

Médecins pour demain



Besançon, le mercredi 29 mars 2023

Madame la Présidente de la Commission des Affaires Sociales,

Nous tenions dans le cadre de la Commission Paritaire Mixte à venir concernant la loi dite « loi Rist », ou « loi portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé », à vous faire part de nos remarques.

1) Concernant l'article 1 et l'accès direct des IPA :

– Nous tenons à rappeler **l'insuffisance de formation des infirmiers en pratique avancée (IPA)**, le décret portant sur ce point (1) calibrant ladite formation sur « l'évaluation de l'état de santé de patient **en relais de consultations médicales** pour des pathologies identifiées ». Il est également de « mettre en œuvre et de concevoir des actions de prévention et d'éducation thérapeutique », ce dernier point nous apparaissant comme du plus grand intérêt.

La loi actuelle n'a pas transformé cette formation, ce qui fait qu'à ce jour, l'IPA n'a pas de compétence suffisante tant sur le plan diagnostique qu'en thérapeutique pharmacologique. Ce dernier point est d'autant plus préoccupant que les arrêtés du 22/10/2021 et du 11/03/2022 encadrant leur pratique leur laissent la possibilité de renouvellement de médicaments potentiellement létaux.

- Nous tenons à rappeler **l'absence d'expérimentation préalable**, alors qu'elle était prévue dans l'article 76 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2022.
- **Le primo – accès nous apparaît donc comme étant dangereux**, entraînant « une vraie perte de chance pour le patient », pour rejoindre les propos du Conseil National de l'Ordre de Médecins (CNOM), qui était présent lors de la journée de grève à Paris le 14 février, chose particulièrement rare !
- Un dernier point essentiel nous apparaît : celui de **la responsabilité des acteurs**. Le législateur a prévu un **contrôle à posteriori** par le médecin, sur la base de données transmises sur un dossier médical partagé (DMP). Cela pose un double problème : comment peut – on, sans même voir le patient qui consulterait en primo – accès un infirmier, estimer de façon précise le degré de gravité de sa pathologie ? En droit, on parle de **responsabilité pénale partagée à 50-50**, le médecin étant tenu de s'assurer que

tout a été fait dans les règles de l'art. Comment est – ce seulement possible ? Et que fait – on en cas d'absence du médecin, pour congé ou pour maladie par exemple ? Qui va contrôler ?

- En conclusion, nous partageons l'avis de la Commission des Affaires Sociales sur la méthode particulièrement erratique utilisée pour produire de manière précipitée cette loi.

2) Concernant l'article 2 :

Là encore, nous soulignons le fait que les kinésithérapeutes n'ont pas de formation médicale. Même si avec 6670 heures et un niveau master celle – ci a été renforcée, il nous apparaît nécessaire de poser des limites claires à ce qu'ils pourraient faire. Une « simple » douleur de dos pouvant cacher un cancer du rein par exemple, la limitation à 5 du nombre de séances sans recours à un médecin nous paraît être essentiel. Il serait éventuellement possible d'envisager de prendre l'avis de la HAS afin de délimiter le périmètre de ce que pourrait faire un kinésithérapeute (le traitement d'une entorse simple ne nécessitant pas forcément un avis médical par exemple).

Le **problème juridique de la responsabilité** n'a pas été là aussi évoqué par la loi. En effet, il est prévu dans les textes que le kinésithérapeute fasse un rapport sur le DMP du patient, charge au médecin de contrôler secondairement ce qui est fait, sans avoir examiné le patient : chose qui nous paraît impossible ! Par ailleurs, cette disposition d'obligation a été abrogée par l'amendement du sénateur Jomier, ce qui tend à un risque d'errance du patient encore plus grand.

Activité physique adaptée : cela peut s'avérer dangereux pour des patients âgées polypathologiques, qui, par définition, ont des pathologies complexes et ne peuvent pas faire n'importe quelle activité sans s'exposer à un danger pour leur santé. Un primo avis médical serait ici important.

3) Concernant l'article 3 :

Même questionnement concernant la responsabilité des actes et le contrôle exercé par la suite par le médecin qui n'aurait pas vu le patient préalablement.

4) Article 3 Bis :

Les rendez – vous non honorés représentent l'équivalent de 4000 temps plein de médecins, ce qui est considérable. La proposition de faire payer ces rendez – vous pourrait être une solution d'une part pour responsabiliser les patients, et d'autre part pourrait alimenter un fonds pour remédier au problème des déserts médicaux.

5) Article 4 Ter :

Le collectif Médecins pour Demain est contre cette mesure. Comment un médecin régulateur pourra – t – il, par téléphone, identifier des actes relevant d'un infirmier ? Le risque, ici, est que **le médecin régulateur, par souci juridique, « sécurise » chaque appel** jugé peu grave par le passage d'un infirmier : quel coût pour la société ?

Par ailleurs, le nombre de passages aux urgences est une vraie problématique, qui

touche ici le cœur du sujet de la loi présentée. Les IPA sont justement prévus, dans les textes, pour faire de l'éducation et de la prévention. Il serait très utile de commencer par les utiliser pour ce pourquoi ils ont été conçus au départ : le suivi, la réponse aux questions des patients, l'éducation thérapeutique, ce qui **amènerait à coup sûr moins de passages aux urgences**.

6) Article 4 quater :

Cet article relève de la Convention médicale avec la CNAM.

7) Article 4 octies :

Nous sommes très réservés sur cet article, sur la prescription initiale de verres correcteurs par un opticien. Si cela peut s'avérer pertinent pour un renouvellement (donc pour un patient déjà expertisé par un ophtalmologue) cela peut s'avérer dangereux pour une primo prescription. Un fond d'oeil est indispensable dans le bilan initial d'un problème de vue, qui peut se révéler être en lien avec des pathologies parfois sévères (maladie de Horton, névrite optique, etc...)

8) Article 4 undecies :

Nous sommes opposés à cet article, le renouvellement d'ordonnances par le pharmacien pour des durées allant jusqu'à 3 mois pouvant se révéler dangereux, particulièrement pour le public qui sera concerné : les patients âgés polypathologiques. Une étude très récente (2) montre bien que l'épidémie de Covid a entraîné une surmortalité (hors virus) liée à l'absence de suivi médical. Songez donc : +74% de décès pour confusion/détérioration ; + 44% suite à des fractures du col du fémur (suite à des vertiges/ chutes) ; + 20% pour déshydratation....

Ces chiffres préoccupants montrent bien qu'un renouvellement d'ordonnance est un acte clinique qui nécessite réévaluation, chose que ne peut faire le pharmacien. Il y a d'ailleurs comme un paradoxe dans cet article où le médecin peut être alerté par le pharmacien que son traitement a été renouvelé pour une durée supérieure à la prescription initiale !

Après, il y a la problématique des déserts médicaux, pour laquelle nous avons des solutions, mais là n'est pas l'objet de notre propos.

(1) : décret n°2018-629 du 18/07/2018

(2) : Impact of first COVID – 19 pandemic wave on hospitalizations and deaths caused by geriatrics syndromes in France : a nationwide study, Marion J Torres et al, The Journal of Gerontology, 26/01/2023.

Très respectueusement

Dr Benoît Coulon (Médecins pour Demain)

