

ASSEMBLÉE NATIONALE

12 octobre 2021

PLFSS POUR 2022 - (N° 4523)

Commission	
Gouvernement	

Tombé

AMENDEMENT

N° 59

présenté par

M. Brindeau, Mme Six, Mme Sanquer, M. Benoit, Mme Descamps, M. Dunoyer, M. Favennec-Bécot, M. Gomès, M. Meyer Habib, M. Lagarde, M. Morel-À-L'Huissier, Mme Sophie Métadier, M. Naegelen, Mme Thill et M. Zumkeller

ARTICLE ADDITIONNEL**APRÈS L'ARTICLE 41, insérer l'article suivant:**

I. – Dans le cadre des structures d'exercice coordonné mentionnées aux articles L. 1411-11-1, L. 1434-12, L. 6323-1 et L. 6323-3 du code de la santé publique, l'État peut autoriser les masseurs-kinésithérapeutes à exercer leur art sans prescription médicale pour une durée de trois ans et dans quatre départements. Un bilan initial et un compte-rendu des soins réalisés par le masseurs-kinésithérapeutes sont adressés au médecin traitant et reportés dans le dossier médical partagé.

II. – Un décret précise les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation mentionnée au I, les départements concernés par cette expérimentation ainsi que les conditions d'évaluation de l'expérimentation en vue d'une éventuelle généralisation.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le présent amendement vise à expérimenter l'accès direct pour les patients aux soins de kinésithérapie lorsque le kinésithérapeute exerce dans une structure de soins coordonnés.

Nombre de nos concitoyens rencontrent des difficultés pour accéder aux soins : 10 % n'ont plus de médecin traitant et 6 millions vivent à plus de 30 minutes d'un service d'urgence dont 75 % en milieu rural. Dans de nombreux territoires, il est donc beaucoup plus difficile d'avoir accès à un médecin qu'à un professionnel paramédical.

Par conséquent, de nombreux patients ne peuvent accéder aux soins de kinésithérapie du fait de

l'absence de médecins et donc de prescripteurs. Cette absence conduit à des retards voire des défauts de prise en charge préjudiciables à leur santé. Elle constitue une rupture d'égalité entre les Français en matière de santé publique. Or, il est urgent que les patients puissent accéder directement à la kinésithérapie, notamment ceux atteints d'affections de longue durée (ALD) où la kinésithérapie est nécessaire : AVC, Parkinson, BPCO, polyarthrite, etc.

Aussi, pour fluidifier le parcours des patients et améliorer leur accès aux soins, il est proposé une expérimentation pour leur permettre d'accéder aux soins de kinésithérapie sans prescription dans le cadre d'une structure d'exercice coordonné : équipe de soins primaires, communauté professionnelle territoriale de santé, centre de santé, maison de santé.

En outre, un tel accès direct aux soins de kinésithérapie permettrait de faire des économies de temps médical, de réduire le volume de soins dispensés et donc remboursés, de faire gagner du temps au patient dans son parcours de soins.

En effet, des économies ont été observées dans les pays qui permettent l'accès direct. Les consultations d'un kinésithérapeute en premier recours permettraient d'éviter certaines consultations médicales pour les troubles musculosquelettiques ou la petite traumatologie. Les soins dispensés et leur remboursement seraient conditionnés à des référentiels émis par l'Assurance maladie comme pour les actes les plus fréquemment réalisés (lombalgie commune, entorse de la cheville, prothèse de hanche, épaule opérée). Les soins dispensés seront justifiés par le bilan kinésithérapique versé par le praticien au dossier médical partagé (DMP) et transmis au médecin traitant.