

## Assistants médicaux, le coup de vent de l'automne 2019 dans nos pratiques !

*Medical assistants, the autumn 2019  
gust of wind in our practices!*



Combes P.

Le Chef de l'État nous l'avait promis lors de la présentation de **la réforme de la Loi Santé 2022, l'assistant médical** est enfin une réalité et une opportunité depuis la publication de **la loi 2019-774 du 24 juillet 2019**.

Cette loi redéfinit la classification de la convention collective des cabinets médicaux des professionnels de santé salariés en 5 classes (dont la nôtre).

À cette occasion, 16 nouveaux métiers sont créés dont ceux des assistants médicaux, mais dont restent absent les IBOD, car réservés à la convention collective des établissements de soins.

Attention à ne pas confondre les nouveaux *Assistant Médicaux* avec une autre nouvelle filière, celle des *Infirmiers en Pratique Avancée (IPA)*.

### Qui sont-ils ?

Deux filières de recrutement sont possibles :

- Celle issues de la **filière de soins**, comme les infirmiers ou les aides-soignants,
- Celle de la **filière des non soignants**, c'est à dire toute personne indépendamment de ses qualifications : sont principalement concernées nos secrétaires.

À noter que si vous promouvez votre secrétair(e) en assistant(e) médical(e), vous vous engagez à employer un(e) autre secrétair(e) dans les 6 mois. Pour l'instant nous n'avons pas de détails sur une variation des compétences liées à l'origine de la filière de recrutement.

### Quelles sont leurs missions ?

Réparties selon 3 axes, leurs missions sont des aides dans la sphère administratives au sein du cabinet, la sphère organisationnelle en dehors du cabinet, enfin la sphère de l'aide à la consultation :

### Aides administratives :

Elles concernent l'accueil, la création et la gestion du dossier patient, **le recueil d'informations administratives et médicales** : le recueil des antécédents médicaux et des facteurs de risque cardio-vasculaires pourra faire partie de leurs prérogatives.

Il faudra assurer lors de cet interrogatoire un espace de discrétion suffisant : exit l'interrogatoire au guichet de la secrétaire, audible à l'ensemble de la salle d'attente.

Sont aussi cités l'accompagnement et la mise en place de la télémédecine au sein du cabinet.

### Aides organisationnelles :

Elles sont en lien avec les autres acteurs du système de soins, **pour une prise en charge coordonnée** des patients : c'est un paramètre à ne pas négliger, car il conditionne l'obtention des subventions.

Pour notre spécialité, on y associera la prise en charge des pathologies ulcéreuses ou lymphatiques et bien sûr des patients polyopathologiques comme les artériopathes ou les diabétiques.

### Aides à la consultation :

Elles comprennent l'aide au déshabillage, la prise de constantes (la mesure des IPS peut-elle y être assimilée ?), la délivrance de tests de dépistages et **la préparation d'actes techniques** : attention, il faut bien lire le terme **préparation** et ne pas en déduire le terme réalisation.

*En aucun cas, il ne s'agit pour l'assistant médical de se substituer au médecin dans la réalisation d'un acte médical.*

Par exemple, rapporté à notre spécialité on pourra probablement déléguer la préparation d'une seringue de sclérose à la mousse, mais son injection restera de qualification uniquement médicale.

*Il n'est pas précisé si nous pourrions leur confier des tâches d'éducation, déjà bien définies dans le milieu des soins de suite et de la réadaptation* : je pense en particulier aux Facteurs de risque cardio-vasculaires (FRCV), aux lymphœdèmes, aux anticoagulants.

Ainsi, le champ d'application dans notre spécialité est à définir clairement pour éviter les abus, à la charge de nos Sociétés Professionnelles épaulées par le Syndicat des Médecins Vasculaire.

## Quelle formation ?

Là aussi le flou persiste.

- À l'image des assistants dentaires, la formation se fera après l'embauche du salarié, sous la forme de stages ou cours non encore définis.
- Elle devra être débutée dans les deux ans suivant l'embauche et s'achever dans les 3 ans, débouchant sur un certificat de qualification professionnelle.
- Comme précédemment, je crois que nous devons nous emparer du sujet pour en définir les contours, les adapter à notre spécialité, avant que d'autres structures étrangères à notre mode de pensée ne s'en charge.

## Qui peut en bénéficier ?

*C'est un point important, car malheureusement toutes les spécialités ne pourront y prétendre, du moins équitablement. Ce sera les cas pour :*

- les anesthésistes,
- les radiologues,
- les chirurgiens
- et les gynéco-obstétriciens,

dont la possibilité d'embauche sera soumise à condition d'exercice dans un département à faible densité médicale (30 % de ces spécialistes), ou pouvant argumenter d'une situation particulière dans les autres départements.

### Pour les médecins vasculaires, comme pour la totalité des spécialités médicales, nous échépons (à ce jour) à la restriction territoriales d'embauche d'un(e) assistant(e).

- Néanmoins, c'est l'exercice de groupe (au moins deux médecins) qui est privilégié.
- Sur dossier, dans la même démarche des spécialités exclues, vous pouvez quand même défendre votre situation et demander une dérogation en cas d'exercice unipersonnel en zone sous dense.
- De plus, il faut s'inscrire dans une démarche d'exercice coordonnée (MSP, équipe de soins primaire, CPTS) ou du moins s'y engager...  
Seuls, les conventionnements 1, 2 OPTAM et 2 OPTAM-CO sont concernés.
- Une restriction subsiste, car seuls les médecins adhérents aux 3 syndicats signataires de cet avenant à la loi sont autorisés, à ce jour, à embaucher un(e) assistant(e) (Le SML et la CSMF dont le SFMV est partenaire, enfin MG France).  
*Celle-ci devrait être prochainement levée par la publication d'un avenant étendant cette loi à l'ensemble des médecins, indépendamment de l'affiliation à un syndicat.*

## Existe-t-il des aides à l'embauche d'un(e) assistant(e) :

*Oui et elles sont conséquentes. Elles ne sont pas obligatoires, vous pouvez recruter un(e) assistant(e) sans y recourir.*

- Elles se formalisent par un contrat avec la CPAM d'une durée d'au moins 5 ans reconductible ensuite annuellement, en fonction de votre capacité à atteindre un objectif d'augmentation de la « **file patient** » (nombre de patients différents suivis par un médecin dans une année).  
3 options sont proposées sous la forme de l'embauche d'un **tiers temps**, d'un **mi-temps** ou d'un **plein temps Assistant Médical**. **A priori, l'option temps plein est réservée aux zones médicales sous denses.**
- Elle vont de + 7,5 % à + 20 + % offrant une aide dégressive sur 3 ans, puis stable au-delà, s'échelonnant de 42 000 € sur 5 ans à 126 000 € sur 5 ans.  
70 % de cette aide est versée la première année.
- Le contrôle par la CNAM de la réalisation de l'objectif, n'est annoncé qu'à partir de la 3<sup>e</sup> année.

Ce sont les médecins fraîchement installés ou à venir qui profiteront au plus de cette mesure.

## Quelle rémunération ?

À ce jour, la rémunération brut d'un(e) assistant(e) doit être établie entre 1642 et 1953 €/ mois.

Plus précisément, c'est l'établissement d'un nouveau score qui va conditionner le niveau de rétribution applicable à tous nos salariés !

Inévitablement des augmentations de salaire en découleront.

Segmenté en 4 grilles de 4 points, ce score s'échelonnnera entre 4 et 16 points et déterminera une fourchette de rétribution opposable...

## Qu'en penser ?

Après avoir présenté un topo sur ce sujet lors du congrès de la SFP à Paris puis à Toulouse, j'ai été surpris par le schisme créé par cette annonce.

- D'un côté, nombre d'entre nous se réjouissent de cette opportunité et voyons à travers ces nouveaux postes la possibilité d'optimiser notre temps médical, d'améliorer l'accueil et la qualité de nos soins, de nous décharger de tâches administratives... des vœux pieux.
- De l'autre, d'autres dénoncent le basculement vers une course à la rentabilité, la défense d'un mode d'exercice classique mais respectable, la peur de se faire déposséder de certains de nos actes techniques, perçus comme un amoindrissement de notre spécialité : sont clairement cités la microscélrose et certaines explorations écho-Dopplers standardisables (artériels de dépistage, recherche de thrombose veineuse...).

**Nous ne sommes pas au temps d'un éditorial conjecturant sur l'avenir, mais à celui d'une actualité à laquelle nous devons nous adapter.**

- **Respectons le choix de chacun** : il est bon de rappeler que nous avons tous la possibilité de choisir notre manière d'exercer, encore qualifiée de libérale, bien sûr dans le strict cadre déontologique.
- **Enfin, je rebondis sur un éditorial de Phlébologie Annales Vasculaires précédent de Matthieu Josnin sur la médecine 2.0. (PAV 2018 ; 71,4 : 6-8)**

Cette nouveauté n'étant qu'un préambule aux chamboulements de nos pratiques par la pragmatisme de nos métiers, l'inéluctable délégation des tâches, mais surtout l'intégration de l'intelligence artificielle.

*Un jeune médecin vasculaire débutant actuellement verra se modifier la nature même de son activité au long de sa carrière, j'en suis convaincu.*

Rappelez-vous, les injections étaient réservées aux médecins jusqu'à la Seconde Guerre mondiale... on n'imaginait plus un radiologue installer la plaque de révélation... ou un anatomopathologiste lire l'ensemble de ses frottis...

**À nous et aux générations suivantes de nous adapter et tirer meilleur parti de ces évolutions, en maintenant contre (coups de) vents et marées l'essence même de notre profession : les soins et l'humain.**

---