d'AM1 dans la collaboration** permet également une continuité dans sa formation : « *j'ai accompagné le médecin lors d'une formation médicale. J'avais ma place auprès d'elle [...] ça m'a apporté plein des choses même si je ne suis pas médecin [...] ça c'est une vraie collaboration avec le médecin !* ». AM1 développe un **co-apprentissage** dans la collaboration : « *Je sais bien que je ne suis pas médecin, mais je pense qu'il ne faut pas regarder ça. On a chacune à apprendre l'une de l'autre [...] je peux avoir des autres connaissances de terrain à apporter de mon ancien travail paramédical,*

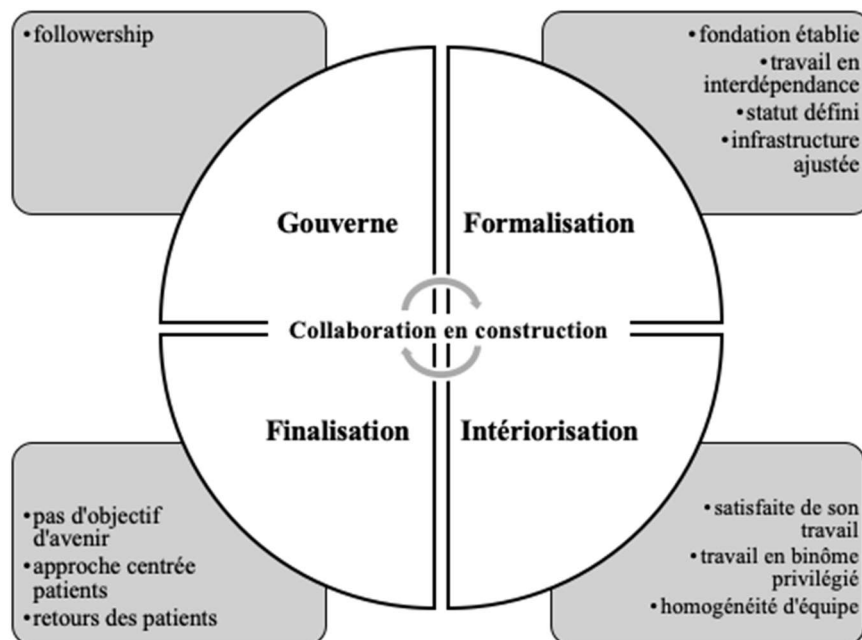
des expériences, des défis ». AM1 est **humble, afin de respecter la relation médecin – patient** : « *Je respecte ce côté confidentiel du patient envers le médecin traitant* ». AM1 envisage son avenir en **co-construction avec le médecin** : « *moi ça me convient l'augmentation et la variété des tâches. [...] Je ne me sens pas débordée, je me sens bien là, où je suis, j'apprends toujours. [...] Je dis au médecin que tout ce qu'on a réussi à faire toutes les deux c'est vraiment magique. [...] Nous sommes encore au début de notre collaboration et on va encore plus évoluer et encore plus faire plus de choses ensemble* ». Son **approche** est à la fois **proactive et empathique envers les patients**, ce qui permet à AM1 de **se sentir utile dans son rôle** : « *Franchement, je ressens que les patients sont à l'aise dans ma présence. [...] Concernant les consultations pour le frottis, c'est moi-même qui demande à la patiente son accord pour assister à la consultation. Elles connaissent ma place, j'explique que je suis diplômée pour avoir cette capacité [...]* En sortant, je demande toujours aux patientes si ma présence les avait dérangés. Elles me disent « Non, pas du tout. Au contraire, on a trouvé ça super que vous soyez là, à assister. On a bien compris en fait votre utilité ». AM1 s'appuie sur **les retours positifs des patients** pour définir la réussite de leur travail en binôme : « *On reçoit que des bons retours. Aucun retour négatif. Au contraire, les patients trouvent ça super bien, cette nouvelle façon de pratiquer. Ça rassure même plus !* ». Une **relation de co-construction** de la médecine générale se dessine autour des avis favorables des patients et d'une relation de confiance mutuelle avec le médecin : « *Même les patients, ça fait que bientôt un an qu'on travaille ensemble, mais ils le ressentent déjà, ils nous le disent « oh lala quel binôme ». On sent que ça fonctionne* ». Donc, **sa perspective sur son statut coïncide à sa perception** lors de la finalisation, tout en soulignant une **réussite de la collaboration** en ayant un équilibre de sa vie personnelle et professionnelle.

b. Analyse du profil de AM2 (Carte 2. Carte heuristique AM2)

La genèse pour devenir assistante médicale

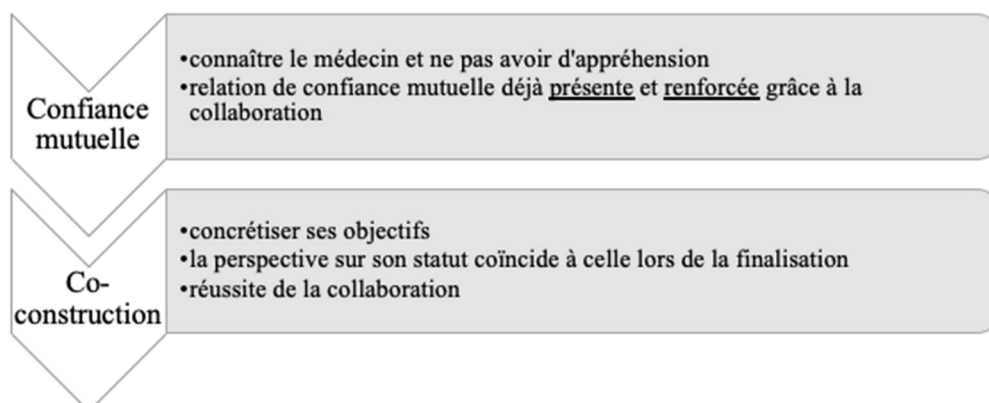


Le « voyage » professionnel



Profil : FAIRE

La nature de la relation inhérente



La genèse pour devenir assistante médicale

La genèse pour devenir assistante médicale est exposée à travers des circonstances lors de la découverte de métier, suivies par ses motivations et ses objectifs concernant son choix de carrière. Pour AM2, ce nouveau métier est proposé par le médecin ayant à la fois une approche intégrative (« *j'étais déjà en poste de secrétaire [...], en m'expliquant les avantages de ce nouveau poste, le docteur X m'a proposé de poursuivre cette formation pour devenir assistante médicale* ») et pragmatique (« *le médecin a été très claire dès le début, avant de signer mon contrat, [...] en me disant qu'elle ne peut pas me promettre des merveilles. Elle m'a dit pouvoir me proposer tant de taux horaires, à réévaluer au fil du temps* »). Au total, AM2 retient **une opportunité à la fois de travailler avec le médecin et de poursuivre son travail dans le milieu médical**. Quant à ses motivations, AM2 **se sent valorisée par le médecin**, en étant choisie pour un travail exclusif et met en avant une réciprocité : « *lorsque le docteur a découvert le métier d'assistant médical, elle a saisi l'occasion. Elle est venue m'en parler, de ce métier et son souhait de travailler exclusivement avec moi. J'ai accepté avec enthousiasme sa proposition, [...] auparavant j'étais sa secrétaire médicale* ». Ainsi, AM2 est **mise en confiance par le médecin** motivant son choix : « *après c'est quelqu'un qui m'a pris sous son aile, donc c'est quelqu'un [...] qui m'a fait confiance en fait* ». Par ailleurs, AM2 est **rassurée par un partage des valeurs mutuelles** concernant son statut : « *on sait que je suis assistante et non pas médecin, donc c'est bien défini, je ne peux pas faire tout ce qui est médical. On reste purement vraiment dans l'assistant* ». AM2 souhaite à la fois démontrer sa capacité d'apprentissage et développer des relations avec les patients : « *Bah, pour moi, les avantages de ce nouveau métier sont que du coup ça me permet déjà d'acquérir des connaissances que je n'avais pas forcément, de créer des liens avec les patients euh... d'apprendre au quotidien* ». En effet, ses objectifs sont liés à **son désir d'élargir le champ de ses compétences, afin d'aider les patients et le médecin**. Quant à son choix de la manière de travail, AM2 **privilégie ce médecin en particulier dans un travail en binôme, afin de renforcer leurs liens** : « *depuis ma dernière année en tant que secrétaire, on est devenu plus proches et ça renforçait nos liens. Petit à petit on a commencé à parler un peu plus, à se connaître un peu mieux, à développer des affinités mutuelles... et tout cela est arrivé naturellement avec le médecin X* ».

Le « voyage » professionnel

Concernant la **formalisation**, AM2 **collabore avec le médecin pour établir la fondation** : « *Avec le docteur X on a défini mes tâches dès le début. Ce sont des missions qu'on a convenu dès le début. Voilà. [...] Avec le docteur on a une relation très ouverte et on peut communiquer. Donc je sais en amont déjà ce que je peux faire et ne pas faire* ». Le travail au cabinet s'organise en **interdépendance** avec le médecin : « *Je peux être amenée à travailler quand le médecin n'est pas là. Par contre, je ne vais pas recevoir de patients à ce moment-là. Je vais faire purement les choses administratifs, je vais faire ma comptabilité. [...] Honnêtement, d'un point de vue organisationnel, on a prévu que quand on part en vacances, on essaie de se caler sur les mêmes vacances* ». **Son statut est défini** à la fois par la fiche de poste initiale et par l'organisation de la pratique quotidienne : « *Les tâches sont amenées à évoluer depuis le début, mais ce sont des tâches qui sont bien définies et qui restent propres à ma profession. [...] Après, comme je vous ai dit, ce sont des choses qu'on a bien définies ensemble et qu'on voit tous les jours* ». **Une réorganisation et adaptation des locaux** a été réalisée pour l'exercice de son métier d'assistant : « *En débutant la formation d'assistant, j'ai libéré mon ancien poste pour la future secrétaire. On a réorganisé et adapté les locaux pour débiter mon métier. [...] On a acheté tous les équipements en double, afin de nous permettre de switcher les cabinets et d'optimiser le temps en consultation* ».

Pour AM2, la dimension **gouverne** est définie par le **followership** : « *je me cale à peu près au planning du docteur. [...] Je peux faire la prise de poids, taille des patients par exemple, mais pour prise de la tension c'est le médecin qui veut que ce soit elle qui le fait. [...] Moi j'interviens pour la pose pour l'examen et après pour tout ce qui est diagnostic, c'est le médecin qui va intervenir. Moi je vais déjà préparer le patient, faire l'examen, valider. Une fois que c'est bon, je trouve que mon examen est complet, j'appelle le médecin pour faire l'entretien et voir s'il y a besoin de mettre une prescription* ».

Pour la **finalisation**, AM2 présente sa **perception** sur la collaboration. **Les objectifs d'avenir ne sont pas encore définis**. AM2 privilégie un processus d'adaptation continue, tout en restant un soutien pour le médecin : « *Je ne remplace pas de médecin. Je suis là pour faire gagner du temps administratif, pour enregistrer tout ce que je peux [...] Mais tout ce qui est vraiment médical [...], c'est le médecin qui va gérer* ». Quant à la **relation avec les patients**, malgré une certaine **confusion initiale** concernant son rôle, **l'intégration** d'AM2 s'est faite progressivement et elle décrit actuellement plus de **clarté** au niveau général : « *maintenant c'est quand même bien compris par les patients. Donc ça va. Là, ils savent faire la différence entre moi et le médecin. Ils comprennent mon rôle et mes limites. Mais c'est vrai qu'au départ [...] il a fallu quand même plusieurs mois, à chaque consultation expliquer quel était mon rôle [...]. Je me présentais et je me re-présentais en tant que l'assistant médical du docteur X. Je devais expliquer à chaque fois ce qui était mon rôle... Donc ça prenait du temps, mais ça s'est fait* ». Au total, AM2 **privilégie une approche centrée patient**, qui ressort de son intégration dans le cabinet médical : « *Ce fonctionnement et cette organisation nous permettent de gagner du temps passé en consultation et optimiser la qualité des soins et [...] offrir des bonnes conditions aux patients* ».

Quant à l'**intérieurisation**, AM2 développe le processus d'interconnaissance et identitaire. AM2 est **satisfaite de son travail** : « *mon ressenti sur ce métier est positif pour mon parcours professionnel et aussi personnel. [...] Ça m'a vraiment permis d'acquérir et de la confiance en moi et de nouvelles connaissances, de me sentir un peu plus épanouie et d'aimer encore plus ce travail* ». Sa **perception** sur la dynamique de sa relation avec le médecin est ressentie comme **une homogénéité dans le binôme avec le médecin** : « *Je suis contente que ce poste m'était proposé. [...] le médecin avec qui je travaille est adorable, c'est vraiment un médecin et une personne vraiment super humaine. C'est bien de s'appuyer sur quelqu'un. [...] ça nous permet d'échanger et aussi de créer un lien finalement, ce qui nous a permis ensuite de créer beaucoup de choses* ». Concernant la manière de travail, AM2 partage **une volonté réciproque de travailler en binôme** : « *lorsque le docteur est [...] venue m'en parler, de ce métier et son souhait de travailler exclusivement avec moi. J'ai accepté avec enthousiasme sa proposition* ».

La nature de leur relation inhérente

Quant à la **dynamique** de leur relation, AM2 **connaît le médecin** et n'avait **pas d'appréhension** au début de leur collaboration : « *Lorsque le docteur a découvert le métier d'assistant médical, elle a saisi l'occasion. Elle est venue m'en parler de ce métier et son souhait de travailler exclusivement avec moi. J'ai accepté avec enthousiasme sa proposition. Et voilà, c'était parti !* ». En fait, **une relation de confiance mutuelle était déjà établie**, soulignant sa **perspective initiale** sur la relation avec le médecin : « *Effectivement c'était très professionnel au départ et au fil des années on a noué des liens et une confiance qui fonctionne très, très bien. Je me rappelle que depuis ma dernière année en tant que secrétaire, on est devenu plus proches et ça renforçait nos liens. Petit à petit on a commencé de parler un peu plus, de se connaître un peu mieux, de développer des affinités mutuelles... et tout ça, est arrivé naturellement* ». Cependant,

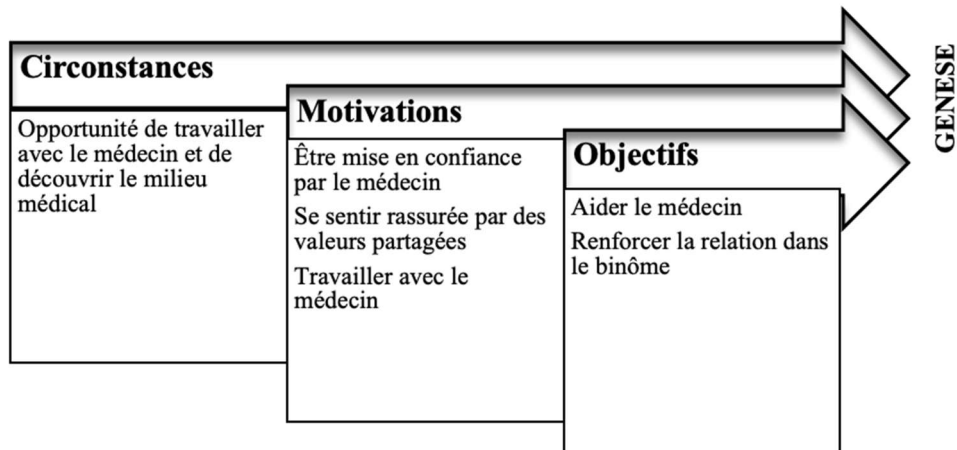
la relation de confiance se développe au fil de temps leur de leur parcours : « *On mange les midis ensemble au cabinet et effectivement ça nous permet d'échanger et aussi de créer un lien finalement, ce qui nous a permis ensuite de créer beaucoup de choses* ». Une **relation transparente** permet une **communication ouverte** : « *Ce sont des choses qu'on a mis en place en discutant. [...] Donc déjà ça me permet d'avoir un poids en moins* ». Une **relation d'empathie** est due au **partage des valeurs mutuelles** : « *Après elle est une personne très humaine, très ouverte. [...] Et je pense que ce n'est pas donné à tout le monde d'avoir une patronne qui prend en compte vos inconvénients familiales. Le fait qu'en étant une femme, on a plus des contraintes que les hommes, parce que... du coup on a eu des grossesses en cours et c'est quelque chose que j'ai pu discuter librement avec elle* ». Une **relation de respect mutuel** est présente : « *Bien sûr, dans la bienveillance et puis, voilà, tout simplement dans le respect. Le médecin prend en compte les choses que je lui dis, donc c'est vrai que c'est plus simple, je sais qu'elle est très à l'écoute* ». Le **soutien et l'accompagnement** du médecin renforce leur relation de confiance : « *Donc c'est quelque chose qui est déjà acquis en fait. Le médecin ne me donne pas une tâche, puis elle me laisse faire comme ça en fait* ». Sa **perception** actuelle sur la dynamique est ressentie comme une **homogénéité** dans le binôme avec le médecin : « *Je dis ça avec sincérité, le médecin avec qui je travaille est adorable, c'est vraiment un médecin et une personne vraiment super humaine. C'est bien de s'appuyer sur quelqu'un. [...] C'était amenée d'être une relation amicale, même familiale ce jour* ». Par le développement du processus identitaire, AM2 est **épanouie** dans son binôme : « *Je suis contente que ce poste m'était proposait. Ça m'a vraiment permis d'acquérir et de la confiance en moi et de nouvelles connaissances. Franchement, ça m'a permis de me sentir un peu plus épanouie et d'aimer encore plus ce travail. [...] Pour moi, globalement, mon ressenti sur ce métier est positif. Positif pour mon parcours professionnel et aussi personnel* ».

Les échanges honnêtes facilitent l'apprentissage d'AM2 : « *et, comme je vous disais par rapport au travail tout à l'heure, ce n'est pas quelque chose qui va me rester dans la tête et qui va me trotter. Je sais que je vais pouvoir lui dire librement les choses* ». L'évolution de son rôle se fait progressivement grâce à la **posture pédagogique du médecin** : « *Donc, au début je l'accompagnais, j'observais comment elle fonctionnait, comment elle parlait avec les patients, quelles questions elle posait. Ce sont des choses qu'on a faites petit à petit* ». Une **mise en autonomie** est réalisée après avoir reçu l'enseignement du médecin : « *Quand je fais un examen, je ne l'ai pas fait seule du premier coup. J'ai appris à le faire et le refaire avec elle plusieurs fois, pour pouvoir le faire toute seule* ». AM2 retrouve un **équilibre de la vie personnelle et professionnelle** avec ce métier : « *Après une autre chose c'est l'organisation de l'emploi du temps. On a fait cet agenda en fonction de moi et en fonction du médecin. Puis, on l'a convenu par rapport à ma vie familiale. Donc mes horaires en fait peuvent être amenés à être variables en fonction de l'organisation de ma vie personnelle, donc le médecin est aussi souple sur ça. Donc pour moi c'est un avantage* ». Une **relation de mentorat-mentoré** est présente lors de son apprentissage, soulignant la **reconnaissance d'AM2 envers le médecin** : « *Après c'est quelqu'un qui « m'a pris sous son aile », donc c'est quelqu'un qui m'a beaucoup appris et qui m'a fait confiance en fait. Donc euh, on peut que remercier une personne qui est comme ça en fait* ». Le déroulement de leur parcours est fait en **harmonie** avec le médecin, tout en préservant une **compréhension** : « *On revoit souvent la façon de faire, de travailler ou la prise en charge d'un patient. C'est quelque chose qu'on fait naturellement* ». La **relation de co-construction** permet à AM2 de concrétiser ses objectifs élaborés lors de la genèse : « *Je suis contente que ce poste m'était proposait. [...] Pour moi, globalement, mon ressenti sur ce métier* ».

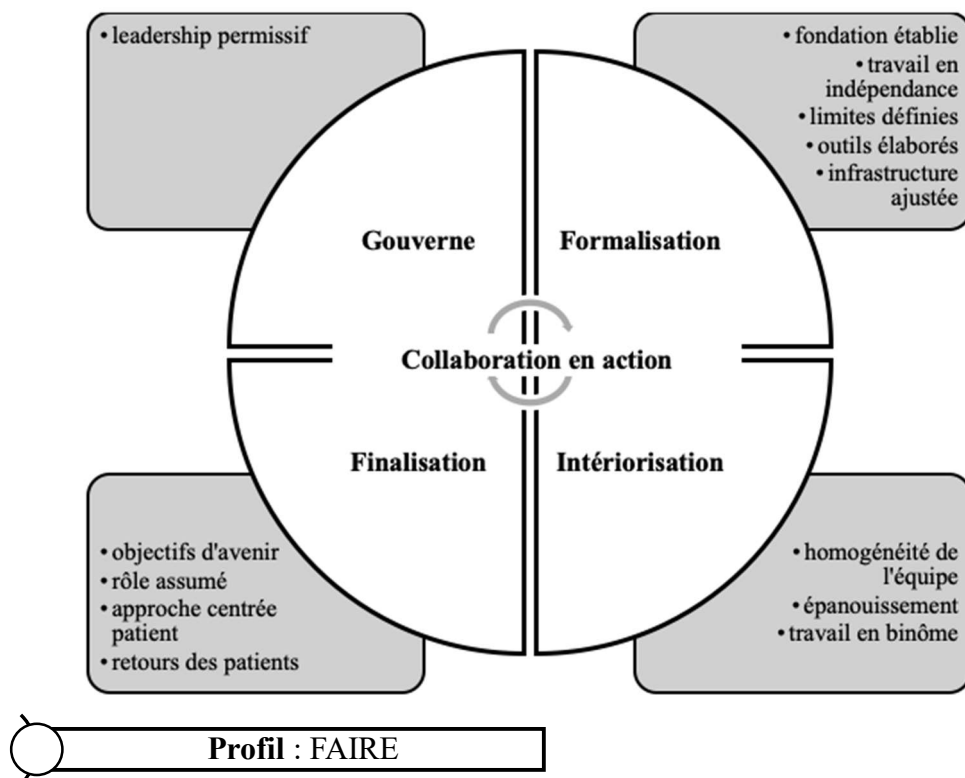
*est positif. Positif pour mon parcours professionnel et aussi personnel ». Donc, sa perspective sur son statut **coïncide à sa perception** lors de la finalisation, tout en soulignant une **réussite de la collaboration** : « Je suis là pour faire gagner du temps administratif, je suis là pour enregistrer tout ce que je peux, faire les examens qui sont possibles d'être faits. [...] Je trouve que c'est une aide aussi pour le médecin. Je trouve que c'est quelque chose qu'il faut perdurer ».*

c. Analyse du profil de AM3 (Carte 3. Carte heuristique AM3)

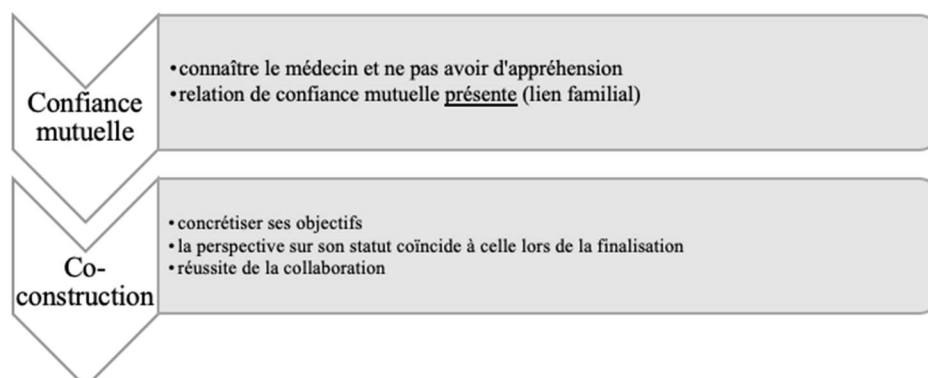
La genèse pour devenir assistante médicale



Le « voyage » professionnel



La nature de la relation inhérente



La genèse pour devenir assistante médicale

La genèse pour devenir assistante médicale est exposée à travers des circonstances lors de la découverte de métier, suivies par ses motivations et ses objectifs concernant son choix de carrière. Lors de la genèse de son métier, les circonstances d'AM3 sont déterminées par **une occasion de travailler avec le médecin** (sa mère en l'occurrence) : « *Un gros avantage pour moi c'est le fait de travailler avec ma mère* ». Ainsi, AM3 retient **une opportunité de découvrir le milieu médical** : « *alors je ne connaissais pas le milieu médical, mais je me suis dit que je pouvais tenter* ». AM3 est motivée par la liberté de modeler son rôle dans ce métier : « *Notre rôle sur le référentiel de poste d'assistant médical est très vague. On a beaucoup de liberté. [...] il n'y a pas vraiment de limite dans le poste. Donc ça reste à imaginer* ». Dans son choix, AM3 est **mise en confiance par le médecin et se sent rassurée par un partage des valeurs en commun** : « *Je sais que ma mère va s'occuper, elle me rassure [...] sentir que je peux la protéger en quelques sorts et je sais qu'elle me protégera aussi, s'il faut. Ça c'est un gros avantage* ». Son objectif est de **venir en aide au médecin**. Dans ce contexte, le choix de médecin est privilégié dans la manière de travail. AM3 **favorise un travail en binôme** avec sa mère, **afin de renforcer leur relation** : « *La formation était nulle à chier [...] je suis allé jusqu'au bout pour avoir mon diplôme et pouvoir travailler avec ma mère. [...] Je voyais ma mère fatiguée. Elle était crevée, elle était au bout du rouleau franchement !* ».

Le « voyage » professionnel

Lors de la **formalisation**, AM3 **collabore avec le médecin pour établir la fondation** : « *les tâches sont quand même bien définies, on fait un point tous les matins* ». Pour ce qui est de la **définition de son statut**, il n'y a pas eu de mesure objective mise en place. Néanmoins, **un accord tacite** a été établi entre le médecin et AM3 : « *Il faut qu'on soit tout simplement un bonus pour le médecin. Pour moi le but d'un assistant médical c'est de faire gagner du temps au médecin* ». Par ailleurs, AM3 **détermine les limites de son poste** : « *Là où je retrouve la limite assistant – médecin c'est la lecture des courriers et bilan biologiques* ». Une facilitation de la pratique est envisagée par **élaboration des outils** : « *On a créé un système qui nous permettent de gagner du temps précieux pour la consultation : une petite sonnette et un tchat d'un ordinateur à l'autre. [...] ma mère a mis en place comme une boîte aux lettres pour déposer les cartes vitales* ». Une autre démarche collaborative décrite par AM3 est **l'ajustement de leur espace de travail** : « *il y a beaucoup des choses qu'on a pu le faire et l'organiser ensemble, afin de les adaptés à nos besoins. Par exemple les locaux et l'organisation de ce travail en binôme* ». Le travail du médecin est réalisé en **indépendance**, ce qui rassure AM3 : « *Je sens que je ne suis pas indispensable pour le médecin. Je suis un plus, un bonus. Je ne ressens pas de la pression au travail [...] Mon emploi de temps est modulable. [...] Si le médecin n'est pas au cabinet, je n'y vais pas* ». AM3 **critique la formation**, en expliquant que **son apprentissage est présent grâce au médecin** : « *Je critique beaucoup la formation parce que [...] c'est presque le rôle du médecin qui nous apprenait. [...] Tout ce que j'ai appris, tout ce que je fais, je l'ai appris en travaillant avec le médecin, mais pas pendant ma formation* ».

Pour AM3, la dimension **gouverne** est déterminée par le **leadership permissif** : « *Je fais les vaccins pour les adultes et pour les bébés, mais je ne sais pas si j'ai le droit. Mais c'est parce que c'est ma mère. [...] Je ne ressens pas du tout une pression vis-à-vis d'elle. Je sais qu'elle très contente que je puisse l'aider* ».

Quant à la **finalisation**, AM3 présente sa perception sur la collaboration. AM3 **assume son rôle** dans le binôme et envisage une **évolution de son statut**. Son **engagement dans la collaboration** favorise **l'élaboration d'un avenir commun**, qui est souligné par la

concrétisation des **objectifs mutuels** : « *On a augmenté la file active en travaillant ensemble. On fait des consultations plus rapides. [...] Je pense que les tâches vont évoluer au fur et à mesure, [...] tous que je fais de plus, c'est un vrai plus ! Le médecin a qu'à penser à son côté médical* ». En parallèle, AM3 est un **soutien moral** au médecin, démontrant une **solidarité** dans leur travail en binôme : « *Le médecin se régale ! Elle en avait marre de travailler et là, elle adore quand on travaille ensemble. Parce que ça lui fait vraiment moins de charge mentale depuis que je travaille avec elle* ». AM3 ressent que par **son inclusion dans la pratique médicale, une approche centrée patient est favorisée**. En effet, **son rôle est mis en valeur** à la fois par le médecin et par les patients : « *Le médecin en a marre de dire la même chose à répétition. C'est là que j'interviens. Ça me permet de prendre le relais et pouvoir réaliser cette éducation thérapeutique et la mise en autonomie du patient. [...] depuis que je travaille dans le cabinet comme assistant médical, je vois qu'il y a une éducation des patients qui se fait au fur et à mesure* ».

Pendant l'**intérieurisation**, AM3 développe le processus d'interconnaissance et identitaire. Sa **perception** sur la dynamique de sa relation avec le médecin est ressentie par AM3 comme un **épanouissement dans un travail d'équipe homogène** : « *J'adore ce métier, c'est un vrai plaisir. [...] C'est un travail gratifiant.* », « *Moi j'adore travailler avec ma mère. [...] Il y a un lien très fort, une relation de confiance. On s'adapte à nos humeurs, on se comprend sur un plan professionnel où je peux prendre la main quand elle n'a pas envie de parler et vice-versa. On connaît et on respecte nos limites en tant qu'être humain* ». AM3 partage également une **relation de complicité** avec le médecin : « *On n'a pas dit aux patients que je suis la fille du médecin. Ma mère n'aime pas trop raconter sa vie avec les patients. Ce ne sont pas ses amis les patients. C'était assez logique de ne pas dire que je suis sa fille* ».

La nature de leur relation inhérente

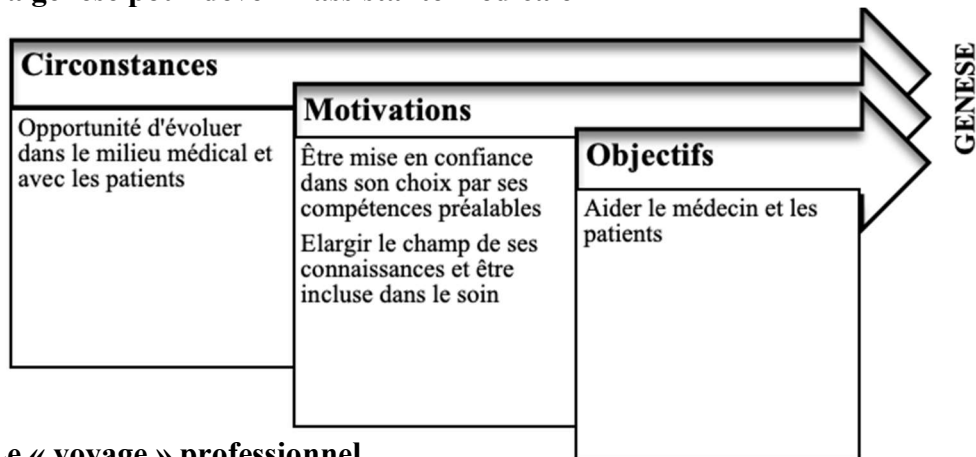
En **connaissant le médecin**, AM3 **n'a pas d'appréhension**, ce qui constitue un élément clé de sa perspective concernant la dynamique de leur relation : « *Un gros avantage pour moi c'est le fait de travailler avec ma mère. [...] Ce que je trouve important c'est la relation de confiance entre le médecin et l'assistant. Il faut vraiment qu'il y a un lien très fort* ». Une **relation de confiance mutuelle** est déjà établie grâce à un lien familial : « *Avoir une relation de confiance avec le médecin c'est génial. Mais le plus important c'est de communiquer* ». La communication ouverte au sein de ce binôme favorise une **relation transparente** : « *La confiance est très importante, il faut qu'on soit dans l'échange* ». AM3 développe le processus d'interconnaissance et identitaire. AM3 **se sent rassurée par la protection et le soutien** apportés par le médecin, qui contribue à instaurer un **sentiment de confiance individuelle** : « *Il y a des patients maltraitants et j'ai le soutien de ma mère derrière. [...] si jamais je me sens débordée ou que la personne est virulente, je vais aller voir le médecin et elle me prend en priorité. [...] plus tu es soutenue par le médecin, moins tu sens une merde. Du coup tu as plus de confiance en toi parce que tu sais que soutenue derrière* ». Cependant, une **relation de complicité** se développe dans un **contexte familial** : « *On n'a pas dit aux patients que je suis la fille du médecin* ». Il y a une **distinction entre le travail et la vie privée** : « *Sinon, on arrive à se déconnecter de travail dans notre temps perso* ». AM3 souligne une **intercompréhension** : « *C'était assez logique de ne pas dire que je suis sa fille* ». Dans ce cadre, une **relation empathique** est présente : « *On s'adapte à nos humeurs, on se comprennent sur un plan professionnel où je peux prendre la main quand elle n'a pas envie de parler et vice-versa* ». En outre, une **relation de respect mutuel** est favorisée par le **partage des valeurs communes** : « *On connaît et on respecte nos limites en tant qu'être humain* ». La **relation de confiance mutuelle se renforce** au fil de leur parcours professionnel : « *Il y a un lien très fort, une relation de confiance* ». Sa **perception** actuelle de la dynamique de leur relation est caractérisée par une

homogénéité au sein du binôme. AM3 s'épanouit dans son travail et dans sa relation avec le médecin : « Avant de travailler avec moi, ma mère faisait autant des patients que maintenant. Mais elle était fatiguée, elle était crevée, elle était au bout du rouleau franchement ! J'adore ce métier, c'est un vrai plaisir [...] Je sais qu'elle très contente que je puisse l'aider. [...] C'est un travail gratifiant. [...] Moi j'adore travailler avec ma mère ».

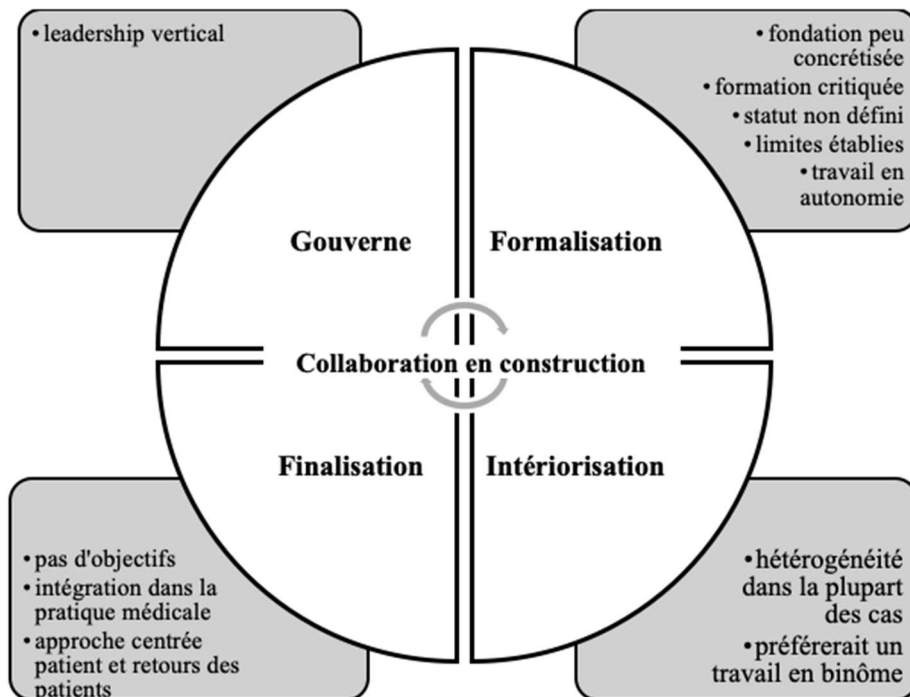
Lors de sa prise de poste, AM3 signale **un manque de confiance en soi** : « Je ne suis pas assez exigeante ». En effet, elle **expose sa perspective sur son rôle** : « Mais c'est vrai que quand tu es l'assistant c'est plus dur, je ne sais pas comment dire... euh tu as la tendance plus facilement de te sentir dévalorisé ». Toutefois, ces difficultés s'estompent au fil de son parcours, mettant en évidence **l'accompagnement du médecin** : « Pour l'instant, s'il y a des soucis, je parle avec ma mère et elle me défend. [...] Maintenant, ça va un peu mieux, je ne me sens plus dévalorisé par rapport à mon début d'activité. Il y a des gens avec des demandes abusives, mais moi je ne me prends plus la tête ». AM3 aborde **ses défis et ses craintes** concernant son métier : « Ça me stresse d'avoir trop de retard [...] La seule pression c'est que des fois les patients vont être horribles avec moi, qu'ils vont mal me parler, ça m'angoisse [...] Il ne faut pas que l'assistant soit trop noyé sur une charge de travail folle ». Néanmoins, **la gestion de ces défis** se réalise en collaboration avec le médecin, grâce à **une communication transparente** : « on arrive à gérer les imprévus sans accumuler trop de retard. [...] En discutant avec ma mère j'arrive à mieux gérer ce côté relationnel et ma réaction devant les patients. Elle m'aide avec des astuces dans la communication ». Cela permet de **réduire la fréquence d'erreurs** dans son parcours : « Le médecin me fait confiance, je suis sa fille, mais elle va rechecker derrière moi. [...] Si jamais elle me laisse la liberté une fois, je vérifie tout. Je veux rester absolument à ma place et pas avoir la possibilité de faire une erreur ». Un **développement harmonieux de son rôle est réalisé en respectant son rythme** : « Grâce à la communication, on ne met pas en place des objectifs inatteignables pour moi. Tous les missions qu'elle me donne c'est des petites choses et si ce n'est pas fait, ce n'est pas grave. Je ne ressens pas du tout une pression vis-à-vis d'elle [...] j'ai retrouvé plein de techniques pour me protéger. Ma santé mentale est plus importante ». AM3 partage **sa perception de son rôle** : « Je sens que je ne suis pas indispensable pour le médecin. Je suis un plus, un bonus. Je ne ressens pas de la pression au travail [...] Ça évite que l'assistante ne soit pas en première ligne en train de se noyer de travail. [...] La présence d'une assistante n'est pas indispensable pour le médecin. Il faut qu'il puisse faire sans elle ». Une **mise en valeur de son rôle** est privilégiée dans le cadre d'**une relation de co-construction en médecine générale** : « Ça nous permet de s'adapter aux situations et faire en sorte de réaliser des consultations qui étaient très difficiles au niveau du timing avant. [...] Franchement grâce au médecin, dès qu'il y a un inconvénient on travaille dessus. S'il y a un inconvénient on peut l'améliorer ensemble [...] Ça m'arrive de m'ennuyer, je ne sais pas trop quoi faire, mais ce temps me permet d'avoir des idées pour aider le médecin. [...] sentir que tu décharge le médecin, de sentir que tu peux le protéger en quelques sorts et je sais qu'elle me protégera aussi s'il faut. Ça c'est un gros avantage ». AM3 s'appuie sur **les retours favorables des patients**, tout en soulignant **une réussite dans leur relation de co-construction de la médecine générale** : « les patients se sent énormément écoutés et pris en charge. [...] il y a des patients qu'ils attendent la consultation avec moi ! Ils attendent le moment avec moi ! ». Par conséquent, **sa perspective** sur son statut **coïncide avec sa perception** lors de l'achèvement, mettant en évidence le **succès de leur collaboration**.

d. Analyse du profil de AM4 (Carte 4. Carte heuristique AM4)

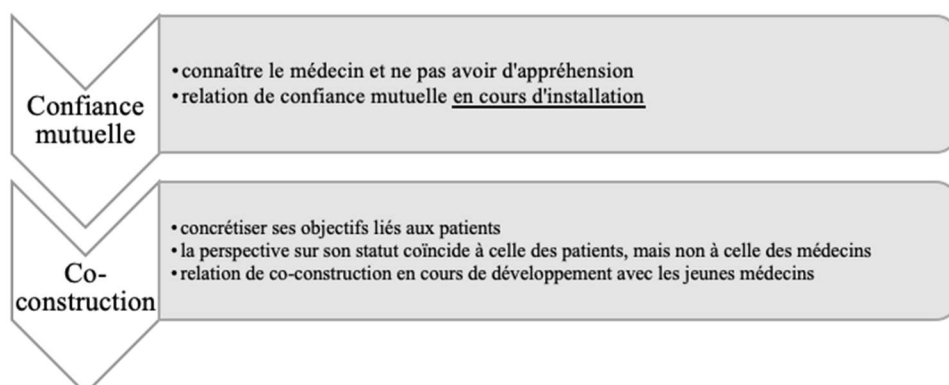
La genèse pour devenir assistante médicale



Le « voyage » professionnel



La nature de la relation inhérente



La genèse pour devenir assistante médicale

La genèse pour devenir assistante médicale est exposée à travers des circonstances lors de la découverte de métier, suivies par ses motivations et ses objectifs concernant son choix de carrière. AM4 découvre ce nouveau métier lors d'une circonstance qui suit la proposition du médecin : *« il y avait ce métier qui se mettait en place [...] les médecins dans la maison de santé m'ont proposé ce poste d'assistant médical »*. En effet, ce métier proposé par le médecin est perçu par AM4 comme **une opportunité d'évoluer dans le milieu médical** : *« je suis comme ça, j'aime bien avoir des petits challenges [...] qui sont survenus lors de ma carrière et que j'ai acceptés. [...] J'ai trouvé que c'est une belle opportunité de faire autre chose que du secrétariat »*. Par ailleurs, AM4 retient **une opportunité de faire évoluer la relation avec le patient** : *« Je voulais changer et j'étais contente de retrouver une autre approche du patient »*. Dans son choix, AM4 met en évidence une **mise en confiance grâce à ses compétences préalables**, tout en soulignant son **désir d'élargir le champ de ses compétences**, afin de venir en aide au médecin : *« Grâce aux compétences acquis lors de mon ancien travail de secrétaire médicale, je peux mieux aider les médecins en tant qu'assistant médical. C'était le cas quand j'ai choisi d'être assistant médical, je souhaitais progresser et évoluer »*. En effet, les objectifs d'AM4 se dessinent autour de **l'inclusion de son rôle dans les soins, afin de pouvoir aider à la fois le médecin et le patient** : *« Je peux être une aide plus importante pour les médecins grâce à ce métier. Ça permet d'avoir un autre interlocuteur pour le patient et une autre opinion pour le médecin »*. En ce qui concerne la manière de travail, ce sujet n'est pas abordé. Cependant, AM4 met l'accent sur un **partage des valeurs similaires avec le médecin, afin de respecter son statut** : *« j'ai dit tout de suite au médecin qui m'a proposée la formation. Je lui avais dit que quand je verrai que ça dépasse mes compétences, je vais dire que je ne le fais pas. Le médecin m'a dit que c'est bien de le reconnaître »*.

Le « voyage » professionnel

Lors de la formalisation, AM4 décrit **plusieurs freins qui empêchent une collaboration efficace lors de l'élaboration de la fondation**. D'un point de vue organisationnel, des médecins se sont progressivement rajoutés à sa liste de collaborateurs : *« J'ai commencé à travailler avec trois médecins, puis six, puis sept finalement »*. Ensuite, AM4 **critique la formation** qui n'était **pas adaptée à ses préconceptions sur le métier**, en étant trop complexe : *« Cette formation n'était pas adaptée à nos besoins [...] elle n'était pas possible pour quelqu'un sans expérience ou sans connaissances préalables dans le milieu médical »*. En parallèle, AM4 est **déçue de ne pas être formée par les médecins** : *« ce que j'ai vraiment beaucoup déploré c'est que les médecins étaient aussi engagés à me former. [...] Donc la formation pratique que je devais avoir, je ne l'ai pas eue »*. En conséquence, **une absence de mesure objective concernant son rôle** conduit à une désorganisation : *« au début de mon métier, les médecins me demandaient beaucoup de choses simultanément et moi je ne pouvais pas tout faire en même temps. Donc, ils ont été obligés à réfléchir à comment ils peuvent me demander les choses, de façon à ce que moi je puisse gérer toutes ces demandes »*. Cependant, **son statut est sous-entendu** à la fois par les médecins et par soi-même : *« Pour les médecins, moi je suis là pour alléger leur travail. C'est vraiment ce dont ils ont besoin pour qu'eux puissent avancer autrement dans leurs consultations [...] Je suis là pour leur apporter une aide dont ils ont besoin si je peux »*. Ces difficultés s'estompent au fil de temps par la **mise en place des limites** : *« il y a un moment où j'ai dû mettre des limites et tout ça s'est arrivé naturellement »*. Concernant la délégation des tâches, AM4 définit **deux catégories différentes de médecins** : *« J'ai ceux qui vont me solliciter dès qu'ils peuvent pour tout ce que moi je peux faire et effectivement ceux qui vont vraiment me donner que des tâches un peu basiques »*. En revanche,

ses tâches sont limitées à la fois par le nombre des médecins et par la structure : « *Mes tâches sont limitées car je travaille avec plusieurs médecins. [...] je ne suis pas contre à faire des tâches, mais il faut une formation et certaines conditions... ce qui est important aussi est la structure dans laquelle on est. Parce que la structure fait la demande en fait* ». Le travail au cabinet s'organise en **autonomie avec le médecin** : « *Je ne vais pas dépasser mon temps de travail [...] moi je m'en vais et les médecins vont se débrouiller. [...] il y a tout un tas de choses qu'on va planifier, donc des examens que je vais faire à la demande du médecin [...] mon travail est actuellement à la demande. Avec mon aide ou pas, on va gérer [...] je vais m'organiser en fonction de priorités et les médecins vont attendre un petit peu [...] Ça dépend de la présence des médecins aussi. Il y a des jours quand tous les médecins sont sur place et ils me sollicitent plus que d'habitude et ils ont plus des demandes euh... et puis il y a de jours quand il y a moins des demandes ou quelques médecins ne sont pas présents [...] moi je trouve que je ne suis pas assez sollicitée sur les actes médicaux que je peux faire* ». **Aucune adaptation des locaux n'a été nécessaire** lors de l'intégration d'AM4.

La dimension **gouverne** pour AM4 est définie par le **leadership vertical** : « *En effet, ce sont plutôt les médecins qui m'attribuent des tâches depuis le début ... j'ai fait quelques propositions mais bon, après... il faut que derrière ça suive pour qu'on puisse mettre les choses en place. [...] Donc pour communiquer avec les médecins, en dehors de ce qu'ils me demandent euh... il y a des choses qu'ils entendent, puis il y a des choses qu'ils entendent un peu moins, voilà.* »

Concernant la **finalisation**, AM4 présente sa perception sur la collaboration. Il n'y a **pas d'objectifs d'avenir** rapportés, mais AM4 évoque **une bonne intégration dans sa pratique** : « *je dirais que je suis une aide précieuse [...] mais je suis là pour leur apporter une aide dont ils ont besoin si je peux* ». En revanche, AM4 **utilise ses compétences paramédicales préalables pour venir en aide aux « jeunes » médecins** : « *Je sais aussi à quel point j'ai beaucoup aidé les jeunes médecins, parce que justement, j'avais toutes ces compétences pour être une aide précieuse* ». Dans ce cadre, **un travail en collaboration est réalisé pour intégrer l'assistante médicale dans la pratique, privilégiant une approche centrée patient** : « *je suis plus proche de jeunes médecins, qui me sollicitent le plus [...] ces demandes concernent mon implication dans l'évolution de suivi de patients [...] comme ça je peux aussi échanger avec les médecins [...] et voir ce que je peux faire pour ces patients* ». Dans ce contexte, AM4 s'appuie sur **les retours des patients** pour souligner son apport bénéfique dans le soin : « *De ce que je vois, les patients comprennent mon rôle et d'après nos échanges, ils se rendent compte que je suis un plus pour eux. [...] Les patients sont réceptifs et du coup il y a un vrai échange. Tous ces informations, je peux les recueillir et les transmettre au médecin et ça apporte un plus* ».

Pendant l'**intérieurisation**, AM4 développe le processus identitaire et celui d'interconnaissance avec les « jeunes » médecins. Sa perception sur la dynamique de sa relation avec le médecin est exposée lors de cette dimension. AM4 **est confiante de pouvoir aider davantage les médecins** en mettant en évidence **l'appartenance au milieu médical** : « *Je pars du principe qu'il faut être faite pour travailler dans le milieu médical. Il faut certaines qualités. [...] C'est pour ça que quand je suis devenue assistante médicale c'était aussi parce que les médecins ont réussi à trouver une personne qui est un petit peu dans la même dynamique* ». AM4 évoque que **ses missions peuvent être variables**, en fonction de **deux catégories de médecin** : « *c'est aussi médecin dépendant. Déjà, il y a deux générations différentes des médecins et ça, je le ressens. Les jeunes médecins sont plus dans cette dynamique de collaboration interprofessionnelle. [...] Les anciens médecins ont plus du mal à travailler avec moi, ils ont leurs habitudes* ». Néanmoins, **son rôle n'est toujours pas défini** : « *J'ai parfois des tâches qui ne tiennent pas à mon métier* ». AM4 **souligne l'ambiguïté de sa fiche de poste** : « *le souci c'est que justement,*

c'est un nouveau métier, donc il n'y a pas vraiment eu une définition exacte des tâches ou de ce métier-là ». AM4 exprime son souhait de participer dans la pratique médicale : « moi je trouve que je ne suis pas assez sollicitée sur les actes médicaux que je peux faire ». Son intégration dans la pratique lui permet de construire une relation avec le médecin : « je définis chaque relation en fonction de travail [...] J'ai développé une affinité avec quelques médecins, ceux qui me sollicitent un peu plus [...] il y a vraiment cet échange au niveau de notre travail ». Les freins pour développer ses liens avec les médecins sont représentés par un manque de temps et d'entente : « je n'ai pas le temps de construire des relations avec les médecins [...] Donc pour communiquer avec les médecins [...] il y a des choses qu'ils entendent, puis il y a des choses qu'ils entendent un peu moins ». De ce fait, AM4 se sent isolée du monde médical : « je suis en contact avec les médecins uniquement au travail [...] Les médecins ont des réunions régulièrement auxquelles moi je n'assiste pas... ils discutent des choses entre eux [...] Je me sens un peu déconnectée du reste de la structure ». D'après AM4, le nombre élevé des médecins est perçu comme un empêchement à la fois pour définir son statut et pouvoir collaborer d'une manière optimale : « c'est compliqué quand on travaille pour plusieurs médecins. [...] Je pense que pour les assistants qui travaillent avec un seul médecin, leur travail est complètement différent, parce que qu'elles peuvent avoir plus de tâches ».

La nature de leur relation inhérente

En connaissant auparavant les médecins, AM4 ne ressent aucune appréhension, ce qui revêt une importance pour sa perspective sur la dynamique de leur relation : *« Ce sont plein des petites choses qu'il faut savoir capter. Tout ça pour éviter que le médecin soit submergé des demandes. C'est pour ça que quand je suis devenue assistante médicale c'était aussi parce que les médecins ont réussi à trouver une personne qui est un petit dans la même dynamique »*. Cela se manifeste à travers son désir de s'intégrer dans la pratique médicale, dans le but de valoriser son rôle : *« Je peux être une aide plus importante pour les médecins grâce à ce métier »*. De plus, AM4 a confiance en sa capacité à contribuer davantage à l'aide des médecins en mettant en avant ses compétences : *« Je pars du principe qu'il faut être faite pour travailler dans le milieu médical. Il faut certaines qualités. Pas tout le monde peut s'adapter, ça se voit. Il faut avoir de l'empathie, mais en même temps il ne faut pas non plus se faire manipuler par le patient euh... il faut être assez attentif pour détecter une vraie urgence. [...] Le fait de savoir en amont, de comprendre la demande du patient, arriver à la restructurée et voir si c'est urgent, afin de ne pas embêter le médecin, c'est précieux. Après c'est le médecin qui juge si la demande est justifiée »*. Toutefois, elle est déçue par le manque de formation, ce qui entraîne un sentiment de rupture dans la relation de confiance dès le début : *« Après moi ce que j'ai vraiment beaucoup déploré c'est qu'en fait, les médecins, étaient aussi eux de leurs côtés engagés à me former. [...] Donc la formation pratique que je devais avoir, je ne l'ai pas eue. Ils n'avaient pas le temps déjà et pour ceux qui aurait pu prendre un peu de temps, ils n'ont pas fait non plus, parce qu'ils comptaient eux sur la formation pour que je puisse les aider après »*. Une relation de confiance mutuelle n'est pas encore établie. Son souhait de développer des liens avec les médecins est clairement exprimé : *« Je sais aussi à quel point j'ai beaucoup aidé les jeunes médecins, parce que justement, j'avais toutes ces compétences pour être une aide précieuse »*. Les obstacles à l'approfondissement de ses relations avec les médecins sont dus à un manque de temps et de disponibilité d'avoir des échanges : *« je n'ai pas le temps de construire des relations avec les médecins [...] j'ai fait quelques propositions mais bon, après... il faut que derrière ça suit pour qu'on puisse mettre les choses en place [...] Donc pour communiquer avec les médecins, en dehors de ce qu'ils me demandent euh... il y a des choses qu'ils entendent, puis il y a des choses qu'ils entendent un peu moins »*. La perception actuelle qu'elle a de la dynamique se caractérise par une distinction en deux

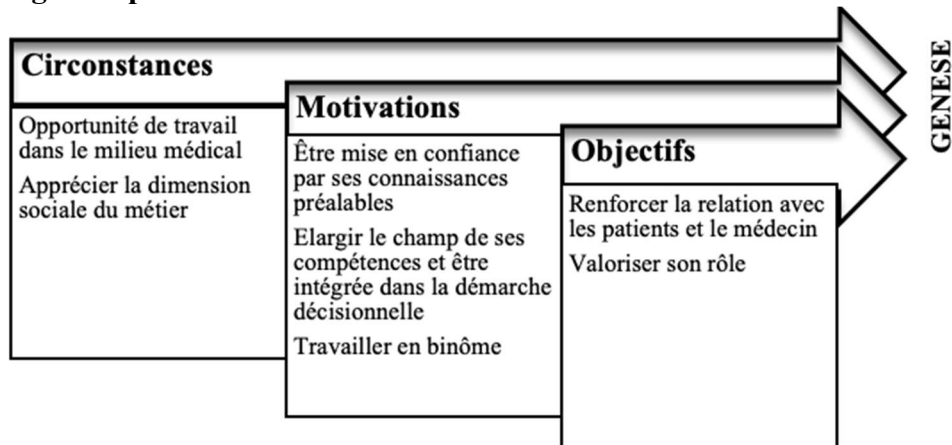
catégories de médecins : « c'est aussi médecin dépendant. Déjà, il y a deux générations différentes des médecins et ça, je le ressens. Les jeunes médecins sont plus dans cette dynamique de collaboration interprofessionnelle. [...] Les anciens médecins ont plus du mal à travailler avec moi, ils ont leurs habitudes ». En effet, **avec les « jeunes » médecins une relation de confiance commence à s'esquisser :** « J'ai développé une affinité avec quelques médecins, ceux qui me sollicitent un peu plus [...] il y a vraiment cet échange au niveau de notre travail ». AM4 **se sent plus proche d'un médecin en particulier, perçu comme une homogénéité d'équipe :** « un de ces médecins a vraiment l'habitude de travailler en binôme et elle me sollicite dès qu'elle peut. Dès qu'elle a besoin, voilà, je suis là. C'est super ». En outre, les sollicitations des médecins favorisent le **développement d'une relation empathique et transparente :** « Globalement, je suis plus proche de jeunes médecins, qui me sollicitent le plus [...] ces demandes concernent mon implication dans l'évolution de suivi de patients [...] comme ça je peux aussi échanger avec les médecins [...] Après les autres jeunes médecins installés me sollicitent aussi, en tout cas, plus que les anciens médecins ». AM4 met en évidence **la nécessité de privilégier les échanges honnêtes dans ce processus d'interconnaissance :** « Après, c'est aussi pouvoir dire « non » au médecin, sans blesser, sans lui donner l'impression qu'on ne veut pas faire ce qu'il nous demande, sans culpabiliser ». Dans ce contexte, une mise en avant **des situations difficiles qui empêchent la communication** est évoquée : « Ça, par contre c'est un peu particulier, parce que y a certains médecins qui comprennent, puis y en a d'autres bah... si on en fait pas, ce n'est pas normal parce que je suis là pour ça. En même temps on vous dit « il faut savoir dire non, quand vous ne pouvez pas », mais en même temps « bah tu dis non, mais c'est quand même à toi de le faire ». Je dis ça car ça m'est arrivé... que le médecin n'accepte pas mon refus, ça m'est arrivé... ». AM4 **partage son ressenti** lors de ces situations, tout en soulignant **les solutions :** « Donc c'est là où des fois c'est un peu compliqué... Mais bon, après c'est aussi à nous de dire « bah non, je ne peux pas, je ne peux pas quoi ». Voilà, c'est compliqué quand on travaille pour plusieurs médecins ». AM4 **partage sa perception de certains médecins** au cours d'une communication ouverte et respectueuse, mettant en avant **le potentiel d'amélioration :** « Mais après, pour ceux qui sont vraiment réceptifs, il n'y a pas de souci. Ils arrivent « si tu peux... si tu ne peux pas ce n'est pas grave » et puis, ils regardent aussi l'heure ». En fin de compte, AM4 **partage sa perception** sur la dynamique dans sa collaboration, caractérisée par **une diversité de relations à la fois hétérogènes et homogènes :** « Pour moi, c'est vraiment un métier qui est plus amené à s'adapter au milieu dans lequel il va évoluer. Les tâches d'une assistante médicale sont différentes en fonction de la spécialité du médecin et du milieu de travail. Dans mon cas, mon travail est moins diversifié concernant les tâches, mais il est aussi plus riche, parce que je ne travaille pas qu'avec une seule personne. Ça me permet d'avoir plusieurs types de relations interhumaines ». AM4 décrit **le processus d'interconnaissance par sa contribution satisfaisante dans son travail :** « je dirais que je suis une aide précieuse [...] mais je suis là pour leur apporter une aide dont ils ont besoin si je peux ».

AM4 met en avant **sa perception sur son statut**, tout en soulignant une **nécessité d'apporter des définitions :** « Et puis après il y a aussi les compétences de chacun et moi je ne pense pas avoir les compétences pour faire certains actes euh... dans ces conditions. C'est ça le risque ! Que l'assistante médicale n'outrepasse pas ses compétences en fait. Parce que quand elles commencent à s'habituer et même sous couvert de médecin, si elles prennent pleins d'initiatives, bah, c'est un peu risqué. Le chose principal quand on n'est pas infirmier et on se lance dans ce métier d'assistant médical, je pense quand même qu'il faut qu'on fasse attention à toutes les tâches qu'on fait. Parce qu'il y a des choses qui peuvent paraître anodines ». Dans ce contexte, AM4 **souhaite augmenter ses responsabilités :** « moi je trouve que je ne suis pas assez sollicitée sur les actes médicaux que je peux faire [...] parce que mon travail est

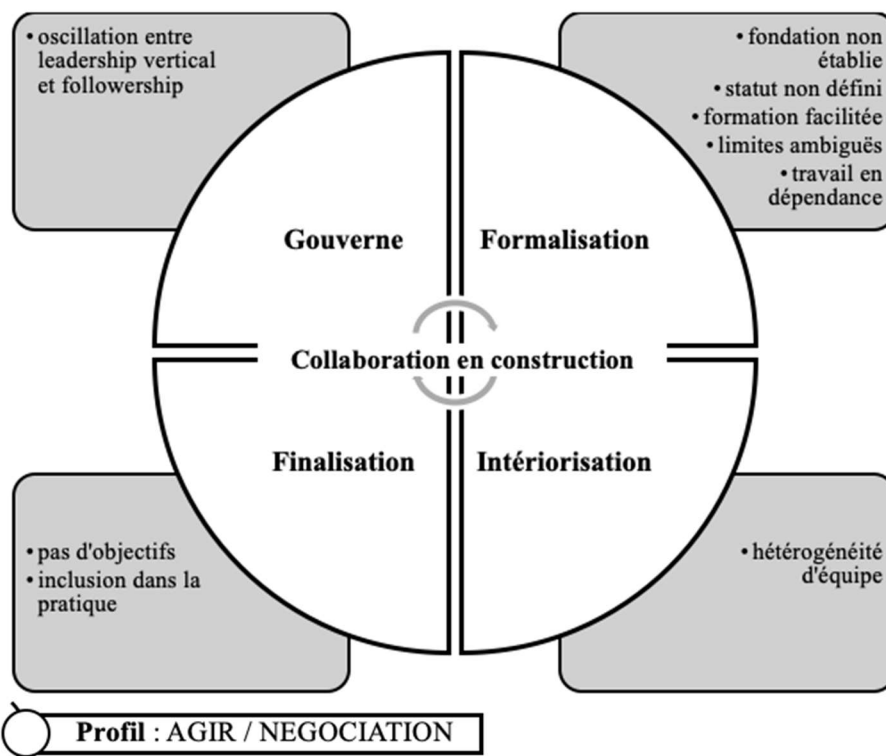
actuellement à la demande ». En outre, **le nombre important de médecins** est considéré comme **un obstacle à la fois pour la clarification de son statut et pour une collaboration optimale** : « Mais c'est compliqué, parce que moi je ne travaille pas qu'avec un seul médecin. Je pense que pour les assistants qui travaillent avec un seul médecin, leur travail est complètement différent, parce que qu'elles peuvent avoir plus des tâches, faire la préconsultation, l'encaissement etc. Pour moi ça, c'est impossible, je ne peux pas faire ça ». En revanche, **une relation de co-construction semble possible avec les « jeunes » médecins, permettant une approche centrée patient** : « Globalement, je suis plus proche de « jeunes » médecins, qui me sollicitent le plus euh... et je définis chaque relation en fonction de travail euh... comment je peux expliquer euh... J'ai plus l'impression de euh, de mieux pouvoir suivre aussi les patients, enfin certains patients, pas tous. Parce que, ces demandes concernent mon implication dans l'évolution de suivi de patients et ça me permet d'avoir moi-même aussi un suivi sur cette évolution euh... comme ça je peux aussi échanger avec les médecins « bah, tiens, où est qu'il en est ce patient » et moi je peux voir ce que je peux faire pour ces patients et là, il y a vraiment cet échange au niveau de notre travail ». **Les retours favorables des patients mettent en valeur son rôle**, ce qui conduit AM4 à décrire un **développement significatif dans sa relation avec les patients** : « Un autre avantage c'est que je suis plus près de patient. Les patients que je vois, c'est dans un vrai échange, que ça soit pour un examen ou un autre, c'est un vrai, vrai, échange avec le patient. Je suis dans la communication, pas dans l'interrogatoire pour savoir si on va pouvoir le recevoir en consultation. Là, on est vraiment dans l'échange des informations. Ça, c'est la partie que je préfère du métier d'assistant médical. C'est vraiment avoir un vrai échange avec le patient ! ». La mise en avant de **ses compétences essentielles en communication** a permis d'atteindre cette évolution optimale : « Il y a aussi cette façon de présenter les choses au patient. Et après, il faut savoir aussi mettre le patient en confiance et ce n'est pas évident. Il y a des patients qui sont réticents. Il faut être en explication tout le temps, pour permettre aux patients se sentir à l'aise, s'habituer et pour que ce métier se met en place et qu'il soit plus utilisé ». Dans ce contexte, AM4 **partage sa vision d'avenir dans son métier** : « Il faut du temps pour s'habituer à ce travail, parce que c'est quand même un métier qui est nouveau en France. C'est d'autant plus compliqué dans un cabinet de groupe ». Dans ce cadre, **sa perspective** sur son statut **coïncide avec sa perception** à la fin, soulignée par la **concrétisation des objectifs quant à la relation avec les patients**.

e. Analyse du profil de AM5 (Carte 5. Carte heuristique AM5)

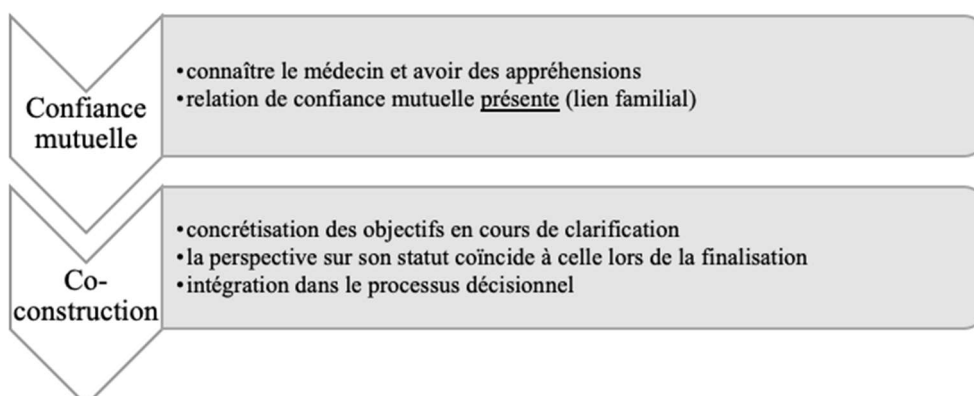
La genèse pour devenir assistante médicale



Le « voyage » professionnel



La nature de la relation inhérente



La genèse pour devenir assistante médicale

La genèse pour devenir assistante médicale est exposée à travers des circonstances lors de la découverte de métier, suivies par ses motivations et ses objectifs concernant son choix de carrière. La genèse débute pour AM5 lors des circonstances qui se présentent comme **une autre opportunité de pouvoir continuer à travailler dans le milieu médical**, tout en y ajoutant **une dimension sociale** : « *Avant de découvrir ce métier, je souhaitais reprendre le travail sans quitter le milieu médical. [...] pour moi c'était un petit peu une porte de salut ce métier, du fait que j'étais en contact avec les gens et surtout que j'étais toujours dans le milieu médical* ». Dans son choix, AM5 est mise en confiance par ses connaissances préalables : « *le fait d'avoir été aide-soignant auparavant, je pense que c'est un avantage. Parce que je connais déjà le milieu, je sais comment ça se passe* ». AM5 est motivée par le plaisir d'apprendre : « *j'aime bien apprendre, donc ce métier me correspond parfaitement* ». En parallèle, AM5 souligne une possibilité de modeler son rôle : « *Après, c'est vrai que ce poste est malléable, on peut faire plein de choses* ». En effet, AM5 souhaite élargir le champ de ses compétences et être intégrée dans la démarche décisionnelle, afin de pouvoir renforcer la relation à la fois avec les patients et avec le médecin : « *Ça permet de partager deux perspectives aussi, après la consultation et aussi apprendre plus des choses sur les patients... d'apprendre plus des choses sur nous-mêmes pour s'améliorer, améliorer notre travail en équipe* ». AM5 préfère choisir un travail en binôme avec un médecin qui partage les mêmes valeurs, afin de valoriser son rôle : « *Le fait de travailler pour mon mari n'était pas un facteur pour choisir ce métier [...] S'il avait quelqu'un d'autre qui m'aurait proposé ce métier, j'aurais pris. [...] Chacun a sa place et sa vision sur la pratique de la médecine et je pense que la définition de ce poste dépend de chaque personne et de ses envies* ».

Le « voyage » professionnel

Pour AM5, la **formalisation** est définie par **une collaboration avec un seul médecin généraliste**, (qui est son époux en l'occurrence) : « *j'ai débuté mon métier d'assistant médical en travaillant avec mon mari* ». Dans son cas, **la fondation n'est pas établie d'une manière officielle** : « *au début, on ne savait pas trop ce que je devais faire et pas faire. Ça s'est fait au fur et à mesure de tout manière* ». Cela survient comme conséquence **d'une collaboration unilatérale lors de la délégation initiale des tâches** : « *En tant qu'assistant médical, mes tâches ne sont pas bien définies. On fait le jour au jour [...] Ça dépend ce que le médecin demande* ». Par ailleurs, pour AM5 **la formation est facilitée par ses compétences préalables** : « *Ma chance était d'avoir mon diplôme d'aide-soignante, parce que j'ai pu faire l'équivalence des certains modules lors de la formation d'assistant médical [...] moi, cette formation, après tout mon expérience d'aide-soignante, c'était clac, clac, clac ! [...] j'ai eu de la chance que j'ai travaillé dans le milieu médical* ». Dans ce contexte, AM5 **se sert de ses compétences paramédicales préalables pour adopter une approche proactive dans certaines situations** : « *Je prends l'initiative car j'étais aide-soignante avant* ». Lors de la collaboration, **l'évolution de ses missions** survient en parallèle avec **la mise en place des limites** : « *C'est vrai que plus ça va, plus je demande au médecin de faire des choses. C'est diversifié [...] Je ne fais pas la comptabilité, car c'est mon mari qui souhaite la faire. J'arrive à me mettre des limites. [...] faire l'auscultation, ça c'est hors de question. Ça ne fait pas partie de mon boulot* ». **Son statut reste encore à définir** : « *Je suis sollicitée assez régulièrement pour plein des choses. [...] je pense qu'à un moment donné je vais finir par faire aussi l'assistant social* ». Par ailleurs, **une adaptation de l'infrastructure est prévue par le médecin**, sans inclure AM5 dans les démarches collaboratives : « *prochainement on va changer d'endroit. Est-ce que dans les futurs locaux j'aurais vraiment un bureau avec une table* ».

? [...] *Après est-ce que le médecin ne va pas me demander de faire d'autres choses ? Mais, je sais au moins que j'aurai un bureau qui sera plus grand* ». L'organisation de son travail est réalisée **en dépendance avec le médecin** : « *Actuellement, je pense que sans moi, c'est difficile pour le médecin de revenir à ses habitudes. Ça lui arrive de travailler sans moi de temps en temps, il a l'air de dire que sans moi il aurait du mal* ».

La dimension **gouverne** dans la collaboration **oscille entre leadership vertical et followership**. Ceci découle à la fois de la **présence d'un lien familial et du manque d'une définition formelle de son statut** : « *Il faut s'adapter au médecin. Si le médecin me dit de faire quelque chose, je le fais [...] Travailler que pour mon mari c'était compliqué, parce qu'il fallait toujours que je sois quand même à ma place [...] avant de faire une chose, je demande toujours au médecin quand même. C'est rare que je prenne des initiatives, parce que je ne veux pas que ça lui retombe dessus [...] Je pense que des fois il n'a pas la même vision, il ne voit pas la même chose et le fait de lui expliquer, il réfléchit après* ».

Quant à la **finalisation**, AM5 présente sa perception sur la collaboration. **L'inclusion de son rôle dans la pratique médicale apporte des améliorations, sans pour autant développer des objectifs d'avenir** pour l'instant : « *On a beaucoup augmenté la file active depuis qu'on travaille en binôme, donc c'est compliqué sans moi. De mon point de vue, il faut faire moins des consultations, mais de meilleure qualité. Je suis là pour ça ! C'est mon rôle de lui permettre d'avoir plus de temps médical avec les patients. Donc, pour les consultations de suivi, sauf la population pédiatrique, je n'interviens pas. Donc le médecin continue à travailler comme avant, sauf que là, il a une patientèle plus importante* ».

Pendant l'**intérieurisation**, AM5 développe le processus d'interconnaissance et identitaire. **Sa perception sur la dynamique de sa relation** avec le médecin est ressentie comme **une hétérogénéité d'équipe** : « *On a tous les deux des caractères forts [...] Je pense que des fois il n'a pas la même vision, il ne voit pas la même chose [...] Mais, finalement, ça se passe plutôt bien, hum ouais, ça se passe plutôt bien. Des fois j'essaie de le tempérer un petit peu, parce que ça peut être compliqué dans certaines situations, il peut être un peu dur* ». AM5 considère que **le lien familial peut compromettre l'objectivité** et, par conséquent, la qualité des soins : « *le fait de travailler avec son conjoint ça fausse quand même la donne beaucoup. Ça fausse beaucoup le résultat parce que si tu fais une bêtise, il va passer à côté ou il va te le dire plus ou moins ou ça va plus ou moins bien se passer* ». Dans ce contexte, AM5 exprime **ses incertitudes concernant leur relation de complicité** : « *Après, c'est vrai qu'il y a une complicité. [...] est-ce que c'est bien ou pas bien d'avoir cette complicité ? Je ne sais pas...* »

La nature de leur relation inhérente

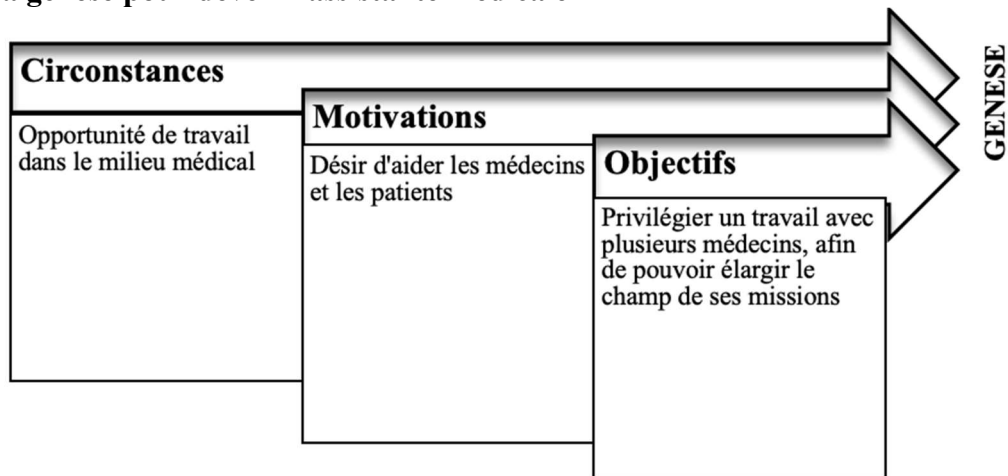
Malgré le fait qu'elle **connaissait personnellement le médecin**, les **appréhensions initiales** d'AM5 ont influencé sa perspective sur la dynamique de leur relation : « *Le fait de travailler pour mon mari n'était pas un facteur pour choisir ce métier, parce qu'au début je pensais qu'on ne va pas s'entendre. [...] On a tous les deux des caractères forts et au début [...] Travailler que pour mon mari c'était compliqué, parce qu'il fallait toujours que je sois quand même à ma place* ». **Une relation de confiance mutuelle** est définie par leur lien familial. Cependant, **une ambiguïté** subsiste concernant son rôle et son impact sur la qualité des soins : « *le fait de travailler avec son conjoint ça fausse quand même la donne beaucoup. Ça fausse beaucoup le résultat parce que si tu fais une bêtise, il va passer à côté ou il va te le dire plus ou moins ou ça va plus ou moins bien se passer* ». AM5 exprime également **des incertitudes concernant une éventuelle relation de complicité** : « *Après, c'est vrai qu'il y a une complicité. [...] est-*

*ce que c'est bien ou pas bien d'avoir cette complicité ? Je ne sais pas... ». Une relation d'empathie et de respect se dessine autour de la prise d'initiative d'AM5 : « avant de faire une chose, je demande toujours au médecin quand même. C'est rare que je prenne des initiatives, parce que je ne veux pas que ça lui retombe dessus ». Par ailleurs, les appréhensions initiales s'atténuent progressivement : « Il n'est plus tout seul, ça nous permet de discuter sur des cas rencontrés en cabinet, échanger sur les situations difficiles ». Néanmoins, il subsiste par moments une **mécompréhension de son rôle de la part du médecin** : « Mon mari aussi euh... il est pénible. Parce que... souvent, il dit aux patients que je suis sa femme. Moi j'insiste sur le fait que je suis son assistant médical au travail. Il dépasse des barrières. Parce qu'après, les gens ne savent pas faire la part des choses, c'est surtout ça ». Cependant, il y a une **distinction entre le travail et la vie privée** : « On n'en parle pas plus que ça à la maison, ça nous arrive de discuter un petit peu de nos patients, mais ce n'est pas notre priorité dans nos conversations ». Actuellement, **sa perception de la dynamique de l'équipe est ressentie comme hétérogène**, tout en soulignant ses efforts pour optimiser le travail en binôme : « Je pense que des fois il n'a pas la même vision, il ne voit pas la même chose et le fait de lui expliquer, il réfléchit après [...] finalement, ça se passe plutôt bien, hum ouais, ça se passe plutôt bien. Des fois j'essaie de le tempérer un petit peu, parce que ça peut être compliqué dans certaines situations, il peut être un peu dur ».*

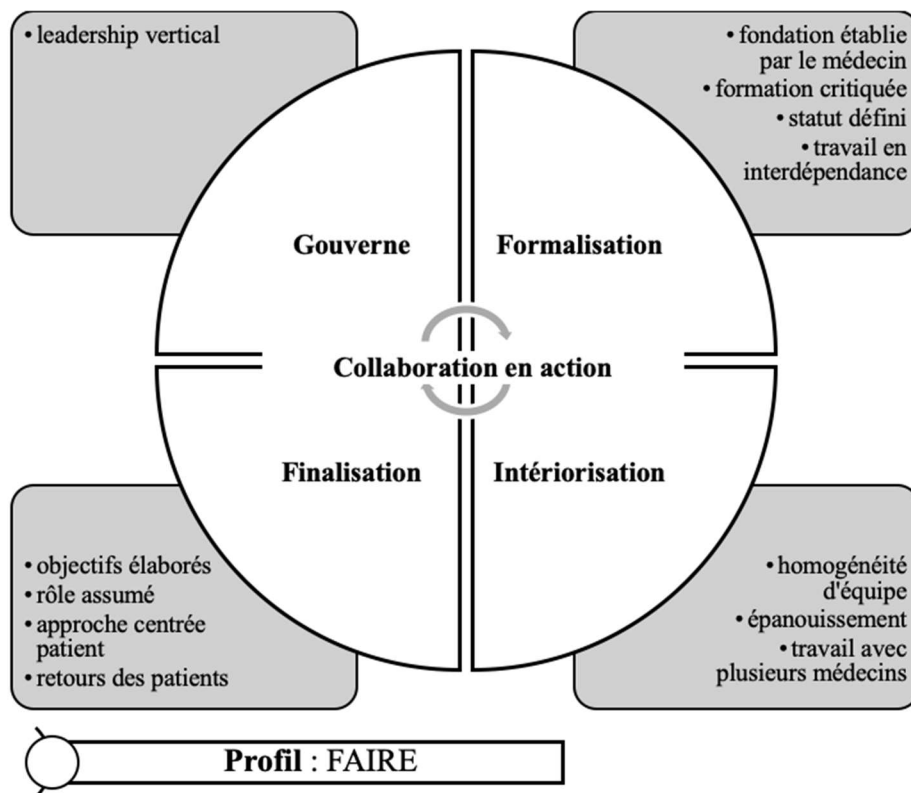
La relation de co-construction est liée à une **amélioration de la pratique** médicale lors de sa contribution : « Le fait d'être là pour lui, ça permet de changer sa façon de faire. En discutant sur certains dossiers, ça permet au médecin de prendre du recul et adapter ses décisions. Ce n'est pas pour me venter, mais le fait d'avoir été aide-soignant auparavant, je pense que c'est un avantage. Parce que je connais déjà le milieu, je sais comment ça se passe ». Dans certains cas, AM5 est **intégrée dans le processus décisionnel**. Lors de ces situations, AM5 adopte une **approche proactive, tout en négociant** avec le médecin les démarches à suivre : « Donc, j'ai transmis l'info au médecin et lui ne voulait pas s'occuper tout de suite. Là, par contre, je n'étais pas d'accord. Mais... en caressant dans le bon sens du poil, ça a été. [...] Il dit « non » sur le coup, puis après il réfléchit, puis il dit qu'en fait j'ai raison. C'est surtout ça. Mais je pense que si je n'étais pas aide-soignante et si je n'avais pas mes années d'expérience, je pense que... ça aurait été différent ». En effet, **les compétences paramédicales préalables** d'AM5 contribuent à **favoriser cette approche, tout en mettant en valeur son rôle**. Quant à la relation avec les patients, AM5 définit son binôme avec le médecin comme **une relation de complémentarité, ce qui incite une vision d'avenir** : « moi j'ai un regard et le médecin n'a pas le même regard que moi. On peut dire qu'on est complémentaires... on peut dire comme ça et c'est peut-être la force. Cette force c'est mon vécu, c'est ce qui me permet d'avancer ». Dans ce contexte, **sa perspective** sur son statut **coïncide avec sa perception** à la fin, mettant en évidence **l'importance de la dimension sociale de son métier et de son intégration dans la pratique** : « Je suis là pour ça ! C'est mon rôle de lui permettre d'avoir plus de temps médical avec les patients ».

f. Analyse du profil de AM6 (Carte 6. Carte heuristique AM6)

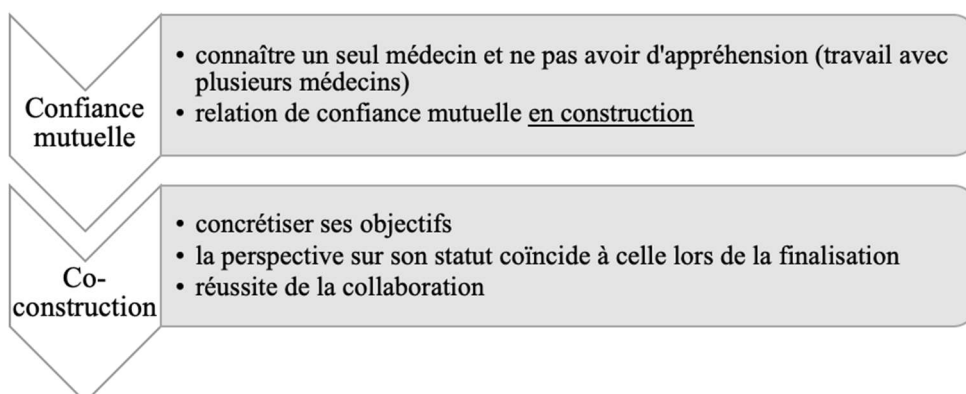
La genèse pour devenir assistante médicale



Le « voyage » professionnel



La nature de la relation inhérente



La genèse pour devenir assistante médicale

La genèse pour devenir assistante médicale est exposée à travers des circonstances lors de la découverte de métier, suivies par ses motivations et ses objectifs concernant son choix de carrière. Pour AM6, la circonstance lors de sa genèse se présente comme **une nouvelle opportunité de travail dans le milieu médical** : « *le métier auparavant n'était pas du tout dans mon milieu [...] Je suis issue du milieu paramédical [...] Le métier d'assistant médical me convient mieux, parce que c'est mon monde* ». Dans son choix, AM6 est motivée par son **désir de venir en aide à la fois aux médecins et aux patients** : « *le fait d'être assistante médicale, ça m'a bien convenu [...] je viens en aide aux gens [...] Je viens également en aide aux médecins* ». Ses objectifs sont d'**élargir le champ de ses missions**. Afin d'accomplir ses objectifs, la manière de travail **privilégiée** par AM6 dans son choix est **en collaboration avec plusieurs médecins** : « *Alors, j'ai retrouvé ce poste d'assistant médical très intéressant du fait que je travaille pour quatre médecins [...] Ils travaillent à leur façon à eux, donc c'est à moi de m'adapter à chaque médecin. Donc, les missions sont diverses et variées* ».

Le « voyage » professionnel

Concernant **la formalisation, la fondation** d'AM6 est **concrétisée par les médecins**, dans un sens unidirectionnel de la collation : « *J'ai des missions qui sont bien définies [...] régulières [...] qui vont se répéter et puis il y a des missions très ponctuelles qui me sont confiées [...] Ils me disent ce que j'ai à dire aux patients, parce qu'évidemment moi je ne suis pas médecin* ». **La formation d'AM6 est peu contributive** pour développer ses compétences préexistantes : « *C'était plus une validation des acquis qu'autre chose. La formation en elle-même ne m'a quasiment rien apporté* ». **Son statut est défini** à la fois par la fiche de poste initiale et par l'organisation de la pratique quotidienne : « *les missions que les médecins me donnent [...] sont tellement variées [...] ma fiche de poste est vraiment spécifique à chaque médecin [...] en règle générale, j'ai des examens programmés, mais il y a des urgences qui peuvent survenir lors de la journée* ». Néanmoins, **les limites de son poste sont déterminées par des enjeux logistiques** : « *je ne fais pas réellement les tâches d'une assistante médicale au sens propre [...] Compte tenu de la configuration et l'organisation de la MSP, ainsi du fait que je travaille pour quatre médecins situés chacun dans leur bureau, je ne peux pas faire la préconsultation* ». **Une adaptation de son espace de travail est prévue** : « *ils nous ont attribués comme bureau la salle de repos. [...] les locaux ne sont pas du tout adaptés à nos besoins. [...] Là, ils sont en train d'essayer de mettre en place des choses* ». Son travail s'organise **en interdépendance avec le médecin** : « *Les médecins me disent que si je n'étais pas là, ils y arriveraient [...] mais ils me disent aussi que leurs journées seront beaucoup plus compliquées [...] Il est préférable de poser mes congés quand les médecins sont absents également* ».

La dimension **gouverne** se présente pour AM6 comme un **leadership vertical** : « *je suis toute seule à travailler pour quatre médecins [...] Je fais les missions que les médecins donnent [...] Chaque médecin me donne un type de mission. Ils travaillent à leur façon à eux, donc c'est à moi de m'adapter à chaque médecin. Donc, les missions sont diverses et variées* ».

Lors de **la finalisation**, AM6 exprime sa perception sur la collaboration. Pour AM6, la collaboration permet une **élaboration des objectifs d'avenir**. Lors de cette dimension, AM6 **assume son statut**, tout en **manifestant une solidarité** au sein de la collaboration : « *Je décharge les médecins de toutes ces tâches administratives qu'ils géraient eux-mêmes auparavant [...] je fais de mon mieux pour aider mes médecins [...] Le fait de me battre pour les patients pour obtenir ce que les médecins me demandent [...] c'est le système de santé qui*

fait que ce soit comme ça ». En effet, **son engagement est renforcé par une mise en valeur de son rôle** : « *je fais beaucoup de choses qui soulagent les médecins et qui leur permet justement de se concentrer vraiment plus sur les patients. [...] je pense vraiment que j'ai un rôle important [...] et je ne suis pas au bout de ce que je peux faire* ». AM6 envisage une **évolution de son poste**, afin d'améliorer le quotidien du médecin et lui **permettre une approche centrée patient dans la pratique** : « *Ça demande encore à évoluer, parce qu'on est au tout début [...] développer mon poste et pouvoir faire encore plus de tâches pour aider les médecins* ». Pour construire **une relation avec les patients**, AM6 **collabore avec les médecins afin d'intégrer son rôle** : « *depuis le début de ma carrière et jusqu'à présent, quand j'appelle les patients, je me présente toujours [...] Les médecins préviennent les patients que je suis leur assistante et ils expliquent mes missions* ». Cependant, **la compréhension de son rôle par les patients se réalise progressivement**. Lors de ce processus, AM6 est **capable de respecter leur rythme** : « *bien souvent, ils confondent encore la secrétaire et l'assistante. Malgré le fait que je me présente en tant qu'assistante [...] Ça fait quelques mois que je travaille en tant qu'assistante dans cette structure [...] Donc, finalement, c'est normal que les gens soient un peu perdus dans ce contexte. [...] Déjà, c'est bien qu'il y a quand même des gens qui comprennent mon rôle* ».

Pendant l'**intérieurisation**, AM6 développe le processus d'interconnaissance et identitaire. Sa perception sur la dynamique de sa relation avec le médecin reste encore à développer. En revanche, AM6 ressent une **homogénéité dans la collaboration interprofessionnelle** : « *ça reste quand même cool ici, on travaille dans une super bonne ambiance, tout le monde s'entend bien. On travaille, mais on rigole aussi* ». **Le travail avec plusieurs médecins est privilégié** par AM6 : « *j'ai choisi de travailler avec quatre médecins [...] je suis très, très, satisfaite de mon choix* ». AM6 **est épanouie dans son travail** : « *je suis épanouie dans mon travail. [...] quand je vais travailler tous les matins, je suis contente* ». Lors de son parcours, AM6 fait preuve de **résilience** en faisant des **compromis pour permettre des conditions de travail optimales** : « *Même s'il y a des inconvénients comme les locaux, la difficulté à joindre les spécialistes, ça n'entame en rien la bonne humeur et la qualité du travail en soi* ». L'attention d'AM6 est **focalisée sur la construction du processus d'interconnaissance**. Le développement des relations avec les médecins est privilégié par AM6, afin de **pouvoir renforcer la collaboration** : « *pour moi, le but maintenant est de prendre le temps pour apprendre à se connaître et aussi d'évoluer avec chacun des médecins, afin de pouvoir les soulager du mieux que je peux et au maximum que je peux faire* ».

La nature de leur relation inhérente

AM6 souligne **connaître auparavant un des quatre médecins**, le médecin S : « *un des médecins, pour qui je travaille actuellement m'a contactée [...] J'ai travaillé avec ce médecin auparavant et ça lui a paru logique en fait que moi je prenne ce poste. Quand il m'a énoncé la fiche de poste, il m'a dit que ce poste est fait pour moi* ». Concernant son travail, AM6 **n'a pas d'appréhension sur les médecins**. AM6 **est mise en confiance progressivement par les médecins en ayant leur soutien** : « *Je sais que je suis soutenue derrière, je suis entourée. Les médecins ne me laissent pas toute seule, me débrouiller* ». **Les médecins sont rassurés par la réciprocité d'AM6** à apporter son soutien, ce qui contribue dans **l'élaboration d'une relation de confiance** : « *je fais beaucoup de choses qui soulagent les médecins [...] je fais de mon mieux pour aider mes médecins [...] ils savent que moi je suis à côté et que je vais gérer* ». A ce stade, une définition d'une relation de confiance mutuelle est prématurée : « *Ça demande encore à évoluer, parce qu'on est au tout début. Donc, il faut qu'on apprenne à se connaître* ».

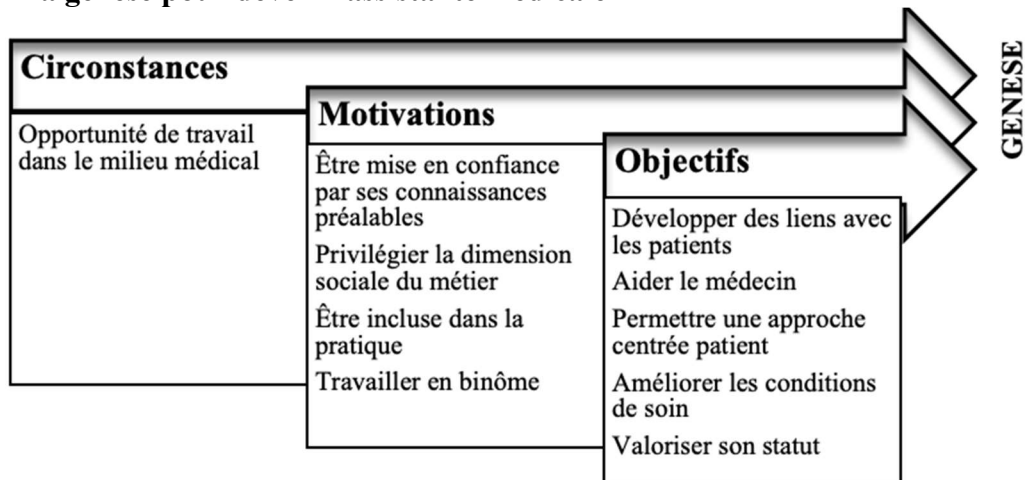
Ça ne se fait en quelques mois de temps ». Cependant, AM6 exprime sa volonté à **investir du temps pour mieux connaître les médecins**, ce qui favorise le développement de leur relation : *« pour moi, le but maintenant est de prendre le temps pour apprendre à se connaître et aussi d'évoluer avec chacun des médecins »*. Une **relation transparente** est élaborée lors de son parcours : *« Je peux m'exprimer ouvertement si je ne suis pas à l'aise avec une tâche »*. Les **échanges honnêtes** dans la collaboration sont favorisés par la **mise en valeur des différentes personnalités**, ce qui renforce la **relation de confiance** : *« Les médecins sont ouverts, ils m'expliquent. [...] je travaille avec des médecins qui sont sympas, qui répondent bien à mes questions »*. En addition, la **fréquence des erreurs est limitée** et permet une **cohésion** : *« Donc dès que j'ai un souci, je leur demande l'aide »*. En résulte un **sentiment de bien-être** au travail pour AM6 qui est exprimée par une **homogénéité dans la collaboration interprofessionnelle** : *« ça reste quand même cool ici, on travaille dans une super bonne ambiance, tout le monde s'entend bien. On travaille, mais on rigole aussi »*.

Bien que dépourvue d'appréhensions initiales, AM6 fait part de **difficultés organisationnelles lors de sa prise de poste** : *« Pour moi le début de ma prise de poste d'assistant médical [...] a été un peu compliqué [...] pendant un certain temps je me suis retrouvée avec la sensation d'avoir un peu la tête sous l'eau, avec la fatigue du déménagement, les journées qui me paraissaient longues »*. Toutefois, **ces difficultés s'estompent** au fil de temps : *« Là ça va, je retrouve mon équilibre [...] J'ai mon rythme de croisière »*. Cette stabilité est accomplie ayant **l'accompagnement des médecins dans la gestion de ses défis** et aussi une **homogénéité dans leur équipe** : *« j'ai la chance quand même d'avoir des médecins qui sont à l'écoute [...] Il y a toujours la bonne humeur, on arrive quand même à rigoler et le travail s'est fait malgré tout. [...] C'est détendu, je ne travaille pas dans le stress »*. Ces conditions favorables de travail privilégient la **communication ouverte lors de son apprentissage** : *« les médecins m'ont donné des missions et j'avais dit que je ne sais pas »*. La **posture pédagogique** adoptée par le médecin **permet la mise en autonomie** d'AM6 : *« ils m'ont dit qu'il n'y pas de problème si je ne sais pas. Ils m'ont proposé de faire ensemble la tâche [...] alors ils m'expliquent comment il faut le faire d'une telle façon pour que je sois plus à l'aise et que je saurais »*. En parallèle, l'attitude ludique du médecin permet une évolution, tout en **facilitant l'expression des doutes et la sollicitation du médecin** : *« si ça m'arrive de pas savoir quelque chose [...] je pose des questions et ils me répondent. Les médecins sont ouverts, ils m'expliquent »*. Lors de ce processus, la **mise en confiance d'AM6 permet de mieux connaître les médecins** : *« J'ai deux médecins, notamment un de médecins, P, avec qui je travaille est très pédagogue, très ouvert justement à donner des informations, à répondre à mes questions [...] je sais vers quel médecin m'orienter, qui peut vraiment m'expliquer »*. Son **rôle est mis en valeur** quant à sa contribution aux médecins, définie par une **relation de co-construction de la médecine générale** : *« je trouve que c'est un métier qui est valorisant pour moi [...] je fais de mon mieux pour aider mes médecins [...] J'ai vraiment l'impression d'être utile, d'apporter mon aide vraiment [...] les médecins se rendent compte qu'effectivement je les soulage beaucoup depuis qu'on travaille ensemble »*. Les **retours des patients** surviennent en renfort quant à son **sentiment d'être utile**, tout en **valorisant son rôle** : *« Le retour des patients... c'est tellement gratifiant, je sens que j'ai quand même une utilité [...] j'arrive à les sortir des situations qui pourraient être inextricables et les patients me remercient [...] Les patients sont heureux comme tout et ça c'est une vraie compensation »*. AM6 ressent une **compatibilité avec ce métier** : *« le boulot en lui-même me plaît vraiment [...] J'adore ce que je fais et je souhaite continuer d'être assistante médicale »*. Ainsi, AM6 se projette dans un **avenir commun en collaboration et envisage une évolution de ses relations et de son statut** : *« Je reste dans un milieu où je viens en aide aux gens. Je viens également beaucoup en aide aux médecins et [...] je ne suis pas au bout de ce que je peux faire. Pour moi le but maintenant c'est aussi de prendre*

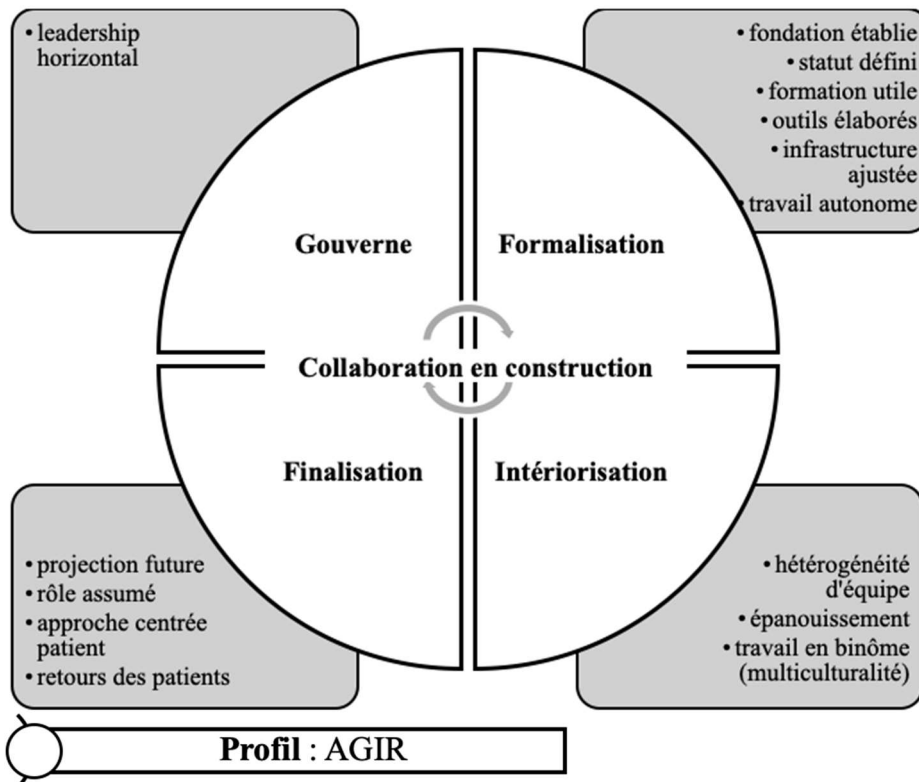
le temps pour apprendre à se connaître et d'évoluer avec chacun des médecins, de manière à vraiment pouvoir les soulager du mieux que je peux et au maximum que je peux faire [...] et puis, on peut aussi faire évoluer mon poste ». En résulte que **sa perspective** sur son statut **correspond à sa perception** finale, mettant en avant l'efficacité de la collaboration, ce qui lui permet de maintenir un équilibre entre sa vie personnelle et professionnelle.

g. Analyse du profil de AM7 (Carte 7. Carte heuristique AM7)

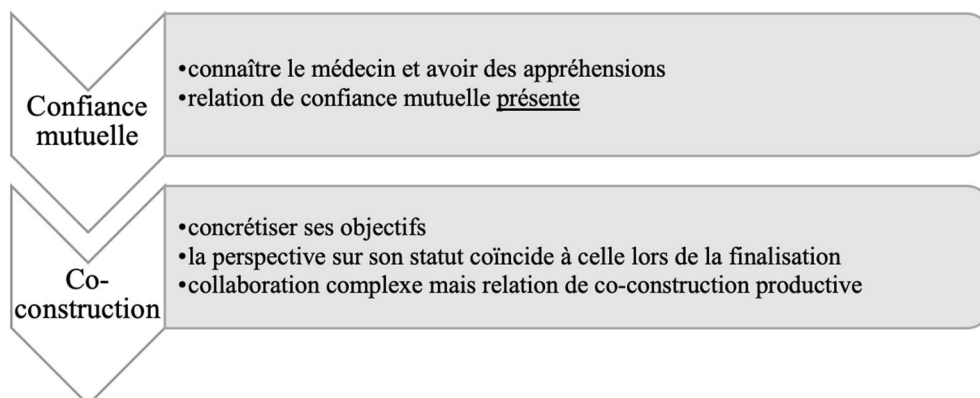
La genèse pour devenir assistante médicale



Le « voyage » professionnel



La nature de la relation inhérente



La genèse pour devenir assistante médicale

La genèse pour devenir assistante médicale est exposée à travers des circonstances lors de la découverte de métier, suivies par ses motivations et ses objectifs concernant son choix de carrière. Concernant les circonstances d'AM7, ce métier est perçu comme **une nouvelle opportunité de travail dans le milieu médical** : « *Après mes années de secrétariat médical, j'arrivais quand même un petit peu au bout [...] j'ai entendu les médecins parler de ce système d'assistant médical* ». Afin de choisir ce métier, AM7 **est mise en confiance par ses connaissances préalables** : « *j'avais beaucoup appris au cours de mes années de secrétariat médical* ». Son choix est motivé par son **désir de privilégier la dimension sociale de ce métier, afin de développer des liens avec les patients** : « *Au tout début c'est un métier qui était basé sur le social. Au-delà du côté médical, le côté social est pour moi prioritaire [...] des fois le patient il recherche ça [...] et j'aime bien cette partie-là* ». En outre, AM7 **souhaite être incluse dans la pratique, afin de venir en aide au médecin**. Ses objectifs sont à la fois de **permettre une approche centrée patient et d'améliorer les conditions de soin** : « *Je pense que rien que le fait de discuter peut régler beaucoup de choses au-delà du médical. [...] Je me suis donné pour mission de rendre les patients à l'aise [...] un médecin qui ressent son patient arriver dans des bonnes conditions va pouvoir bien exercer [...] j'estime que ça fait vraiment partie de mon travail de mettre le patient à l'aise pour qu'il soit déjà prêt quand le médecin arrive* ». En ce qui concerne son choix de la manière de travail, AM7 **privilégie un travail en binôme, afin de valoriser son statut** : « *Un autre avantage c'est que je travaille pour un seul médecin [...] Une seule assistante ne peut pas faire correctement son travail si elle travaille pour quatre ou cinq médecins généralistes [...] pour le médecin pour lequel je travaille, tout comme pour moi, c'était le début. Donc on a appris à travailler ensemble [...] l'assistante ne fait pas le travail de secrétaire médicale* ». Afin d'accomplir ses objectifs, AM7 **souhaite avoir des valeurs en commun avec le médecin, afin de valoriser son statut**.

Le « voyage » professionnel

Lors de la formalisation, AM7 exprime que **la formation d'assistant médical renforce les connaissances préalables** : « *j'avais beaucoup appris au cours de mes années de secrétariat médical [...] certains items de la formation d'assistant m'ont beaucoup aidé [...] sur la gestion de l'agressivité [...] sur le vocabulaire médical* ». La **fondation** d'un travail en binôme **est définie** en collaboration : « *Depuis mon début avec le médecin, on a appris à travailler ensemble et on a créé notre tableau de tâches ensemble* ». Son **statut est défini** par la fiche de poste initiale : « *l'assistante ne fait pas le travail de secrétaire médicale [...] la secrétaire a son boulot et moi j'ai mes tâches d'assistant médical [...] ça a été respecté pour moi* ». Le **développement** de son rôle est réalisé en collaboration : « *On a vu ensemble ce qu'il était possible pour moi de faire et petit à petit j'ai fait de plus en plus de choses* ». En parallèle, le médecin **respecte son rythme de travail et ses limites** : « *Ça a évolué en fonction de moi, par le fait de me sentir de plus en plus à l'aise avec le métier. [...] il n'y a pas de tâches qui me rendent mal à l'aise, aucune pour l'instant* ». Lors de son parcours, AM7 est mise en confiance par le médecin, d'autant plus grâce à son **approche proactive** : « *Si je vois que le médecin est en difficulté avec un patient et que ça dure longtemps, je peux me permettre moi d'aller chercher le patient suivant, de commencer la consultation* ». Des **outils informatiques** sont utilisés pour communiquer, afin de faciliter la pratique médicale : « *on est très connectés [...] si j'ai besoin d'aide, je lui envoie un petit message et vice-versa [...] Ça lui fait gagner énormément de temps* ». Une **adaptation de leur espace de travail est réalisée** en respectant les normes, mais aussi les envies d'AM7 : « *le médecin a vraiment respecté la norme demandée par les organismes [...] Le médecin m'a permis de repenser totalement le bureau comme je le voulais* ».

C'est moi qui ai choisi mon matériel, la couleur, ma déco ». L'organisation de travail est réalisée en autonomie : « J'ai mes propres consultations en même temps que le médecin reçoit ses patients en consultation [...] Concernant l'emploi de temps, le médecin est à l'écoute [...] de pouvoir choisir et faire notre emploi du temps ».

Concernant la dimension **gouverne**, on note un **leadership horizontal** : *« J'ai mes propres consultations en ce qui concerne l'ECG. En même temps qu'elle reçoit ses patients pour des consultations, moi je reçois mon patient pour l'ECG. Pareil pour la création de nouveaux patients [...]. Mais ce rendez-vous là, c'est moi qui le fais ».*

Quant à la **finalisation**, AM7 présente sa perception sur la collaboration. AM7 **assume son rôle**, tout en exprimant son désir **d'élargir son champ des missions** : *« J'aimerais bien justement avoir plus de tâches encore à faire. [...] Peut-être que ça viendra ».* Son **engagement** dans la collaboration favorise une optimisation du temps dans la pratique médicale : *« J'ai mes propres consultations en même temps que le médecin reçoit ses patients en consultation [...] Ça fait gagner un temps fou ».* L'accueil des patients provoque des **réactions variables** concernant son rôle : *« quand je vais chercher un patient en salle d'attente je me présente systématiquement. [...] on a plusieurs types de patients. Il y a les patients très curieux et je peux développer mon rôle. Il y a ceux qui nous regardent d'un drôle d'air, qui nous suivent jusqu'à la porte avec la plaque « assistante du docteur X ». Ça fait le chemin dans la tête ».* Une **confusion de son rôle** par les patients est signalée par AM7, qui met en avant ses solutions pour apporter des **clarifications** : *« Il y a ceux qui pensent que je suis médecin. Ça arrive très souvent, mais par contre je mets un point d'honneur en disant « je ne suis pas médecin ». [...] C'est hyper important qu'ils fassent bien la différence [...] c'est notre rôle à nous de bien mettre la barrière ».* Son rôle est mis en valeur par une **approche centrée patient** : *« des fois le médecin ne peut pas prendre le temps de discuter avec un patient alors qu'il recherche [...] de pouvoir avoir une oreille en fait et j'aime bien cette partie-là. Je pense que rien que le fait de discuter peut régler beaucoup de choses au-delà du médical ».*

Concernant l'**intérieurisation**, AM7 développe le processus d'interconnaissance et identitaire. AM7 est **épanouie dans son travail** : *« Je suis vraiment très heureuse et très épanouie. Franchement je pense que j'ai trouvé le métier qui était fait pour moi et qui me correspond vraiment ».* Son appartenance à ce métier est complémentaire à sa propre identité : *« je suis quelqu'un qui ne me met pas facilement mal à l'aise [...] on est humain et ça nous arrive de craquer. Moi je vais aller pleurer dans mon coin et puis je vais revenir après pour continuer mon travail. [...] J'aime essayer de décortiquer une situation difficile avec un patient ».* AM7 a choisi sa manière de **travail en binôme**, qu'elle continue à privilégier : *« Un autre avantage c'est que je travaille pour un seul médecin ».* AM7 **n'envisage pas une collaboration avec plusieurs médecins**. D'après AM7, cette manière de travail serait un frein dans le respect de son rôle : *« Une seule assistante ne peut pas faire correctement son travail si elle travaille pour quatre ou cinq médecins généralistes ».* Cependant, AM7 ressent une **hétérogénéité dans son binôme** : *« le médecin est une personne qui a ses humeurs, ses émotions. [...] des fois il y a quelque chose qui s'est passée la veille, qui a pu la perturber. Moi je ne suis pas là pour juger ça en fait. Je prends le médecin comme il arrive. [...] on a des sentiments, on n'est pas des machines, mais moi j'essaie toujours de laisser quand même le côté personnel vraiment loin de mon travail ».* Une **dimension multiculturelle** ressort de leur collaboration par le fait que le médecin est étranger : *« C'est une personne qui n'a pas les mêmes codes en matière de communication ».* Néanmoins, cela n'est pas une contrainte dans le bon fonctionnement de la collaboration : *« Des fois les patients ne comprenaient pas forcément ce que le médecin avait voulu dire, donc je devais reformuler de manière plus simple. De ce côté-là, on s'entend très*

bien, parce que le médecin accepte que je le fasse et que ça lui rend service. Notre binôme fonctionne comme ça ».

La nature de leur relation inhérente

En sachant qu'elle **connaissait déjà le médecin**, AM7 a des **appréhensions** concernant leur futur travail en binôme, ce qui fait partie de sa **perspective initiale concernant la dynamique relationnelle** : *« C'est un médecin qui a pas mal de retard en consultation et donc c'était un gros enjeu. Je savais en commençant à travailler pour elle que ça allait être mon défi de pallier le retard auprès d'elle et auprès des patients [...] Je sais que c'est un médecin qui peut poser des questions à certains, parce qu'elle peut avoir des fois un manque de communication [...] Elle peut paraître froide avec certains patients »*. Par ce fait, AM7 démontre une capacité d'être **proactive dans l'adaptation** de son rôle, afin d'assurer le bon fonctionnement de la collaboration : *« j'estime que ça fait vraiment partie de mon travail de mettre le patient à l'aise pour qu'il soit déjà prêt quand le médecin arrive »*. Cependant, ces **difficultés s'atténuent** lors de leur parcours, tout en élaborant une **relation de confiance mutuelle** : *« Ce qui était super intéressant c'était justement d'apprendre à travailler avec le médecin en toute confiance et c'est ça qui nous a plu à toutes les deux »*. L'écoute active du médecin permet à AM7 de se sentir **valorisée** : *« Je me suis sentie écoutée et valorisée par le médecin dans ma prise de poste »*. AM7 est **intégrée dans la pratique médicale** et joue un rôle actif dans la collaboration : *« Un avantage c'est que le médecin m'a permis d'avoir mon bureau comme je le voulais, c'est mon moment d'intimité. [...] On a vu ensemble ce qu'il était possible pour moi de faire et petit à petit [...] Ça a évolué en fonction de moi, par le fait de me sentir de plus en plus à l'aise avec le métier [...] avec le médecin ça se passe très, très bien et j'estime que j'ai eu extrêmement de chance »*. Sa participation active permet de combler les difficultés, afin de **venir en aide au médecin pour optimiser la pratique** : *« Si je vois que le médecin est en difficulté avec un patient et que ça dure longtemps, je peux me permettre moi d'aller chercher le patient suivant, de commencer la consultation »*. Malgré **l'hétérogénéité de son binôme**, AM7 se sent **épanouie dans sa pratique**, tout en trouvant des **pistes d'amélioration futures**. Les **échanges transparents** sont privilégiés dans la collaboration : *« Concernant l'emploi de temps, le médecin est à l'écoute et elle respecte mes horaires de travail »*. Une liberté d'expression permet l'élaboration d'une **relation transparente** lors de leur parcours : *« Donc petit à petit on s'est apprivoisé. Au début je n'osais pas trop le faire et puis, au fur et à mesure, le médecin a apprécié et met tout dans le respect de chacune »*. En parallèle, une relation de **respect mutuel et empathie** est développée, tout en déterminant **des limites professionnelles** dans la collaboration : *« J'ai beaucoup de respect pour le médecin pour lequel je travaille. C'est très important de bien faire la différence. C'est mon employeur, ce n'est pas une amie et on est une équipe professionnelle. On se tutoie, mais on garde la barrière vraiment le respect due à la hiérarchie entre guillemets. Voilà, c'est important »*.

La **relation de co-construction** permet à AM7 de **concrétiser ses objectifs** élaborés lors de la genèse. Un **co-apprentissage** permet un développement harmonieux de son rôle, tout en renforçant l'efficacité de leur collaboration : *« Ça permet toujours d'apprendre. On apprend toujours et d'accepter la critique aussi. Je fais encore des erreurs, ça arrive surtout sur le vocabulaire médical et on s'en parle à la fin de la consultation. [...] Des fois les patients ne comprenaient pas forcément ce que le médecin avait voulu dire, donc je devais reformuler de manière plus simple. De ce côté-là, on s'entend très bien, parce que le médecin accepte que je le fasse et que ça lui rend service. Notre binôme fonctionne comme ça »*. Une **mise en autonomie progressive** d'AM7 permet une co-construction de la pratique médicale, afin d'accomplir les objectifs en commun : *« J'ai mes propres consultations en même temps que le médecin reçoit ses patients en consultation [...] Ça fait gagner un temps fou »*. Pour souligner

le **succès de son inclusion** dans la pratique médicale, AM7 s'appuie sur les **avis des patients** : « *Il y a même des patients qui étaient vraiment habitués à voir leur médecin et c'est arrivé que le médecin ne soit pas disponible à ce moment-là et qui me disent d'aller chercher ce patient-là. Finalement la préconsultation c'est hyper bien déroulé* ». Par ailleurs, son rôle est mis en valeur par les **retours favorables des patients** : « *même si je pensais que j'aurai le cas, je n'ai jamais eu aucun patient qui a refusé de faire une préconsultation. [...] Je n'ai jamais ressenti de réticence de la part d'un patient. [...] Souvent ils repartent avec le sourire et ça c'est agréable. Ça c'est une consultation réussie* ». Son désir de développer son statut dépend d'un **engagement mutuel dans la collaboration**, privilégiant un **équilibre de la vie personnelle et professionnelle** : « *Je pense que j'aimerais bien aller plus loin mais bon... Il faut aussi se préserver je pense. Apprendre à bien séparer quand on est au boulot et après le perso. C'est très important. Si nous on est bien chez nous on sera bien, on pourra plus aider le patient. Après j'espère pouvoir exercer de nombreuses années* ». Cela pourrait permettre une **élaboration des objectifs d'avenir** dans ce binôme. En résulte que **sa perspective** sur son statut **correspond à sa perception** finale, mettant en avant des aspects complexes de la collaboration, ce qui lui permet néanmoins de maintenir un équilibre entre sa vie personnelle et professionnelle.

3. ANALYSE INTÉGRATIVE DES 7 PROFILS

La genèse pour devenir assistante médicale

La genèse pour devenir assistante médicale a été exposée pour les sept participantes à travers les circonstances qui ont entouré leur découverte du métier, suivies de leurs motivations et de leurs objectifs concernant leur choix de carrière. À l'issue de cette genèse, le métier d'assistante médicale a été élaboré dans la perspective de chaque participante.

AM1 : Lors de ses recherches d'une qualité de vie, ce métier apparaît pour AM1 comme une nouvelle opportunité de travail dans le milieu médical et avec les patients. Dans son choix, AM1 se sent mise en confiance par ses compétences préalables. Par son désir d'élargir le champ de ses compétences, ses objectifs sont de venir en aide au médecin, tout en étant intégrée dans la pratique médicale. Quant à son choix de manière de travail, AM1 privilégie à la fois le travail en binôme et le médecin. AM1 s'oriente vers un médecin qui partage les mêmes valeurs, afin de sentir son rôle valorisé.

AM2 : Pour AM2, ce métier est une autre opportunité de travailler à la fois dans le milieu médical et avec le médecin. AM2 se sent valorisée et mise en confiance par le médecin, motivant son choix de métier. Ainsi, AM2 est rassurée par un partage des valeurs mutuelles avec le médecin. Par son désir d'élargir le champ de ses compétences, ses objectifs sont à la fois de développer des liens avec les patients et d'aider le médecin. Concernant la manière de travail, AM2 privilégie ce médecin en particulier dans

AM3 : Ce métier est perçu par AM3 comme une opportunité de travailler à la fois avec le médecin et de découvrir le milieu médical. Dans son choix, AM3 est mise en confiance par le médecin et se sent rassurée par un partage des valeurs en commun. L'objectif d'AM3 est de venir en aide au médecin. Dans ce cadre, la manière de travail d'AM3 favorise le choix de ce médecin spécifique, afin de renforcer leur relation dans le binôme.

AM4 : Ce métier se présente pour AM4 comme une opportunité d'évoluer à la fois dans le milieu médical et dans la relation avec le patient. Dans son choix, AM4 est mise en confiance grâce à ses compétences préalables. Les objectifs d'AM4 sont liés à son désir d'élargir le champ de ses compétences, tout en étant incluse dans le soin, afin de venir en aide à la fois au médecin et au patient. Le choix de la manière de travail n'est pas abordé par AM4. Cependant, AM4 souhaite un partage des valeurs similaires avec le médecin, afin de respecter son statut.

AM5 : Ce métier apparaît pour AM5 comme une autre opportunité de pouvoir continuer à travailler dans le milieu médical. Une dimension sociale est perçue dans ce métier, étant appréciée par AM5. Ainsi, AM5 est mise en confiance par ses connaissances préalables dans son choix. Ses objectifs sont liés à son souhait à la fois d'élargir le champ de ses compétences et d'être intégrée dans la démarche décisionnelle, afin de pouvoir renforcer la relation avec le médecin et le patient. Concernant la manière de travail, AM5 s'oriente vers un travail en binôme avec un médecin qui partage les mêmes valeurs, afin de valoriser son rôle.

AM6 : Pour AM6, ce métier est une nouvelle opportunité de travail dans le milieu médical. Son choix de métier est motivé par son désir d'aider à la fois les médecins et les patients. Quant à

la manière de travail, AM6 privilégie le choix d'un travail avec plusieurs médecins, afin de pouvoir élargir le champ de ses missions.

AM7 : Dans le contexte d'AM7, ce métier est une nouvelle opportunité de travail dans le milieu médical. Dans son choix, AM7 est mise en confiance par ses connaissances préalables. Par ailleurs, AM7 souhaite privilégier la dimension sociale du métier, afin de développer des liens avec les patients. Son raisonnement se poursuit avec son désir d'être incluse dans la pratique, afin d'aider le médecin. Ses objectifs sont à la fois de permettre une approche centrée patient et améliorer les conditions de soin. Afin de concrétiser ses objectifs, AM7 souhaite avoir des valeurs en commun avec le médecin concernant son statut. Pour le choix de la manière de travail, AM7 privilégie un travail en binôme, afin de valoriser son statut.

Synthèse : L'analyse transversale des sept cartes heuristiques a révélé à la fois des similitudes et des distinctions parmi les différentes perspectives des participantes lors de la genèse pour devenir assistante médicale.

Parmi les points communs, toutes les participantes envisageaient le métier d'assistant médical comme une opportunité de travailler en collaboration avec les médecins. Leur confiance, qu'elle soit basée sur leurs compétences préalables ou accordée par les médecins, a motivé leur choix professionnel. La plupart d'entre elles avaient pour objectif d'assister les médecins et d'acquérir de nouvelles compétences. Les participantes attachaient de l'importance à partager des valeurs communes avec les médecins, et plusieurs préféraient travailler en binôme avec un médecin. Quant à leur choix de la manière de travail, la plupart des participantes optent pour un travail en binôme avec le médecin.

En ce qui concerne les distinctions, les raisons de leur confiance variaient, certaines s'appuyant sur leurs compétences préalables, tandis que d'autres faisaient confiance aux médecins. Deux participantes mettaient en avant un aspect social du métier, tandis que d'autres mettaient davantage l'accent sur le développement de compétences. Les objectifs spécifiques différaient, avec des priorités variables telles que le renforcement de la relation avec les patients, l'intégration dans la pratique médicale et l'amélioration des soins.

Le « voyage » professionnel

Le « voyage » professionnel a été exposé en utilisant les quatre dimensions et les variables inspirées du modèle D'Amour, en mettant en évidence les éléments les plus significatifs de la collaboration. Cependant, ces variables ont été adaptées à chaque cas particulier, permettant ainsi d'élaborer à la fois un profil type et une typologie de la collaboration.

AM1 : Pour AM1, le type de profil est « **agir** » lors d'une typologie de **collaboration interprofessionnelle en action**. Le travail synergique en binôme renforce un « empowerment » de chaque acteur. Les rôles sont clarifiés dans une optique de santé optimale. Dans ce contexte, des objectifs d'avenir sont élaborés.

AM2 : En résulte un profil type « **faire** » pour AM2, qui privilégie une typologie de **collaboration interprofessionnelle en construction**, mais aussi une position soumise au médecin, aux compétences préétablies et une attitude pacifique devant l'extension et la diversification des interventions. Les objectifs d'avenir ne sont pas encore définis. Cependant, AM2 met en avance un processus d'adaptation continue, tout en restant un soutien pour le médecin.

AM3 : AM3 présente un profil type « **faire** » lors d'une typologie de **collaboration interprofessionnelle en action**. Dans ce contexte, AM3 accorde la priorité aux besoins du médecin, tout en adoptant une approche passive devant le développement de son statut. Néanmoins, cela n'est pas une contrainte dans le bon fonctionnement de la collaboration. Son engagement dans la collaboration favorise une optique d'un avenir commun.

AM4 : Dans le contexte d'AM4, le profil type « **faire** » est construit autour d'une typologie de **collaboration interprofessionnelle en construction**. Pourtant, AM4 débute son métier avec un profil type « **agir** », mais cela s'efface rapidement devant une collaboration unidirectionnelle avec plusieurs médecins. Pendant le déroulement de la collaboration, AM4 adopte une attitude obéissante envers le médecin quant à la définition de son rôle, tout en manifestant une indifférence lors d'évolution de son statut. En absence d'élaboration d'objectifs d'avenir, AM4 perçoit **une possibilité de développer une collaboration interprofessionnelle en action** avec certains médecins. Dans ce cadre, ces médecins privilégient l'intégration d'AM4 dans la pratique.

AM5 : Pour AM5, le profil type initial est « **faire** » devant un sens unidirectionnel de la collaboration. Lors de son parcours, le type de profil d'AM5 oscille entre « **agir** » et « **négocié** », en conséquence d'une absence de définition officielle de son statut. Cette ambiguïté quant à son rôle survient lors d'une typologie de **collaboration interprofessionnelle en construction**. AM5 met en lumière sa contribution à l'amélioration de la pratique médicale, sans toutefois élaborer des objectifs d'avenir.

AM6 : Quant à AM6, le type de profil est « **faire** » au sein d'une **collaboration interprofessionnelle en action**. Lors de son parcours, AM6 adopte une posture obéissante devant un sens unidirectionnel de la collaboration. Cependant, l'attitude pacifique d'AM6 est volontaire devant la définition de son statut par les médecins. Pour AM6, ce mode de fonctionnement n'est pas perçu comme une contrainte. Au contraire, AM6 est épanouie dans son travail soulignant sa contribution aux médecins visant la concrétisation des objectifs.

AM7 : AM7 présente un profil type « **agir** » dans une typologie de **collaboration interprofessionnelle en construction**. AM7 adopte une posture proactive lors de sa pratique, permettant l'autonomie dans la relation professionnelle. Malgré ce premier facteur encourageant, les différences de valeurs personnelles ont pu créer des tensions dans son binôme. Néanmoins, la projection dans l'avenir reste positive quant à sa collaboration avec le médecin.

Synthèse : Lors du « voyage » professionnel, les sept participantes se distinguent par leurs profils, la typologie de la collaboration interprofessionnelle et leurs perspectives sur l'avenir. La plupart des participantes commencent avec un profil type « faire » dans une typologie de collaboration interprofessionnelle en action. Certaines accordent une grande importance à la clarification des statuts, tandis que d'autres adoptent une attitude plus passive. Les relations avec les médecins varient, par une transition de la soumission à la proactivité. Les tensions interpersonnelles peuvent survenir, mais la projection dans l'avenir reste généralement positive.

La nature de leur relation inhérente

Chaque relation était distincte et imprévisible, mais certaines idées fondamentales et leurs caractéristiques pouvaient être partagées par plusieurs relations, influençant ainsi leur nature et leur orientation. En plus de la compréhension du sens, les interactions généraient des représentations et des émotions qui déclenchaient chez les participantes des réactions,

notamment la soumission ou la proactivité. Il en résultait une relation de confiance mutuelle et une relation de co-construction.

AM1 : Malgré le fait de connaître le médecin, ses appréhensions initiales font objet de sa perspective concernant la dynamique de leur relation. **Une relation de confiance mutuelle** se développe progressivement. Sa perception actuelle sur la dynamique est ressentie comme un bien-être et une synergie dans leur binôme. AM1 est épanouie lors d'une homogénéité d'équipe. **La relation de co-construction** permet à AM1 de concrétiser ses objectifs élaborés lors de la genèse. Donc, sa perspective sur son statut coïncide à sa perception lors de la finalisation, tout en soulignant une réussite de la collaboration en ayant un équilibre de sa vie personnelle et professionnelle.

AM2 : Quant à la dynamique de leur relation, AM2 connaît déjà le médecin et n'a pas d'appréhension au début de leur collaboration. En outre, **une relation de confiance mutuelle** était déjà établie. Cependant, cette relation de confiance s'est renforcée au fil du temps pendant leur parcours professionnel. Actuellement, sa perception sur la dynamique d'AM2 est ressentie comme étant homogène au sein de leur binôme avec le médecin. Grâce au développement de son propre processus identitaire, AM2 se sent épanouie dans leur collaboration. **La relation de co-construction** lui permet de réaliser les objectifs initialement définis. Par conséquent, sa perspective actuelle sur son statut correspond à sa perception à la fin, soulignant la réussite de leur collaboration.

AM3 : En connaissant le médecin, AM3 n'éprouve aucune appréhension, ce qui revêt une importance cruciale pour sa perspective sur la dynamique de leur relation. **Une relation de confiance mutuelle** est déjà solidement ancrée grâce à leur lien familial, tout en étant renforcée lors de leur parcours harmonieux. La perception actuelle qu'elle a de la dynamique se caractérise par une homogénéité au sein de leur binôme. AM3 trouve un grand épanouissement dans son travail et dans sa relation avec le médecin. **La relation de co-construction** permet à AM3 de concrétiser les objectifs qu'elle a élaborés dès le début. Par conséquent, sa perspective sur son statut coïncide avec sa perception lors de l'achèvement, mettant en évidence le succès de leur collaboration.

AM4 : En connaissant les médecins, AM4 n'éprouve aucune appréhension, ce qui façonne sa perspective sur la dynamique de leur relation. **La relation de confiance** est en cours de développement. AM4 exprime son désir de développer des relations avec les médecins, mais se heurte à des obstacles tels que le manque de temps et de compréhension. En fin de compte, AM4 partage sa perception sur la dynamique de la collaboration. Cela est caractérisé par une diversité de relations, certaines étant hétérogènes et d'autres homogènes, dépendant des sollicitations des médecins et de la qualité de la communication. Le grand nombre de médecins est perçu comme un obstacle à la fois pour clarifier son statut et pour optimiser la collaboration. Cependant, **une relation de co-construction** semble envisageable avec les « jeunes » médecins, ce qui favoriserait une approche centrée sur le patient. Les retours positifs des patients mettent en valeur son rôle, ce qui conduit AM4 à décrire une évolution significative dans sa relation avec les patients. Dans ce contexte, sa perspective sur son statut coïncide avec sa perception à la fin, soulignée par la concrétisation des objectifs.

AM5 : Bien qu'elle connaisse le médecin, AM5 est influencée par ses appréhensions initiales concernant sa perspective sur la dynamique de leur relation. **Une relation de confiance mutuelle** est définie par un lien familial, mais subsiste une ambiguïté quant à son rôle et à son impact sur la qualité des soins. Toutefois, ses appréhensions initiales s'estompent

progressivement. Néanmoins, il y a parfois une mécompréhension de son rôle par le médecin. Actuellement, la perspective d'AM5 sur la dynamique de leur relation est ressentie comme hétérogène. **La relation de co-construction** est liée à une amélioration de la pratique médicale grâce à la contribution d'AM5. En ce qui concerne la relation avec les patients, AM5 la définit comme une relation de complémentarité, ce qui la motive à poursuivre sa collaboration. Dans ce contexte, sa perspective sur son statut coïncide avec sa perception à la fin, tout en soulignant la dimension sociale de son métier et son intégration dans la pratique.

AM6 : En collaboration avec plusieurs médecins, AM6 avait auparavant eu une seule expérience de travail avec un médecin. AM6 n'avait pas d'appréhension au début de sa carrière. Cependant, AM6 ne partage pas une perspective claire sur la dynamique de la relation avec les médecins. **Une relation de confiance mutuelle** se dessine progressivement lors de l'évolution de son rôle. Le processus d'interconnaissance reste encore en cours de développement. Néanmoins, AM6 exprime un sentiment de bien-être au travail, attribué à l'homogénéité dans la collaboration interprofessionnelle, ainsi qu'à une ambiance agréable. **La relation de co-construction** lui permet de concrétiser les objectifs établis depuis le début. Par conséquent, sa perspective sur son statut correspond à sa perception finale, mettant en avant l'efficacité de la collaboration, ce qui lui permet de maintenir un équilibre entre sa vie personnelle et professionnelle.

AM7 : Sachant qu'elle connaissait déjà le médecin, AM7 avait des appréhensions quant à leur future collaboration, ce qui influençait sa perspective initiale sur la dynamique de leur relation. Au fil de leur travail ensemble, **une relation de confiance mutuelle** s'est développée. Actuellement, AM7 décrit sa perception comme étant une hétérogénéité au sein de leur binôme. AM7 se sent épanouie dans sa pratique tout en identifiant des axes d'amélioration pour l'avenir. Grâce à **la relation de co-construction**, AM7 parvient à concrétiser les objectifs qu'elle avait définis initialement. En fin de compte, sa perspective sur son statut coïncide avec sa perception finale, mettant en avant des aspects complexes de leur collaboration. Cependant, cela lui permet de maintenir un équilibre entre sa vie personnelle et professionnelle.

Synthèse : En ce qui concerne la dynamique des relations entre les assistants médicaux et les médecins généralistes, les sept profils ont présenté des différences liées aux obstacles, aux incertitudes et aux spécificités de leur expérience professionnelle. Néanmoins, la plupart ont développé au fil du temps une relation de confiance mutuelle grâce à une collaboration harmonieuse. La co-construction de leur collaboration a joué un rôle clé dans la réalisation de leurs objectifs. Certaines ont mentionné des défis tels que le grand nombre de médecins ou des problèmes organisationnels. Dans un contexte familial, deux participantes ont développé une relation de complicité. L'appartenance professionnelle a émergé de la socialisation et de la définition claire des rôles, renforçant ainsi l'identité professionnelle grâce à l'identification au travail. En fin de compte, toutes les participantes visaient à la fois une meilleure qualité de vie et un sentiment de bien-être au travail.

IV. DISCUSSION

1. A PROPOS DES RESULTATS

Lors de la genèse de leur métier, les appréhensions des assistants médicaux étaient liées à l'ambiguïté de leur fiche de poste perçue comme un frein dans la définition de leur rôle. Une expérience paramédicale préexistante était indispensable pour faciliter leur formation et leur intégration. Nous retenons trois facteurs-clé pour le choix de ce métier chez nos participantes : choisir le médecin, diversifier l'activité dans le milieu médical, privilégier l'approche centrée sur le patient. Au cours de l'analyse, les trois profils « collaboratifs » ont émergé dans le cadre de leur voyage professionnel (agir, négocier et faire), ainsi que deux typologies de collaboration (action, construction). Finalement, la nature même de leur relation avec les médecins est mise en exergue.

2. PERSPECTIVES DES DIFFERENTS ACTEURS IMPLIQUES DANS LE SOIN : AVANT L'INTEGRATION DES ASSISTANTS MEDICAUX

En France, l'apparition de ce nouveau métier d'assistant médical a suscité de la recherche et a provoqué diverses réactions parmi les médecins généralistes et les patients. Les études initiales ont montré que la plupart des médecins avaient une perspective favorable sur la création du métier d'assistant médical, avec un intérêt plus marqué chez les jeunes médecins en cabinet de groupe et en milieu rural (40). La délégation de tâches, en particulier pour les aspects administratifs, était perçue comme bénéfique pour les médecins (40–44). Les médecins ont ajouté que l'intégration des assistants médicaux favorisait les actes de prévention (42,43), ce qui offrait la possibilité de diversifier la pratique pour certains d'entre eux, tout en augmentant la motivation des médecins à s'installer (42). Cependant, il existait une grande diversité dans les pratiques et attentes en matière de délégation de tâches, ce qui rendait difficile l'établissement d'un profil type. L'assistant médical devra donc être polyvalent et s'adapter à la pratique de chaque médecin généraliste (42,43). Les médecins souhaitaient une définition plus précise des rôles des assistants médicaux, avec des limites claires pour la délégation des tâches (43–45). Certains médecins craignaient que la présence des assistants médicaux perturbe leur rôle central (45), tandis que d'autres s'inquiétaient des possibles perturbations de leur relation avec les patients (41,43,45), considérant les assistants médicaux comme des intrus dans la relation de soins (42,44).

Toutes les assistantes médicales ayant participé à notre étude envisageaient ce métier comme une opportunité de travailler en collaboration avec les médecins. Leurs motivations quant à leur choix de métier reposaient sur la confiance, qu'elle soit résultante de leurs compétences préalables ou accordée par les médecins. La plupart des participantes avaient pour objectif d'aider les médecins et d'acquérir de nouvelles compétences. Concernant la polyvalence de leur métier, les participantes accordaient de l'importance à la mutualisation des valeurs avec les médecins, favorisant ainsi une perspective partagée de chaque statut. Quant à la manière de travailler, la plupart des participantes favorisaient un travail en binôme.

Par ailleurs, les études initiales ont relevé les réactions des patients concernant l'apparition de l'assistant médical. Deux études ont mis en évidence une perspective positive des patients, soulignant une importance accordée à la prévention et la facilité de prise de rendez-vous avec

des médecins spécialistes (46). En outre, la plupart des patients ont noté une possible amélioration de la qualité et de l'accès aux soins (46–48). Certains patients ont exprimé le souhait d'être informés par le médecin et de pouvoir refuser la présence de l'assistante médicale lors de la consultation (49). Les appréhensions des patients ont été signalées à l'égard de ce nouveau métier. Les patients ne témoignaient pas de confiance en raison de la polyvalence du poste de l'assistant médical (44), le considérant comme un intrus dans la relation de soins (44,49).

Dans notre étude, la perspective des assistantes médicales était favorable concernant le contact avec les patients. Deux participantes soulignaient la dimension sociale du métier quant à leur motivation de choix de métier. La plupart des participantes souhaitaient privilégier la relation avec les patients lors de leur intégration dans la pratique médicale, ce qui contribuait à l'amélioration des soins. Aucune appréhension n'a été signalée par les participantes.

3. PERCEPTIONS DES DIFFERENTS ACTEURS IMPLIQUES DANS LE SOIN : APRES L'INTEGRATION DES ASSISTANTS MEDICAUX

L'analyse des perceptions croisées des statuts professionnels entre les assistants médicaux et les médecins visait à comprendre comment ils percevaient la hiérarchie, les responsabilités, les compétences, les domaines d'expertise, ainsi que les avantages et les inconvénients de leurs rôles respectifs. Cette exploration a révélé des informations cruciales sur la dynamique de leur collaboration, leurs perceptions de la relation professionnelle et leur apport dans le soin, tout en soulignant la notion d'appartenance à une équipe et de régulation partagée.

En effet, la mise en pratique de ce métier en France s'est avérée compliquée (50), en vue des a priori des médecins et des patients, précédemment énoncés dans le sous-chapitre IV.2. Néanmoins, quant à la mise en pratique de l'assistant médical, des études plus récentes ont constaté des améliorations (51). Une revue de la littérature encourageait l'analyse de la contribution des assistants médicaux, qui pouvaient aider les médecins à prendre des décisions éclairées quant à leur choix d'un travail en collaboration (51).

La perception des médecins généralistes qui ont déjà eu recours à un assistant médical était que la collaboration présente des avantages indéniables, tels que la libération de temps médical et la réduction du stress (52–54). La polyvalence de l'assistant médical n'était plus un sujet d'inquiétude, malgré l'ambiguïté de leur fiche de poste qui a été décrite initialement. L'adaptabilité du rôle de l'assistant en fonction de sa formation pratique dans le cabinet permettait une gestion plus efficace du temps et une augmentation du flux de patients (52–55). Un écart significatif a été constaté entre les préjugés des médecins et la réalité vécue par ceux qui travaillent avec un assistant médical et qui ont dépassé les idées préconçues (52,53,55). Toutefois, il était impératif de gagner l'adhésion de certains médecins pour garantir le plein accès aux soins malgré leurs craintes (52,53). Une étude notait que les médecins percevaient ce métier comme étant à mi-chemin entre celui d'infirmier et de secrétaire (54).

La perception des assistants médicaux sur la collaboration interprofessionnelle était variée dans notre étude. Certaines participantes mettaient l'accent sur nécessité de la clarification des statuts, tandis que d'autres adoptaient une attitude plus passive. Leurs relations avec les médecins évoluaient, passant de la soumission à la proactivité. Bien que des tensions interpersonnelles aient pu survenir, la plupart gardaient une perspective positive pour l'avenir.

En ce qui concerne la dynamique des relations entre les assistants médicaux et les médecins généralistes, nos résultats ont révélé des différences liées aux obstacles, aux incertitudes et aux spécificités de leur expérience professionnelle. Cependant, la plupart ont développé au fil du temps une relation de confiance mutuelle grâce à une collaboration harmonieuse. La co-construction de leur collaboration a joué un rôle clé dans la réalisation de leurs objectifs. Certaines ont relevé des défis, tels que le grand nombre de médecins ou des problèmes organisationnels. Dans un contexte familial, deux participantes ont développé une relation de complicité. L'appartenance professionnelle a émergé de la socialisation et de la définition claire des rôles, renforçant ainsi l'identité professionnelle par le biais de l'identification au travail.

4. ACTUALITES CONCERNANT LE METIER D'ASSISTANT MEDICAL

Il est important de noter que les conditions d'exercice, de manière regroupée, dans un cabinet d'au moins deux médecins et de manière coordonnée, ont été supprimées par le règlement arbitral du 1^{er} mai 2023 (17). Toutefois, il reste impératif de prendre des mesures visant à améliorer la formation des assistants médicaux (56). Les médecins qui ont souscrit un contrat pour bénéficier de l'aide à l'emploi d'un assistant médical mettent en place un rendez-vous annuel d'évaluation pour examiner leur situation par rapport à leurs obligations contractuelles. Au cours de cette rencontre, le médecin peut signaler toute difficulté éventuelle rencontrée dans la réalisation de ses objectifs (57).

5. LES FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE

A notre connaissance, cette étude est la première à mettre en exergue la position de l'assistant médical dans le cadre du développement de ce nouveau métier. Jusque-là, les perspectives analysées étaient celles des médecins généralistes et des patients, mais non de l'acteur principal concerné : l'assistant médical. Cette étude apporte donc une importante contribution autour de ces dernières modifications dans l'équation des soins.

En plus, utiliser une méthode inspirée d'une approche par analyse interprétative phénoménologique nous semble la plus appropriée pour explorer la perception de l'assistant médical lors de son parcours professionnel, car elle représente un outil précieux dans la compréhension de la conscience et de l'expérience humaine (58). Les données ont été collectées à travers des entretiens individuels qui offraient aux participantes un environnement favorable à une communication ouverte. Les entretiens se sont déroulés dans des lieux choisis par les participantes, adaptés à leur disponibilité, pour favoriser leur confort. Bien que semi-dirigés, les entretiens étaient basés sur un guide d'entretien conçu pour faciliter la discussion, particulièrement adapté à un enquêteur novice. Le guide comprenait des questions ouvertes et l'écoute active de chercheur a encouragé les assistants médicaux à s'exprimer librement. L'échange et la révision du deuxième entretien avec le directeur de thèse ont permis d'améliorer les entretiens suivants.

Malgré quelques défis initiaux liés à l'expérience limitée du chercheur, des techniques telles que le respect des silences, l'utilisation de questions de relance et la formulation de questions ouvertes ont été employées pour approfondir les thèmes et minimiser les biais de suggestion.

L'analyse des données a été effectuée en totalité par l'enquêteur, supervisée par son directeur de thèse et avec l'assistance des autres co-thésards. Le manque d'expérience de l'enquêteur a pu

influencer l'étiquetage et l'interprétation des données. Cependant, la réalisation des entretiens par l'enquêteur a contribué à une interprétation plus précise et pertinente lors de l'étiquetage et à la création des cartes heuristiques.

V. CONCLUSION

Ce travail a dévoilé les perspectives initiales et les perceptions des participantes concernant le métier d'assistant médical, la collaboration et la relation avec les médecins généralistes.

Les points communs entre les participantes étaient la confiance en soi, le désir d'acquérir de nouvelles compétences, l'importance des valeurs partagées avec les médecins, ainsi que la préférence pour un travail en binôme. Néanmoins, les raisons de leur confiance, les aspects sociaux ou médicaux du métier, les objectifs spécifiques et les préférences de la manière de travail variaient d'une participante à l'autre, rajoutant ainsi de la diversité à la compréhension du rôle de l'assistant médical dans le domaine de la santé.

Tout au long de leur carrière, les sept participantes se sont distinguées par leurs attitudes dans la collaboration interprofessionnelle et leurs visions de l'avenir. La plupart ont commencé en s'impliquant activement dans la collaboration interprofessionnelle, avec des différences dans la clarification des rôles et des variations dans leurs relations avec les médecins. Cependant, en général, les participantes ont conservé une perspective positive pour l'avenir.

Quant à la relation entre les assistants médicaux et les médecins généralistes, les sept profils présentaient des perceptions différentes liées aux obstacles, aux incertitudes et aux spécificités de leur expérience professionnelle. Malgré cela, la plupart avaient développé une relation de confiance mutuelle au fil du temps, grâce à un travail harmonieux et une collaboration en synergie. La co-construction de leur collaboration était un élément clé pour réaliser leurs objectifs. Certaines mentionnaient des défis, comme le grand nombre de médecins ou des difficultés organisationnelles. Finalement, toutes les participantes visaient à la fois une meilleure qualité de vie et un sentiment de bien-être au travail.

Notre étude conclut que l'intégration de l'assistant médical auprès des médecins généralistes reste un phénomène complexe et nuancé. Il transforme la pratique médicale et contribue à améliorer la qualité des soins offerts aux patients. Ainsi, ce dispositif semble représenter une solution adaptée pour réduire les inégalités dans l'accès aux soins et contribue à l'approche centrée sur le patient.

VI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Tonnellier F. Évolution des inégalités géographiques de la mortalité en France depuis 1911 - Persée. In: Les inégalités géographiques de la mortalité [Internet]. 1991 [cité 29 sept 2023]. p. 29-36. Disponible sur: https://www.persee.fr/doc/espos_0755-7809_1991_num_9_1_1440
2. Pr. Yvon BERLAND. « Démographie des professions de santé » [Internet]. Doyen de la faculté de médecine de Marseille; 2002 nov. Report No.: 2002135. Disponible sur: https://medias.vie-publique.fr/data_storage_s3/rapport/pdf/024000643.pdf
3. LEGMANN M. Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale [Internet]. 2010 p. 46. Disponible sur: <https://www.snof.org/sites/default/files/Rapport-Legmann.pdf>
4. INSEE, Erika Athari, Sylvain Papon, Isabelle Robert-Bobée. Quarante ans d'évolution de la démographie française : le vieillissement de la population s'accélère avec l'avancée en âge des baby-boomers – France, portrait social [Internet]. 2019 [cité 28 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238437?sommaire=4238781>
5. ONDPS. Personnes âgées poly-pathologiques : quels enjeux de démographie médicale ? [Internet]. 2019 p. 184. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Personnes%20%C3%A2g%C3%A9es%20poly-pathologiques%20-%20quels%20enjeux%20de%20d%C3%A9mographie%20m%C3%A9dicale%20_0.pdf
6. Dibao-Dina C, Frappé P, Saint-Lary O, Pouchain D. Comment les médecins généralistes ont-ils pris la première vague ? Presse Médicale Form. août 2021;2(3):255-8.
7. Médecine générale face à la pandémie de Covid-19. Situation en France [Internet]. [cité 28 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2022/revue-medicale-suisse-805/medecine-generale-face-a-la-pandemie-de-covid-19.-situation-en-france>
8. Mouries R. L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL DES MÉDECINS LIBÉRAUX. URML [Internet]. 2007; Disponible sur: https://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_070723.pdf
9. La Revue Prescrire. Le burn-out des soignants. 2021;41(451):373-8.
10. Dominique Polton, Hélène Chaput, Mickaël Portela, Quentin Laffeter* et Christelle Millien. Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques. DREES. 2021;(89):78.
11. CARMF. Densité médicale au 1er janvier 2022 [Internet]. 2022 [cité 28 sept 2023]. Disponible sur: <http://www.carmf.fr/page.php?page=chiffrescles/stats/2022/densite-2022.html#>
12. DREES. Démographie des professionnels de santé au 1er janvier 2023 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. 2023 [cité 28 sept 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse-jeux-de-donnees/demographie-des-professionnels-de-sante-au-1er-janvier-2023>
13. DREES. Projections d'effectifs de médecins - DREES [Internet]. 2023 [cité 28 sept 2023]. Disponible sur: <https://drees.shinyapps.io/Projection-effectifs-medecins/>
14. DREES. Des conditions de travail plus satisfaisantes pour les médecins généralistes exerçant en groupe [Internet]. 2022. Report No.: 1229. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-05/ER%201229%20Conditions%20de%20Travail%20des%20MG_BAT.pdf

15. Ghorob A, Bodenheimer T. Sharing the care to improve access to primary care. *N Engl J Med*. 24 mai 2012;366(21):1955-7.
16. Ma santé 2022 : un engagement collectif - Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/masante2022/>
17. Aide à l'embauche d'assistants médicaux [Internet]. [cité 1 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/loiret/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/aides-financieres/aide-emploi-assistants-medicaux>
18. Taché S, Hill-Sakurai L. Medical assistants: the invisible « glue » of primary health care practices in the United States? *J Health Organ Manag*. 2010;24(3):288-305.
19. Exercer. L'utilisation de chaperons en médecine générale en Australie. 2012;23(100):445-55.
20. STEPHANIE TACHÉ, SUSAN CHAPMAN. What a Medical Assistant Can Do for Your Practice. *Fam Pr Manag*. 2005;12:51-4.
21. Medical Assistants : Occupational Outlook Handbook: : U.S. Bureau of Labor Statistics [Internet]. 2023 [cité 2 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.bls.gov/ooh/healthcare/medical-assistants.htm>
22. Le portail officiel suisse d'information de l'orientation professionnelle [Internet]. 2022 [cité 2 oct 2023]. Assistant médical CFC / Assistante médicale CFC. Disponible sur: <https://www.orientation.ch/dyn/show/1900?id=22>
23. Rosman S. Se former pour construire son espace d'autonomie professionnelle ? Le cas des « Nurses practitioners » néerlandaises. *Rech Form*. 2014;76:79-92.
24. Sibbald B. Transferts de tâches entre professionnels de santé dans les soins primaires au Royaume-Uni et enseignements de la littérature internationale. *Rev Fr Aff Soc*. 2010;(3):35-47.
25. Hooker RS, Kuilman L. Physician assistant education: five countries. *J Physician Assist Educ Off J Physician Assist Educ Assoc*. 2011;22(1):53-8.
26. Romanian National Society of Family Medicine [Internet]. [cité 3 oct 2023]. Disponible sur: <https://snmf.ro/en/overview/>
27. The Physician Assistant Life. Where PAs and Physician Associates Can Work Internationally [Internet]. 2018 [cité 2 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.thepalife.com/physician-assistants-pas-and-associates-around-the-world/>
28. Mergenthal K, Beyer M, Gerlach FM, Guethlin C. Sharing Responsibilities within the General Practice Team – A Cross-Sectional Study of Task Delegation in Germany. *PLoS ONE* [Internet]. 2016 [cité 30 sept 2023];11(6). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4900540/>
29. LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (1). 2019-774 juill 24, 2019.
30. Arrêté du 14 août 2019 portant approbation de l'avenant n° 7 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016.
31. Organisation et transformation du système de santé (no 1681) Amendement n°AS1566 [Internet]. Disponible sur: <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/amendements/1681/CION-SOC/AS1566>

32. Création des assistants médicaux : les textes sont parus [Internet]. 2019 [cité 1 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.infirmiers.com/profession-ide/creation-des-assistants-medicaux-les-textes-sont-parus>
33. Assistants médicaux : ce que la CNAM met déjà sur la table [Internet]. 2019 [cité 1 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actu-medicale/sante-publique/assistants-medicaux-ce-que-la-cnam-met-deja-sur-la-table>
34. Conseil national de la FMC, CN FMCH. L'OBLIGATION DE FORMATION MEDICALE CONTINUE (FMC) [Internet]. 2005 juin. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/diapos_fmcp.pdf
35. Une solution pour les patients et les médecins [Internet]. 2018 [cité 1 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=5LwO5g2THGM>
36. Amour D d', Sicotte C, Lévy R. L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sci Soc Santé*. 1999;17(3):67-94.
37. D'Amour D, Goulet L, Labadie JF, Martín-Rodriguez LS, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Serv Res*. 21 sept 2008;8(1):188.
38. Maaouia MB. Etude qualitative des dimensions de la collaboration interprofessionnelle et de leur interdépendance: cas des équipes de soin au sein du CHU Mongi-Slim.
39. LEBEAU JP. Initiation à la recherche qualitative en santé.
40. PAUBERT V. Les assistants médicaux en France : Enquête d'opinion auprès des médecins généralistes installés en Limousin [Internet]. Université de Limoges; 2020. Disponible sur: HAL
41. ABT R. 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. Université de Limoges; 2020.
42. CADIOU A. Assistants médicaux : quelles sont les attentes des médecins généralistes ? Analyse en focus groupe auprès des médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine. [Internet]. [RENNES]: UNIVERSITÉ DE RENNES; 2020. Disponible sur: HAL
43. LEBEC A. Représentations du nouveau métier d'assistant médical par les médecins généralistes, motivations et freins à leur embauche [Internet]. [FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG]: Université de Lille; 2020. Disponible sur: SUDOC
44. Raguideau C, Levesque L. Le nouveau métier d'assistant médical en cabinet de médecine générale : représentations des médecins généralistes et des patients, une étude qualitative en miroir [Internet]. LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES DE MARSEILLE; 2019. Disponible sur: HAL
45. PIRER S. Représentations et attentes des médecins généralistes concernant les assistants médicaux et les infirmiers de pratique avancée [Internet]. Université de Lille; 2019. Disponible sur: SUDOC
46. Vigouroux L. Les patients accepteraient-ils d'être reçus en préconsultation par un(e) assistant médical(e) avant une visite chez leur médecin généraliste ? Enquête auprès de 3 cabinets de la région Occitanie [Internet]. Faculté de médecine Montpellier-Nîmes; 2017. Disponible sur: SUDOC

47. Mourgues E. Enquête d'opinion menée auprès de patients sur l'amélioration de l'accès aux soins avec l'intervention d'un assistant médical [Internet] [étude quantitative - 872 patients - situés dans les départements Charente, Charente-Maritime et Gironde]. Université de Poitiers; 2019. Disponible sur: SUDOC
48. LIMET S. Enquête d'opinion sur la place de l'assistant médical en médecine générale ambulatoire en Martinique : faisabilité et comparaison avec des résultats obtenus en territoire Charentais [Internet]. Université de Poitiers; 2021. Disponible sur: SUDOC
49. BESNIER DOUENCE C. Attentes à propos du métier d'assistant médical en médecine générale : Entretiens semi-dirigés auprès de patients de Gironde [Internet]. Université de Poitiers; 2020. Disponible sur: HAL
50. Les Généralistes-CSMF. Si les médecins pouvaient avoir un assistant médical à temps plein, il n'y aurait plus de problèmes d'accès aux soins. 2020.
51. BRIZARD S. Facteurs d'intégration des assistants médicaux en soins primaires : une scoping review [Internet]. UNIVERSITÉ DE RENNES; 2021. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04050877/document>
52. Dunikowski C. Ressenti des médecins généralistes sur la création du poste d'assistant médical : étude qualitative par entretien semi-dirigé parmi les médecins généralistes de Dordogne [Internet]. U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES BORDEAUX; 2021. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03192207/document>
53. DISSON L. Le nouveau dispositif d'assistanat médical : Enquête qualitative auprès de douze médecins généralistes [Internet]. Université de Lyon; 2021. Disponible sur: SUDOC
54. BROISSIAT JD. APPORT DES ASSISTANTS MÉDICAUX POUR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE EN CABINET : ENQUÊTE AUPRÈS DE HUIT MÉDECINS EXERÇANT EN AUVERGNE [Internet]. UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE; 2022. Disponible sur: HAL
55. GOUYETTE F. L'apport de l'assistant médical aux médecins généralistes : étude qualitative sur le territoire de l'Eure [Internet]. UFR DE SANTE DE ROUEN NORMANDIE; 2022. Disponible sur: HAL
56. Simon-Delavelle F, Viossat LC. La formation des assistants médicaux.
57. Assistants médicaux : lancement d'une campagne d'accompagnement des médecins par l'Assurance Maladie [Internet]. [cité 1 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/loiret/medecin/actualites/assistants-medicaux-lancement-d-une-campagne-d-accompagnement-des-medecins-par-l-assurance-maladie>
58. Deschamps C. L'approche phénoménologique en recherche: comprendre en retournant au vécu de l'expérience humaine. Montréal, Canada: Guérin Universitaire; 1993. 111 p.

VII. ANNEXES

Annexe 1 : Extraits de journal de bord

Le 10/01/2022 : « Grâce à cette proposition de sujet de thèse, j'ai découvert l'existence de ce métier d'assistant médical en France. Cela a éveillé ma curiosité et a offert une opportunité pertinente pour mon travail de recherche. J'ai la chance d'explorer ce nouveau domaine en pleine émergence, d'interagir avec ceux qui pratiquent cette profession, et de comprendre leurs perspectives sur cette modalité de travail inédite. Je suis convaincue d'avoir fait le bon choix : mon sujet de thèse est clair et j'ai la chance d'avoir le soutien d'un directeur de thèse dévoué et disponible. Notre relation de confiance m'a accompagnée tout au long de mon parcours académique. Je me sens enthousiaste et prête à entreprendre cette recherche passionnante ».

Le 13/04/2022 : « Le partage mutuel d'expériences avec mes co-internes est essentiel, voire obligatoire, lors de la réalisation de ma thèse. Cette complicité et solidarité nous offrent un soutien mutuel. L'élément particulier réside dans l'empathie partagée, qui nous apporte des perspectives différentes, une réciprocité et une collaboration confraternelle. Nous poursuivons notre aventure vers la conclusion de nos études de médecine, sachant que la thèse est une étape incontournable de notre cursus, une occasion unique de créer des souvenirs. L'utilisation d'un langage familier facilite l'expression de nos incompréhensions, frustrations, erreurs et craintes, sans jugement, créant ainsi un sentiment de détachement, de soulagement et de réassurance. L'ensemble de ces outils, y compris les échanges avec mes co-internes, la collaboration avec mon directeur de thèse, les avis des enseignants de la faculté lors des rencontres de thèse et la tenue d'un journal de bord, représentent des avantages significatifs qui viennent compléter mon travail. Ils renforcent mes connaissances et m'accompagnent dans mon parcours vers la réussite, en contribuant à la réalisation d'un travail de qualité ».

Le 28/12/2022 : « J'ai commencé la phase des entretiens en utilisant « ma liste de courses ». J'ai choisi ma première participante méticuleusement. J'ai pris contact avec elle par téléphone pour lui expliquer mon sujet de recherche et mon intérêt pour son expérience. Elle a rapidement accepté de participer à mon étude et a préféré un entretien en visioconférence. Elle a justifié ce choix en me disant qu'elle était plus à l'aise chez elle. Le fait de commencer un entretien en visioconférence m'a angoissée, car je doutais que l'enregistrement se passe bien, que la connexion permette un échange fluide et sans interruptions et que l'entretien soit exploitable ».

Le 9/02/2023 : « Je commence la retranscription en analysant ma propre posture, ainsi que le comportement de l'assistante, la pertinence de mes questions, le chemin que nous avons suivi et les éléments qui ont retenu mon attention. Je commence à avoir des doutes concernant ma question de recherche. Me suis-je bien approchée de celle-ci ? Ai-je exploré suffisamment en profondeur ? Je prévois une réévaluation de cet entretien avec mon directeur de thèse ».

Le 25/02/2023 : « L'entretien contient une grande quantité d'informations, mais je regrette de ne pas avoir osé intervenir au bon moment. Par crainte d'interrompre l'assistante, j'ai manqué des opportunités de poser des questions plus approfondies et plus personnelles. J'ai utilisé des questions fermées et des suggestions, ce qui n'était pas adapté à ma position de chercheur ni à ma méthode de recherche. Je prends note de mes erreurs pour m'améliorer, apporter des corrections et progresser dans la réalisation de mes futurs entretiens. Je compte échanger avec mon directeur de thèse et j'ai un thème datant prochainement ».

Le 03/03/2023 : « En partageant les deux perspectives, cela m'a permis de m'auto-interroger de manière appropriée. J'ai ensuite demandé comment je pourrais agir à l'avenir pour éviter de reproduire cette situation. Pour éviter cette implication personnelle, mon directeur m'a conseillée de prendre une demi-heure ou une heure avant les futurs entretiens pour noter dans mon journal de bord tous les éléments qui pourraient compromettre mon objectivité et prendre du recul. La relecture du journal de bord, en particulier de l'exercice des sept questions, constitue un élément essentiel pour rester ancré dans la réalité. Nous avons révisé ensemble la trame d'entretien et la possibilité de reformuler les questions. J'ai également proposé un exercice qui m'est venu à l'esprit, demandant à mon directeur de jouer le rôle de l'assistante et d'imaginer un futur entretien. Je lui ai donc demandé de me mettre en difficulté et d'observer ma posture. Ce défi m'a exposée à des situations ou des expériences qui pourraient survenir, ce qui m'a permis d'anticiper et de préparer mes actions et réactions. Cette idée est venue spontanément, et mon directeur a joué son rôle de manière amusante tout en relevant le défi. Nous avons convenu que c'était un bon exercice que nous reproduirions régulièrement. Ainsi, on a formulé la question brise-glace lors de cette réunion ».

Le 1/04/2023 : « Je fais régulièrement l'exercice des 7 questions pour réévaluer mon parcours et vérifier s'il y a eu des changements. Cela me permet de prendre du recul et de confronter mes appréhensions, dans le but d'améliorer mes entretiens au fur et à mesure. Dans quelques jours j'ai mon prochain entretien et je souhaite m'améliorer ».

Le 15/04/2023 : « Mon directeur de thèse m'invite à l'accompagner à une réunion professionnelle en présentiel. Il me confirme que lors de cette réunion, il y a deux médecins qui travaillent avec un assistant médical. C'est une occasion de rencontrer ces deux interlocuteurs, de leur présenter mon sujet de thèse et de solliciter leur aide. Je leur expose mon désir d'interroger leurs assistantes en présentant de manière générale mon projet. Les deux médecins acceptent ma requête ».

Le 1/05/2023 : « J'ai le sentiment que je n'ai pas pu avancer autant que je le souhaitais sur ma thèse ces derniers temps en raison de la fin de mon stage. Je culpabilise... Je vais consacrer tout l'été pour travailler sur ma thèse ».

Le 12/06/2023 : « Le déroulement des entretiens se passe de manière fluide, et récemment, j'ai réussi à améliorer mon organisation. J'accorde également du temps pour me reposer, tout en continuant à travailler. Je prends des notes régulièrement dans mon journal de bord, ce qui s'avère très bénéfique. Mes réunions bimensuelles avec mon directeur de thèse sont productives et je suis satisfaite de l'avancement de mon travail ».

Le 25/07/2023 : « J'ai fini la retranscription des entretiens et je débute maintenant le processus de codage. Je planifie mon emploi du temps pour consacrer quatre jours par semaine pour ma thèse et deux jours au cabinet. Maintenir cette discipline n'est pas toujours facile, mais je parviens à trouver un compromis. Pour compenser, je profite du samedi ou du dimanche pour me détendre et prendre du recul. J'organise des activités pour changer d'air et éviter de me surmener. Je perçois le week-end comme une sorte de récompense, car je me fixe des objectifs en semaine tout en préservant une certaine routine ».

Le 1/08/2023 : « J'éprouve des appréhensions vis-à-vis de cette étape de codage, qui me semble particulièrement ardue, ce qui rend son commencement difficile. Je considère qu'il s'agit de l'étape clé de ma thèse et je lui consacre du temps pour la réaliser correctement. J'échange

régulièrement avec mes co-internes et avec mon directeur de thèse, qui me soutiennent et m'apportent des conseils pour surmonter ce cap ».

Le 28/09/2023 : « Le travail sur ma thèse progresse de manière satisfaisante, bien que je doive admettre que cela comporte des défis. J'ai récemment terminé le codage, mais je me suis retrouvée confrontée à des difficultés lors de l'étape d'analyse transversale. Après avoir sollicité des conseils auprès d'une de mes collègues en médecine, je vais maintenant me lancer dans la rédaction et nous verrons comment cela se déroule ».

Annexe 2 : Présentation orale à l'attention de l'assistant médical

Bonjour,

Je suis Carina TUDOR, interne en médecine générale à la Faculté de Tours et je me rapproche de la fin de mes études. Actuellement, je prépare ma thèse sous la supervision du Docteur Philippe REY.

Mon sujet de thèse porte sur le métier d'assistant médical et je souhaite explorer votre expérience en tant qu'assistant médical, ainsi que votre ressenti sur la collaboration interprofessionnelle. Mon étude de recherche se concentre sur les assistantes médicales travaillant avec des médecins généralistes dans le département du Loiret.

Je tiens à vous informer que notre entretien sera enregistré, mais toutes les données seront anonymisées et retranscrites par écrit. L'enregistrement est essentiel pour une analyse précise des informations une fois retranscrites. Vos noms et prénoms ne seront pas mentionnés dans le document. Seuls les professionnels de santé responsables du suivi auront accès à ces données.

Votre participation à cette étude est totalement volontaire et vous avez le droit de changer d'avis à tout moment ou de vous opposer au traitement de vos données sans devoir vous justifier, sans que cela ait de conséquences pour vous.

Si vous choisissez de participer, notre entretien peut se dérouler en présentiel ou en visioconférence, selon vos préférences. Je m'adapterai à vos convenances. Mon souhait est de vous inviter à déjeuner ou dîner dans un lieu calme et adapté à vos préférences pour vous remercier de votre participation. Au cours de notre entretien, je souhaite discuter en toute confidentialité de votre point de vue sur la collaboration. J'aspire à explorer votre expérience personnelle en tant qu'assistant médical. En tant que nouveau métier, votre vécu est d'une importance cruciale pour moi.

N'hésitez pas à me poser toutes les questions qui vous viennent à l'esprit. Je reste à votre disposition pour fournir des éclaircissements. Prenez le temps de réfléchir à ma demande de participation à cette étude. En attendant votre réponse, vous pouvez me contacter par téléphone ou par message à ce numéro pour toute information complémentaire.

Cordialement,

Carina TUDOR

Annexe 3 : Trame d'entretien

L'entretien se concentre sur une écoute active de la participante, visant à favoriser son expression libre. Il commence par la question « brise-glace », puis la parole de la participante est favorisée par un regard attentif du chercheur. Les moments de silence permettent la continuité et la fluidité de son discours. Les interventions du chercheur surviennent que lorsque cela est nécessaire pour clarifier ou pour relancer la participante vers un sujet d'intérêt.

Question « brise-glace » : Racontez-moi votre parcours en tant qu'assistante médicale.

Relances : *C'est-à-dire ? Pourquoi vous me dites ça ? Pouvez-vous m'apporter plus des précisions ?*

En quoi consiste votre rôle d'assistante médicale ?

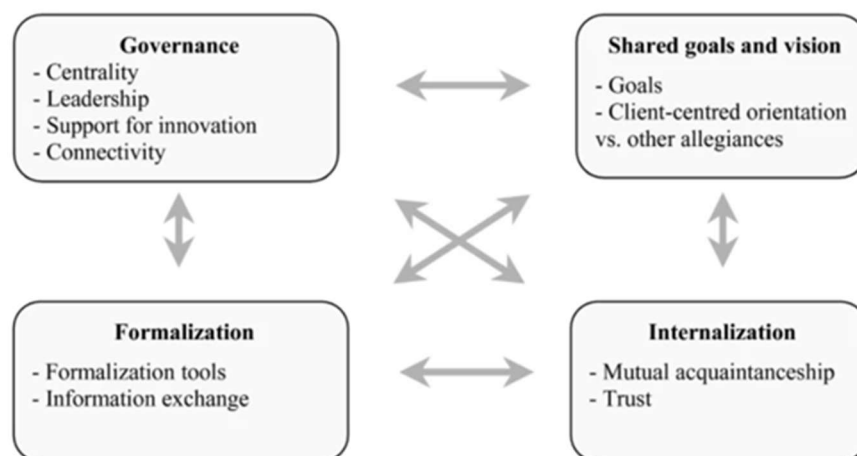
En quoi consiste votre relation avec le médecin ?

Est-ce que parfois c'est difficile ? Parlez-moi de vos sentiments.

En quoi consiste votre relation avec les patients ?

Quelle est votre place auprès des patients ?

Annexe 4 : Modèle de la structuration de la collaboration interprofessionnelle de D'Amour (2008) – version anglaise



The Four-Dimensional Model of Collaboration. This figure shows the four dimensions of the model of collaboration and the ten indicators associated with these dimensions. The arrows indicate the interrelationships between the four dimensions and how they influence each other.

Vu, le Directeur de Thèse



Docteur Philippe REY
19 Route de Cerdon
45600 SULLY SUR LOIRE
45 1 03022 5
Tél. 02 38 36 27 03 - Fax 02 38 36 29 78

Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le

TUDOR Carina-Cristina

73 pages – 1 tableau – 7 cartes heuristiques – 4 annexes

Résumé :

Introduction : La transformation inévitable de la pratique médicale est un enjeu de la crise sanitaire mondiale perdurable. La collaboration interprofessionnelle émerge comme l'une des réponses aux défis actuels. En France, le métier d'assistant médical a été élaboré en 2018. Son intégration dans la pratique de la médecine générale vise à répondre à la désertification médicale en améliorant les conditions de travail des professionnels de santé et l'accès aux soins. Cette étude repose sur le cadre de référence proposé par D'Amour. L'objectif de cette étude était d'explorer la perception de l'assistante médicale sur son parcours dans ce nouveau métier et la collaboration interprofessionnelle, afin d'esquisser la dynamique de sa relation avec le médecin généraliste.

Méthode : Étude qualitative inspirée de la phénoménologie interprétative par des entretiens individuels semi-dirigés chez sept assistants médicaux dans le Loiret.

Résultats : Lors de la genèse de leur métier, les appréhensions des assistants médicaux étaient liées à l'ambiguïté de leur fiche de poste perçue comme un frein dans la définition de leur rôle. Une expérience paramédicale préexistante était indispensable pour faciliter leur formation et leur intégration. Nous retenons 3 facteurs-clé pour le choix de ce métier chez nos participantes : choisir le médecin, diversifier l'activité dans le milieu médical, privilégier l'approche centrée sur le patient. Au cours de l'analyse, les trois profils « collaboratifs » ont émergé dans le cadre de leur voyage professionnel (agir, négocier et faire), ainsi que deux typologies de collaboration (action, construction). Finalement, la nature même de leur relation avec les médecins est mise en exergue.

Conclusion : Notre étude conclut que l'intégration de l'assistant médical auprès des médecins généralistes reste un phénomène complexe et nuancé. Il transforme la pratique médicale et contribue à améliorer la qualité des soins offerts aux patients. Ainsi, ce dispositif semble représenter une solution adaptée pour réduire les inégalités dans l'accès aux soins et contribue à l'approche centrée sur le patient.

Mots-clé : assistant médical, collaboration interprofessionnelle, relation assistant-médecin, approche centrée patient.

Jury :

Président du Jury : Professeure Clarisse DIBAO-DINA

Directeur de thèse : Docteur Philippe REY

Membres du Jury : Docteur Christelle CHAMANT
Docteur Alice PERRAIN

Date de soutenance : 7 décembre 2023