

Mémoire Master



U.F.R. Psychologie,
Sciences de l'Éducation
Département des Sciences de l'Éducation
Université de Provence, Aix-Marseille I



en Partenariat avec l'IFCEES de Montpellier

Master Professionnel Education et Formation 2^{ème} année
Année universitaire 2010-2011

Contribution de la recherche à la production de solutions pour l'émancipation de la profession de Masseur - Kinésithérapeute.

Stéphane MICHEL

Sous la direction de

Franck GATTO, Maître de Conférences en Sciences de l'Éducation,
HDR, Université de Montpellier 3

Remerciements

Mes premiers remerciements iront tout naturellement à Franck GATTO que j'ai eu la chance de côtoyer au travers de mes représentations syndicales et ordinales depuis 2006.

Sans sa détermination et sa vision prospective de la profession, sans ses encouragements répétés à me pousser à suivre cette formation, je n'aurais sans doute rien fait, prétextant une surcharge de travail dans mes fonctions actuelles. La qualité des travaux proposés par la commission EPP du CIROMK PACA Corse que Franck dirige, la pertinence du discours étayé par des études scientifiques, ses publications, sa faculté à repousser nos limites et notre vision et sans sa conception éclairée me poussant sans cesse à adopter une démarche scientifique m'ont définitivement motivé à le rejoindre. Je le remercie d'avoir accepté de diriger mon mémoire et pour les précieux conseils qu'il m'a apporté y compris parfois tard dans la nuit, y compris lorsque des prémices de découragement m'envahissaient.

Mes fonctions m'ont permis de rencontrer des confrères ayant suivi cette formation, je pense à Corinne, Roland, Yvan, Christine, Jean Christophe, Cécile...j'en oublie tellement ils sont nombreux. La plupart sont devenus des amis. Je les remercie de m'avoir poussé et soutenu tout au long de cette formation même si parfois ce fut difficile de tout concilier.

Je remercie aussi toute la promo de Montpellier à laquelle j'appartiens. Une réelle amitié est née et j'espère qu'elle se poursuivra au-delà de notre année de formation même si nos chemins et nos parcours divergent.

Je remercie aussi Sophie VINCENT pour sa gentillesse, sa disponibilité, sa patience, son soutien, pour la qualité de son enseignement et de son écoute.

Je remercie mon camarade de route Tristan avec lequel je partage tant, depuis des années que nous travaillons ensemble et avec lequel nous avons décidé, lui à Paris, moi à Montpellier de rejoindre ce que mon épouse appelle parfois pour nous charrier « la secte des néanmoins ».

Je remercie Eric PASTOR que j'ai appris à connaître et à apprécier pour sa gentillesse, son humour et pour tout ce qu'il a amené à la profession depuis tant d'années.

Je remercie bien évidemment mes enfants Corentin et Arnaud, mes deux adolescents d'appartement que j'ai parfois tant de mal à élever et comprendre. Ils ont admis et accepté ma démarche et mes choix, accepté mes absences et mes coups de gueule. Je crois, j'espère qu'ils me prendront comme exemple pour repousser leurs limites et aller aux bouts de leurs rêves pour trouver la voie qui leur plait et qu'ils ont choisi.

Enfin, je remercie mon épouse Stéphanie qui partage ma vie depuis plus de 20 ans, qui me comprend, qui me complète et que j'aime.

Sommaire

1. Le Contexte.....	8
1.1 Parcours d'expérience.....	8
1.1.1 Diplômes et formations diplômantes.....	8
1.1.2 Fonctions occupées.....	8
1.1.3 Fonctions actuelles.....	8
1.1.4 Motivations.....	9
1.1.5 Parcours professionnel.....	9
1.2 Projet de formation en Master 2.....	12
1.3 Projet professionnel.....	12
1.4 Thème de recherche & utilité sociale de la recherche.....	14
2. État des lieux de la recherche et problématisation théorique.....	14
2.1. Définition de la profession selon le CNOMK	14
2.1.1. Histoire de la profession.....	14
2.1.2. Evolution de la profession.....	20
2.1.3. Formation continue.....	21
2.2. Données statistiques, économiques et démographiques.....	23
2.2.1. Démographie actuelle.....	23
2.2.2. Activité par masseur kinésithérapeute.....	23
2.2.3. Démographie et accès aux soins.....	24
2.3. Cadre juridique.....	28
2.4. Décrets d'actes & limites.....	31
2.5. Cadres réglementaires : Ordre & déontologie.....	33
2.6. Accès direct & droit à la prescription.....	35
2.7. Démographie & accès aux soins.....	37
2.8. De la nécessité de créer des référentiels « métier ».....	40
2.9. Le référentiel métier « kinésithérapeute » CNOMK.....	45
2.10. Pourquoi une discipline ?.....	46
2.11. Evaluation des pratiques professionnelles	49
chez les MK : outil d'émancipation ?	
2.12. Enquête scientifique EPP CIRO PACA – Corse. 2009.....	51
2.13. Le rapport BERLAND.....	55
<i>Coopération des professions de santé :</i>	
<i>le transfert de tâches & de compétences. Octobre 2003.</i>	
2.14. Le rapport BERLAND et HENART.....	59
<i>Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire. Janvier 2011.</i>	

2.15.	Synthèse rapport CNOMK sur la formation initiale.	68
	<i>Répondre aux besoins de santé & garantir la qualité des soins</i>	
	<i>par une formation et un exercice rénové. Janvier 2010.</i>	
2.16.	Étude ONDPS – Plein Sens.....	71
	<i>Le métier de masseur-kinésithérapeute. Septembre 2009.</i>	
2.17.	Étude ONDPS – Plein Sens <i>La prescription de masso-kinésithérapie</i>	72
	<i>par les médecins généralistes & les rhumatologues libéraux. Décembre 2009.</i>	
2.18.	Le transfert de tâches médicales aux MK :	73
	autonomisation ou asservissement ?	
2.19.	Comment favoriser des formes nouvelles de coopération	75
	entre professionnels de santé ? <i>HAS et ONDPS avril 2008</i>	
2.20.	L'émancipation et l'assujettissement.....	77
2.21.	les modèles convoqués.....	84
	2.21.1. Les modèles de la posture.....	84
	a. Posture d'agent.....	84
	b. Posture d'auteur.....	84
	2.21.2. Les concepts de la compétence	85
	a. Compétence d'imitation.....	85
	b. Compétence d'innovation.....	85
	2.21.3. Les modèles de santé.....	85
	a. Modèle Bio Médical Curatif.....	87
	b. Modèle Global non positiviste.....	87
2.22.	Santé, Santé publique, Education Thérapeutique :	88
	constats problématiques	
3.	Les Matrices théoriques.....	92
	3.1. Les modèles de la posture : Agent /Auteur.....	92
	3.1. Le concept de Compétences.....	93
	3.2. Les modèles de la santé.....	94
4.	Résultats déjà publiés	
	4.1. <i>Comment créer une discipline universitaire où sont produits</i>	96
	<i>des savoirs spécifiques aux puéricultrices et où les techniques</i>	
	<i>enseignées sont produites scientifiquement ?</i>	
	MINGHELLI Gilles, Montpellier 2011	
	4.2. Synthèse rapport CNOMK / CIROMK PACA Corse	97
	sur l'EPP des MK 2009/2010	

4.3.	<i>Les Masseurs-Kinésithérapeutes et leurs partenaires de soins : quelles représentations sociales ?</i>	98
	ABBOUDI Cécile, Montpellier 2011	
4.4.	<i>Contribution de la recherche qualitative à l'émancipation de la profession de Masseur-kinésithérapeute.</i>	99
	QUEINEC Roland, Montpellier 2011	
4.5.	<i>Les raisons actuelles et factuelles qui empêchent la profession de s'émanciper, vu par les médecins.</i>	100
	MARECHAL Tristan, Paris 2011	
5.	La question de recherche.....	103
6.	Dispositif de recherche.....	104
6.1.	Dispositif de recherche de l'enquête n° 1	105
6.1.1.	La méthode	105
6.1.2.	La population.....	105
6.1.3.	L'outil d'enquête théorisé.....	105
6.1.4.	Guide d'entretien.....	105
6.1.5.	Thèmes d'entretien.....	106
6.1.6.	Protocole de recueil des données.....	106
6.1.7.	Traitement des données.....	106
6.2.	Dispositif de recherche de l'enquête n° 2	110
6.2.1.	La méthode.....	110
6.2.2.	La population.....	110
6.2.3.	L'outil d'enquête théorisé	110
6.2.4.	Guide d'analyse documentaire	110
6.2.5.	Thèmes de l'analyse documentaire	111
6.2.6.	Protocole de recueil des données.....	111
6.2.7.	Traitement des données.....	111
6.3.	Dispositif de recherche de l'enquête n°3	116
6.3.1.	La méthode.....	116
6.3.2.	La population.....	116
6.3.3.	L'outil d'enquête théorisé	116
6.3.4.	Guide d'entretien	116

6.3.5. Thèmes d'entretien	117
6.3.6. Protocole de recueil des données.	117
6.3.7. Traitement des données.....	117
7. Synthèse globale des résultats	121
8. Critiques du dispositif de recherche	123
9. Intérêts des résultats pour la pratique	124
10. Perspectives de recherche à partir des résultats	126
11. Bibliographie	128
12. Annexes.....	131
13. Résumé.....	144

1 Le Contexte

1.1 Parcours d'expérience.

1.1.1 Diplômes et formations diplômantes

Après l'obtention du Baccalauréat série D en 1985, et une année en école préparatoire à Marseille, j'ai présenté le concours d'entrée en Institut de formation initiale en masso-kinésithérapie que j'ai réussi. Diplômé d'Etat en 1989, et après de nombreuses formations continues, j'ai choisi de compléter ma formation dans le domaine juridico administratif et d'acquérir ainsi de nouvelles compétences. En 2003, j'ai obtenu un diplôme d'expertise judiciaire en kinésithérapie.

1.1.2 Fonctions occupées

En dehors de mes activités thérapeutiques de masseur kinésithérapeute libéral, je me suis toujours intéressé à la défense de la profession.

Ainsi, très vite j'ai occupé des fonctions syndicales qui me permettaient de venir en aide à mes confrères. J'ai occupé des fonctions diverses d'abord au niveau local puis au niveau national. Membre du Conseil d'Administration du SNMKR 84, j'ai intégré le bureau en 1996. J'en suis devenu Président en 2006, remplaçant ainsi mon épouse qui ne pouvait cumuler ce poste avec la présidence du Conseil Départemental de l'Ordre.

En 1999, j'ai été élu membre du Conseil national d'administration, puis secrétaire général adjoint en 2002, puis trésorier national en 2005 et Président national en 2011.

En 2006, l'Ordre des Masseurs kinésithérapeutes fut enfin créé. Je me suis présenté aux premières élections et, élu par mes confrères au Conseil départemental, j'ai été élu par ce dernier au poste de trésorier adjoint du Conseil Départemental de Vaucluse (CDO84). Lors des élections suivantes en 2008, j'ai été élu à l'occasion du renouvellement de bureau secrétaire général adjoint du CDO 84, puis secrétaire général et responsable juridique. Concomitamment, j'ai été élu au poste de Trésorier du Conseil Inter régional PACA et Corse en 2007, poste que j'occupe encore aujourd'hui.

Je m'investis par ailleurs au sein de nombreuses associations en lien étroit avec ma profession:

- président de l'AMKCE (amicale des MK de Carpentras et des environs depuis 1997)
- trésorier adjoint de MK Formation depuis 2005
- Directeur de publication APEK (Kiné point presse) depuis 2005
- Trésorier de l'APEK de 2005 à 2010

- Président de l'APEK depuis 2011
- Membre de la compagnie nationale des kinésithérapeutes experts (CNKE) depuis 2004

1.1.3 Motivations

Compte tenu de mes différents mandats d'engagement au service de la profession, il me paraît évident aujourd'hui de parfaire mes connaissances au travers de la formation en M2 SDE pour développer encore plus mes compétences dans les domaines de la formation, de l'évaluation, de la recherche et de l'éducation en santé.

Je pense en effet qu'il convient de me former davantage notamment à l'usage d'un langage universitaire que je maîtrise mal, afin de valoriser mes engagements politico administratifs au profit de la profession.

Ces nouvelles compétences développées dans les domaines de l'éducation en santé, de la conceptualisation de projets, de théories ou de modèles, me permettront à coup sûr de mieux répondre à la problématisation et à la mutation nécessaire en méthodologie de l'étude de la recherche et de la régulation et de participer à la réforme nécessaire de la profession au travers notamment de la création possible d'une discipline universitaire en kinésithérapie, permettant à la profession de s'émanciper.

1.1.5 Parcours professionnel

Président du SNMKR, je suis également membre du conseil de l'ordre de kinésithérapeutes au niveau départemental et régional. Très tôt j'ai adopté une ligne de conduite très politique au sens noble du terme.

« C'est bien beau de critiquer ou de s'énerver, mais si on ne fait rien, c'est stérile. Moi j'ai décidé d'aller voir ce qu'il se passe derrière pour faire bouger les choses. » Pas question de subir. Il faut agir. J'ai été diplômé en 1989 et je me suis syndiqué deux ans après. Comme je ne me retrouvais pas dans les valeurs défendues par le premier syndicat, davantage fait pour les grosses structures à mon goût, je suis rapidement allé frapper à la porte du SNMKR, même si je reconnais que les deux syndicats ont leur rôle à jouer. Je ne les oppose surtout pas !

Je suis aujourd'hui Président National (depuis février 2011) et mon implication dans la profession n'a cessé de progresser : Au départ, j'étais sportif, escrimeur, j'ai eu l'occasion de rencontrer de nombreux kinésithérapeutes. Puis avançant dans les études il devenait de plus en plus compliqué d'allier sport et lycée ; aussi quand il a fallu choisir entre sport et profession, je me suis tourné sans hésiter vers ce métier que j'avais connu d'abord comme patient et qui m'avait tout de suite accroché. Je me suis rapidement rendu compte que les domaines d'application de cette profession étaient très vastes, j'y ai adhéré tout de suite. Une

fois mon baccalauréat en poche (1985) je me suis inscrit en faculté de médecine mais n'y suis resté qu'une journée et demie : J'ai préféré intégrer une « prépa » à l'école de kiné de Marseille. Puis je me suis inscrit à 4 ou 5 concours et comme j'étais dans les 5 premiers à chaque fois, j'ai eu le choix de mon école. Finalement j'ai choisi l'IFMK de Marseille et trois ans plus tard j'étais diplômé à 22 ans. Je suis parti ensuite, après quelques remplacements, faire mon service militaire au sein du service de santé des armées, avant de m'installer définitivement en libéral. J'ai partagé cette année entre l'hôpital Laveran à Marseille où j'œuvré au sein du service réanimation et l'hôpital thermal des armées à Vichy. Dix mois plus tard, j'ai eu l'opportunité de travailler comme assistant collaborateur dans un cabinet libéral à Sarrians. Un an plus tard, je me suis associé avec le titulaire du cabinet. Ensemble, nous avons créé une SCM dans laquelle je suis resté pendant douze ans.

Jusqu'en 2003, j'ai mené de front mes activités professionnelles et syndicales.

Puis, le 13 juin 2003, ce fût le coup dur : on me détecte un lymphome. Je dois arrêter mon activité du jour au lendemain pour me soigner. Une année terrible où je perds partiellement l'usage d'une épaule suite à une thermo coagulation mal exécutée du nerf spinal pendant une tentative d'exérèse d'un ganglion en vue d'une étude anatomopathologique. Une année qui me confronte aussi aux expertises médicales. Et, fidèle à ma théorie, je préfère, une fois de plus, passer de l'autre côté : Je voyais bien que l'on me tenait à l'écart et que les experts utilisaient un langage que je ne maîtrisais pas. J'ai donc décidé de me former à l'expertise judiciaire en kinésithérapie... En 2004, une fois sorti des hospitalisations successives pour chimiothérapie et autogreffe, il a fallu que je change ma façon de travailler. Je me suis donc entièrement consacré à mon métier mais de manière juridico administrative.

Depuis, mon engagement pour la profession est à temps plein, évidemment au détriment de ma vie de famille. Mais heureusement, mon épouse, également kinésithérapeute, est aussi impliquée dans la vie administrative, en tant que présidente du conseil départemental de l'Ordre du Vaucluse. J'ai deux fils, de 18 et 16 ans que je vois grandir trop vite, qui comprennent heureusement nos engagements, mais profitent aussi de nos absences.

L'engagement syndical de la profession se limite à 10, voire 15 % de la profession, alors qu'il est de l'ordre de 80% chez les dentistes ou chez les orthophonistes.

Mon engagement au SNMKR remonte au début des années 90 : J'ai tout de suite aimé la facilité d'accès des élus nationaux, leur charisme et leur engagement. Chez nous, le président n'est pas quelqu'un d'inabordable perché sur je ne sais quel piédestal. Il reste un confrère comme les autres qui rencontre un autre confrère. C'est une version horizontale du syndicalisme qui me plait bien. Ma progression dans les instances du SNMKR s'est donc

faite naturellement. D'abord au sein du bureau départemental à coller des enveloppes, préparer des manifs. Puis on se prend au jeu de la négociation avec les différentes instances. On défend, on discute on négocie pour ses confrères... C'est prenant, surtout pour moi qui ne supporte pas l'injustice.

Je me retrouve ainsi sur tous les fronts, mais le combat qui m'anime principalement reste le niveau de reconnaissance du diplôme des kinésithérapeutes : Nous faisons entre 3 et 4 ans d'études pour un diplôme reconnu bac + 2. Il faut valoriser les compétences des confrères. Nous exerçons un métier riche et pluriel et nous devons le faire savoir, le valoriser. Cela passe par une réévaluation de notre statut qui date de 1989 et cela tant au niveau d'entrée que du niveau de sortie des études.

Les études menées notamment par l'Ordre confirment que nos compétences sont sous-évaluées. A nous de mettre le coup de rein nécessaire pour obtenir ce qui est logique, à savoir que la kinésithérapie soit reconnue comme une discipline universitaire à part entière. Je suis d'autant plus accroché à cette idée qu'elle avait été proposée aux kinésithérapeutes en... 1968 : A l'époque, les kinés n'en n'ont pas voulu, contrairement aux dentistes qui sont devenus indépendants alors que les kinésithérapeutes sont restés des agents prescrits sous la houlette des médecins, ce qui n'est pas juste. Nous devrions être reconnus au niveau Master 2 comme ingénieur en rééducation.

Pour moi, cette lutte est la plus importante, la première à mener, celle qui ouvrira naturellement les autres droits, notamment les réévaluations financières : L'un ne va pas sans l'autre, mais plutôt que de se voir attribuer ponctuellement quelques centimes d'euros d'augmentation, pour nous « calmer », nous devons nous battre pour un juste niveau du diplôme, les revalorisations viendront ensuite tout naturellement. La lutte est longue mais j'y crois: Je sens que nous n'avons jamais été aussi près d'obtenir cette reconnaissance. Je tire d'ailleurs un grand coup de chapeau au Conseil de l'Ordre, qui depuis sa création en 2006 a permis une prise de conscience de cette injustice, tant des instances décisionnaires que, des kinés eux-mêmes, qu'ils soient syndiqués ou non. Mes interlocuteurs institutionnels réguliers entendraient d'ailleurs mieux le discours depuis les études menées par le Conseil de l'Ordre des Kinésithérapeutes. D'ailleurs, quand je me rends au Ministère ou à la CNAMTS, ce n'est pas que pour demander des augmentations, mais bien pour démontrer notre vraie valeur. A nous de prouver que nous valons mieux que quelques centimes d'euros de temps en temps. Le fait que Xavier Bertrand ait autorisé en 2006 la création d'un Conseil de l'Ordre a notamment été une étape capitale vers la reconnaissance des kinés et vers leur émancipation.

Le sens politique m'a poussé à rejoindre l'Ordre pour mener une action conjointe syndicale et ordinale : En 5 ans nous avons avancé très vite, il ne nous reste plus que la dernière marche à franchir. Toutes nos instances doivent se mobiliser pour cette ultime étape, c'est notamment pour cela que je porte la double casquette Ordre/syndicat. Je sais que certains voient cela d'un mauvais œil, mais je confirme que c'est un plus que de connaître et de participer à toutes les réunions avec plusieurs casquettes. On peut utiliser l'un pour défendre l'autre et inversement. Peut-être qu'à terme, il faudra faire un choix, mais pour l'instant et tant que le but ne sera pas atteint, je conserverai ces deux casquettes.

1.2 Projet de formation en Master 2.

Valoriser mes compétences et connaissances au travers des enseignements en SDE pour me permettre d'être plus efficace dans mes fonctions d'élu ordinal et syndical. Mettre à profit cette efficacité pour obtenir des avancées en matière d'émancipation de la profession au travers, si possible, de la création d'une discipline universitaire en kinésithérapie.

1.3 Projet professionnel.

Améliorer ma pratique de soignant en intégrant les modèles et les théories des sciences de l'éducation.

Continuer et développer mon activité de cadre socioprofessionnel au service d'un projet majeur : la reconnaissance des compétences des kinésithérapeutes et l'émancipation de la profession.

1.4 Thème de recherche & utilité sociale de la recherche.

Repérer, connaître, comprendre et savoir quelles sont les conditions actuelles ou factuelles qui permettraient à la profession de s'émanciper et a contrario qu'est ce qui aujourd'hui bloque cette évolution nécessaire et attendue.

Partant de toutes les études menées jusqu'alors sur l'utilité sociale induite par la valorisation de la profession, une étude m'a tout particulièrement interpellé. Cette étude, menée par le Conseil Régional de l'Ordre duquel je suis trésorier, a consisté en une analyse fine de l'évaluation des pratiques professionnelles tout au long de la période d'activité du masseur kinésithérapeute.

Cette EPP est un dispositif de formation, de développement professionnel continu qui permet par l'analyse des pratiques de valoriser les pratiques conformes aux référentiels et de questionner, de chercher les causes des pratiques non conformes sans donner de sentiment de culpabilité. L'écart à la pratique idéale appelée de qualité est mesurée et contrôlée dans le temps par les professionnels eux-mêmes (auto-évaluation formatrice) et de l'extérieur (accréditation, EPP, DPC), (Gatto, 2009).

L'analyse des résultats de cette enquête appuyée par des données scientifiques et réglementaires conformes en médico-kinésithérapie et en éducation a permis de démontrer toute l'utilité sociale de cette recherche, à savoir :

- Les MK améliorent à court, moyen et long terme la santé des patients
- Plus ils sont âgés plus ils sont conformes : apprentissage par l'expérience
- Plus les MK sont diplômés meilleurs sont les résultats de conformité
- L'acte intellectuel est constitutif et caractéristique de toutes les activités thérapeutico-éducatives (délégation et transfert).

Les résultats des EPP et de l'enquête montrent que le patient et le MK sont co-auteurs et codécideurs du soin et des modalités de réalisation. L'utilité sanitaire et économique des pratiques des MK n'est plus discutable. Les MK ont développé des compétences éducatives validées sur le plan scientifique par l'expérience : validation des acquis professionnels et validation des acquis de l'expérience (VAP-VAE).

Sauf que malgré les résultats de toutes ces études, ces enquêtes, les MK n'arrivent toujours pas à faire reconnaître par les instances décisionnelles politiques et médicales les raisons évidentes qui devraient permettre à la profession de s'émanciper.

Ayant appris à connaître Franck GATTO à cette occasion, je dois reconnaître que son discours et les valeurs qu'il défend m'ont définitivement conduit à développer mes connaissances et à adopter une démarche scientifique.

Je vais au travers de différentes analyses de la littérature, de témoignages et d'entretiens chercher à comprendre quels sont les derniers blocages, quelles sont les raisons qui empêchent la profession de s'autonomiser.

2 État des lieux de la recherche et problématisation théorique

A partir des nombreuses données documentaires et bibliographiques que j'ai pu consulter et des informations que j'ai pu obtenir, je vais établir un état des lieux de la recherche.

2.1 La Profession de Masseur Kinésithérapeute :

Définition de la profession selon le CNOMK :

Le Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes donne la définition suivante en 2009:

« La masso-kinésithérapie (physiothérapie) est une discipline de santé, une science clinique de l'Humain et un art. Elle est centrée sur le mouvement et l'activité de la personne. La masso-kinésithérapie exercée dans un but thérapeutique ou non, intervient à partir d'un diagnostic kinésithérapique et de l'évaluation concomitante à l'acte, notamment au moyen de techniques éducatives, manuelles et instrumentales. Elle favorise le maintien ou l'amélioration de la santé physique, psychique et sociale, la gestion du handicap et le mieux être des personnes. »

2.1.1 Histoire de la profession.

Le "Kong Fu", le plus ancien ouvrage chinois traitant du massage et des exercices physiques, remonte à 2700 ans av JC. C'est Auguste Georgii qui crée en 1847 le mot "kinésithérapie" et publie à Paris l'ouvrage "Kinésithérapie ou traitement des maladies par le mouvement". Beaucoup de mots français, anciens ou nouveaux, peuvent s'expliquer par l'étymologie.

Ainsi donc, étymologiquement, le mot masseur-kinésithérapeute vient du grec :

- massein = "pétrir", qui vient également de l'arabe mass = "palper".
- kinesis = "mouvement"
- therapeuein = "soigner"

Le masseur-kinésithérapeute est donc de praticien qui soigne par le massage et le mouvement. On peut légalement définir la profession par les articles L4321-1 et R4321-1 du Code de la Santé Publique :

L4321-1 : *"La profession de masseur-kinésithérapeute consiste à pratiquer*

habituellement le massage et la gymnastique médicale.

La définition du massage et de la gymnastique médicale est précisée par un décret en Conseil d'Etat, après avis de l'Académie nationale de médecine.

Lorsqu'ils agissent dans un but thérapeutique, les masseurs-kinésithérapeutes pratiquent leur art sur ordonnance médicale et peuvent prescrire, sauf indication contraire du médecin, les dispositifs médicaux nécessaires à l'exercice de leur profession. La liste de ces dispositifs médicaux est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis de l'Académie nationale de médecine".

R4321-1 : *"La masso-kinésithérapie consiste en des actes réalisés de façon manuelle ou instrumentale, notamment à des fins de rééducation, qui ont pour but de prévenir l'altération des capacités fonctionnelles, de concourir à leur maintien et, lorsqu'elles sont altérées, de les rétablir ou d'y suppléer. Ils sont adaptés à l'évolution des sciences et des techniques".*

En 1564, Ambroise Paré, chirurgien et anatomiste, tentait de soigner certaines pathologies comme les luxations par des gestes manuels plus ou moins forcés en utilisant le poing ou parfois même le talon.

En 1780, le Dr Tissot, médecin, utilisait ses connaissances en anatomie et en physiologie humaine pour mettre en œuvre le mouvement comme moyen de traitement. Il permettait la compréhension de la statique et c'est à partir de cette période que le corps médical commença à s'intéresser à la biomécanique humaine.

La grande majorité des médecins, tous formés par des connaissances apprises en faculté et reconnues par un diplôme universitaire, commençait alors à se méfier de ce nouveau courant "médical". En 1803, des représentants médicaux se sont réunis pour voter la loi 19 ventôse de l'an XI qui interdisait à ces dits "charlatans" la pratique de "soins" pour exercice illégal de la médecine, exception faite aux officiers de santé, ne désirant pas suivre l'enseignement de médecine. Ceux-ci devaient tout de même être au contact d'un médecin praticien six années de suite (ou cinq ans dans les hôpitaux). Paradoxalement, le massage est pratiqué au milieu du XIXème siècle dans les hôpitaux à la suite de différentes chirurgies.

Les patients appréciaient ces nouvelles méthodes de thérapie et continuaient de rendre visite aux praticiens "non diplômés" puisque : « le choix pour le patient entre médecine populaire et

médecine officielle a été durablement le choix entre deux impuissances ». Ceci a entraîné dans l'inconscient collectif médical une sorte de concurrence de "marché" par rapport aux médecins.

En ce qui concerne la gymnastique, les médecins n'y voyaient alors qu'un faible d'intérêt thérapeutique et ne s'y intéressaient que peu. Pour autant, celle-ci conserve une connotation assez positive par le fait même qu'elle véhicule l'image de la réussite du monde militaire.

Pour ce qui est du massage, le monde médical légal comptait se l'approprier et l'interdire aux "anciens masseurs". Déjà certains médecins le pratiquaient dans leur cabinet ou le laissaient faire à leurs officiers de médecine malgré son aspect empirique et non reconnu scientifiquement. Afin de légitimer cette technique de soin (peu d'ouvrages, surtout en français, lui sont dédiés à cette époque), ils ont principalement utilisé le fait qu'il s'agissait d'une pratique ancestrale et historique, ainsi que le ressenti positif des patients (celui-ci ne prouvant pour autant aucunement sa valeur scientifique).

En 1863, le Dr. Estradère va alors réaliser une thèse (*"Du massage, son historique, ses manipulations, ses effets physiologiques et thérapeutiques"*) reconnue aujourd'hui comme étant le premier ouvrage sur la technique du massage. Il sera vendu puis réédité vingt ans plus tard fort de son succès en France et à l'étranger.

Dans le *"Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales de Dechambre"* écrit en 1871, le docteur E. Dally nous rappelle qu'à l'époque le massage était considéré par les médecins comme : « l'ensemble des manipulations thérapeutiques ». Il ne faut néanmoins pas confondre le massage thérapeutique à visée de soin sur des personnes malades, au massage hygiénique permettant l'amélioration ou la conservation du corps sain.

En 1876, Von Mosengeil, professeur allemand, a expérimenté le massage sur des lapins afin de drainer leur liquide intracorporel. Pour cela, il a injecté de l'encre de Chine dans les deux pattes de l'animal, puis il a observé les effets de cette pratique après autopsie. Il a constaté que la patte massée n'avait plus d'encre et que cette dernière s'était diffusée au niveau des lymphatiques et ganglions, contrairement à la deuxième patte qui était restée noire (point de départ du drainage lymphatique manuel).

En 1885, avec l'aide de son professeur le Docteur Dujardin-Beaumetz, le Dr. Petit a fait la synthèse de deux ouvrages du docteur autrichien, Albert Reibmayr, (*"le massage: son emploi dans diverses branches de la médecine pratique"* et *"techniques de massage"*), pour aboutir à

"*le massage par le médecin*". Cela marque un tournant dans l'histoire de la légitimité du massage car, grâce à la reconnaissance de ses pairs de par sa publication, il a permis aux médecins de s'approprier cette pratique à l'instar des rebouteux et autres officiers de campagne.

De plus, Dr. Petit a rajouté qu'un massage sans connaissance du corps humain, de ses différentes articulations, du passage de nerfs et de l'anatomie des muscles, rend celui-ci « inintelligent » voire dangereux. Il serait donc inenvisageable alors de laisser ces pratiques "à la brutalité des masseurs non-scientifiques".

Malgré leur envie de garder cette nouvelle thérapie, la plupart des médecins manquaient de temps pour réaliser correctement ces massages et les trouvaient trop pénibles physiquement. Aussi, ils pensaient que cela nuirait à leur haut statut social et à leur image.

C'est alors que vint la question de savoir si cette pratique devait être exclusivement appliquée par les médecins et donc en créer une spécialisation ou s'ils devaient faire appel à des officiers ou aides médicaux qui seraient formés à établir les massages avec des connaissances en anatomie et physiologie humaine ?

Trois opinions se sont alors distinguées parmi cette profession :

- Les médecins masseurs qui exerçaient en ville et rejetaient l'idée de laisser faire les massages thérapeutiques par les masseurs de campagne.
- Les autres médecins qui autorisaient la pratique de cette profession à des officiers mais seulement si ceux-ci étaient dirigés par les médecins et avaient reçu un minimum de connaissances sur le corps humain.
- Les médecins qui ne voyaient exclusivement dans le massage que du charlatanisme de par son côté empirique et sa pratique ancestrale par les rebouteux et autres ignorants de la médecine.

De par un flou historique, de la fin du XIXème au début du XXème siècle, il a semblé opportun, afin que ces techniques de soins deviennent médicales et officielles, que leurs dénominations soient changées au profit de terminologies plus scientifiques : le "massage" est devenu la "massothérapie" et la "gymnastique" a pris réellement le nom de "kinésithérapie". C'est dans cette période que le mot "rééducation" a vu le jour.

Il faut savoir que les masseurs et autres rebouteux aux pratiques empiriques ont profité du fait que la médecine dite "officielle" soit trop chère et ne puisse tout guérir. Ainsi, les médecins ont pensé que ces techniques "à la mode" auraient peut-être permis une complémentarité de leurs soins. Cela a entraîné une singularité et une dénomination médicale de ces professions pourtant en marge des techniques modernes.

Les patients, et plus particulièrement ceux habitant à la campagne, appréciaient fortement ce genre de "médicalisation". En effet, ils étaient souvent issus de la même classe sociale que ceux qui les manipulaient, et non des médecins qui, à l'époque, étaient souvent arrogants et hautains vis-à-vis de ce "bas peuple".

En outre, des chirurgiens prenaient le parti des masseurs, de par le bienfait des techniques de soins, par le toucher après leur réduction de fracture, comme le docteur Castex, Dagron ou encore Lucas-Championnière qui ont fait une thèse, notamment sur le "traitement des fractures par le massage et la mobilisation" en 1895.

A Paris, Castex, qui s'étonnait du retard de connaissance des médecins dans ce domaine, testait par des études histologiques l'efficacité du massage sur des animaux ("Etude clinique et expérimentale sur le massage") en pratiquant le massage après différentes entorses, luxations et autres fractures. Il a ainsi permis d'attribuer un rôle pseudo-scientifique au massage.

La première guerre mondiale avec ses cohortes de blessés va également amener à l'essor de la gymnastique thérapeutique et des massages. « La guerre de 1914-1918 et ses conséquences place l'Etat dans une dynamique de réparation en œuvrant pour la réadaptation professionnelle des blessés après des soins adaptés à leur réinsertion dans les services de *mécanothérapie* et de *physiothérapie* créés à cet effet. » (Monet 2003). Au cours de cette période, le transfert de tâches est réalisé à d'autres opérateurs. « *La kinésithérapie et les techniques de physiothérapie s'effacent de la position institutionnelle médicale qu'elles avaient occupées temporairement pour devenir une activité transférée à des auxiliaires dont certains sont porteurs d'un handicap, les aveugles à la recherche d'un travail.* » (Monet 2003).

En effet, l'arrivée massive des mutilés de guerre a entraîné une forte affluence de patients dans les cabinets des "futurs kinésithérapeutes", mais pas seulement. En effet, une partie de ces victimes ont perdu la vue au combat et l'État français n'ayant pas de quoi augmenter le

taux des pensions, il a fallu les reconverter professionnellement. Ce sont alors vers les métiers d'accordeurs de pianos et de masseurs que le docteur G. Vitoux a pensé diriger ces blessés mais : « [...] *en raison des qualités spéciales qu'elles nécessitent, elles se trouvent naturellement réservées à un très petit nombre de sujets et ne peuvent être enseignées utilement qu'à de rares soldats ayant eu les yeux brûlés par l'explosion de grenades ennemies.* »

Le devoir de reconnaissance de l'État envers son peuple, ses blessés, ses morts ainsi que son personnel soignant qui avaient servi leur pays, a amené les législateurs à reconnaître l'efficacité de la rééducation et des massages en France.

Ce fut un tournant dans l'histoire de la masso-kinésithérapie. Sans fondement scientifique, la kinésithérapie est devenue officielle par l'État.

Quelques années plus tard, en 1922, le diplôme d'infirmier masseur est créé. Il est suivi vingt ans après par le diplôme de moniteur de gymnastique médical.

C'est la loi n°46-857 du 30 avril 1946 qui a permis la fusion entre le diplôme de masseur médical et celui de moniteur de gymnastique médical pour donner le Diplôme d'État de Masseur Kinésithérapeute, celui-ci permettant à ses titulaires ayant reçu deux ans de formation de posséder le monopole de l'exercice du massage et de la gymnastique médicale. « *Nul ne peut exercer la profession de masseur-kinésithérapeute, c'est-à-dire pratiquer le massage et la gymnastique médicale, s'il n'est pas français et muni du diplôme d'état de masso-kinésithérapie* ». Cette même année voit apparaître le conseil supérieur de la kinésithérapie dont le rôle consultatif sera de déterminer le programme des études, le choix des jurys et des sujets des examens. Ce conseil, composé essentiellement de médecins, inscrit la prescription médicale, qualitative et quantitative, comme préambule indispensable à la pratique de l'acte masso-kinésithérapique.

L'arrêté du 12 mai 1960 modifié le 6 janvier 1962 fixe la liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être pratiqués également par des auxiliaires médicaux ou par des directeurs de laboratoire d'analyses médicales non médecins.

C'est en 1962 que commence l'ère moderne de la masso-kinésithérapie en France avec la première convention signée entre la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et les Masseurs-Kinésithérapeutes. Créée en 1945 pour les médecins, la Nomenclature Générale des Actes Professionnels est devenue en 1960 (article 7 du décret n° 60 - 451 du 12 mai 1960)

l'instrument réglementaire servant à établir les tarifs remboursables des actes par l'assurance maladie.

A cette époque, les études durent deux ans. Il faudra attendre l'arrêté du 20 mai 1968 et la publication d'un arrêté relatif aux conditions de fonctionnement des écoles préparant au diplôme d'Etat de masseur kinésithérapeute et son décret du 28/03/69 pour voir la durée des études passer à trois ans, allongement demandé par la profession depuis 1953.

Quatre ans plus tard en 1972, le Conseil Supérieur de la Kinésithérapie est devenu le Conseil Supérieur des Professions Paramédicales.

2.1.2 Evolution de la profession

Le 8 septembre 1989, une nouvelle modification est apporté au programme des études ; c'est cette même année que commencent les premières expérimentations de PCEMK, portant de fait la formation de certains à quatre ans.

Nous pouvons ainsi nous rendre compte que notre profession, admise dans le secteur paramédical, possède une riche histoire :

- 26 août 1985 : décret n° 85-918 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur kinésithérapeute, élargissant considérablement le champ de compétence des MK.

- 14 mai 1991 : arrêté modifiant la NGAP en remplaçant l'AMM par l'AMK (soins en cabinet) et l'AMC (soins en centre), ce dernier étant quelques temps assorti d'un coefficient réducteur (0,80%).

- 4 février 1995 : loi créant l'Ordre des MK. Celui-ci ne pourra jamais être mis en place et sera même abrogé par la loi du 4 mars 2002.

- 8 octobre 1996 : décret relatif aux actes professionnels, améliorant encore le champ de compétences du MK, avec apparition du diagnostic masso-kinésithérapique, le libre choix des actes et techniques. Le champ des compétences des masseurs kinésithérapeutes s'élargit à la prévention, le conseil et la recherche.

- 22 février 2000 : suppression de la notion quantitative et qualitative de la prescription

médicale dans l'arrêté du 6 janvier 1962.

- 27 juin 2000 : le décret n° 2000-577 confirme le libre choix des actes et techniques, le diagnostic masso-kinésithérapique.

- 4 mars 2002 : la loi no 2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé crée (article 71) un conseil des professions d'infirmier, masseur kinésithérapeute, pédicure podologue, orthophoniste et orthoptiste. Cette même loi (article 75) reconnaît le titre d'ostéopathe. Elle crée également (article 48) le droit de prescription pour les MK ; mais il faudra attendre l'arrêté du 9 janvier 2006 fixant la liste des dispositifs médicaux que les masseurs-kinésithérapeutes sont autorisés à prescrire.

- 9 août 2004 : la loi 2004-806 relative à la politique de santé publique recrée un ordre professionnel pour les MK.

Trois syndicats se sont donnés pour mission de défendre la profession, la FFMKR (créée en 1963), le SNMKR (créé en 1977 suite à une scission avec la FFMKR) et Objectif Kiné (créé en 2000 issu des collectifs de défense de la profession), les deux derniers étant réunis depuis 2005 au sein de l'Union (UNSMKL) et représentant une force désormais aussi importante que le premier syndicat créé.

2.1.3 Formation continue :

La Formation continue des MK libéraux peut se décliner sous trois formes dont deux permettant aux professionnels formés de prétendre à une prise en charge totale ou partielle des frais de stage. Les confrères choisissent une formation par ce qu'elle peut leur amener en plus dans leur pratique quotidienne et non parce qu'elle est remboursée.

Les deux formes de FC permettant une prise en charge financière sont :

- Les Formations Continues prises en charge par le FIF-PL
- Les Formations Continues Conventionnelles FCC (FAF Conventionnel)
- Les Formations Continues autres: DU; formations libres (pas de prise en charge)

Le FIF-PL :

Créée en 1993 à l'initiative des organisations syndicales membres de l'UNAPL (Union Nationale des Professions Libérales), le FIF-PL (Fonds Interprofessionnels de Formation des Professionnels Libéraux) gère la contribution à la formation professionnelle que les URSSAF recouvrent au taux de 0,15% du plafond annuel de la sécurité sociale.

Douze professions composent la section santé (Pharmaciens, activités hospitalières, chirurgiens dentistes, diététiciens, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, pédicures podologues, orthoptistes, sages-femmes, biologistes et vétérinaires).

LA FORMATION CONTINUE CONVENTIONNELLE FCC :

Adossée à la Convention Nationale des Masseurs Kinésithérapeutes, la FCC, permet à chaque professionnel d'entretenir, de perfectionner, d'acquérir des connaissances nouvelles lui permettant une adaptation de ses pratiques et de ses techniques, pour rester en adéquation avec les évolutions permanentes de la science dans le domaine médical.

La FCC concourt à l'amélioration de la qualité des soins et à l'optimisation des dépenses.

Le financement est assuré par les Caisses nationales d'assurance maladie.

MK Formation :

MK Formation est une association formée des syndicats signataires de la convention. MKF est mandatée par les Caisses nationales d'assurance maladie pour lancer l'appel d'offres de la FCC, dont les thèmes ont été acceptés en CSPN (Commission Socio Professionnelle Nationale), auprès des organismes de formation.

MKF gère non seulement le suivi de la réalisation des actions de formation mais aussi le règlement des prestations des organismes de formation dans le cadre du budget agréé.

MK Formation est donc le seul interlocuteur des organismes de formation.

2.2 Données statistiques, économiques et démographiques

2.2.1 Démographie actuelle :

- 64944 kinésithérapeutes inscrits au tableau,
- 8445 salariés,
- 417 salariés cadres de santé,
- 52651 libéraux,
- 2057 exercent en statut mixte.
- 292 retraités,
- 208 retraités actifs (cumul emploi-retraite),
- 311 kinésithérapeutes inactifs ou en cessation d'activité,
- 563 sociétés d'économie libérale ou sociétés civiles professionnelles.

(Source CNOMK 2011)

2.2.2 Activité par masseur kinésithérapeute :

2009

- Honoraires en 2009 : 3,7 milliards d'euros
- Honoraires moyen par tête en 2009 (APE) : 77 538 €
- L'évolution des honoraires de 2004 à 2009 est de 2,2% par an, malgré une baisse de ces honoraires entre 2008 et 2009 (-1%).
- Activité moyenne par tête en 2009 : 4 227 actes
- Nombre moyen de patients vus en 2009 : 250 patients

2010

- Honoraires en 2010 : 3,9 milliards d'€ dont 5,7% de frais de déplacements et 1,6% de dépassements
- Honoraires en augmentation de + 3,2% par rapport à 2009
- Montants remboursés en 2010 : 3,0 milliards d'€
- Quantité d'actes réalisés : 221 millions (AMS-AMK-AMC)
- Honoraires moyen par APE en 2010 : 77 736 €
- Activité moyenne par tête en 2010 : 4 377 actes

- Nombre de patients vus en 2010: 248 patients, avec des disparités départementales importantes (162 en haute Corse; 390 dans la Sarthe)

(Source CNAMTS 2011, activité libérale)

2.2.3 Démographie et accès aux soins.

Du fait des progrès de la recherche scientifique et des innovations cliniques et techniques, de l'émergence des problèmes de santé publique et, aussi, des transformations plus générales de la société, les métiers de la santé ont connu des changements majeurs. Le partage des rôles entre professionnels de santé, l'articulation des différentes interventions, la coordination des compétences professionnelles autour du patient sont en perpétuelle évolution.

Néanmoins, la répartition des tâches entre professionnels de santé est un facteur essentiel de la qualité du système de santé et de sa capacité à répondre aux besoins de la population. Cela implique une réflexion qui doit s'étendre, au-delà des coopérations entre médecins et infirmiers, à l'ensemble des professions de santé (pharmaciens, sages-femmes, kinésithérapeutes par exemple), aux autres professions intervenant dans le domaine sanitaire (comme les aides-soignantes ou les secrétaires médicales), aux professionnels avec lesquels ils sont amenés à travailler (travailleurs sociaux notamment), jusqu'aux patients, acteurs de leur propre prise en charge.

Outre son inscription naturelle dans l'évolution historique de la médecine, la question de la coopération entre professionnels de santé s'insère dans une conjoncture de tension prévisionnelle en termes de démographie professionnelle, tant médicale que paramédicale. L'optimisation de l'activité de chaque professionnel et donc du « temps médical et paramédical disponible » pourrait offrir une perspective de réponse aux difficultés actuelles de démographie que connaissent certaines professions médicales ou paramédicales.

Toutefois, les expériences internationales et l'analyse de la répartition territoriale de l'ensemble des professions de santé laissent penser que cela ne suffit pas à résoudre les questions liées à la démographie des professionnels de santé et notamment la question de la répartition territoriale des professionnels.

Les travaux menés par la DREES et par l'ONDPS depuis le début des années 2000 sur la

démographie des professions de santé fournissent des éléments de cadrage indispensables aux réflexions sur les nouvelles formes de coopération. Le premier élément concerne les effectifs actuels des différentes professions: environ 470000 infirmières, 200000 médecins, 70000 pharmaciens, 60 000 masseurs-kinésithérapeutes, 17 000 sages-femmes...

Les projections réalisées par la DREES, en prenant pour hypothèse la poursuite des comportements actuels des professionnels de santé (départ à la retraite, cessation d'activité, etc.) et le maintien des *numerus clausus* (ou des quotas) fixés par les tutelles, esquissent l'évolution démographique tendancielle de ces professions à « comportements inchangés ».

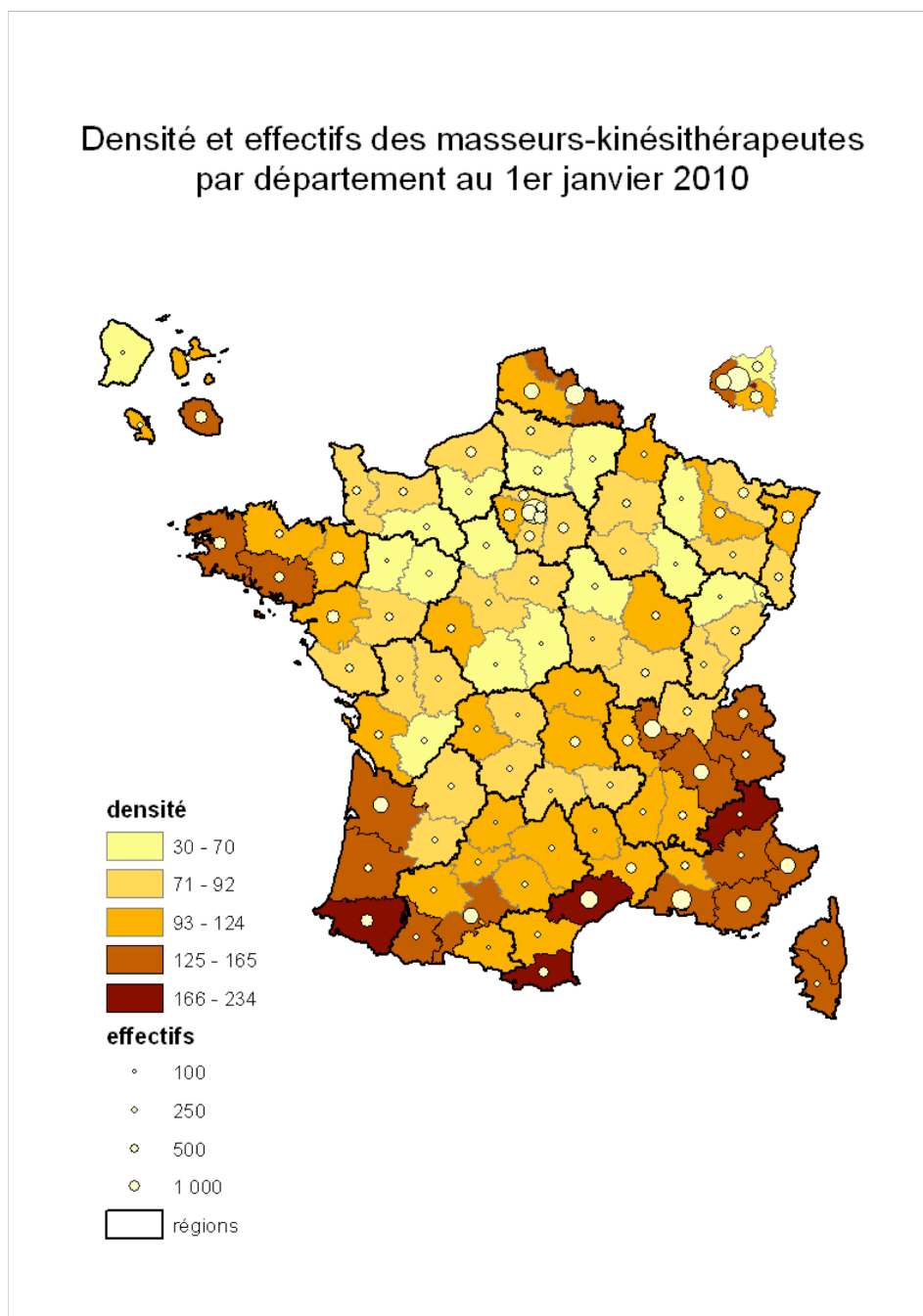
Si pour les médecins les effectifs et la densité doivent, selon ces hypothèses, diminuer à l'horizon 2020, des mouvements inverses devraient être observés pour les masseurs-kinésithérapeutes, les sages-femmes et surtout les infirmières.

Ces travaux laissent anticiper une diminution de la densité médicale surtout prononcée dans le secteur libéral ainsi que la poursuite de la féminisation de la profession, où les femmes devraient devenir majoritaires, toutes professions médicales confondues, après 2020.

Enfin, les projections laissent entrevoir, à comportements d'installation inchangés, une tendance globale à la réduction des inégalités régionales dans la répartition des médecins, mais aussi l'existence de territoires « fragiles » notamment dans les zones rurales, où la présence des infirmières et des pharmaciens reste toutefois plus importante que celle des autres professionnels.

Ces évolutions ne renseignent cependant pas en elles-mêmes sur la capacité des professionnels de santé à satisfaire les besoins de soins de la population à un horizon de 20 ans. Elles doivent en effet être mises en regard de l'évolution de leur temps de travail et des modifications de l'environnement : évolutions de la demande liées notamment au vieillissement, innovations techniques et progrès médical, nouvelles priorités de santé publique, réformes du système de santé ou encore changements réglementaires (par exemple, la directive européenne sur le temps de travail des internes en Médecine).

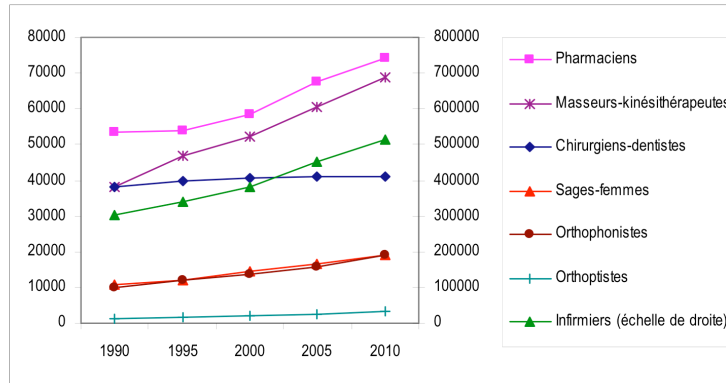
Densité et effectifs des masseurs-kinésithérapeutes par département au 1er janvier 2010



© IGN - DREES 2010
 Sources : DREES - Répertoire Adeli, INSEE - estimations de population 2008
 Densité : nombre de professionnels en activité pour 100 000 habitants

Figure 1 : Densité et effectifs des MK en France.

Graphique 3. Évolution 1990-2010 des effectifs des professions de santé règlementées et présentes dans le répertoire Adeli en 1990 (hors médecins)



Champ : France métropolitaine
Sources : DREES. Répertoire Adeli

Sur les vingt dernières années (1990-2010), les professions dont les effectifs ont progressé le plus fortement sont les sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes et orthoptistes avec des taux de croissance annuels moyens égaux ou supérieurs à 3 %. Les effectifs des infirmiers ont cru en moyenne chaque année de 2,7 %, et les pharmaciens de 1,6 %. Dans le même temps, les effectifs des chirurgiens dentistes ont pratiquement stagné (0,4 %). Depuis 2000, les plus fortes progressions en rythme annuel moyen concernent les effectifs d'opticiens-lunetiers (+7,5 %), d'audio-prothésistes et d'ergothérapeutes (+6 % et +6,4 %).

Tableau 7. Indicateurs et taux de croissance 1990-2010 et 2000-2010 des professions de santé règlementées

	Effectifs au 1/1/2010	Part des femmes (%)	Age moyen	Taux de croissance 2010/1990	Taux de croissance annuel moyen 2010/1990	Taux de croissance 2010/2000	Taux de croissance annuel moyen 2010/2000
Chirurgiens-dentistes	40 930	38,1	48,4	8 %	0,4 %	1 %	0,1 %
Pharmaciens	74 059	65,5	47,2	38%	1,6%	27%	2,4%
Sages-femmes	19 208	98,2	42,2	79%	3,0%	34%	3,0%
Infirmiers	515 754	87,4	42,4	69%	2,7%	35%	3,0%
Masseurs-Kinésithérapeutes	68 923	47,5	42,6	80%	3,0%	32%	2,8%
Orthophonistes	19 247	96,2	42,9	92%	3,3%	43%	3,6%
Orthoptistes	3 232	91,0	40,0	124%	4,1%	51%	4,2%
Psychomotriciens	7 510	87,5	41,0	.	.	64%	5,1%
Pédicures-Podologues	11 299	67,3	41,2	.	.	29%	2,5%
Ergothérapeutes	7 214	86,6	37,7	.	.	86%	6,4%
Audio Prothésistes	2 352	44,0	41,9	.	.	79%	6,0%
Opticiens-Lunetiers	20 707	50,3	37,9	.	.	107%	7,5%
Manipulateurs ERM	28 112	72,5	43,5	.	.	30%	2,7%

Champ France métropolitaine

Figure 2 : Evolution des professions

Après avoir dressé le cadre historique de la profession (naissance, évolution, démographie) il convient de préciser le cadre juridique qui régit la profession, afin de mieux en appréhender l'usage.

2.3 **Cadre juridique.**

La profession telle que nous la connaissons aujourd'hui est née en 1946. Il m'a semblé intéressant, en préambule à ce chapitre de retranscrire le texte fondateur.

MINISTERE DE LA SANTE

LOI N° 46.857 du 30 AVRIL 1946 tendant à réglementer l'exercice des professions de masseur gymnaste médical. (Texte original source légifrance)

EXPOSE DES MOTIFS

MESDAMES, MESSIEURS,

En vue d'organiser l'ARMEMENT SANITAIRE du pays, afin d'en assurer la valeur et l'efficacité, l'Assemblée Nationale Constituante a mis à l'étude un certain nombre de projets réglementaires pour l'exercice des professions médicales ou paramédicales ou encore le service social.

C'est ainsi que le projet de loi concernant le statut des assistantes et auxiliaires du service social et les infirmiers et infirmières a reçu l'approbation de votre Commission de la famille, de la population et de la santé publique. Il apparaît utile d'établir pour deux autres professions une réglementation et un statut. Il s'agit des professions de masseur-gymnaste médical et de pédicure. Il faut, en effet, réserver l'exercice de ces professions à de véritables professionnels qui collaborent avec le corps médical. Cette réglementation assurerait l'efficacité des traitements, enlèverait toute chance d'erreurs et écarterait les pratiques irrégulières qui, sous le couvert de massage, servent la prostitution clandestine.

L'Assemblée Nationale Constituante a adopté, Le Président du Gouvernement provisoire

de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

TITRE 1er MASSEURS KINESITERAPEUTES

ART. 1 - Réserve faite des dérogations prévues à l'article 5, nul ne peut exercer la profession de masseur-kinésithérapeute, c'est-à-dire, pratiquer le massage et la gymnastique médicale s'il n'est français et muni du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute institué par l'article 2 de la présente loi. Lorsqu'ils agissent dans un but thérapeutique les masseurs-kinésithérapeutes ne peuvent pratiquer leur art que sur ordonnance médicale.

ART. 2. - Il est créé un diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute qui sera délivré après des études préparatoires et des épreuves dont la durée et le programme seront fixés par décret du Ministère de la Santé publique. Des modalités particulières seront prévues pour permettre aux candidats aveugles de s'y préparer et de s'y présenter dans des conditions équivalentes à celles des voyants. Ce diplôme sera délivré par équivalence aux titulaires du brevet de capacité d'infirmier masseur ou d'infirmière masseuse aveugle établi en application du décret du 27 juin 1922 ou de celui de masseur médical institué par le décret du 9 février 1944, aux masseurs définitivement autorisés à exercer la massothérapie conformément à l'article 8 de la loi du 15 janvier 1943 ainsi qu'aux gymnastes médicaux munis d'un diplôme d'Etat d'éducation physique et justifiant de huit années d'exercice.

ART. 3. - Seules les personnes munies du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute institué par l'article 2 de la présente loi pourront porter les titres de masseur-kinésithérapeute, de gymnaste médical ou de masseur, accompagnés ou non d'un qualificatif.

ART. 4. - Il est créé au Ministère de la Santé publique un Conseil supérieur de la kinésithérapie composé en nombre égal de représentants de l'administration, de médecins spécialisés dans le massage ou dans la gymnastique médicale et de masseurs-kinésithérapeutes. Ce conseil est chargé de donner son avis sur toutes les questions intéressant la formation de masseur-kinésithérapeute. Les membres sont nommés pour trois ans par arrêté du Ministre de la Santé publique.

ART. 5. - Les personnes qui exerçaient la profession de masseur-kinésithérapeute sans remplir les conditions fixées ci-dessus devront cesser leur activité dans les deux ans qui suivent la promulgation de la présente loi.

Toutefois, celles qui exerçaient le massage médical ou la gymnastique médicale depuis trois années lors de la publication de la présente loi, peuvent être autorisées définitivement à continuer leur activité suivant les modalités fixées par arrêté du Ministre de la Santé publique{...}

Aujourd'hui, la profession est réglementée par des lois d'une part, des règlements et des décrets d'autre part, regroupés au sein du Code de la Santé Publique et du Code de la Sécurité Sociale.

Notamment :

Partie Législative : Livre III - Titre II du CSP

Chapitre Ier : Masseur-kinésithérapeute (définition, études, autorisation d'exercice y compris en cas de situations de catastrophe, d'urgence ou de menace sanitaires graves sur le territoire national, titre, enregistrement, insigne et carte professionnelle, ordre et code de déontologie) (Articles L4321-1 à L4321-21)

Chapitre II : Dispositions pénales (poursuite judiciaire, secret professionnel, exercice illégal, usurpation de titre) (Articles L4323-1 à L4323-6)

Partie Réglementaire : Livre III - Titre II du CSP

Chapitre Ier : Masseur Kinésithérapeute

Section 1 : Actes professionnels (Articles R4321-1 à R4321-13)

*# Section 4 : Déontologie des masseurs kinésithérapeutes :
articles R4321-51 à R4321-145*

Actuellement, le Diplôme d'Etat est réglementé par l'arrêté du 5 septembre 1989, modifié par le décret n°93-1037 du 30 août 1993 qui définit les modalités des études et d'obtention du Diplôme d'Etat.

De nos jours, les praticiens français et belges utilisent le mot kinésithérapie. En Grande-Bretagne, en Australie, en Nouvelle-Zélande et au Canada la dénomination est *Physiotherapy* et *Physical Therapy* aux Etats-Unis.

2.4 Décrets d'actes & limites.

Faisant suite à l'arrêté du 21 décembre 1960 et l'arrêté du 31 juillet 1961 le modifiant, c'est l'arrêté du 6 janvier 1962 (abrogeant les deux précédents), modifié par les arrêtés des 3 et 6 juin 1966, 1er juin 1970, 27 décembre 1972, 2 mai 1973 et 22 février 2000 (suppression du quantitatif et du qualitatif sur la prescription médicale) qui fixe la liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être pratiqués également par des auxiliaires médicaux.

Apparition du Décret de Compétences n°85-918 du 26 août 1985, relatif aux actes et à l'exercice de la masso-kinésithérapie.

Remplacé par le Décret de Compétences n° 96-879 du 8 octobre 1996 (JO du 9 octobre 1996), relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute, abrogeant le précédent.

Modifié par le Décret no 2000-577 du 27 juin 2000 (JO du 29 juin 2000), puis inclus sans modification dans le Code de la Santé Publique par 13 articles ayant la même numérotation que les 13 articles du Décret.

Ce sont donc aujourd'hui les articles R4321-1 à R4321-13 (Nouvelle Partie Réglementaire - Livre III - Titre II - Chapitre I - Section 1 du Code de la Santé Publique) qui renferment les compétences du Masseur Kinésithérapeute en France.

Article R4321-1

La masso-kinésithérapie consiste en des actes réalisés de façon manuelle ou instrumentale, notamment à des fins de rééducation, qui ont pour but de prévenir l'altération des capacités fonctionnelles, de concourir à leur maintien et, lorsqu'elles sont altérées, de les rétablir ou d'y

suppléer. Ils sont adaptés à l'évolution des sciences et des techniques.

Article R4321-2

Dans l'exercice de son activité, le masseur-kinésithérapeute tient compte des caractéristiques psychologiques, sociales, économiques et culturelles de la personnalité de chaque patient, à tous les âges de la vie. Le masseur-kinésithérapeute communique au médecin toute information en sa possession susceptible de lui être utile pour l'établissement du diagnostic médical ou l'adaptation du traitement en fonction de l'état de santé de la personne et de son évolution.

Dans le cadre de la prescription médicale, il établit un bilan qui comprend le diagnostic kinésithérapique et les objectifs de soins, ainsi que le choix des actes et des techniques qui lui paraissent les plus appropriés.

Ce bilan est adressé au médecin prescripteur et, à l'issue de la dernière séance, complété par une fiche retraçant l'évolution du traitement kinésithérapique, également adressée au médecin prescripteur.

Article R4321-3

On entend par massage toute manœuvre externe, réalisée sur les tissus, dans un but thérapeutique ou non, de façon manuelle ou par l'intermédiaire d'appareils autres que les appareils d'électrothérapie, avec ou sans l'aide de produits, qui comporte une mobilisation ou une stimulation méthodique, mécanique ou réflexe de ces tissus.

Article R4321-4

On entend par gymnastique médicale la réalisation et la surveillance des actes à visée de rééducation neuromusculaire, corrective ou compensatrice, effectués dans un but thérapeutique ou préventif afin d'éviter la survenue ou l'aggravation d'une affection. Le masseur-kinésithérapeute utilise à cette fin des postures et des actes de mobilisation articulaire passive, active, active aidée ou contre résistance, à l'exception des techniques ergothérapeutiques.

Article R4321-5

Sur prescription médicale, le masseur-kinésithérapeute est habilité à participer aux traitements

de rééducation suivants :

1° Rééducation concernant un système ou un appareil :

- a) Rééducation orthopédique ;
- b) Rééducation neurologique ;
- c) Rééducation des affections traumatiques ou non de l'appareil locomoteur ;
- d) Rééducation respiratoire ;
- e) Rééducation cardio-vasculaire, sous réserve des dispositions de l'article R. 4321-8 ;
- f) Rééducation des troubles trophiques vasculaires et lymphatiques ;

2° Rééducation concernant des séquelles :

- a) Rééducation de l'amputé, appareillé ou non ;
- b) Rééducation abdominale, y compris du post-partum à compter de l'examen postnatal ;
- c) Rééducation périnéo-sphinctérienne dans les domaines urologique, gynécologique et proctologique, y compris du post-partum à compter du quatre-vingt-dixième jour après l'accouchement ;
- d) Rééducation des brûlés ;
- e) Rééducation cutanée ;

3° Rééducation d'une fonction particulière :

- a) Rééducation de la motilité faciale et de la mastication ;
- b) Rééducation de la déglutition ;
- c) Rééducation des troubles de l'équilibre.

Etc.

2.5 Cadres réglementaires : Ordre et déontologie.

Depuis de nombreuses années les syndicats professionnels demandaient la création d'un ordre professionnel comme il en existait dans la plupart des pays de la communauté internationale. La loi n° 95-116 du février 1995 portant diverses dispositions d'ordre social a créé un Ordre National des Masseurs-Kinésithérapeutes et un Ordre National des Pédiçures Podologues. Cependant ces dispositions ne sont jamais entrées en vigueur.

Le Conseil d'Etat a, dans deux décisions du 29 novembre 1999 et du 3 décembre 2001, annulé la décision de refus de l'administration de fixer les dates des élections aux conseils de ces deux Ordres et a condamné l'état à payer ces astreintes.

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 (dite loi Kouchner) relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a supprimé l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes et a créé un conseil des professions d'infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure podologue, orthophoniste et orthopédiste.

Face à l'abnégation des représentants syndicaux de la profession et du lobbying acharné effectué auprès des politiques, suite aux changements successifs de ministres en charge de la santé, la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 a porté création de l'Ordre professionnel des Masseurs-Kinésithérapeutes. Le décret d'application a été publié au journal officiel le 9 mars 2006 : décret n° 2006-270 du 7 mars 2006 sous le ministère de M. Xavier Bertrand.

L'Ordre des Masseurs-kinésithérapeutes est composé d'un Conseil National, de Conseils Régionaux ou Inter régionaux et de Conseils Départementaux.

Les conseils Départementaux ont été mis en place le 16 mai 2006.

Le Conseil National a été mis en place le 5 juillet 2006.

Les Conseils Régionaux ont été mis en place le 21 juin 2007.

Le Conseil National de l'Ordre des MK s'est vu, entre autres, attribuer pour mission, conformément à l'article L4321-21 du Code de la Santé Publique, d'élaborer le Code de Déontologie des Masseurs Kinésithérapeutes. Ce qui fut fait avec la participation de tous les membres des conseils nationaux, régionaux et départementaux.

Le texte a suivi le circuit légal après finalisation par le CNO le 14 février 2008 : validation de la section sociale du Conseil Etat, aval du Conseil de la Concurrence le 29 juillet 2008, pour finir son parcours au ministère de la santé dans l'attente du décret de parution au Journal Officiel.

Et c'est donc le 5 novembre 2008 que le décret no 2008-1135 du 3 novembre 2008 portant sur code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes est paru au JO.

Le Code de Déontologie est désormais intégré au Code de la Santé Publique par ses articles

R4321-51 à R4321-145.

Conformément à l'article 1 du code civil, il est applicable sur l'ensemble du territoire français depuis le jeudi 6 novembre 2008 et opposable à tous les MK (hormis ceux du service des armées).

2.6 Accès direct et droit à la prescription.

Signe fort de l'autonomie d'une profession, le droit de prescription pour les masseurs kinésithérapeutes a été instauré par l'article 48 de la loi du 4 mars 2002 (JO 05/03/2002).

Ce droit a été inscrit dans l'article L4321-1 du Code de la Santé Publique.

L'arrêté du 9 janvier 2006, fixant la liste des dispositifs médicaux que les masseurs-kinésithérapeutes sont autorisés à prescrire, a été publié au JO du 13/01/2006.

Ce droit, théoriquement effectif à partir du 14 janvier, était en réalité subordonné à une modification de l'Art R165-1 du code de la sécurité sociale (autorisant la prescription et donc le remboursement aux MK) parue au JO du 8/04/06 ; ce droit a donc été applicable en pratique dès le 9 avril 2006.

La liste a été très légèrement modifiée par l'arrêté du 29 juin 2006 paru au JO du 14/07/06 :

A l'exclusion des produits et matériels utilisés pendant la séance, sauf indication contraire du médecin, les masseurs-kinésithérapeutes sont autorisés, dans le cadre de l'exercice de leur compétence, à prescrire chez leurs patients les dispositifs médicaux suivants :

1. *Appareils destinés au soulèvement du malade : potences et soulève malades*
2. *Matelas d'aide à la prévention d'escarres en mousse de haute résilience type gaufrier*
3. *Coussin d'aide à la prévention des escarres en fibres siliconées ou en mousse monobloc*
4. *Barrières de lits et cerceaux*
5. *Aide à la déambulation : cannes, béquilles, déambulateur*
6. *Fauteuils roulants à propulsion manuelle, à la location pour des durées inférieures à 3 mois*
7. *Attelles souples de correction orthopédique de série*
8. *Ceintures de soutien lombaire de série et bandes ceintures de série*

9. *Bandes et orthèses de contention souple élastique des membres de série*
10. *Sonde ou électrode cutanée périnéale pour électrostimulation neuromusculaire pour le traitement de l'incontinence urinaire*
11. *Collecteurs d'urines, étuis péniens, pessaires, urinal*
12. *Attelles souples de posture et ou de repos de série*
13. *Embouts de cannes*
14. *Talonnettes avec évidement et amortissantes*
15. *Aide à la fonction respiratoire : débitmètre de pointe*
16. *Pansements secs ou étanches pour immersion en balnéothérapie*

Conformément à l'arrêté du 6 janvier 1962 qui fixe la liste des actes médicaux, les masseurs kinésithérapeutes exercent leur activité par délégation de compétences du médecin vers le masseur kinésithérapeute. Tous les actes et techniques des masseurs kinésithérapeutes sont donc médicaux. Le massage y est nommément stipulé comme un acte médical. L'accolement du qualificatif « esthétique » ou la finalité esthétique de l'acte ne saurait lui retirer cette qualité. A défaut, cette distinction purement sémantique conduirait de la même façon à autoriser la pratique des actes de chirurgie « esthétique » par d'autres professionnels que les Docteurs en Médecine.

Le masseur kinésithérapeute exerce son activité dans le respect de ses compétences. Lorsque les techniques utilisées par le masseur kinésithérapeute sont à but thérapeutique, elles doivent obligatoirement faire l'objet d'une prescription médicale (laquelle n'a plus à être qualitative et quantitative depuis l'arrêté du 22 février 2000). Mais elles peuvent ne pas être à but thérapeutique et relèvent alors de la seule compétence décisionnaire du masseur kinésithérapeute.

Ces compétences sont inscrites dans la loi. Certaines s'exercent en compétences partagées, d'autres en compétences exclusives (= monopole).

La loi française a créé deux monopoles pour les masseurs kinésithérapeutes, celui de la gymnastique médicale et celui du massage.

2.7 Différenciation avec les autres professions de santé : comparatif

L'exercice des professions médicales et paramédicales aujourd'hui : formation, contexte juridique et économique :

Le Code de la santé publique distingue trois grandes catégories de professions de santé :

- Les « professions médicales » : les médecins, les sages-femmes et les odontologistes ;
- Les « professions de la pharmacie » : les pharmaciens et les préparateurs en pharmacie ;
- Les « professions d'auxiliaires médicaux » : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et pédicures podologues, ergothérapeutes et psychomotriciens, orthophonistes et orthoptistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale, audioprothésistes, opticiens lunetier, prothésistes et orthésistes pour l'appareillage des personnes handicapées et diététiciens.

La formation de ces différentes professions, les conditions juridiques et le contexte économique et organisationnel de leur exercice constituent le cadre de référence au sein duquel s'organise, en théorie, la prise en charge des patients et les modalités d'intervention des uns et des autres.

En ce qui concerne les médecins, la formation, le cadre juridique et les conditions économiques d'exercice mettent l'accent sur l'autonomie et l'indépendance. Cette profession bénéficie d'une reconnaissance universitaire, d'une exception générale au principe de protection de l'intégrité corporelle et de la capacité à engager des dépenses financées collectivement. Les conditions d'exercice légales et économiques des autres professions de santé sont, le plus souvent, définies en référence à celles des médecins.

Des conditions de formation initiale qui créent d'emblée une séparation entre les différentes professions de santé :

La possession d'un diplôme déterminé par la loi, et donc la formation aux professions de santé, est ce qui autorise l'exercice des professions de santé. Cette formation est à la fois théorique et pratique pour l'ensemble des professions de santé.

Celle des médecins se caractérise par la longueur de son cursus. Elle se fait en 9 à 11 ans au cours de trois cycles d'études. Les autres professions médicales (sages-femmes et odontologistes) bénéficient, elles aussi, d'une formation relativement longue avec une première année commune avec les médecins (PACES) : 5 ans pour les sages-femmes ; entre 6 et 8 ans pour les odontologistes.

La formation des auxiliaires médicaux dure, en moyenne 3 ans, une partie de ce temps – comme pour les autres professions de santé – étant consacrée à des stages pratiques en milieu hospitalier ou libéral. Les auxiliaires médicaux peuvent, après une première expérience professionnelle, suivre une formation de 10 mois à l'encadrement des équipes soignantes et à l'enseignement. Les infirmières ont, de plus, la possibilité de suivre des formations supplémentaires spécialisées en vue d'obtenir un diplôme d'État d'infirmière anesthésiste, d'infirmière de bloc opératoire ou d'infirmière puéricultrice. La durée de ces formations varie de 12 à 24 mois avec 700 à 900 heures d'enseignements théoriques et 700 à 2 500 heures de stage. Elles permettent, notamment, d'accéder à la catégorie A de la fonction publique.

On peut noter un rapprochement récent entre les études médicales et celles des auxiliaires médicaux : certains instituts de formation de kinésithérapie (la moitié des instituts sont dans ce cas), de manipulateurs d'électroradiologie et d'infirmiers (à titre expérimental pour les deux derniers) recrutent tout ou partie de leurs effectifs à l'issue d'une première année commune aux études de médecine (PACES).

Les médecins, les chirurgiens-dentistes, les pharmaciens, les orthophonistes, les orthoptistes et les conseillers en génétique suivent une formation universitaire qui dépend de l'enseignement supérieur; les autres professions suivent une formation professionnelle sous l'égide du ministère de la Santé.

Au final, il apparaît que les formations proposées aux professions de santé sont marquées par un écart important en termes de **durée** (9 à 11 ans pour les médecins et 3 ans le plus souvent pour les auxiliaires médicaux) et de **nature** de l'enseignement dispensé (universitaire avec un cursus de recherche pour certaines professions, professionnel pour les auxiliaires médicaux et les sages-femmes sans possibilité d'évolution autre que managériale).

Cette organisation singulière – les autres professions étant généralement structurées autour d'un *continuum* de qualification (brevet professionnel, technicien, ingénieur, docteur) – ne reconnaît que très partiellement le besoin en qualifications intermédiaires.

Un cadre légal d'exercice qui entérine cette séparation :

Dans le système de droit français, une intervention sur le corps humain, si elle entraîne un dommage, constitue, par principe, une « atteinte à l'intégrité physique des personnes » au sens du Code pénal. Elle est, à ce titre, punissable, la peine dépendant de la gravité de l'atteinte. Cela implique en particulier que seule la loi peut autoriser un professionnel de santé à intervenir sur le corps humain.

Les conditions d'une atteinte légitime à l'intégrité corporelle sont mentionnées à l'article 16-3 du Code civil : « *Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui. Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir.* »

Le critère légal de légitimité des interventions sur le corps humain retenu par le législateur est celui de la qualification professionnelle liée à l'obtention d'un diplôme ou d'un titre équivalent, véritable « permis de soigner ». La notion de qualification constitue donc la clé de voûte de cette organisation.

Soulignons, à ce propos, que cette organisation n'est pas fondée sur la compétence qui renvoie à la mise en œuvre d'une combinaison de savoirs en situation (une façon adaptée et reconnue de faire et de se comporter) par les professionnels, mais sur l'inscription de l'intervention dans les cadres légaux.

La profession médicale, qui est au cœur du système d'organisation des professions de santé, est définie sur le principe d'une exonération au principe de protection de l'intégrité corporelle. Cette exonération constitue le « monopole médical ». Les interventions des autres professionnels de santé sont, pour leur part, conçues comme des dérogations à ce monopole. Pour les autres professions médicales (sages-femmes et odontologistes), ces dérogations sont autorisées dans le cadre d'un modèle d'intervention fondé sur les missions qui leur sont imparties. Pour les auxiliaires médicaux elles sont autorisées dans le cadre des décrets d'actes. Ce cadre juridique définit en particulier les règles de la responsabilité des professionnels de santé

L'arrêté du 6 janvier 1962 définit ainsi la liste, limitative, des actes pouvant être délégués par un médecin à un paramédical – ceux-ci étant réalisés soit sous le contrôle direct d'un médecin, soit sur sa prescription – et, dans le cas particulier des infirmiers, les actes pouvant

être réalisés dans le cadre du « rôle propre ». Cet arrêté a été pris sur le fondement des dispositions du Code de la santé publique relatives à l'exercice illégal de la médecine. Cela veut dire que les possibilités légales d'intervention des auxiliaires médicaux sont déterminées au regard d'une liste limitative d'actes énumérés par l'arrêt du 6 janvier 1962.

- formation universitaire qui dépend de l'enseignement supérieur pour les médecins, les chirurgiens-dentistes, les pharmaciens, les orthophonistes, les orthoptistes;
- formation professionnelle sous l'égide du ministère de la Santé pour les autres professions
- écart important en termes de :
 - durée** (9 à 11 ans pour les médecins 3 ans le plus souvent pour les auxiliaires médicaux)
 - nature** de l'enseignement dispensé (universitaire avec un cursus de recherche pour certaines professions, professionnel pour les auxiliaires médicaux et les sages femmes sans possibilité d'évolution autre que managériale à ce jour).

2.8 De la nécessité de créer des référentiels « métiers ».

Partant du constat que les conditions de formation des différents professionnels de santé offrent aujourd'hui peu de passerelles et sont marquées par la quasi absence de formations intermédiaires entre les professions médicales et paramédicales, il convient de renforcer l'offre de formation pour les professionnels de santé.

Des réflexions associant les professionnels et les pouvoirs publics sont indispensables afin de définir des référentiels de formation actualisés et prospectifs prenant en compte la pratique réelle et les besoins en termes de compétences. Il s'agit, en particulier, de permettre à certaines professions de développer à un niveau master des expertises et compétences répondant aux besoins de santé publique actuels et à venir.

Associer les professionnels de santé aux grands chantiers concernant l'évolution de leur profession et de leur formation :

Première étape de la mise en œuvre d'un cadre rénové pour la formation des professionnels de santé, une large concertation avec les professions et les ordres concernés doit permettre de les associer aux réflexions et travaux sur l'évolution des formations existantes et la création de

nouvelles spécialités cliniques demandant des connaissances et un savoir-faire plus approfondis.

L'analyse de ces connaissances et savoir-faire approfondis est au cœur de l'évolution des formations proposées aux professionnels de santé. Cette analyse permet, en effet, de construire des référentiels métiers et compétences sur lesquels s'appuyer pour développer des formations adaptées aux enjeux.

Selon que ces référentiels s'appliquent à des métiers existants ou non, deux méthodes peuvent être distinguées.

Pour les métiers existants, la définition des référentiels métiers et compétences comporte deux étapes :

- l'analyse des situations de travail et de la pratique réelle des professionnels de santé ;
- l'identification des compétences nécessaires pour assumer ces activités et correspondant aux exigences attendues par les titulaires des diplômes.

Pour les *nouveaux métiers*, ces réflexions impliquent une étape préalable de définition. Il s'agit alors de construire un cadre d'élaboration de ces nouveaux métiers qui tienne compte de l'évolution des besoins dans les domaines de la santé et du social, des évolutions de la démographie des professions de santé et de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. Ces réflexions doivent nécessairement associer l'État et les représentants des professions concernées. Elles doivent, en outre, permettre d'affirmer, ou non, le lien entre niveau de formation et nouveaux métiers, les observatoires des métiers de la santé liant, pour leur part, la reconnaissance des nouveaux métiers à celle de compétences relevant d'un niveau master.

Définir les niveaux de compétences sur une échelle de formation à trois niveaux et construire des référentiels de formation :

L'élaboration cohérente, structurée et homogène de référentiels, en mettant en évidence des savoir-faire ou des connaissances partagées ou spécifiques par métiers, devrait faciliter la mise en place de contenus de formation pour partie communs et surtout des passerelles devenues nécessaires entre les métiers. Il convient aussi d'intégrer à ces réflexions les évolutions envisagées pour les professionnels de santé au niveau européen et surtout les enjeux liés à la mise en œuvre du dispositif LMD (Licence-Master-Doctorat).

Ainsi, la structure des cursus de formation des professionnels paramédicaux doit au moins

tenir compte de trois niveaux de compétences :

- Le premier niveau regroupe les compétences communes et nécessaires à une bonne pratique du métier acquises dans le cadre de la formation initiale des professionnels paramédicaux. Au cours des expérimentations, il est apparu que certains actes médicaux pouvaient être ajoutés à la liste des actes réalisés par ces professionnels sans que cela change la nature du métier (par exemple, la manométrie digestive chez les infirmiers). Il s'agira alors de vérifier que les connaissances et les savoir-faire correspondants seront bien ajoutés aux contenus de la formation de base.
- Le deuxième niveau couvre des savoir-faire et connaissances qui constituent un approfondissement dans un domaine particulier (exemple : infirmière en soins spécialisés dans le domaine de l'hémodialyse). L'acquisition de ces compétences nécessite une formation spécifique, structurée et évaluée, donnant lieu à une certification, et relativement courte. Cette formation peut correspondre à un diplôme d'université (DU), mais peut aussi être validée dans le cadre de la VAE. De nature technique, cette formation doit permettre de valider un niveau satisfaisant de connaissances à la fois sur les plans théorique (anatomie, physiologie par exemple) et pratique (réalisation de l'acte).
- Le troisième niveau correspond à une formation longue donnant lieu à un diplôme de *niveau master*. Les compétences à acquérir sont de nature différente et constituent un nouveau métier (préalablement défini avec un référentiel métier idoine). En particulier la formation théorique et pratique doit couvrir à la fois des dimensions techniques, médicales, organisationnelles (pour une bonne compréhension de l'environnement institutionnel et des processus organisationnels). Il s'agit de confier aux professionnels des segments de prise en charge : évaluation clinique, diagnostic de situation, prescription (conseils, éducation, médicaments, examens...) ou prise de décision concernant l'orientation des patients (par exemple, l'infirmière en suivi de patients atteints de cancer ou le manipulateur d'électroradiologie en dosimétrie).

Cette démarche permet de rendre visible l'existence de niveaux de maîtrise différents au sein d'un même champ (schématiquement, le soin, la rééducation et le médico-technique).

Elle permet aussi d'établir un lien avec d'autres évolutions en cours : évaluation des pratiques

professionnelles (EPP), gestion prévisionnelle des emplois et compétences, et aussi mise en place de plans de formation et de progression dans les carrières professionnelles.

En outre, elle représente une opportunité de développement de formations regroupant des étudiants de différentes filières (médecins, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, par exemple), ce dernier élément étant de nature à favoriser les coopérations ultérieures.

L'ouverture vers des formations de niveau master pour les professions paramédicales pourrait, par ailleurs, structurer de véritables filières (ou de nouvelles disciplines) développant la recherche en soins, en rééducation ou dans le domaine médico-technique et fournissant des corps d'enseignants (avec à moyen/long terme le développement de masters de recherche et de doctorats)

Organiser les formations à partir de référentiels :

S'il semble indispensable de redéfinir les formations offertes aux professionnels de santé, la question des opérateurs chargés d'assurer cette formation est entière. Dans ce cadre, il est possible de s'appuyer sur les référentiels de formation, construits à partir des travaux sur les métiers et les compétences. Ils pourraient alors constituer les « cahiers des charges » confiés aux opérateurs de la formation afin que les contenus, y compris pour les masters, soient adaptés aux besoins et compétences attendues dans l'ensemble du champ soignant.

De plus, il importe de s'inscrire dans la logique des accords européens. Le contenu des formations doit permettre la transposition des logiques européennes d'attribution et de transfert des diplômes : les ECTS (système de transfert de crédits européens pour la formation universitaire), et les ECVETS (système européen d'accumulation et de transferts d'unités capitalisables pour l'enseignement et la formation professionnelle). Le cadre de qualification européen (LMD: Licence-Master-Doctorat) pourrait ainsi être également utilisé.

Dans un contexte marqué par l'apparition de nouveaux « besoins » de santé, par l'évolution de la demande adressée aux professionnels, par des progrès technologiques importants, et enfin, par l'importance croissante des enjeux d'efficience et de démographie en santé, l'organisation de la répartition des tâches entre professionnels mérite une attention toute particulière.

En effet, les nouvelles formes de coopération constituent une opportunité d'évolution du système de santé :

- si l'on ne peut attendre de ces nouvelles formes de coopération une réduction immédiate des dépenses de santé, en raison notamment des besoins en formation, le maintien, voire l'amélioration, de la qualité de la prise en charge des patients constitue un objectif premier et essentiel en termes d'efficience du système de santé ;
- elles représentent un élément clé d'attractivité des professions, notamment paramédicales. Par l'accroissement des missions et la reconnaissance de l'évolution des compétences, ces nouvelles formes de coopération devraient permettre aux professions paramédicales de disposer de possibilités d'évolution de carrière, tout en conservant leur activité primordiale (soin infirmier, rééducation ou domaine médico-technique) ;
- en contribuant à développer l'exercice pluri professionnel, ces nouvelles formes de coopération peuvent également contribuer à renforcer l'attractivité de l'exercice médical libéral qui pâtit aujourd'hui du caractère individuel et isolé des conditions d'exercice.

Cependant, les nouvelles formes de coopération se heurtent à des freins importants liés aux modalités de formation et au cadre d'exercice des professions de santé. Des évolutions structurelles apparaissent souhaitables. Cette recommandation propose de favoriser le développement de ces nouvelles formes de coopération dans un objectif d'amélioration de la qualité du système de santé grâce à :

- la rénovation de l'offre de formation, pour réduire le hiatus entre formation médicale et paramédicale ;
- la refondation du cadre juridique de définition des professions, sur la base d'un référentiel de missions et non plus uniquement d'actes prédéterminés ;
- la valorisation des coopérations à travers la rémunération ou les perspectives de carrière;
- la mise en œuvre d'un dispositif d'accompagnement visant à garantir l'intérêt et la qualité des nouvelles formes de coopération.

2.9. Le référentiel métier « kiné » : CNOMK, Le Boterf, 2011

Le 1er référentiel de la profession a été présenté le 9 Juin 2011 à la presse par le Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes.

Ce document constitue la première description détaillée du métier, de ses spécificités, et des compétences attendues des praticiens.

Adressé aux plus hautes autorités de l'Etat, il est un des éléments importants des discussions actuellement en cours sur la réforme des études.

Ce référentiel doit en effet permettre de maintenir et de développer les compétences indispensables à l'exercice de la masso-kinésithérapie et de structurer son avenir.

Parmi ses objectifs:

- présenter la photographie du métier de masseur-kinésithérapeute, tel qu'il est effectivement exercé aujourd'hui, en mettant en évidence le travail de réflexion et de conception d'actes de soins préalable à leur exécution ;
- identifier les évolutions souhaitables et probables du métier à moyen terme et des compétences requises qui lui sont associées pour que les façons de l'exercer répondent à l'évolution des besoins et des attentes de la société ;
- expliciter comment les valeurs de la profession peuvent se traduire en termes d'exigences professionnelles pour les pratiques à mettre en œuvre ; positionner le métier, sa spécificité et ses relations par rapport aux autres professions de la santé ;
- proposer des points de repères pour aider à construire des identités professionnelles ; fournir des critères pour procéder à la mise en œuvre de processus d'analyse, de partage et de capitalisation des pratiques professionnelles ;
- relier les compétences requises à des grandes familles de situations dans lesquelles elles peuvent et doivent être mobilisées;
- orienter les programmes de formation initiale et continue du métier de Masseur-kinésithérapeute et contribuer à améliorer leur qualité ; expliciter les règles de l'art du métier pouvant s'appliquer aux divers contextes et spécificités de sa mise en œuvre ;
- aider les Masseurs-Kinésithérapeutes à développer des activités de recherche et de formation répondant aux besoins du système de santé et des patients.

<p>Des réflexions associant les professionnels et les pouvoirs publics sont indispensables afin de définir des référentiels de formation actualisés et prospectifs prenant en compte la pratique réelle et les besoins en termes de compétences. Favoriser de nouvelles formes de coopération grâce à :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la rénovation de l'offre de formation, pour réduire le hiatus entre formation médicale et paramédicale ;
<ul style="list-style-type: none"> • la refondation du cadre juridique de définition des professions, sur la base d'un référentiel de missions et non plus uniquement d'actes prédéterminés;
<ul style="list-style-type: none"> • la valorisation des coopérations à travers la rémunération ou les perspectives de carrière

2.10. Pourquoi une discipline ?

Le contexte européen fait que toute réforme ne peut que s'appuyer sur les déclarations de Bologne et sur le processus d'universitarisation qui en découle, c'est à dire le principe du LMD (Licence en 3 ans - Master en 5 ans - Doctorat en 8 ans). Initié par la déclaration de la Sorbonne du 25 mai 1998, mis en place par une réunion des Ministres de l'Education du 19 juin 1999 à Bologne (Italie), les pays engagés dans le processus de Bologne avaient jusqu'en 2010 pour réaliser l'ensemble de ces principes. La France a ratifié ce processus.

L'intérêt de la création d'une nouvelle discipline universitaire propre aux professions de santé et une nouvelle organisation concernant la formation initiale, la formation continue et la formation "cadre de santé" par l'intégration de notre formation dans le LMD serait de permettre de développer le secteur de la recherche et de l'expertise.

Elle permettrait également une réelle reconnaissance de nos années d'études, contrairement à aujourd'hui où nos 4 ans (3 ans officiels + 1 si PACES (2/3 des IFMK)) de formation sont toujours considérés comme Bac+2 au niveau de la reconnaissance de la grille des salaires en milieu hospitalier.

La conception de la profession de Masseur-Kinésithérapeute (MK) repose sur un modèle de l'évaluation qui n'est pas que du contrôle et dont les actes auprès des patients conduisent à l'auto-questionnement. L'activité du MK est dans une logique différente de la systématisation et du contrôle des procédures. Le modèle taylorien ou fordien pour la réalisation des tâches

dans les situations de travail ne peuvent pas rendre compte de l'activité réelle du Kinésithérapeute.

La conception de l'activité thérapeutique en Masso-Kinésithérapie est particulière. En effet les connaissances et les comportements des masseurs-Kinésithérapeutes ne sont pas disjoints des valeurs de cette profession et du sens général que les MK donnent à leur activité.

La réalité sociale n'est ni objective ni subjective. Elle est relationnelle. C'est de la relation sociale que l'on tire le sens de la conduite de l'acteur. Prendre en compte les valeurs partagées par la profession Masseur-Kinésithérapeute et sa conception spécifique de l'activité de soin et de la relation est indispensable.

La Kinésithérapie utilise des savoirs issus de différentes disciplines (Biologie, médecine, pharmacologie, physiologie, biomécanique, psychologie, sciences de l'éducation, physique,...) pour donner du sens, conceptualiser, penser, comprendre et agir de manière spécifique dans ses activités technico pratiques.

La Kinésithérapie peut donc exister à côté des autres disciplines. La kinésithérapie a constitué et didactisé son propre savoir.

Par la formation au savoir de la Kinésithérapie et aux savoirs de disciplines connexes le MK a développé des compétences de réflexivité, des compétences de questionnement, des compétences relationnelles (écoute active, distanciation, ...), des compétences technico pratiques, et des compétences éducatives (évaluation, pédagogie, éducation thérapeutique...) qui lui sont propres.

A chaque rencontre avec le patient et à chaque instant de cette rencontre dans un même mouvement :

- le Masseur-Kinésithérapeute se questionne (en fonction de la réaction physique, discursive, gestuelle, posturale, ...) du patient et de ses référentiels construits par l'étude et par l'expérience,
- le MK réoriente, adapte, invente, construit : ses gestes, ses énoncés, son diagnostic, son attitude, ses objectifs, ses techniques.

En fait les composantes de l'activité du Kinésithérapeute (questionnement, écoute, éducation, attitude, diagnostic, techniques, relation,...) forment un système complexe et spécifique à part entière.

La conception de l'homme et de la santé est différente des autres professions de santé. Pour exemple le diagnostic Kinésithérapique se confond avec le traitement Kinésithérapique. Ils sont en interaction et en évolution permanente et continue en référence à des valeurs, des savoirs, une vision de la santé différents des autres professions de santé et des autres disciplines.

L'acte intellectuel est constitutif de l'acte de soin du kinésithérapeute. Cette vision de la santé, de la personne et du soin ; cette conception de l'acte de soigner et ses applications dans la relation constituent le déterminant majeur des résultats en terme de santé du Kinésithérapeute.

Des Bilans Diagnostics et objectifs initiaux (BDK), des bilans et objectifs intermédiaires (fiche de synthèse), des bilans et objectifs finaux constituent une obligation légale pour les MK depuis 2000. Ils permettent de tracer l'évolution de l'état de santé du patient, ils sont indispensables mais ils ne reflètent que partiellement l'activité réflexive et pratique continue du MK.

Pour exemple la rééducation d'un enfant classé par la science médicale : IMC nécessite des savoirs et des compétences de différentes nature, de différents niveaux, dans différents champs :

- Dans le champ de la neurologie ;
- Dans le champ psychomoteur ;
- Dans le champ respiratoire ;
- Dans le champ éducatif ;
- Dans le champ de l'appareillage ;
- Dans le champ de la communication ;
- Dans le champ psychologique ...

Chaque séance de rééducation est différente. Par son activité réflexive et pratique le MK doit allier certains éléments de ces différents champs pour construire une séance adaptée à l'état de l'enfant, de la mère... » (Gatto, 2003).

Il existe en fait une culture de l'efficacité chez les masseurs-kinésithérapeutes qui s'oppose au nom de cette efficacité à la standardisation des pratiques. Cette culture repose sur des valeurs éthiques qui permettent de développer une attitude d'aide réinventée à chaque instant en fonction de l'évolution de la personne en difficulté de santé.

La relation humaine force le masseur-kinésithérapeute à prendre une posture d'auteur de son activité. A chaque instant, en fonction de l'évaluation multi référentielle des réactions et du projet du patient, il construit un geste, une intensité, un discours, une attitude. En fait

l'évaluation réalisée par le kinésithérapeute est fusionnée avec ses actes et conduit à une singularité de son action thérapeutique.

La posture d'agent n'est donc pas compatible avec la relation humaine caractéristique de l'activité thérapeutique, et surtout n'est plus compatible avec la Loi du 04 mars 2002 qui oblige à construire la thérapie avec la singularité de l'avis et du projet du patient.

L'intérêt de la création d'une nouvelle discipline universitaire propre aux professions de santé et une nouvelle organisation concernant la formation initiale, la formation continue et la formation "cadre de santé" par l'intégration de notre formation dans le LMD serait de permettre de développer le secteur de la recherche et de l'expertise.

La posture d'agent n'est donc pas compatible avec la relation humaine caractéristique de l'activité thérapeutique, et surtout plus compatible avec la Loi du 04 mars 2002 qui oblige à construire la thérapie avec la singularité de l'avis et du projet du patient.

2.11. Evaluation des Pratiques Professionnelles chez les Masseurs Kinésithérapeutes : outil d'émancipation ?

L'évaluation des pratiques professionnelles a parfois une mauvaise image chez nos confrères et consœurs. A cela nous pourrions trouver deux explications : tout d'abord parce que cette dernière est obligatoire et ensuite parce qu'elle comporte justement le terme d'évaluation. Pour clarifier cette image il est donc nécessaire de redéfinir ce qu'est véritablement l'EPP pour les professionnels libéraux.

En premier lieu il paraît indispensable de rappeler qu'il ne s'agit pas d'évaluation d'un masseur-kinésithérapeute par un autre masseur-kinésithérapeute. La démarche d'EPP est individuelle, éventuellement collective. En réalité, il s'agit plutôt d'une démarche d'amélioration de ses propres pratiques professionnelles, et ce afin de promouvoir la qualité, la sécurité, l'efficacité et l'efficience des soins que nous délivrons tous les jours à nos patients.

Deux acteurs principaux vont organiser et participer à ces actions d'évaluation des pratiques professionnelles : les Conseil Régionaux de l'Ordre et la Haute Autorité de Santé.

L'EPP et la formation continue agissent dans le même sens :

- La formation continue permet d'acquérir de nouvelles connaissances et compétences dans une approche pédagogique.

- L'EPP permet de se référer dans sa pratique à des standards, des indicateurs, des recommandations définis préalablement.

Le but de cette démarche est de provoquer chez le professionnel l'auto questionnement, l'analyse critique et la comparaison de son activité au regard des recommandations professionnelles existantes. De cette analyse doit résulter une amélioration des pratiques qui n'est pas, contrairement à ce qui est souvent dit, uniquement au bénéfice du service rendu au patient mais aussi au bénéfice du masseur-kinésithérapeute qui voit son exercice professionnel revalorisé dans sa qualité. (Dans certains pays anglo-saxons la revalorisation du professionnel qui s'engage à se référer aux bonnes pratiques et à les appliquer est également tarifaire)

Pour exemple la Haute Autorité de Santé a mis en place dans la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde des recommandations professionnelles qui permettent en fonction de la littérature existante et d'accords professionnels, de définir ce qui constituerait une prise en charge "idéale" d'un patient atteint de cette maladie.

Pour faciliter la démarche d'amélioration des pratiques professionnelles et d'auto-évaluation, la HAS a également dégagé de ces recommandations 10 critères de qualité qui permettent de comparer aisément sa pratique à celle qui est recommandée.

Le professionnel n'a donc aucune raison d'être réticent à cette démarche d'EPP qui constituera pour lui un bon moyen de trouver des repères, d'être critique vis-à-vis de sa pratique mais aussi vis-à-vis des informations qui lui sont délivrées dans le cadre de son exercice professionnel."

La démarche évaluative des pratiques professionnelles est de provoquer chez le professionnel l'auto questionnement, l'analyse critique et la comparaison de son activité au regard des recommandations professionnelles existantes. De cette analyse doit résulter une amélioration des pratiques qui n'est pas, contrairement à ce qui est souvent dit, uniquement au bénéfice du service rendu au patient mais aussi au bénéfice du masseur-kinésithérapeute qui voit son exercice professionnel revalorisé dans sa qualité. D'ailleurs, dans certains pays anglo-saxons dont le Québec la revalorisation du professionnel qui s'engage à se référer aux bonnes pratiques et à les appliquer est également tarifaire.

2.12. L'enquête EPP réalisée par le CIROMK PACA Corse en 2009

Cette première étude scientifique, théorisée et informatisée, a été menée via une plate-forme Internet, entre le 1er mai et le 30 juin 2009, à partir d'un échantillon représentatif de 1678 professionnels sur près de 2000 réponses spontanées. Un chiffre « *au-delà des espérances des chercheurs* » de l'aveu Jean Ravestein, Professeur à l'Université d'Aix-Marseille 1, au nombre des trois scientifiques ayant présidé à la réalisation de l'étude. L'évaluation confirme le potentiel dont dispose la profession pour s'émanciper. Experte, dynamique et mobile, la profession manifeste une propension naturelle à actualiser en permanence son savoir-faire technique, sa connaissance de la réglementation applicable et de son environnement. Des atouts qui devraient contribuer à affranchir la profession des préjugés entretenus par le champ médical et que les « kinés » n'avaient pas été jusqu'alors en mesure de combattre, au-delà de l'argumentaire politique susceptible d'être pris pour une revendication corporatiste. Car cette profession dite paramédicale semble encore souffrir d'une confusion dans le langage courant sur le préfixe « para ». Le « Kiné » intervient à côté du médecin pour soulager des maux existants mais « pare » souvent dans le même temps à des dysfonctionnements physiologiques peu ou prou perceptibles par le patient en lui prodiguant des soins adaptés du fait de l'interactivité qui s'établit. Or, force est d'observer que dans un champ structuré comme l'est le champ médical, l'image véhiculée du « kiné » reste celle d'un « technicien prestataire ». A telle enseigne que, jusqu'à la publication de l'évaluation, la profession était restée en questionnement sur sa double posture vécue au quotidien ; celle d'agent prescrit et de co-décideur avec le patient, réel partenaire. Contraint par les a priori, la profession restait dans une sorte de déni, n'osant pas s'avouer qu'il réalisait un acte intellectuel caractéristique et

constitutif d'activités thérapeutico-éducatives. Ce déni comptait précisément parmi les présumés qui ont motivé l'EPP suggérée par Franck Gatto (2009), unique Masseur-kinésithérapeute à occuper également à ce jour un poste de Maître de conférences habilité à diriger des recherches, comme il le fait à l'Université de Montpellier 3. Il importait de se saisir de ces présumés pour établir de manière indiscutable des faits à partir des données traitées selon des méthodes statistiques sophistiquées par Caroline Ladage, Maître de conférences associé à l'Université d'Aix-Marseille¹. Il était en effet essentiel pour la profession de se doter d'un instrument pour mesurer le champ réel de son exercice et identifier la voie la plus efficiente pour légitimer cet exercice vis-à-vis des autres professions et des pouvoirs publics.

Les hypothèses des travaux de recherche

- Les MK possèdent de solides connaissances et savoir-faire dans le domaine bio-médical.
- Les MK ont des pratiques riches de diversité.
- Les MK sont en questionnement sur leur double posture vécue au quotidien d'agent prescrit et d'auteur concepteur, inventif, créatif.
- L'acte intellectuel du MK est caractéristique et constitutif de toutes ses activités thérapeutico-éducatives.
- Les MK possèdent de solides connaissances et savoir-faire dans le domaine éducatif.
- Les MK ont certaines lacunes sur leur conscience de réaliser des actions éducatives au cours de leurs soins.
- D'exécutants soumis les MK ont toutes les potentialités pour devenir auteurs inventifs, éducateurs et prescripteurs à soi-même (accès direct du patient) et à l'extérieur (prescription à d'autres ou à de nouvelles professions).

Cadre méthodologique :

Il a été construit à partir de travaux déjà validés à l'université (Mémoires de Master 2, thèses et articles scientifiques) des référentiels médico-kinésithérapiques scientifiques (bio-médical) sur cinq thèmes (la lombalgie, la bronchiolite, l'AVC, la personne âgée non grabataire, les réseaux de santé) et un référentiel éducatif scientifique.

À partir de ces référentiels, cinq questionnaires théoriques concernant les cinq thèmes ont été produits et mis en ligne par Internet sur une plateforme Sphinx® du 1er mai au 30 juin 2009. Le nombre de MK participants à cette enquête a été exceptionnel. Il est montré statistiquement que les résultats de 1 678 MK représentent les réponses de tous les MK français.

Résultats :

Un excellent taux de réponses conformes aux bonnes pratiques et aux données de la Science en médico-kinésithérapie pour les enquêtes suivantes :

« Réseaux de santé » 90%, « AVC » 84%, « bronchiolite » 83%, « lombalgie chronique » 73%, « personnes âgées » 64%.

Soit globalement 78,8 % de réponses conformes aux bonnes pratiques et aux données de la Science en médico-kinésithérapie.

Les questions auxquelles ont été associées des variables théoriques témoignant de l'utilisation consciente ou inconsciente de connaissances scientifiques en éducation, étaient disséminées dans les questionnaires thématiques et agrégées à d'autres variables, ce qui a donné lieu à un important travail de dépouillement (désagrégation).

Ici encore, les résultats sont excellents : globalement, les MK ont un score de conformité (SC) élevé aux modèles efficaces en éducation.

- modèle d'apprentissage constructiviste SC = 78 %
- posture d'auteur SC = 65 %
- adhérer à un système de soin global non positiviste SC = 84 %
- être dans le questionnement plutôt que dans le contrôle en matière d'évaluation SC = 72%

Les MK sont donc globalement conformes aux données de la Science en éducation à 75 % et améliorent la santé de la population à court, moyen et long terme.

Certes, les scores de conformité à ces modèles théoriques ne sont pas encore parfaits (il faut continuer à former en Sciences humaines), mais la « bascule » des mentalités est en train de s'opérer dans le bon sens.

Nous pouvons confirmer, grâce à l'analyse informatisée des réponses aux questions ouvertes (logiciel Alceste®) deux éléments saillants et importants dans le discours des MK :

- la formation, qui doit être améliorée ;
- la liberté et l'indépendance qui doivent être préservées et associées au travail dans une équipe pluridisciplinaire pour favoriser une prise en charge globale non positiviste du patient.

La masso-kinésithérapie, profession en désir d'émancipation :

Nos résultats montrent plusieurs manques, des attentes et un désir de mutation chez les MK. À l'évidence, les calculs de corrélation entre variables croisées prouvent que le fait d'entreprendre des études supérieures, même au niveau DU, favorise de nombreuses prises de conscience :

- Meilleurs scores de conformité aux données de la Science en médico-kinésithérapie et en éducation.
- Nécessité de travailler en équipe et en réseau.
- Légitimation du travail d'autonomisation des patients (moins de bio-médical curatif).
- Nécessité de légitimation de l'exercice sur des bases scientifiques.

Validation des hypothèses théoriques de départ :

L. 1434-7 Les hypothèses de départ sont donc validées sur le plan scientifique.

L'évaluation des pratiques professionnelles des MK réalisée a permis de valoriser les pratiques des MK en montrant de manière très significative que celles-ci s'appuient sur des données scientifiques et réglementaires conformes en médico-kinésithérapie et en éducation :

- Les MK maîtrisent et utilisent au cours de leurs activités le référentiel médico-kinésithérapique mais aussi le référentiel éducatif. Ils inventent, conceptualisent, régulent et réorientent dans l'action avec le patient partenaire, co-auteur, codécideur. Ainsi, le bilan diagnostic kinésithérapique, les objectifs, le programme et les techniques de soins sont conjointement élaborés. L'acte intellectuel du MK est caractéristique et constitutif de toutes ses activités thérapeutico-éducatives.
- C'est souvent par l'expérience que les MK ont développé des compétences éducatives.

Pour améliorer les résultats obtenus il est donc nécessaire d'inclure dans les programmes de formation initiale et continue les sciences de l'éducation et la formation à la démarche scientifique :

- Les pratiques des MK ne peuvent donc pas se déléguer ou se transférer à d'autres professions ou à de nouvelles professions puisqu'elles sont conceptualisées dans l'action et sont donc singulières. D'exécutants soumis les MK ont toutes les potentialités pour devenir auteurs inventifs, éducateurs et prescripteurs à soi-même (accès direct du patient) et à l'extérieur (prescription à d'autres ou à de nouvelles professions).

- L'accès direct du patient à tous les MK, à l'instar des MK- ostéopathes est à partir de cette étude une nécessité sanitaire et économique.

La formation continue devrait proposer des contenus plus variés, incluant les Sciences humaines et sociales, pour faire sortir les MK de leur image auto construite de « techniciens prestataires ». semble nécessaire sur le plan économique et sur le plan de la santé publique de créer une discipline universitaire en masso-kinésithérapie pour produire des résultats de recherche, les didactiser et les enseigner en formation initiale et continue.

L'évaluation confirme le potentiel dont dispose la profession pour s'émanciper. Experte, dynamique et mobile, la profession manifeste une propension naturelle à actualiser en permanence son savoir-faire technique, sa connaissance de la réglementation applicable et de son environnement.

Mais la formation doit encore être améliorée en y incluant notamment des sciences humaines et sociales ainsi qu'une éducation à la démarche scientifique. La liberté et l'indépendance des MK doivent être préservées. Une discipline universitaire devrait être créée pour produire des résultats de recherche, les didactiser et les enseigner.

2.13 Le rapport BERLAND. *Transfert de tâches et de compétences (Octobre 2003)*

La mission est invitée dans un premier temps à présenter un rapport d'étape pour ce qui concerne l'analyse des coopérations interprofessionnelles existant dans d'autres pays ou qui pourraient être mises en œuvre dans notre système de soins. Dans un deuxième temps le rapport final de la mission fera le bilan des expérimentations qui auront été mises en œuvre.

Cette mission fait suite aux propositions du rapport de la mission Berland « Démographie des professions de Santé ». Cette mission a notamment conclu à une diminution sensible du nombre de médecins généralistes, et surtout spécialistes, dans les prochaines années et entre autres propositions, soutenu l'idée de redéfinir les missions des médecins avec le souci qu'ils soient utilisés de manière optimale à leur juste niveau de formation qui est de niveau Bac+9 à Bac+11. Ainsi il est proposé que des professions de santé assument des activités qui auraient

justifié la seule intervention des médecins il y a 20 ou 30 ans mais, les compétences évoluant, ne la nécessitent plus actuellement. Le transfert de compétences des activités médicales aux acteurs paramédicaux s'est organisé dans plusieurs pays et souvent depuis de nombreuses années. Les expériences les plus larges concernent les Etats-Unis, le Canada, le Royaume-Uni.

En France, on ne retrouve pas les mêmes délégations. Quelques pratiques non reconnues à ce jour, ou simplement à titre expérimental, peuvent être identifiées.

Toutefois, les médecins de notre pays ont dans beaucoup de disciplines, entamé une réflexion, notamment avec leurs partenaires paramédicaux et sont prêts à initier des expériences.

Selon ce rapport:

Les médecins spécialistes en médecine physique et de réadaptation considèrent que leurs effectifs sont insuffisants dans les établissements et dans le secteur libéral pour faire face à la demande dans la mesure où ils sont les seuls qui ont été formés pour la démarche diagnostique.

Ils regrettent que les activités de bilan et de coordination des soins qui sont effectuées dans les établissements de médecine physique et de réadaptation ne soient pas réalisées en libéral faute d'une tarification de l'acte de bilan en médecine physique et de réadaptation.

Pour faire face au manque de médecins spécialistes, la fédération française de médecine physique et de réadaptation souhaite favoriser l'accès à la spécialité par la création de passerelles. Des médecins généralistes ou spécialistes d'autres disciplines ayant une activité dans le domaine du handicap depuis au moins 3 ans pourraient solliciter l'équivalence de la spécialité auprès du Conseil de l'Ordre des Médecins après avoir obtenu un DIU de médecine de réadaptation.

Pour faire face aux difficultés d'accès des patients handicapés aux kinésithérapeutes et aux infirmières les professionnels proposent de favoriser et valoriser le travail dans le cadre de réseaux de soins de prise en charge du handicap.

La légitimité de la délégation viendra de la compétence et donc de la formation. Lorsque le métier existe il est indispensable d'envisager une meilleure formation des acteurs médicaux et paramédicaux susceptibles d'accepter le partage de tâches, soit en modifiant la formation actuelle sans modifier la durée des études, soit en allongeant la durée de la formation. Lorsque le métier n'existe pas, la construction des programmes devra tenir compte de la nécessité

d'une formation théorique et pratique de qualité permettant aux acteurs d'obtenir non seulement des connaissances mais également des compétences transférables.

La formation des acteurs médicaux et paramédicaux susceptibles d'accepter le transfert des compétences devra rapidement s'inscrire dans le cadre du LMD professionnel sans attendre les résultats de la réflexion aujourd'hui engagée sur la première année commune des études de santé.

Elle devra prévoir également dans ce système, le niveau d'études qui sera exigé pour la formation des futurs cadres enseignants de la filière.

Les formations devront être construites de manière à permettre aux professionnels d'utiliser les acquis de leur formation pour construire des passerelles entre différents métiers de la santé.

Les formations devront être inévitablement rattachées aux Facultés de Médecine même si elles pourront faire appel à des intervenants venant d'autres secteurs du monde universitaire ou professionnel.

En ce sens, il est indispensable et urgent que cette mission soit étendue à une mission interministérielle, Ministère de la Santé et Ministère de l'Education Nationale. Compte tenu du Projet de Loi de Décentralisation, il est important que les Conseils Régionaux soient associés à la réflexion avec pour objectif de définir le niveau de formation reconnu dans le système LMD de chacun des métiers de la santé et de préciser les quotas de formation de chaque filière sur la base des informations recensées par l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé.

La délégation de compétences pour être efficace et efficiente doit impérativement s'appuyer sur une collaboration étroite entre les différents acteurs. Cette collaboration passe par une unité de lieu d'exercice géographique ou virtuelle (cas de professionnels intervenant zone démedicalisées et reliées par télémédecine au cabinet médical) des différents intervenants qui devront être regroupés au sein de structures de soins pluridisciplinaires. Le médecin qui transfère l'activité médico-technique doit garder la responsabilité de la prescription et des actes. Il serait en effet totalement inopérant de permettre à plusieurs acteurs de niveaux de formation totalement différents de pouvoir directement effectuer les mêmes actes. Très rapidement cela aboutirait d'une part à une concurrence non souhaitable mais également à la multiplication des actes. Les patients pourraient en effet dans un grand nombre de cas aller

consulter d'abord un acteur paramédical puis un acteur médical pour le même motif. On aboutirait rapidement à ce qui se passe au Royaume Uni pour la prise en charge des troubles de la vision.

Il faut cesser de codifier les domaines d'activité des différents métiers par des listes d'examens, d'actes ou de thérapeutiques susceptibles d'être réalisés ou prescrits. En effet ceci aboutit rapidement à des décrets de compétence totalement obsolètes car ils ne sont pas régulièrement toilettés. Les exemples que l'on pourrait donner sont multiples. Les textes réglementaires devront plutôt s'attacher à décrire les contours des métiers dans leurs grands principes et à donner aux acteurs les moyens d'exercer leur profession pleinement en fonction d'une compétence acquise au travers d'une formation qui aura au préalable défini ses objectifs.

Il est indispensable d'exiger l'obligation de formation continue de tous les métiers médicaux et paramédicaux au même titre que pour la Formation Médicale Continue.

L'organisation du transfert de tâches et de compétences doit s'inscrire dans une politique de revalorisation de l'investissement intellectuel aux dépens de l'acte médico-technique.

Les médecins de notre pays ont dans beaucoup de disciplines, entamé une réflexion, notamment avec leurs partenaires paramédicaux et sont prêts à initier des expériences de coopération et de délégation.

La légitimité de la délégation viendra de la compétence et donc de la formation. La formation des acteurs médicaux et paramédicaux susceptibles d'accepter le transfert des compétences devra rapidement s'inscrire dans le cadre du LMD professionnel.

Les formations devront être construites de manière à permettre aux professionnels d'utiliser les acquis de leur formation pour construire des passerelles entre différents métiers de la santé.

Les formations devront être inévitablement rattachées aux Facultés de Médecine.

Les textes réglementaires encadrant les compétences devront plutôt s'attacher à décrire les contours des métiers dans leurs grands principes et à donner aux acteurs les moyens d'exercer leur profession pleinement en fonction d'une compétence acquise au travers d'une formation qui aura au préalable défini ses objectifs.

Il est indispensable d'exiger l'obligation de formation continue de tous les métiers médicaux et paramédicaux.

L'organisation du transfert de tâches et de compétences doit s'inscrire dans une politique de revalorisation de l'investissement intellectuel aux dépens de l'acte médico-technique.

2.14. Le rapport BERLAND HENART. *Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire. Janvier 2011.*

Le monde de la santé fait face à des changements majeurs. Après avoir participé de façon remarquable au cours des trente dernières années à l'amélioration de la santé publique et accompagné les évolutions sociales et économiques de la population, on perçoit que son organisation actuelle pourrait se révéler moins performante face aux défis du futur, qui sont d'un ordre différent.

L'émergence des pathologies liées au vieillissement, avec en corollaire celles inhérentes à la dépendance, le développement des maladies chroniques et les enjeux de santé publique actuels, le cancer et la santé mentale entre autres, réclament que se développent de nouvelles prises en charge plus graduées et mieux coordonnées entre la ville et l'hôpital.

Les professionnels de santé sont inégalement répartis en termes géographiques et certains ont une démographie qui s'annonce inquiétante. Pourtant les besoins ne vont et n'iront pas en diminuant et la régulation devient un souci prégnant pour les pouvoirs publics.

Les membres de la mission ont choisi d'auditionner un très grand nombre de professionnels de toutes catégories, des employeurs, des représentants syndicaux et des associations de patients.

En outre des tables rondes ont été organisées sur les thèmes : personnes âgées, maladies chroniques, cancer, maladies mentales, chirurgie et imagerie.

Le rapport de la mission met en lumière les professions et les professionnels, leur environnement et propose des actions de mise en œuvre de nouveaux métiers qui prennent pleinement en compte les métiers existants.

Pour l'ensemble des membres de la mission, le plus important n'était pas de dresser un inventaire de nouveaux métiers possibles, mais de dessiner un cadre conceptuel et une méthode à même d'assurer à ces nouveaux intervenants une émergence durable et une valeur ajoutée certaine, une intégration efficace et harmonieuse au système de soins, et un accueil éclairé dans la population.

Soumises à une réglementation rigoureuse issue de l'art. L. 4161-1 du Code de la santé publique et du respect de l'intégrité du corps humain, auxquels seuls les médecins ont longtemps eu le droit de déroger, les professions de santé ne se sont pas développées en suivant un principe fluide d'offre et de demande. Leur construction selon un régime d'autorisation aboutissant à un système peu mobile par nature et cloisonné, propose des carrières souvent linéaires aux modes de rémunération rigides. Ceci explique à la fois une échelle de responsabilités concentrée et le foisonnement des situations particulières dérogatoires. La question se pose de l'évolution d'un tel système quand les défis de l'avenir réclament souplesse des métiers et adaptabilité des carrières.

Dans le cadre de son travail sur la réingénierie des diplômes délivrés par le ministère en charge de la santé, celui-ci définit la notion de « métier » comme suit: « Le métier est un ensemble cohérent d'activités professionnelles, regroupant des emplois pour lesquels il existe une identité ou une forte proximité de compétences, ce qui en permet l'étude et le traitement de façon globale et unique. Le métier est situé dans une famille professionnelle et une seule. Une personne, à un moment donné de sa vie professionnelle, est positionnée sur un métier et un seul. Le métier est distinct : du poste, qui est lié à la structure ou à l'organigramme ; du statut, qui ne dit rien des compétences ; de la qualification, même si celle-ci est requise et du diplôme ».

Le Code de la santé publique (CSP) fournit une typologie des professions de la santé, avec trois catégories :

- les professions médicales: les médecins, les sages-femmes et les odontologistes;
- les professions de la pharmacie: les pharmaciens, les préparateurs en pharmacie;
- les professions d'auxiliaires médicaux : les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les pédicures podologues, les ergothérapeutes, les psychomotriciens, les orthophonistes, les orthoptistes, les manipulateurs d'électroradiologie médicale, les audioprothésistes, les opticiens lunetiers, les prothésistes et orthésistes, les diététiciens.

D'autres professionnels exercent dans le secteur de la santé et sont cités dans les parties législatives et/ou réglementaires du code de la santé publique :

- soit ils sont placés en relation avec le secteur et les professions dont ils dépendent: les techniciens en analyse biomédicale, les préparateurs en pharmacie hospitalière, les ambulanciers ;
- soit ils sont notés en relation avec les professions dont leur activité dépend : les

aides-soignants, auxiliaires de puériculture et aides médico-psychologiques ;

- soit ils sont notifiés selon une logique de nature d'activités : les conseillers en génétique ;
- soit ils sont considérés comme ayant l'usage d'un titre et donc d'une activité, mais sans être qualifiés comme des professions de santé : les ostéopathes, les psychothérapeutes.

Certaines professions disposent d'un décret d'exercice codifié comportant une liste «d'actes», c'est le cas des infirmiers, des masseurs-kinésithérapeutes, des pédicures podologues, des ergothérapeutes, des psychomotriciens, des orthophonistes, des orthoptistes, des manipulateurs d'électroradiologie médicale.

Trois professions d'auxiliaires médicaux sont regroupées en « ordre » professionnel : masseurs-kinésithérapeutes, pédicures podologues et infirmiers.

Le taux de croissance des effectifs est variable d'une profession à une autre. Il est important pour les professions paramédicales. Cela étant, ces évolutions cachent une répartition peu homogène des professions sur le territoire.

Les éléments de démographie disponibles pour différentes professions de santé révèlent une inégale répartition des professionnels sur le territoire avec souvent un gradient nord-sud assez marqué. Si les inégalités interrégionales ont eu tendance à se réduire, il n'en va pas de même de la répartition infrarégionale qui a sensiblement creusé les écarts de densité.

Les diplômes du secteur sanitaire possèdent des caractéristiques propres :

- un diplôme est en relation avec un métier donné et un seul;
- les diplômes s'inscrivent dans le cadre législatif et réglementaire qui précise les règles d'autorisation d'exercice des professions concernées ;
- lorsque la profession est réglementée, il est nécessaire de posséder le diplôme pour exercer le métier (diplôme d'exercice) ;
- l'exercice des métiers paramédicaux s'effectue en dérogation à l'exercice illégal de la médecine, dans le cadre de décrets autorisant des actes et précisant le champ de responsabilité ;
- le diplôme est considéré comme une garantie que la personne possède les connaissances et les savoir-faire nécessaires pour répondre à l'exigence de qualité des soins, garante de la sécurité du patient.

Une des finalités des accords de Bologne signés en 1999 sur l'enseignement supérieur et la

formation continue, dite réforme LMD (Licence, Master, Doctorat) est d'organiser l'harmonisation européenne des diplômes et de favoriser le rapprochement entre l'université, les grandes écoles et le monde professionnel. La réforme LMD permet d'harmoniser les maquettes pédagogiques selon un modèle unique et un découpage en modules avec l'acquisition de crédits, (ECTS).

Le principe de la délivrance aux titulaires d'un diplôme d'Etat relevant du domaine de la santé, d'un grade équivalent au titre universitaire, comme pour d'autres formations (architectes,...), a été retenu pour plusieurs raisons :

- en France une même formation ne peut pas conduire à la délivrance de deux diplômes différents, ce qui serait par exemple le cas avec une licence d'infirmier et un diplôme d'Etat d'infirmier (diplôme d'exercice) ;
- les diplômes de licence et master sont des diplômes obtenus à partir d'un contenu de formation qui est sous la seule responsabilité des universités, dans le cadre de leur autonomie pédagogique ; or les formations des professions de santé doivent conserver un cadrage national, comme l'exigent les diplômes d'exercice des professions réglementées ;
- l'accès aux formations médicales et à certaines études paramédicales est soumis à un *numerus clausus* ou un quota.

Les conditions de formation initiale créent d'emblée une séparation entre les différentes professions de santé. Les formations proposées aux professions de santé sont marquées par un écart important en termes de durée (9 à 11 ans après le bac pour les médecins et 3 ans le plus souvent pour les auxiliaires médicaux) et de nature de l'enseignement dispensé (universitaire avec un cursus de recherche pour certaines professions, professionnel pour les auxiliaires médicaux et les sages-femmes sans possibilité d'évolution autre que managériale). Cette organisation singulière ne reconnaît que très partiellement le besoin en qualifications intermédiaires.

Le cadre légal d'exercice génère le cloisonnement. Dans le système de droit français, une intervention sur le corps humain, si elle entraîne un dommage, constitue, par principe, une « atteinte à l'intégrité physique des personnes » au sens du Code pénal. Elle est, à ce titre, punissable, la peine dépendant de la gravité de l'atteinte. Cela implique en particulier que seule la loi peut autoriser un professionnel de santé à intervenir sur le corps humain.

La profession médicale, qui est au cœur du système d'organisation des professions de santé, est définie sur le principe d'une exonération au principe de protection de l'intégrité corporelle.

Cette exonération constitue le « monopole médical ». Les interventions des autres professionnels de santé sont, pour leur part, conçues comme des dérogations à ce monopole. Pour les autres professions médicales (sages-femmes et odontologistes), ces dérogations sont autorisées dans le cadre d'un modèle d'intervention fondé sur les missions qui leur sont imparties. Pour les auxiliaires médicaux elles sont autorisées dans le cadre des décrets d'actes. Ce cadre juridique définit en particulier les règles de la responsabilité des professionnels de santé.

Les modes de rémunération des professionnels de santé sont relativement rigides. L'organisation de l'offre de soins en France est fondée sur deux secteurs, la ville et l'hôpital, et deux modes d'exercice, l'activité libérale et l'activité salariée, obéissant à des règles de fonctionnement et de gestion très différentes.

L'environnement des professions et des professionnels de santé est en mutation permanente et ces derniers s'y adaptent du mieux possible avec une constance remarquable. Les changements se sont accélérés dans la dernière décennie.

Confrontés à des évolutions de fond d'une ampleur probablement inégalée, les réformes institutionnelles, la réingénierie des formations, les nombreuses politiques de santé publique ont toutes pour objectif d'ajuster au mieux le système de santé aux besoins de la population ; les professionnels de santé se situent à l'épicentre de ces transformations. La question des nouveaux métiers en santé est en réflexion et en débats depuis plusieurs années. Elle doit être maintenant tranchée. La présentation de quelques exemples étrangers démontre, s'il en était besoin, que notre pays a pris un certain retard sur la question.

Le contexte est celui d'une relative inégalité persistante d'accès aux soins pour la population, en particulier pour les soins de premier recours. La tension sur la démographie des médecins mais aussi la tendance, qui se confirme, d'une diminution « du temps médical » se conjuguent avec les fortes évolutions des besoins en santé et des demandes de nos concitoyens.

La population augmente et vieillit. A cet égard, le processus du vieillissement présente un double aspect : quantitatif - le nombre de personnes âgées s'accroît considérablement - et qualitatif – la durée de vie des personnes âgées s'allonge³. L'impact croissant des pathologies chroniques - certaines d'entre elles telles que le cancer ou les pathologies cardio-neuro-vasculaires, qui n'entraient pas dans cette catégorie, se sont chronicisées en lien avec les progrès de la médecine – et le développement du secteur ambulatoire (diminution de la durée des séjours hospitaliers) façonnent différemment les besoins de santé. Le parcours de soins se

complexifie, devant prendre en compte à la fois l'hyper technicité, la nécessaire globalité et le continuum de la prise en charge des personnes.

Les évolutions de la société agissent également sur l'organisation des soins et l'environnement des professions de santé. Nos concitoyens veulent être bien soignés et bien pris en charge quel que soit l'endroit où ils résident. L'augmentation des dépenses de santé pose la question de leur solvabilisation. Les différentes formes de précarité renvoient aux problématiques de refus de soins, de nonaccès aux soins et interfèrent sur les modes et conditions d'exercice des professionnels de santé, sur leur inter relation et la configuration de leurs métiers.

Par ailleurs, un champ nouveau, dont la portée est peut-être encore mal cernée, se développe aux côtés de la médecine telle que nous la connaissons depuis plusieurs décennies. Les avancées techniques (techniques médicales et techniques de la communication, télé médecine, télé santé) et technologiques, par exemple dans le domaine de la génétique, impactent l'exercice médical et la relation médecin/patient. De surcroît, la médecine classique, encore largement curative, va de plus en plus intégrer, sous la pression de l'évolution des sociétés, la dimension « médecine des bien portants ». La demande sociale, consistant à se prémunir de la maladie, se renforce. Les notions d'indicateurs potentiels de maladie, de susceptibilité ou probabilité de développer une maladie, d'entretien de la santé voire du vivre mieux, vont conduire à une forte évolution culturelle de la médecine, du métier de médecin et des métiers de la santé.

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), comporte de nombreuses dispositions ayant une influence sur les professions de santé. En particulier, elle pose les bases de l'éducation thérapeutique du patient (et conduit donc à s'interroger sur les moyens humains et les organisations nécessaires pour y répondre efficacement), elle vise à faire évoluer les modalités d'exercice et de rémunération et rénove le cadre des coopérations entre les professionnels de santé. L'article 51 de la loi HPST agit sur les missions des professionnels de santé, modifie le partage des rôles et les modalités d'exercice. Les incidences de cet article sont fortes sur les ressources humaines en santé. Dès lors que les tâches sont réparties autrement, les contours des métiers sont appelés à être confirmés ou à évoluer, des métiers nouveaux, notamment à l'interface des métiers médicaux et paramédicaux, vont apparaître à partir de compétences élargies et les formations et qualifications doivent être revisitées.

Deux inflexions importantes sont récemment intervenues ou en cours dans le domaine de la

formation des professionnels paramédicaux: le transfert aux régions du financement des formations initiales et l'inscription des diplômes dans le processus LMD.

L'interaction des deux réformes amène à quelques interrogations, complémentaires mais de nature différente. D'une part, en dépit de réels aspects positifs, il n'est pas certain que l'ajout d'un interlocuteur supplémentaire, de surcroît composé de 26 régions autonomes dans leurs décisions, éclaire le champ des formations avec l'instauration de compétences croisées entre plusieurs décideurs. Le phénomène est aggravé par l'arrivée des universités (dorénavant autonomes) et du ministère de l'enseignement supérieur, dans le paysage, du fait de l'inscription des diplômes paramédicaux dans le processus LMD. D'autre part, l'extension programmée du dispositif LMD à l'ensemble des diplômes paramédicaux ne va pas sans susciter des difficultés d'ordre technique mais aussi culturel. La démarche LMD implique une réingénierie en profondeur des formations paramédicales selon un schéma global et cohérent en termes de calendrier, de contenu et de niveaux de qualification. Faute certainement d'une clarification de leurs rôles respectifs et d'un véritable travail en commun sur la question, les deux ministères (Santé et Enseignement Supérieur) peinent à faire connaître une ligne visible à l'ensemble des acteurs concernés. En tout état de cause, le monde de la santé doit mieux appréhender les exigences pour l'obtention d'un label universitaire et, de son côté, le monde universitaire doit mieux apprécier les spécificités qui s'attachent à la formation des professions de santé.

Par ailleurs la coopération entre professionnels de santé est une préoccupation assez récente en France, une dizaine d'années, mais répond à une volonté de progression constante de la part des pouvoirs publics et de nombre d'acteurs de la santé. Les garanties juridiques et techniques sont posées par la loi HPST et les textes d'application :

- protocoles validés par la HAS (sur avis conforme)
- circonscription précise dans les protocoles de l'objet et de la nature de la coopération (disciplines ou pathologies) ainsi que du lieu et du champ d'intervention
- intervention d'un arrêté du directeur de l'ARS
- vérification de la réponse à des besoins de santé et traçabilité des coopérations
- information obligatoire du patient

Des organisations reposant sur les coopérations entre professionnels de santé ont vu le jour dans de nombreux pays et pour certains depuis les années 60. Elles ont pour la plupart des objectifs communs d'amélioration de l'accès aux soins dans un contexte de démographie médicale en tension mais aussi de rationalisation du système de soins et de recherche de gains

de productivité.

L'organisation et les principales caractéristiques des ressources humaines en santé doivent évoluer pour s'adapter à l'environnement changeant du système de santé et mieux répondre aux besoins de santé de la population, dans un contexte de finances publiques contraintes. La création de nouveaux métiers en santé de niveau intermédiaire est une des réponses possibles aux inadaptations constatées mais elle doit être soumise à de fortes exigences. Autant la création de métiers en santé de niveau intermédiaire paraît impérative, autant les conditions de leur genèse et de leur instauration doivent être rigoureuses.

En santé comme ailleurs, l'offre (de métiers) crée et module la demande (en santé) alors que doit prévaloir le phénomène inverse. Une clarification s'impose dont les enjeux sont considérables. Il s'agit en particulier :

- d'éviter de reproduire, avec les nouveaux métiers en santé, les travers unanimement constatés avec le métier de médecin dont certaines activités ne correspondent pas à une formation de niveau bac + 9 ou bac +11 ;
- d'écarter le risque de prolifération des métiers de la santé et de complexifier un peu plus un paysage qui l'est déjà ;
- de ne pas multiplier outre mesure les intervenants auprès du patient (y compris à domicile), à un moment où la fluidité de la prise en charge est plus que jamais nécessaire ;
- de s'inscrire dans une dynamique de complémentarité et non de concurrence entre les métiers.

Les nouveaux métiers en santé devront répondre à quelques critères simples mais impérieux.

Il paraît primordial que toute réflexion et toute proposition sur le sujet des nouveaux métiers en santé partent systématiquement de la réponse aux besoins de santé de la population. La mission se fonde, pour ses travaux, sur la définition de la santé retenue par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. ». Cette large acception de la santé, qui est aujourd'hui celle de nos concitoyens, renvoie à la notion de réponse globale aux besoins du patient, aux liens étroits entre les dimensions sanitaire, sociale et médico-sociale de la prise en charge, aux soins et actes aussi bien curatifs que préventifs, ces derniers étant encore insuffisamment développés dans notre pays. Elle renvoie également au champ de la médecine et des soins d'entretien de la santé, de la non-survenance d'une maladie.

La mission présente neuf propositions reposant sur quatre piliers :

1. **Une priorité** : mettre en place une politique modernisée des ressources humaines en santé ;
2. **Une nouveauté** : créer des professions de santé de niveau intermédiaire ;
3. **Une méthode** : adopter un système rigoureux de validation ;
4. **Une nécessité** : intégrer les formations à l'enseignement supérieur.

Proposition n° 1 : Imposer la démarche métier

Pour poser les bases d'une approche modernisée des ressources humaines en santé ; pour répondre aux besoins de santé par les métiers en inversant le paradigme en cours aujourd'hui ; pour professionnaliser la fonction « ressources humaines » à tous les échelons : ministère, ARS, établissements, équipes.

Proposition n°2 : Conforter et développer les métiers socles

Un préalable avant toute création de nouveaux métiers

Proposition n°3 : Cerner le champ des nouveaux métiers en santé

Ils sont construits à partir des métiers paramédicaux d'aujourd'hui ; ils ne sont pas redondants avec un métier existant ; ils correspondent à un mode d'exercice professionnel et des responsabilités identifiées; ils ont vocation à constituer à terme des professions médicales à compétence définie.

Proposition n°4 : Valoriser les parcours professionnels

Pour créer des filières cohérentes et mettre les rémunérations au niveau des responsabilités exercées et pour proposer des carrières attractives au sein d'un système de santé plus souple, plus dynamique et plus performant.

Proposition n° 5 : Lancer des programmes nationaux

Pour évaluer les nouveaux métiers en santé, dans le cadre de coopérations entre professionnels de santé avant de les référencer comme profession médicale à compétence définie.

Proposition n° 6 : Encadrer le processus

Encadrer le processus de création des nouveaux métiers afin que leur champ, leurs finalités, leurs conditions d'exercice et leurs responsabilités répondent à des besoins identifiés.

Proposition n° 7 : Adopter une démarche pragmatique et une méthode participative

Pour concilier, en fonction des besoins, l'effectivité de la mise en place des nouveaux métiers en santé, l'acceptabilité de cette nouveauté et la soutenabilité au regard des finances publiques.

Proposition n° 8 : Mettre en place des filières universitaires

Pour bien positionner dans le système LMD les métiers socles et les futurs métiers en santé de niveau intermédiaire et garantir des carrières évolutives, lisibles et autonomes.

Proposition n° 9 : Redonner compétence à l'Etat sur l'ensemble des questions de formation aux professions paramédicales de niveau licence Pour simplifier le dispositif actuel des compétences croisées et ancrer les formations paramédicales dans un champ universitaire national, clair et reconnu par tous les acteurs.

2.15. Synthèse rapport CNOMK sur la formation initiale.

« Répondre aux besoins de santé & garantir la qualité des soins par une formation et un exercice rénové. » Janvier 2010

Le rapport propose une réforme ambitieuse de la kinésithérapie permettant de répondre aux besoins des populations et de garantir la qualité des soins. Cette réforme associe trois axes :

- 1) La réforme de la formation avec l'évolution à un grade de master préparant au diplôme d'Etat
- 2) la réforme de l'exercice avec l'élargissement des compétences et l'accès direct des patients
- 3) la création d'un nouveau métier d'assistant en kinésithérapie réalisant des soins prescrits par les kinésithérapeutes.

Ces trois axes sont indissociables. Leur conjonction permet d'améliorer la prise en charge du handicap, des pathologies chroniques, du vieillissement et des états de santé complexes ainsi que la promotion de la prévention, tout en augmentant l'offre de soins simples.

Une formation doit pourvoir aux besoins de savoir qui permettront aux étudiants d'assumer, au double plan, conceptuel et technique, dans la durée, la totalité des actes requis par leur métier.

L'université doit donc refuser toute discrimination entre des actes professionnels jugés nobles, qui seraient de son ressort, et d'autres jugés sans noblesse qu'elle donnerait aux IFMK.

Le caractère authentique d'une formation professionnelle de qualité exige que ses responsables déclarent nettement comment ils réalisent l'inventaire permanent des questions qui se posent à la profession et comment s'opère la construction continuée, scientifiquement fondée, des réponses que la formation apportera à ces questions. Juger une formation à la qualité de ses réponses n'a rien d'original mais il faut se garder d'ignorer les réponses qui manquent simplement parce que les questions correspondantes n'auront pas été posées. Le caractère universitaire d'une formation de MK bute sur une distinction entre les savoirs désignés scientifiques ou universitaires et les savoirs appelés savoirs pratiques. Tout savoir doit être réputé professionnel ! En effet la présence de tel savoir universitaire ne doit dépendre que du fait qu'il est utile pour répondre de manière fondée, intelligible et efficace aux questions de la profession.

La formation en Master 2 confrontera l'étudiant à des obstacles épistémologiques qui participent de la formation des professionnels en tant que modélisation d'un système de pensée, d'une relation aux savoirs savants et aux savoirs expérimentiels, et donc d'un positionnement dans la relation humaine de soins.

La formation en Master 2 instruit autant à l'actualisation des savoirs en matière de santé, de relation en soin, d'éducation, d'évaluation qu'à la mise en tension des savoirs savants aux savoirs d'expériences.

En questionnant la valeur épistémologique des savoirs d'actions, et des pratiques professionnelles, l'étudiant professionnel est invité à penser sa pratique.

Le formé acquiert alors une méta compétence d'expertise créatrice à partir de référentiels scientifiques différente de l'expertise mécanique efficiente sur les objets mais pas dans l'interaction humaine de soins.

Parmi les savoirs du MK il est classique de distinguer les savoirs à enseigner en MK et les savoirs pour pratiquer la MK. Les savoirs pour pratiquer la MK ne sont pas seulement des savoirs biomédicaux (de médecine, de physiopathologie, de neurosciences, de biomécanique, d'anatomie...) Ce sont aussi des savoirs en sciences humaines et sociales car la pratique de la MK est bien une pratique inter- humaine. Les savoirs en sciences humaines et sociales sont indispensables pour la pratique de MK de qualité : historiques, économiques, sociologiques, éducatifs, psychologiques ... Il incombe donc aux responsables de formation de recenser, de didactiser et de former les MK à la relation humaine.

La norme des pratiques doit changer puisqu'il est nécessaire selon la Loi du 04 mars 2002 et à la Loi HPST de 2009 de co-inventer, de co-décider, de co-construire le bilan diagnostic kinésithérapique, les objectifs et les programmes de soins avec le patient partenaire en fonction des projets et des demandes de ce dernier.

Ce changement est possible par une formation initiale à un niveau de Master 2 qui développera des capacités à l'art de problématiser et à la critique épistémologique. Une telle formation est indispensable pour la professionnalisation à la relation thérapeutique dans des fonctions d'évaluation, d'éducation en santé et de soins MK.

La validation des techniques thérapeutiques et d'évaluation est devenue aujourd'hui un impératif pour garantir la qualité des soins. Pour cela, la structuration d'une recherche en kinésithérapie est indispensable.

Le développement au cours de ces 60 dernières années, de la profession, des techniques et des actes, conduit le kinésithérapeute à intervenir à tous les âges de la vie, et sur des patients sains ou atteints de pathologies de tous types. La multiplicité des connaissances mobilisées par les kinésithérapeutes (issus des sciences biologiques et médicales et des sciences humaines et sociales) et la complexité des actes sont aujourd'hui majeures.

2.16. Étude ONDPS – Plein Sens *Le métier de masseur-kinésithérapeute. Septembre 2009.*

Les libéraux se plaignent de la façon dont leur sont confiés des patients : sans diagnostic, sans radios, sans compte rendus. En retour, ils ne rendent pas compte de leur activité car les médecins n'attendent rien d'eux. La forte autonomie de pratique que révèle l'étude pourrait être interprétée comme une position de force dans le champ des professions de santé. Mais en réalité, parce que ce champ autonome de pratique n'est pas assis sur un corpus de références scientifiquement établies, il prend plutôt la forme d'un champ d'action qui manque de considération, au sens premier comme figuré du terme.

En l'absence d'une doctrine clairement établie sur la méthode, les masseurs-kinésithérapeutes construisent et inventent leur thérapeutique.

Il y a autant de kinésithérapies que de kinésithérapeutes.

Cette situation est le résultat d'un développement du domaine sur des bases très empiriques, d'un maintien à l'écart du champ universitaire et médical, d'un système de formation initiale hétérogène ainsi que d'une offre de formation continue pléthorique, qui distingue mal l'orthodoxie de l'hétérodoxie.

Les représentants de la profession fondent leurs espoirs dans la constitution d'un corpus de « evidence based practices ». Cette perspective est très éloignée des représentations de la majorité des masseurs-kinésithérapeutes. Elle va même, peut-être, à l'encontre d'une certaine vision fondamentalement empiriste et autonome du métier. Ainsi, cette fragilité intrinsèque de la profession qui ne sait pas faire la preuve de son efficacité, n'est pas vécue comme telle dans l'exercice du métier. La pratique quotidienne permet plutôt à chacun de se construire des règles raisonnées en propre, qui concluent majoritairement à l'efficacité des actes.

Entre la position pragmatique des kinésithérapeutes et la position théorique anormalement exigeante (il n'en est pas demandé autant à la médecine) qui voudrait que chaque famille d'acte ait fait la démonstration de son efficacité, il y a en réalité, non pas un débat mais un vide d'appréciation. Ce vide, loin d'être anodin, est le signe et le symptôme d'une relative indifférence des autres acteurs du système de santé publique aux pratiques des kinésithérapeutes.

Cette situation peut, selon les praticiens, conduire à des actes fondés sur l'habitude ou au contraire, pour d'autres, à une recherche permanente du renouvellement des pratiques. Le sens pratique pousse les ces derniers à travailler à l'amélioration des soins, mais cela se fait dans des espaces peu normés et qui font émerger des soins qu'il appartient in fine au seul

patient d'évaluer.

Les tentatives de normalisation des soins par la seule voie de la quantification (tant de séances pour telle pathologie) se heurtent alors assez naturellement à une opposition de principe. Ces mesures sont effectivement interprétées comme l'expression d'une approche purement gestionnaire de la santé, faute d'arguments thérapeutiques pouvant s'imposer à tous.

2.17. Étude ONDPS – Plein Sens

La prescription de masso-kinésithérapie par les médecins généralistes & les rhumatologues libéraux. Décembre 2009.

Le recours à la masso-kinésithérapie se développe chez les généralistes sur les bases d'une expertise quasi inexistante. La délégation du patient au kinésithérapeute pourrait en ce cas être pensée sur le modèle du recours au spécialiste, mais la pratique de la relation avec le kinésithérapeute n'est pas une relation entre pairs. Elle est silencieuse et malgré ce silence, asymétrique. Pour autant, l'attitude générale des généralistes est fondée sur une hypothèse générale de compétence des kinésithérapeutes.

Les médecins généralistes déplorent leur manque de formation et le peu de références disponibles pour mieux réfléchir le recours à la kinésithérapie. Ils ne paraissent pas être conscients de l'augmentation de leur prescription. Nous avançons l'hypothèse que c'est l'absence de risque sanitaire lié à la masso-kinésithérapie et la caution portée implicitement par le système conventionnel qui permet ce paradoxe.

C'est en référence à une conception de la médecine comme discipline qui serait scientifique et appuyée sur des pratiques référencées que nous soulignons la part floue du recours à la masso-kinésithérapie. Il est pourtant manifeste à travers les entretiens que la médecine générale est un ensemble de pratiques qui ne se fondent pas seulement sur la science. Loin d'être une critique, cette insistance sur le flou nous semble être intéressante car ce flou traduit concrètement les nombreuses lignes de tension de la médecine générale actuelle, et il révèle les imprécisions du mandat social qui lui est confié : Quelle prise en charge de la douleur ? Quelle prise en charge des « douleurs existentielles » également ? Quelle prise en charge d'hygiènes de vie pathogènes ?

Enfin, le processus qui a finalement conduit à l'institutionnalisation de l'ostéopathie a produit une médecine concurrente. Elle opère un glissement non contrôlé du paramédical au médical qui semble inciter certains médecins à des discours appelant plutôt à rétablir les hiérarchies et les responsabilités.

2.18. Le transfert de tâches médicales aux MK : autonomisation ou asservissement ?

Si la faisabilité de transferts d'activité a fait l'objet d'études, aucune expérimentation n'a concerné les masseurs-kinésithérapeutes. « 5 expérimentations ont pu être inscrites dans un premier arrêté d'expérimentation du 13 décembre 2004 et elles ont donné lieu à un rapport d'évaluation en juin 2006, qui a conclu à « la faisabilité, en toute sécurité pour les patients, de la délégation de tâches dans les domaines et contextes abordés ».

D'autres expérimentations ont été programmées par l'arrêté du 30 mars 2006 modifiant et complétant celui du 13 décembre 2004 : 10 projets ont été inscrits (dont 3 sont des reconductions de projets issus de l'arrêté de 2004) 8, sur un ou plusieurs sites, 9 portant sur des structures hospitalières, le dernier étant prévu dans l'exercice de cabinets libéraux (Rapport Centre National de l'Expertise Hospitalière).

Pourtant, la kinésithérapie devrait être concernée par ces expérimentations qui sont développées dans un quadruple objectif : (1) répondre aux incidences de l'évolution démographique médicale, (2) prendre en compte les évolutions des technologies médicales, mais également, (3) améliorer la prise en charge des patients, tant en termes d'accès qu'en termes de continuité et de coordination des soins et (4) valoriser ou donner des perspectives de parcours professionnel aux professionnels paramédicaux dont le cursus professionnel actuel est strictement limité par la réglementation.

Le développement au cours de ces 60 dernières années, de la profession, des techniques et des actes, conduit le kinésithérapeute à intervenir à tous les âges de la vie, et sur des patients sains ou atteints de pathologies de tous types. La multiplicité des connaissances mobilisées par les kinésithérapeutes (issus des sciences biologiques et médicales et des sciences humaines et sociales) et la complexité des actes sont aujourd'hui majeures.

Concernant la masso-kinésithérapie, plusieurs formes de délégations ou de transferts de tâches pourraient voir le jour telles que définies dans le cadre des expérimentations.

Pourraient rentrer dans la catégorie des actes délégués par les médecins, mais restant in fine sous leur responsabilité, les actes de dépistage systématique des cancers de la peau ou de dépistage des déviations rachidiennes de l'enfant. Dans ce cadre le kinésithérapeute met en valeur sa capacité à élaborer un diagnostic propre dans son champ, mais laissant au médecin,

la finalisation du diagnostic du caractère pathologique de la déficience structurelle ou fonctionnelle (diagnostic de la maladie et élaboration du traitement médical s'il y a lieu).

Dans la catégorie des délégations à caractère collaboratif, les consultations de première intention dans les centres d'urgence de traumatologie ou le suivi post chirurgical des patients opérés d'interventions type Prothèse totale de Hanche pourraient être réalisés comme cela se fait déjà dans de nombreux pays (Etats-Unis, Canada, Australie...).

Dans la catégorie des actes thérapeutiques délégués, c'est-à-dire réalisés sous la responsabilité d'un médecin, les actes d'extubation qui bénéficient de la participation active des masseurs kinésithérapeutes dans certains services de réanimation.

Les transferts d'actes notés au niveau international des médecins vers les kinésithérapeutes sont l'auto prescription (accès direct sans prescription d'indication), les prescriptions médicamenteuses de produits antalgiques, myorelaxants et anti-inflammatoires, les manipulations articulaires, ...

Les professionnels non médicaux sont donc autonomes dans la décision et la réalisation de confections de contention rigides, l'acupuncture, la médecine chinoise, par exemple.

A ce jour, ces transferts restent confidentiels en France et si l'on ne peut formellement nier leur existence en quelques lieux, aucune expérimentation n'a formellement été réalisée. Si la délégation et les transferts des médecins vers les kinésithérapeutes n'ont pas d'existence légale, les transferts et délégations d'actes de kinésithérapie n'en ont pas, non plus.

Ainsi, l'évolution qualitative des pratiques médicales, induite par le progrès scientifique, les évolutions démographiques ci-dessus évoquées impliqueront inéluctablement une redéfinition de la délégation de tâches médicales et un accroissement de celle-ci. Les impératifs économiques et sociaux imposent que cette délégation soit assumée par des professionnels de santé formés à hauteur des enjeux. Les masseurs-kinésithérapeutes (physiothérapeutes) formés à l'Evidence Based Practice ainsi qu'aux champs médicaux concernés et grâce à leurs compétences évaluatives seront à même de réaliser les fonctions évaluation-diagnostic-orientation en première intention, orientation, conseils, prévention en accès direct comme de participer explicitement au suivi efficient des patients.

Ces nouvelles compétences permettant de décharger, optimiser l'activité médicale de soins sont déjà clairement mises en œuvre à l'étranger (Canada). Elles existent également en France de manière ponctuelle, implicite ou informelle dans des structures de soins soucieuses de rentabiliser les compétences développées par les différents acteurs de santé.

Le coût des dépenses ne peut que continuer à croître.

La maîtrise de cette augmentation ne peut passer que par redéfinition des rôles de chacun des

professionnels en recherchant une efficacité optimum notamment dans le rapport service rendu / formation. Sous l'effet du marché, des nouveaux métiers se créent dans les interstices laissés vacants par le déficit de professionnels de santé, sans formation réglementée et sans garantie pour l'utilisateur.

La **délégation** désigne l'action par laquelle le médecin confie à un autre professionnel de santé la réalisation d'un acte de soin ou d'une tâche. La délégation comprend l'idée de supervision. La responsabilité du délégant (le médecin) reste engagée du fait de la décision de déléguer, la responsabilité du délégué (le professionnel non médical) est engagée dans la réalisation de l'acte.

Le **transfert** est défini comme l'action de déplacer l'acte de soin, d'un corps professionnel à un autre : les activités sont confiées dans leur totalité, y compris en termes de responsabilité, à une autre profession.

2.19. Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé?

Recommandation HAS en collaboration avec l'ONDPS (Avril 2008)

Cette recommandation traite des nouvelles formes de coopérations entre professionnels de santé, définies comme une nouvelle répartition de tâches existantes ou la répartition de nouvelles tâches entre professionnels de santé. Elle s'inscrit donc dans la problématique générale de l'amélioration de l'organisation des soins.

Dans un contexte où se mêle l'apparition de nouveaux « besoins » de santé, l'évolution de la demande adressée aux professionnels, des progrès technologiques importants et la diminution annoncée du nombre de médecins, cette question mérite une attention toute particulière.

Les enjeux des nouvelles formes de coopération sont multiples :

- L'amélioration de la qualité des soins est recherchée en favorisant le développement de certaines activités (l'éducation thérapeutique par exemple) et/ou la réorganisation de la prise en charge des patients (par exemple pour le suivi des malades chroniques).
- Si l'on ne peut attendre de ces nouvelles formes de coopération de réduction immédiate des dépenses de santé, en raison notamment des besoins en formation, le maintien,

voire l'amélioration, de la qualité de la prise en charge des patients constitue un objectif premier et essentiel en termes d'efficience du système de santé.

- L'évolution des pratiques grâce aux nouvelles formes de coopération représente un élément clé d'attractivité des professions. Pour les médecins, elles peuvent contribuer à améliorer les conditions d'exercice, en développant l'exercice pluri professionnel et en leur permettant de privilégier les activités purement médicales.

Les conditions de formation initiale des professions de santé créent d'emblée une séparation entre les médecins, dont la formation relève d'une filière universitaire longue (9 à 11 ans), et les professions paramédicales, dont la formation correspond à des filières professionnelles plus courtes (3 ans en moyenne). Il n'existe que peu de passerelles à l'exception de celles mises en place à l'issue de la première année de médecine.

Le cadre juridique de l'exercice des professions médicales et des autres professions de santé est construit en référence aux diplômes et à la notion de « monopole médical ». Le monopole médical est défini comme une exonération légale au principe de protection de l'intégrité corporelle des personnes, c'est-à-dire que seuls les médecins sont autorisés à porter atteinte à cette intégrité. Dans le Code de la santé publique, le périmètre d'exercice des autres professions de santé est défini en dérogation à ce monopole.

Les modes de rémunération des professionnels de santé, tant en ville qu'à l'hôpital, offrent *a priori* peu de place au développement de nouvelles formes de coopération. En ville, ils sont construits autour de l'exercice individuel et, à l'hôpital public, ils sont déterminés en fonction des statuts plutôt que des missions.

Il est possible de modifier de manière conjoncturelle le cadre existant pour développer les nouvelles formes de coopération au cas par cas. Cette modification peut concerner le domaine juridique (introduction d'un acte dans un décret d'exercice), la formation ou les conditions de financement des soins (création d'un acte dans la nomenclature) mais cette approche est nécessairement limitée à des ajustements ponctuels et sa généralisation en routine nécessiterait de mettre en place un système complexe.

L'élaboration d'un nouveau cadre de référence professionnel passe par la révision fondamentale et simultanée des trois piliers de l'organisation des professions de santé : le système de formation, le cadre juridique et les conditions économiques d'exercice.

Le système de formation des professionnels de santé doit être repensé dans le cadre du dispositif Licence-Master-Doctorat (LMD), selon un *continuum* de compétences répondant aux besoins de santé publique actuels et à venir, avec en particulier le développement de formations de niveau master et de filières de recherche.

Ainsi, il convient de définir des champs prioritaires pour le développement des nouvelles formes de coopération en fonction des besoins ou des priorités de santé publique identifiés par les acteurs concernés (autorités de tutelle, patients et professionnels de santé) ; de construire des référentiels métiers et compétences permettant de répondre aux besoins identifiés ; de développer une offre de formation adaptée aux enjeux.

Les évolutions du cadre d'exercice des professions de santé constituent un socle indispensable pour créer des conditions favorables au développement des nouvelles formes de coopération.

2.20. L'émancipation et l'assujettissement.

La profession souhaite une réforme innovante et prospective qui ne limite pas le Kinésithérapeute (l'ensemble de nos propositions concernant la ré ingénierie a toujours été dans ce sens) à un rôle passif du système.

Les étudiants doivent être considérés comme de futurs exerçants responsables de leurs choix thérapeutiques et non comme des apprenants temporaires.

La profession souhaite lutter contre l'inégalité d'accès à la formation de kinésithérapeute liée à une approche publique et privée avec les conséquences que cela entraîne.

Cette réforme de la formation initiale tant attendue par notre profession, doit être un élément d'émancipation et en aucun cas, réduire le Kinésithérapeute à un simple technicien.

L'organisation du diplôme doit se faire autour des activités et des compétences auxquelles il prépare. C'est-à-dire, celles d'un praticien responsable au sein d'un système de Santé Publique en pleine mutation.

Si la volonté des tutelles s'associe à celle de la profession, la profession réussira l'intégration d'une profession de santé au processus d'intégration universitaire conformément aux rapports du Professeur THUILLEZ (juillet 2006) et du professeur BACH (février 2008).

La généralisation de la première année commune avec PCEM1 qui permettra aussi de supprimer l'année blanche de préparation au concours, et son intégration au L1 santé qui permettra également de développer une Culture Santé dès la formation initiale pour favoriser l'interaction des missions professionnelles.

Il est temps d'étendre les premières expériences qui datent de 1989, soit plus de 20 ans.

L'intégration de cette 1ère année dans le cursus d'Intégration Universitaire facilitant la démarche LMD conformément au processus de Bologne.

Cette réforme aurait un coût relativement faible pour les comptes publics puisque seulement 20 % des MK exercent en tant que salariés, contrairement à d'autres professions.

La WCPT reconnaît l'existence d'une considérable diversité dans les environnements sociaux, économiques et politiques dans lesquels la formation en kinésithérapie est assurée à travers le monde. La WCPT recommande que le niveau de base de la formation des Kinésithérapeutes soit fondé sur le système universitaire ou sur un niveau équivalent, d'un minimum de quatre ans accordant le statut de Diplômé et la reconnaissance de l'accès à l'exercice professionnel. Ce niveau d'exercice étant ensuite compatible avec un accès vers l'enseignement ou la recherche.

Ce niveau de sortie se situe au grade de Master répondant au double objectif défini par le Ministère de l'Enseignement Supérieur :

1. Leur offrir un parcours menant à une qualification et une insertion professionnelle de haut niveau ;
2. Préparer les étudiants, via les études doctorales, à se destiner à la recherche.

Le premier objectif concernera un faible pourcentage de population professionnelle mais garantira un enrichissement professionnel conforme aux exigences de l'enseignement supérieur.

Le second concernera l'essentiel de la profession et garantira un niveau de connaissance et de responsabilité adapté aux évolutions du système sanitaire.

Cette filière universitaire permettrait également l'identification d'un corps professoral de kinésithérapeutes enseignants.

Il faudra aussi progressivement envisager le fait que certaines activités soient partagées par plusieurs professions de santé pour établir des compétences transversales et spécifiques. Mais attention, les passerelles ne doivent à aucun moment faire oublier l'acte volontaire qu'est l'engagement fort vers une discipline de santé choisie.

Cette mise en commun devrait permettre in fine la mise en place d'une évaluation qualitative collective, d'un travail pluri professionnel autour d'un patient. Ces notions de passerelles sont actuellement fortement débattues avec la répartition des tâches et les transferts de tâches et/

ou de compétences. La réflexion du Professeur MATILLON concernant les compétences nécessaires avec une maîtrise de combinaison de savoirs (Connaissances, savoir-faire, comportement et expérience) en situation, est transposable aux réflexions sur la Formation Initiale.

Il faut à nouveau distinguer deux sortes de passerelles :

- Une première passerelle permettant à des personnes ayant fait d'autres études (Définir le cadre et le niveau de ces études) de rejoindre celles de masso-kinésithérapie en définissant le niveau (En quelle année et selon quelles modalités) ;
- Une deuxième passerelle permettant aux MK de poursuivre un cursus universitaire à partir de M1 ou M2.

La profession refuse une mutualisation « cloisonnante » à niveau bas pour préférer une réelle recherche créant des tronc spécifiques et des tronc communs santé qui respectent les particularités et les diversités professionnelles, quid des rapports du Professeur THUILLEZ (réforme des professions médicales, juillet 2006), du Professeur DEBOUZIE (définition des professions de santé et des passerelles et tronc communs en culture santé, juillet 2003) et du Professeur BACH (réforme de la première année des études médicales, février 2008) .

Le kinésithérapeute, de part le large spectre que couvre son exercice, est en confrontation avec l'ensemble des pathologies issues de la médecine. Il agit fréquemment sur le terrain comme un coordinateur spontané partageant ses compétences dans un espace coordonné à responsabilités partagées. Il devra à l'avenir acquérir des connaissances et des compétences supplémentaires dès sa formation initiale afin de devenir un coordinateur de plein exercice pour garantir et optimiser l'efficacité de son action.

Cette pensée devrait ouvrir le champ des compétences acquises vers des compétences complémentaires de type universitaire en complément de compétences d'exercice professionnel.

La profession souhaite ouvrir cette formation à des nouvelles disciplines comme l'Anglais, les Sciences de l'Education, le Droit, le Management et bien d'autres champs communs.

Le DU élargit le spectre des compétences qui donne la possibilité de s'orienter vers d'autres études. Le complément universitaire doit avoir un vrai contenu universitaire lisible et fongible avec les autres disciplines.

Soulager la profession médicale des consultations non complexes et des suivis de routine, notamment dans les domaines de la traumatologie, rhumatologie et pneumologie, tels

pourraient être les axes clés des missions confiées à la profession de masseur-kinésithérapeute dans un paysage de santé recomposé.

Cette évolution des missions est d'actualité dans les pays nord-américains et d'Océanie. Elle est au stade de la mise en œuvre en Europe du nord.

Dans un travail exploratoire, la DHOS a défini des axes d'évolution du métier dans les dix ans à venir.

« Dans le domaine de la santé publique : évolution vers un accroissement de la gérontologie et une multiplication des filières gériatriques disposant de toute la palette des prises en charge, la chronicisation des maladies, la prise en charge des enfants polyhandicapés qui deviennent adultes, le traitement et le suivi des patients cancéreux.

Dans le domaine de la recherche de l'efficience avec un passage d'une logique de moyens à une logique de résultats,

Dans l'équilibre à trouver entre polyvalence, plurivalence (bi ou tri) et expertise. La réduction progressive de la durée moyenne de séjour va renforcer la plurivalence des masseurs-kinésithérapeutes, modifier les pratiques dans le sens d'une plus grande part d'évaluation, d'orientation et d'anticipation du parcours de soins du patient. » (DHOS, monographie de la profession de masseur kinésithérapeute, 2008)

L'universitarisation de la formation peut se faire en favorisant les partages d'enseignements entre les formations aux professions de santé, notamment.

Un master 2 permettrait l'acquisition d'une expertise nécessaire pour répondre aux besoins de santé de la population et pour développer des pratiques innovantes. Ceci a pour conséquence, de garantir la compétence des professionnels par une formation initiale, mais également continue de qualité. Il est indispensable de renforcer la responsabilité sociale des acteurs de santé.

Un master 2 déboucherait sur des compétences permettant au kinésithérapeute d'intégrer une démarche éducative, de s'adapter aux demandes selon les différents âges de la vie, d'être capable d'établir un diagnostic différentiel éliminant une éventuelle contre-indication à la kinésithérapie et d'établir un diagnostic professionnel propre, préalable à une prise en charge (management).

Le kinésithérapeute de demain devra avoir les compétences d'un généraliste des pathologies du mouvement mais également avoir les compétences spécifiques permettant de répondre aux besoins de santé particuliers du territoire dans lequel il exerce.

Intégrer la formation à des exercices orientés dans la formation initiale des kinésithérapeutes permet de répondre aux besoins de soins spécifiques (gériatrie, ostéopathie, pneumologie...) tout en offrant des garanties de qualité.

La reconstruction de la formation initiale doit également intégrer une dimension d'évolution de carrière pour permettre aux praticiens de changer d'orientation au sein de leur propre profession en orientant leur activité professionnelle en fonction de leurs motivations, de leur projet de vie ainsi que de l'évolution des besoins de santé. Cette dimension stratégique de l'évolution est prônée par l'OMS (2006). Cette dimension d'évolution de carrière, aujourd'hui quasi inexistante aussi bien dans l'exercice en mode salarié qu'en mode libéral, est impérative pour maintenir l'attractivité (exercice de la kinésithérapie en général) ou améliorer l'attractivité et la fidélisation (exercice salarié).

Le comportement social au travail est la conséquence de la formation initiale et des possibilités (ou non) de poursuite d'études. Aujourd'hui contraint par une formation initiale trop courte et incomplète malgré une densité extrême, où la créativité et l'expression des personnalités ne peuvent pas être encouragées, les professionnels peuvent être enclins à subir leur exercice. La formation- formatage sans possibilité d'épanouissement individuel se traduit par l'acquisition puis l'usage d'une compétence fermée, réduite à un savoir faire technologique peu propice au développement personnel continu. Le triangle de la formation « savoir/savoir-faire/savoir-être » devient inopérant lorsqu'aucune possibilité d'évolution n'est possible.

L'ouverture de possibilités de formation complémentaires ouvre la voie à la recherche, à l'enseignement et à l'expertise et, renforce la fonction managériale. Les passerelles créées permettraient la réorientation vers ces métiers, en utilisant les UE acquises.

L'évolution de la formation à un niveau master permettrait de faciliter des évolutions de carrière tout au long de la vie. Elle faciliterait les réorientations vers des formes particulières d'exercice du métier de masseur-kinésithérapeute: formation, management, recherche, coordination, prévention.

L'universitarisation de la formation au sein d'un dispositif universitaire, lui-même aujourd'hui en pleine restructuration et regroupement, permettrait de donner plus de lisibilité nationale et internationale à la formation initiale des kinésithérapeutes. Le partenariat avec

des pôles de formation et de recherche de dimension nationale voire internationale sera une plus-value intéressante pour la profession et *in fine* pour les usagers.

Concernant le recrutement, 21 IFMK (sur les 39 existants) sont déjà en convention avec des universités. Plusieurs sont également en convention pour la suite de la formation.

Près de 100 kinésithérapeutes titulaires d'un doctorat d'université et près de 500 titulaires de masters, renforcés par plus de 1000 de cadres de santé en 2010.

2,1 % des étudiants entrant en première année de formation professionnelle étaient titulaires d'un master ou d'un diplôme d'exercice d'une profession médicale (sage-femme, chirurgien dentiste, médecin) et 3,6 % étaient titulaires d'une licence (L3) ou d'une maîtrise (M1).

En fait, quel que soit le mode de recrutement, sur concours portant sur les programmes de terminale S ou selon un mode dérogatoire expérimental (PACES (ex PCEM1), Licence 1 sciences de la vie ou Licence 1 STAPS), les recrutés ne sont pas issus directement du baccalauréat (99,1 %). Au total, 43,8 % ont suivi une classe préparatoire spécialisée, 45,3 % une première année d'études du 1er cycle des études médicales en faculté de médecine (PACES) et 4,6 % des études supérieures dans une autre filière. 1,5 % étaient en situation d'emploi, dans le secteur de la santé ou dans un autre secteur économique.

98 % des étudiants actuels sont lauréats d'un baccalauréat S et ont suivi au moins une année d'études après le baccalauréat avant d'intégrer la formation.

En matière de santé, pour conserver son modèle de protection sociale, la France se trouve confrontée à une triple problématique :

- La demande croissante de soins, liée quantitativement au vieillissement de la population et à la progression de la dépendance, et qualitativement au besoin prégnant de prévention et de bien être physique et moral ;
- La pression économique de l'augmentation des dépenses de santé, tant sur le budget de la protection sociale que sur celui des ménages ;
- La baisse démographique des professions de santé, et particulièrement la réduction du nombre des médecins en activité dans les spécialités de la médecine physique et de réadaptation et de la rhumatologie.

La modernisation de la profession de masseur-kinésithérapeute est l'un des éléments de réponse à ces difficultés :

- A l'interface des métiers du corps, avec un rôle prépondérant dans la prise en charge préventive, curative et palliative des pathologies du mouvement, elle dispose de compétences effectives étendues ;
- Les expériences dans les pays anglo-saxons et d'Europe du nord montrent que l'accès direct aux kinésithérapeutes (physiothérapeutes) est un facteur de maîtrise des dépenses de santé ;
- Plus jeune et moins impactée par choc démographique, elle ne présente pas le même risque d'effondrement de ses effectifs.

Cependant, en France, la réglementation anachronique de la profession confine les masseurs-kinésithérapeutes, lorsqu'ils exercent leur art dans un but thérapeutique, à un rôle d'auxiliaire exécutant les prescriptions médicales. Ils ne peuvent ainsi concevoir et réaliser certains actes réservés aux médecins, ni satisfaire directement aux demandes et aux besoins des patients.

Pour répondre aux besoins actuels et futurs de santé tout en garantissant la qualité des soins, le rapport préconise la rénovation de la formation et de l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute :

L'universitarisation de la formation avec un diplôme d'exercice de niveau master et une filière doctorante permettrait :

- De valider des techniques basées sur la preuve à partir de recommandations de bonnes pratiques, non plus définies par des experts sur la seule foi de la littérature anglo-saxonne, mais élaborées aussi à partir de travaux de recherche réalisés dans les universités françaises ;
- De didactiser et d'enseigner les savoirs en kinésithérapie produits par la recherche ;
- D'absorber des effectifs plus importants, intégrant toutes les catégories de la population, en conservant la qualité de la formation et en facilitant la reconnaissance internationale ;

Une pratique rénovée, adaptée aux besoins de la santé publique, avec :

- Un accès direct étendu ;
- Des kinésithérapeutes concepteurs et réalisateurs de leurs actes, en capacité de réaliser la recherche et l'évaluation de leurs pratiques ;
- Le développement de la prise en charge préventive des altérations des capacités fonctionnelles, priorité de santé ;

- La prescription par les kinésithérapeutes de certains actes délégués à des assistants en physiothérapie.

2.21. Les Modèles convoqués

2.21.1. Les modèles de la posture.

Littéralement la posture est définie, dans le dictionnaire de l'Académie française selon deux versants : d'une part « *Attitude, situation où se tient le corps* »; et d'autre part « *...état où est quelqu'un par rapport à sa situation morale ou sociale, à son crédit* ».

J. Ardoino (2000) définit la posture comme « *la façon dont un individu s'inscrit dans une situation* », et établit un triptyque Agent/Acteur/Auteur.

a/ Posture d'Agent

Le sujet subit. Il est passif, sa tâche est prescrite. C'est un exécutant. Il n'a pas de pouvoir sur les règles déterminant son action. *L'agent est une personne qui, dans un domaine limité, exerce une action d'exécution, définie par une autorité ou une personne publique ou privée dont elle relève (selon <http://www.cnrtl.fr/definition/agent>)*. Il est en position de soumission et d'application. Le sujet est « *essentiellement agi* » (Ardoino, 2000), il est défini par ses fonctions.

b/ Posture d'Auteur

Selon Ardoino (2000), l'auteur est « *celui qui réussit à se situer lui-même comme étant à l'origine, à la source de son propre devenir* ».

Le sujet auteur, invente, innove. Il se situe à la source et produit du sens, il crée et développe « *un processus d'autorisation* » Ardoino (2000). L'auteur est celui qui a l'initiative, le savoir. (...) « *l'autorisation devient le fait de s'autoriser, c'est à dire l'intention, et la capacité conquise, de devenir, soi-même, son propre co-auteur, de vouloir se situer explicitement à l'origine de ses actes, et, par conséquent, de lui-même en tant que sujet. Il reconnaît, ainsi, la légitimité comme la nécessité de décider de certaines choses par lui-même* » Ardoino (1993)

2.21.2 Les concepts de la Compétence

D'après le dictionnaire Robert® étymologique du français, ce mot apparu au XVème siècle vient du latin « *competere* » qui signifie « *convenir, revenir à* ».

Le Boterf (1994, 2002, 2006), distingue « *avoir des compétences et agir avec compétence* ».

« Capacité que possède une personne de porter un jugement de valeur dans un domaine dont elle a une connaissance approfondie ». CNRTL (www.cnrtl.fr)

a. Compétence d'Imitation

C'est savoir « *exécuter une opération prescrite* », pouvoir reproduire une technique ou un geste. Le Boterf parle de « *savoir faire* ».

b. Compétence d'Innovation (méta compétences)

L'innovation ou « *savoir agir* » pour « *gérer des situations complexes et évènementielles ; prendre des initiatives ; coopérer* ».

2.21.3 Les modèles de la santé.

Définitions de la Santé

« *La Santé est la capacité à surmonter les crises* ». (CANGUILHEM 1966 *Le normal et le pathologique*)

« *La Santé est la capacité que possède tout homme de s'affirmer face au milieu ou de prendre la responsabilité de sa transformation* ». (ILLICH 1992 *Coppé, Schoonbroodt*)

« *Santé : bon état physiologique, un fonctionnement régulier et harmonieux de l'organisme humain pendant une période appréciable, un équilibre et une harmonie de la vie psychique* ». (Petit Robert).

« *La santé, c'est la vie dans le silence des organes* ». (LERICHE 1936).

« *Santé : état de celui qui est sain, qui se porte bien : ménager sa santé, état habituel*

d'équilibre de l'organisme : santé délicate ». (LAROUSSE)

« L'homme sain, c'est celui qui est capable de riposter à un monde complexe et mouvant, qui peut inventer à chaque instant de nouvelles normes de conduite, qui s'ajuste moins au monde qu'il n'est capable de le modifier ». (BASTIDE 1992 Coppé, Schoonbroodt)

« La santé est une adaptation complète au milieu de vie, une capacité de faire face aux divers facteurs de l'environnement, la maladie étant une réponse inadéquate au changement du milieu ». (DUBOS 1992 Coppé, Schoonbroodt)

La santé est : «État physique et mental relativement exempt de gênes et de souffrances qui permet à l'individu de fonctionner aussi longtemps que possible dans le milieu où le hasard ou le choix l'ont placé » (DUBOS 1992 Coppé, Schoonbroodt) *qui présente la santé comme la convergence des notions d'autonomie et de bien-être.*

Une définition négative

« La santé c'est l'absence de maladie ».

Une définition positive

« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité ». OMS art.1 (1946)

« La santé est la mesure dans laquelle un individu ou un groupe peut, d'une part, réaliser ses aspirations et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu et s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne et non comme le but de la vie ; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles ainsi que les capacités physiques ». Charte d'Ottawa (1986)

Les 2 modèles de Santé (d'après BURY 1988 Éducation pour la santé. Concepts, enjeux, planifications.)

a. Dans le **modèle biomédical curatif** :

- La maladie est principalement organique ;
- Elle n'affecte que l'individu ;
- Elle doit être diagnostiquée et traitée sur un mode surtout curatif ;
- Par des médecins ;
- Dans un système organisé autour d'hôpitaux.
- « *Le modèle biomédical infère que la maladie provient principalement d'un problème organique. Il véhicule l'idée selon laquelle toute maladie a une cause biologique qui peut être guérie. Le modèle médical est essentiellement centré sur une approche curative comportant des investigations diagnostiques et des actions thérapeutiques. Le médecin est le seul référent de cette approche.* » (D'Ivernois et Gagnayre, 1995, cités par Gatto, 2005)

Cette définition place la maladie, le médecin et l'action curative comme les pierres angulaires de la bâtisse médico-sociale représentée par la Sécurité Sociale. Pour F. Gatto, « *Il était inutile de perdre son temps à chercher, à s'intéresser aux interactions du sujet avec son environnement physique, psychique, social, puisqu'en cas de maladie, la médecine pouvait les guérir.* » (Gatto, 2005)

b. Dans le **modèle global non positiviste** :

- La maladie est un phénomène complexe qui résulte de facteurs organiques, mais aussi individuels et sociaux ;
- Elle affecte l'individu, sa famille et son environnement ;
- Elle demande une continuité de la prévention à la réadaptation ;
- Elle est prise en charge par divers professionnels de la santé qui travaillent en concertation ;
- Dans un système ouvert et interdépendant avec la communauté.

2.22. Santé, santé publique, éducation thérapeutique : constats problématiques :

La santé publique se définit comme « *La science et l'art de prévenir les maladies, d'améliorer, de prolonger la vie, la santé et la vitalité mentales et physiques des individus par le moyen d'une action collective concertée visant à assainir le milieu, à lutter contre les maladies qui présentent une importance sociale, à enseigner à l'individu les règles de l'hygiène personnelle, à organiser des services médicaux et infirmiers en vue du diagnostic précoce et du traitement préventif des maladies, ainsi qu'à mettre en œuvre des mesures sociales propres à assurer à chaque individu de la collectivité un niveau de vie compatible avec le maintien de la santé, l'objet final étant de permettre à chaque individu de jouir de son droit inné à la santé et à la longévité.* » (Honoré, 1999)

La demande de santé évoluant vers plus de prise en charge de la part du patient, dans un partage conjoint des rôles de santé avec le corps médical, les politiques de santé (Kouchner, 2001 ; Raffarin, 2002) recommandent une approche thérapeutique différente en

« *passant d'un système de soins où la maladie est au centre du dispositif de santé à une génération de soins où la santé serait vue par l'équilibre dynamique et évolutif entre la population et son environnement.* » (Gatto, 1999)

Maintenant, considéré dans un contexte global et dans un équilibre dynamique et évolutif, l'individu est invité à prendre une part active dans le processus de santé, devenant

« *co-auteur, co-évaluateur, co-décideur de sa santé : comportements, modes de vie, traitements thérapeutiques, prescriptions...* » (Gatto, 2005)

Il faudra attendre 1986 et la charte d'Ottawa pour sensibiliser l'opinion, en définissant la santé autrement, comme un moyen parmi d'autres de se réaliser. « *La santé est perçue comme une ressource de la vie quotidienne et non comme un but dans la vie. C'est un droit fondamental de l'être humain. Il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles ainsi que les capacités physiques (...)* La promotion pour la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Ils doivent pouvoir identifier et réaliser leurs ambitions, satisfaire leurs besoins et évoluer avec leur milieu. » (OMS, 1986)

En effet, la promotion de la santé n'occupe pas seulement le terrain sanitaire mais va également au-delà des modes de vie sains des personnes pour s'intéresser à leur bien-être en

les sensibilisant et les informant sur leurs modes de vie, en améliorant leur environnement éducatif, social et culturel, et en cherchant à développer les compétences et les aptitudes de chacun.

C'est pourquoi la promotion de la santé englobe l'éducation à la santé en lui ajoutant une dimension environnementale car moins centrée sur l'individu, le groupe et les comportements.

Il ne s'agit pas de diminuer l'impact des soins indispensables puisqu'ils prennent en charge des personnes malades en leur proposant des thérapies les plus efficaces possibles. Mais, on ne peut que se réjouir de la prise en compte actuelle de la notion de bien-être qui va plus loin que la démarche de soins en s'intéressant aux individus dans leur vie propre, but ultime d'une politique de santé cohérente.

Education à la santé, responsabilisation et autonomie

« Une action exercée sur les individus pour les amener à modifier leur comportement. D'une manière générale, elle vise à leur faire acquérir et conserver des saines habitudes de vie, à leur apprendre à mettre judicieusement à leur profit les services sanitaires qui sont à leur disposition et à les conduire à prendre eux mêmes isolément et collectivement les décisions qu'impliquent l'amélioration de leur état de santé et de la salubrité du milieu où ils vivent ».

Rapport technique de l'OMS, en 1969

Puisque l'équilibre de la santé repose sur des facteurs psycho-sociaux autant que sur des problèmes organiques, la question d'une éducation à la santé s'est imposée pour mener des actions favorisant le changement des habitudes nuisibles à la santé.

« L'éducation à la santé est un ensemble d'interventions qui visent à informer, motiver, et aider la population à adopter volontairement des comportements favorables à la santé. »
(Gatto, 2005).

Elle fait partie intégrante de la promotion de la santé et concerne tous les individus dans leur globalité, qu'ils soient bien portants ou malades, mais aussi les familles et les groupes.

L'éducation à la santé comprend l'enseignement de méthodes ayant pour objet la création de conditions de vie plus saines afin de permettre aux personnes de s'aider elles-mêmes, dans une prise de responsabilité individuelle et collective de choix de vie favorables à la santé, à la

qualité de vie et au bien-être. Les individus sollicités changent alors de statut pour devenir acteurs de leur propre santé et responsables de leurs comportements de vie. Il s'agit de travailler *avec* les personnes et non *pour* elles, au moyens d'interventions éducatives (information, communication, sensibilisation, etc...) propices à acquérir les capacités de modification de leurs comportements de vie.

Education thérapeutique du patient

L'éducation thérapeutique est un changement récent de conception de la santé qui infère que le patient est capable de se prendre en charge en un temps donné. Cependant, à l'inverse de l'éducation à la santé qui s'inscrit dans une prévention primaire (éducation des comportements à risque avant toute maladie), l'éducation thérapeutique s'adresse majoritairement aux malades chroniques où l'apprentissage de compétences et de comportements est essentiel pour vivre dans de bonnes conditions avec leur maladie. L'objectif est d'éduquer pour mieux soigner : « *L'éducation thérapeutique du patient a pour but de former les patients à l'autogestion, à l'adaptation du traitement à leur propre maladie chronique, et de leur permettre de faire face au suivi quotidien.* » (Gatto, 2005)

En somme, l'éducation thérapeutique se donne pour mission d'établir un transfert organisé des compétences du soignant vers le patient dans une perspective planifiée d'autonomisation et de responsabilisation. Ce projet éducatif doit conduire à l'auto questionnement, et au changement de comportement.

Les travaux de F. Gatto montrent que « l'appropriation des différentes approches théoriques de la santé, de la formation, de l'évaluation, de l'éducation, de la recherche, de l'encadrement, de la prévention, et de l'économie de la santé est indispensable pour développer des soins de qualité et permettre l'évolution de la professionnalité et de la professionnalisation des praticiens. » (Gatto, 2005).

C'est pour cela que l'état a réformé le système de santé pour obliger les professionnels de santé à prouver l'efficacité et l'efficience de leurs pratiques au travers d'un système d'évaluation (EPP).

Ce nouveau savoir des professionnels de santé facilite le glissement du paradigme biomédical au paradigme de santé global où l'individu est considéré dans sa globalité et où l'approche objectiviste du soin n'exclut plus la subjectivité de l'histoire de la personne, ses attentes, ses projets, ses émotions et son environnement. L'objectif de cet accompagnement médical éducatif n'est pas tant d'informer le patient ou le non malade mais plutôt de

l'aider à gagner en autonomie et à se responsabiliser par rapport à sa santé.

En résumé :

- nécessité d'une responsabilisation et d'une autonomisation des personnes en matière de gestion de la santé ;
- la notion de responsabilisation concerne en premier lieu les comportements individuels (qui font partie intégrante des déterminants de la santé) : entrent dans ce cadre l'hygiène de vie, la relation à l'environnement matériel et social, et les actions concrètes des personnes en direction de leur santé (démarches de soin) ;
- Enfin, un troisième point concerne les représentations individuelles de la santé, directement liées à la manière dont les personnes se perçoivent et vivent leur corps.

3. Matrices théoriques

3.1. Posture Agent/Auteur : (Gatto 2007 , Ardoino 2000)

	Agent	Auteur
Ardoino, 2000	<i>Le sujet subit, il est spectateur, usager ou pire assujetti. Il n'a pas de pouvoir sur les règles du jeu qui déterminer son action. Il est en position de soumission et d'application.</i>	<i>L'acteur est reconnu comme coproducteur de sens, il est pourvu de conscience et d'initiative, capable de stratégie. C'est celui qui réussit à se situer comme étant à l'origine, à la source de son propre devenir.</i>
Gatto et al, 2007	Dans la posture d'agent, les savoirs pré existants, expérientiels du thérapeute doivent être évacués pour se conformer à la norme des pensées, des discours et des pratiques professionnelles dictées par les scientifiques. Dans notre cas, le kinésithérapeute applique.	<i>Il se situe dans un registre d'interprétation. Il invente, innove. Il se situe à la source et produit du sens. Les pratiques sont inventées à partir des savoirs et de l'expérience. Ce paradigme est caractérisé par la compréhension en cheminant, l'incertitude, le scepticisme, le relativisme et l'écoute.</i>
Indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> • Applique les techniques et/ou protocoles. • Reste conforme aux recommandations ou à la prescription. • Pas de décision, pas d'avis. • Conformité stricte aux règles, normes, techniques. • Prescrit. 	<ul style="list-style-type: none"> • S'autorise, modifie ses comportements. • Se situe à l'origine de son propre devenir. • Confronte une ou plusieurs théories ou modèles de champs scientifiques (professionnelle, sciences humaines, savoirs médicaux, psychologie). • Accès direct.
Critères	<ul style="list-style-type: none"> • La tâche est prescrite à réaliser suivant des normes. • Le travail est peu rémunéré. • L'erreur est une faute. • S'il existe un écart entre demandé et réalisé, il est fait appel à l'acteur. • kinésithérapeutes et patients. 	<ul style="list-style-type: none"> • Possède les savoirs. • Pouvoir, autonomie, responsabilité. • Travail bien rémunéré. • Peut prendre les 3 postures. • Il change de modèle théorique, change la prescription, le projet, le programme. • Médecin, Docteur

3.2. Concept de Compétence (LeBoterf, Morin)

	Critères	Indicateurs	Auteurs
Compétence d'Imitation	Savoir-faire Procédures	compétences techniques Activité précise et stricte	LeBoterf, Morin,
Compétence d'Innovation (méta compétences)	Réflexion pensée logique Savoir théorique et savoir faire utilisés en adaptation au contexte	Initiative Créativité Conceptualisation Conception pertinente entre plusieurs sources	

3.3 les Modèles de santé

MODELE	CRITERES	INDICATEURS	CONSEQUENCES	AUTEURS
BIO MEDICAL CURATIF	<ul style="list-style-type: none"> - Modèle de la médecine triomphante - Protocole, systématisation, robotisation, RBP - Erreur = Faute - Prescription, peur et culpabilité - Place la maladie au centre du dispositif de soins. - Evaluation contrôle - Dogmatique - Management directif - Il est imaginé que la biologie peut vaincre toutes les maladies - Les médecins sont les seuls référents. -Le patient est agent La santé, c'est l'absence de maladie. - Renforcement positif et négatif Les paramédicaux sont des agents prescrits 	<ul style="list-style-type: none"> - Un patient porteur de déficits peut se considérer en bonne santé - Les notions de prévention et d'éducation font partie intégrante du soin. - Le monde hospitalier s'ouvre : les réseaux de soins naissent - Les facteurs personnels et environnementaux du patient et de sa famille, ses motivations, ses projets, ses émotions, ses savoirs de l'expérience sur sa gestion du handicap, sa subjectivité sont pris en compte - Le projet du patient, ses attentes, ses émotions, ses savoirs de l'expérience sont interrogés. - Le « patient –partenaire », co-auteur peut modifier le cours du traitement - Le professionnel construit le soin en cheminant avec le patient Il accompagne le patient et sa famille dans l'apprentissage de la gestion de la maladie 	<ul style="list-style-type: none"> - la non écoute du malade, - le médecin sait à la place du malade, - les demandes ne sont pas prises en compte, - le contexte social n'est pas pris en compte (le malade est appelé par sa maladie), - les soins sont mécanisés, systématisés et protocolisés, - le professionnel est un robot exécutant des recommandations des pratiques en fonction de la pathologie. 	Leriché 1936 D'Ivernois et Gagnayre, 1995

MODELE	CRITERES	INDICATEURS	CONSEQUENCES	AUTEURS
GLOBAL NON POSITIVISTE	<ul style="list-style-type: none"> - L'écoute, l'acceptation de la différence - Le respect de la vérité du patient, - La non conformisation à des programmes préétablis à l'avance - L'utilisation de théories et modèles de l'éducation dans la pratique de soins : <ul style="list-style-type: none"> •Non dogmatique •Management participatif •Evaluation •questionnement - L'incertitude, l'imprévisible, le non jugement - La co-construction avec le patient de l'évaluation, des objectifs et du programme de santé - La conceptualisation de l'action dans l'action de soins - Le patient est co-auteur - Le paramédical est co-auteur - L'erreur est un écart - Non culpabilisant 		<ul style="list-style-type: none"> - Le patient est co-décideur, il peut stopper le programme thérapeutique. Il se développe un sentiment de liberté et non de culpabilité. - Les soins sont personnalisés en fonction de ses possibilités et de ses demandes. - Le patient a droit à l'erreur : l'erreur n'entraîne pas de culpabilité de faute, de peur, d'exclusion, de sanction. Au contraire elle permet au praticien de travailler sur les processus, de se remettre en cause et de réorienter le programme thérapeutique - Le patient se sent accepté, écouté dans sa vérité. - Il se développe chez le patient un esprit critique, autoréflexif par rapport à sa maladie et au système de santé. Sa vigilance augmente. - Le patient apprend à gérer sa maladie pour améliorer son autonomie fonctionnelle et ses indicateurs bio-médicaux et éducatifs. - Il apprend à mesurer et à évaluer ses indicateurs bio-médicaux et à adapter ses activités en fonction des mesures (alimentation, médications, auto-soins, repos, appel médical ...). - Il acquiert la compétence à donner des informations pertinentes sur son état de santé aux professionnels qui l'accompagnent. - Il connaît mieux les variations de son état de santé en fonction de ses activités de son stress, de son traitement, de son alimentation et de son environnement. 	<p>Loi du 4 mars 2002 Ardoino 2000 OMS 1986(charte d'OTTAWA) Bury 1988 Illich 1975 Mongeau 1976 Deccache 2000 D'Ivernois &Gagnayre 2004 Gatto 2004 Gadamer 1998 Touraine 1992 Cherbonnier 2000 Lecorps & Paturet 1999</p>

4. Résultats déjà publiés

4.1. Résultats d'un mémoire sur la création d'une discipline :

(Gilles MINGHELLI Master 2 SDE promotion 2010 - 2011 Montpellier)

Entretien avec un historien, Professeur des Universités, directeur d'un département des Sciences de l'Education

La clé d'entrée dans le processus de constitution d'une discipline c'est la recherche.

Pour améliorer la qualité des soins en puériculture, la sécurité, la santé des enfants et pour contribuer à l'émancipation de la profession la question de recherche a été : *comment créer une discipline universitaire où sont produits des savoirs spécifiques aux puéricultrices et où les techniques enseignées sont produites scientifiquement ?* A partir d'une recherche documentaire sur la construction des sciences il a été effectué un entretien non directif auprès d'un historien, Professeur des Universités, directeur d'un département des Sciences de l'Education.

Les données recueillies ont été traitées d'une part par analyse quantitative qui au moyen du logiciel Dico® a fait apparaître les thèmes prévalents et d'autre part par une analyse qualitative qui a mis en évidence les informations cognitives.

Les résultats permettent d'établir un guide théorisé pour la constitution d'une discipline en France en 2011.

Cinq conditions sont à remplir :

- Produire des savoirs par la recherche scientifique.
- Fonder la recherche sur un questionnement particulier, original, puissant auquel elle apporte des réponses.
- Produire des concepts originaux.
- Porter la discipline par une équipe d'enseignants-chercheurs qui se constitue progressivement à partir d'une discipline préexistante, puis dirigée par un professeur des Universités qui définit un axe de recherche et dispose d'un laboratoire de recherche.
- Faire reconnaître le dispositif construit par le Conseil National des Universités.

Pour réussir et obtenir une discipline il faut développer une stratégie dans quatre directions :

- faire un état des rapports de force internes et externes de la profession dans son contexte c'est-à-dire la contextualiser,
- démontrer que la discipline produit des concepts,

- montrer que les questions répondent à des demandes de la société,
- investir l'institution universitaire.

Mots clés : concepts, discipline, institution, profession, question, recherche, société, stratégie.

Il n'y a pas de discipline scientifique en dehors de l'Université. La constitution d'un cursus disciplinaire à l'Université dépend d'une décision du ministre de la Recherche et de l'enseignement supérieur.

4.2. Résultats de l'enquête CNOMK / CIROMK PACA Corse sur l'EPP :

L'expérimentation d'EPP des MK s'est réalisée de juin 2009 à septembre 2010.

- Population : 667 MK sur 19 régions.
- Nombre d'actions d'EPP : 62 actions d'EPP.
- Nombre d'heures de formation EPP : 473 heures de formation
- Outils de mesure pré – EPP et post – EPP : Six questionnaires à choix multiples (QCM) construits et validés par des universitaires, des MK et le CNOMK. Les QCM théorisés portaient sur 6 thèmes : Les fondamentaux à maîtriser et à utiliser en EPP, La personne âgée non grabataire, l'hygiène et la sécurité, l'AVC, la bronchiolite, la lombalgie chronique.
- Les résultats de l'évaluation pré - EPP montrent que les MK utilisent en situation de soin des compétences conformes aux référentiels d'activités à 69%. Ces excellents résultats valorisent les pratiques des MK et confirment les résultats obtenus par l'enquête nationale menée par le CIROMK PACAC soutenu par le CNOMK sur un échantillon représentatif de 1678 MK (conférence de presse le 25 septembre 2009 au CNOMK).
- Les résultats de l'évaluation post EPP montrent que les MK utilisent en situation de soin des compétences conformes aux référentiels d'activités à 89% en situation de soin.
- Ces résultats prouvent la très importante efficacité des actions EPP. La progression de 20% par rapport aux résultats pré – EPP est remarquable.

Les résultats de cette expérimentation menée en partenariat entre le CNOMK et l'HAS appuient incontestablement sur le plan scientifique et sur le plan politique les demandes du CNOMK pour obtenir sur le plan réglementaire cinq avancées nécessaires à la santé

publique.

- Une sortie de formation initiale des MK à un niveau de Master 2.
- Un accès direct des patients aux MK.
- Un diagnostic différentiel en MK.
- Une profession médicale de MK à compétences définies.
- Une discipline en MK.

4.3. Les Masseurs-Kinésithérapeutes et leurs partenaires de soins: quelles représentations sociales ? (Cécile ABOUDI, M2 Montpellier 2010)

L'image des Masseurs-Kinésithérapeutes (MK) a déjà fait l'objet d'études auprès des patients par le CNOMK en 2009 et par Xavier Rey en 2010.

Les acteurs du système de soin manifestent une méconnaissance de la profession de MK et de ses compétences spécifiques.

Nous avons entrepris une recherche dans le cadre d'un mémoire de Master 2 en sciences de l'éducation pour mettre à plat leurs représentations.

Une représentation sociale est « un ensemble organisé d'informations, d'opinions, d'attitudes et de croyances à propos d'un objet donné ». (Abric, 2003). Notre étude de la représentation sociale des MK par les autres professionnels de santé a utilisé une démarche pluri-méthodologique : analyse de définitions, réseau d'association et questionnaire. L'exploration des représentations s'est faite à partir des définitions des dictionnaires Larousse®, du Dictionnaire de Médecine Flammarion®, de la définition de la profession de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes français, ainsi que celle de la « Federation of State Boards of PhysicalTherapy » des USA. La population est donc nationale et internationale. Le « réseau d'association » a été établi avec une femme médecin généraliste libéral et une infirmière salariée.

Le questionnaire a été renseigné par 81 professionnels de santé salariés et par des libéraux prescripteurs direct ou indirect de MK. Nous avons des Médecins généralistes et spécialistes, des Infirmiers, des Ergothérapeutes, des Chirurgiens- dentistes, des Orthodontistes, des Sages-femmes et des Pharmaciens. Les résultats : Les thèmes présents sont : les caractéristiques professionnelles (Capacités physique, Techniques masso- kinésithérapique, Education à la santé), les qualités Humaines (Ethique, Ecoute, Dynamisme) et les caractéristiques innées (Sensoriel, Créatif, Mercantile). Le noyau central des représentations regroupe « les techniques de rééducation », « le professionnalisme » et « l'autonomie ». Les éléments

périphériques sont essentiellement des qualités Humaines. La zone muette (éléments contre-normatifs) présente deux sous-groupes : « motivation financière » et « perceptions sensorielles différentes ».

L'enquête a aussi permis de montrer que les autres professions de santé se représentent les kinés comme un groupe :

- qui a de l'initiative et du savoir (86,7% des réponses) ;
- qui sait gérer des situations complexes et évènementielles ;
- prendre des initiatives ;
- coopérer (100% des réponses).

Les résultats de cette enquête sont très positifs pour la profession de MK. Ils montrent que sa représentation sociale est en avance sur le cadre réglementaire français.

Cécile ABOUDI. MK Master 2 en Sciences de l'éducation

4.4. Contribution de la recherche qualitative à l'émancipation de la profession de Masseur-kinésithérapeute. (Roland QUEINEC, M2 Montpellier 2010)

1. Contexte :

Le CIROMK PACAC en partenariat avec l'université a obtenu en juin 2009 d'excellents résultats scientifiques concernant l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) des MK sur un échantillon représentatif de 1678 MK. Ces résultats ont été confirmés en septembre 2010 par les résultats de l'expérimentation d'EPP, conventionnée entre l'HAS et le CNOMK, et réalisée auprès de 667 MK sur 19 régions. Les MK appuient leurs pratiques sur des savoirs et savoir-faire conformes en médico-kinésithérapie et en éducation à 70 % et les actions d'EPP permettent aux MK d'augmenter leur conformité à une valeur de 90%. Compte tenu de ces résultats, dans le cadre d'un mémoire de Master 2 en sciences de l'éducation il a été mis en place une nouvelle enquête scientifique basée sur une méthode qualitative. Cette recherche avait pour objectif de repérer les obstacles à l'émancipation de la profession de MK.

2. Question de recherche :

Comment permettre l'amélioration des conditions de travail des masseurs-kinésithérapeutes sur le plan politique et sur le plan réglementaire ?

3. Population :

Le président du conseil régional de l'ordre des médecins de la région Provence-Alpes-Côte-

D'azur (PACA), le Dr Jean-Luc Le Gall qui a accepté que son nom soit cité.

4. Outil d'enquête :

Un entretien semi-ouvert.

5. Recueil des données :

Un entretien semi-ouvert d'une heure a été effectué, enregistré et retranscrit.

6. Traitement des données :

Les logiciels dico et contexte n'ont pas été productifs. Il a été décidé de réaliser une analyse de contenu de l'entretien avec recherche par indexation notionnelle à sept entrées : l'accès direct, la prescription des MK, la formation des MK, les conditions scientifiques, les conditions économiques, les conditions politiques et les conditions administratives.

7. Synthèse des résultats et réponse à la question de recherche: Sur les sept entrées, deux se constituent en obstacle et ne vont pas dans le sens de l'amélioration des conditions de travail des masseurs-kinésithérapeutes. Il s'agit de l'accès direct et des conditions politiques. Les cinq autres entrées sont positives. Il est montré que pour déstructurer ces deux obstacles et s'émanciper les MK devraient travailler en partenariat avec des médecins et avec des universitaires titulaires à différents niveaux.

Il serait donc pertinent de construire un groupe de recherche incluant des MK, des médecins et des universitaires titulaires dans les domaines de la médecine, de la didactique, et du droit pour produire les conditions de déstabilisation des deux obstacles et permettre l'émancipation de la profession de MK.

Roland QUEINEC, MK Master 2 en sciences de l'éducation

4.5. Résultats Mémoire M2 Tristan MARECHAL, promotion Paris 2010/2011

Afin de pouvoir continuer de proposer un égal accès pour tous à des soins de qualité ; afin d'améliorer la santé des patients ; afin de valoriser le dispositif formation initiale et continue des kinésithérapeutes ; afin de faciliter l'adhésion de ces derniers à ces évolutions, il a été posé une question de recherche : *quelles sont les conditions actuelles et factuelles à remplir pour permettre à la profession de kinésithérapeute de s'émanciper ?*

La présente recherche s'est intéressée à déterminer si par ailleurs il existait des obstacles à cette évolution du côté des médecins.

Après une recherche documentaire, un premier travail par analogie a été effectué afin de comparer les professions de sage-femme et de chirurgien dentiste à celle de kinésithérapeute. Une deuxième partie de cette recherche documentaire a porté sur la pratique des kinésithérapeutes et sur leur relation avec les médecins.

Une troisième partie a permis d'appréhender les premiers travaux d'enquêtes réalisés par la profession sur elle-même, notamment en matière d'évaluation des pratiques professionnelles.

Les résultats de cette recherche documentaire ont ensuite été confrontés à une enquête réalisée à l'aide d'un questionnaire sur une population de 15 médecins (9 généralistes, 3 chirurgiens orthopédiques, 1 rhumatologue, 1 MPR et 1 réanimateur). Les réponses à ce questionnaire mis à disposition sur internet ont été recueillies à l'aide des outils fournis par GoogleDoc et analysés par tri à plat à l'aide du logiciel Excel.

Les résultats de cette enquête nous indiquent :

- Que les médecins connaissent bien le périmètre d'action de la profession d'un point de vue réglementaire et qu'ils les apprécient.
- Mais plus de la moitié des médecins répondent que les kinésithérapeutes ne sont pas capables d'expliquer leur pratique.
- Aux questions relatives sur leurs relations avec les kinésithérapeutes, les médecins répondent majoritairement qu'ils souhaiteraient des relations plus suivies et plus denses notamment dans l'échange d'informations liées au patient.
- Que majoritairement, les kinésithérapeutes évoluent plutôt dans un modèle de santé global non positiviste dans lequel le traitement est adapté en fonction du patient et de son environnement.
- Que pour améliorer l'image de la profession les kinésithérapeutes doivent développer la recherche scientifique, faire des passerelles avec d'autres cursus universitaires et évoluer vers l'universitarisation de leurs études avec une sortie au niveau master 2 ou doctorat.
- Qu'à ces conditions, la relation entre les deux professions pourrait devenir « partenariale » et que les kinésithérapeutes pourraient être plus autonomes.

Il ressort de ces résultats un manque de visibilité sur les compétences de la profession (autres que celles attendues en fonction du modèle réglementaire ou du décret d'actes).

Pour évoluer et rejoindre le niveau des sages-femmes ou des dentistes dans le corps des professions médicales à compétence définie, il convient de travailler à la création d'une discipline propre à la kinésithérapie. Il faut donc en particulier :

- Théoriser puis didactiser les savoirs, connaissances et pratiques de la profession.
- Développer la qualité de l'enseignement au regard de cette didactique.
- Développer la recherche scientifique originale en respectant les critères de l'Université.
- Développer un groupe d'enseignants-chercheurs issus d'une discipline pré existante. Ce groupe dirigé par un professeur des universités aura vocation à poursuivre les recherches au cœur d'un laboratoire dévolu à cet effet.
- Diffuser les travaux par une production d'écrits régulière respectant les normes de l'Université.
- Montrer que ces travaux permettent de répondre à des problèmes de la société.
- Obtenir la reconnaissance du Conseil National des Universités.

5. Question de recherche ?

A partir des résultats déjà publiés et de la problématisation théorique, nous avons cherché à savoir, en interrogeant des personnalités influentes du monde politique et des personnalités influentes du monde de la santé et plus particulièrement celui de la masso kinésithérapie, si les obstacles à l'autonomie constatés par les différentes études se confirmaient. Ainsi, nous avons voulu savoir quelles sont les raisons actuelles et factuelles qui empêchent la profession de s'émanciper.

6. Dispositif de recherche

Il a d'abord été effectuée une recherche à partir des données historiques de la littérature (analyse documentaire).

Puis, en s'appuyant sur les résultats de cette recherche, nous avons choisi une méthode qualitative reposant sur l'analyse d'entretiens pour compléter cette enquête.

Cette étude se situe donc dans un paradigme de recherche phénoménologique.

Nous avons donc réalisé trois enquêtes auprès de trois personnalités reconnues.

Deux enquêtes sont directement issues d'entretiens directs :

- **M. Jean Paul DAVID**, Président du Conseil National de l'Ordre des Masseurs Kinésithérapeutes
- **M. Thierry DULONG**, Conseiller d'Etat Honoraire au CNOMK assisté de **M. Gérard ORS**, responsable du pôle juridique du CNOMK
- **M. Xavier BERTRAND**, Ministre du Travail, de l'emploi et de la Santé

(Cette troisième enquête consistait à pouvoir interroger directement le Ministre en charge de la Santé, M. Xavier BERTRAND. Malheureusement, pour des raisons de planning surchargé, le Ministre a décliné la proposition d'interview que nous lui avons faite. En revanche, nous avons analysé une interview que le Ministre a accordée à un journal professionnel en mars 2011.)

6.1. Dispositif de recherche de l'enquête n°1 :

Paradigme de recherche phénoménologique

Indexation notionnelle ou thématique et analyse de contenu à l'aide du Logiciel Dico ou du Logiciel Context suivant le cas

6.1.1. La méthode.

La méthode est quasi clinique.

6.1.2. La population.

L'enquête a été réalisée auprès de **Jean Paul DAVID**, Président du Conseil National de l'Ordre des Masseurs Kinésithérapeutes

6.1.3. L'outil d'enquête théorisé.

L'outil était un entretien semi directif avec des questions ouvertes pour laisser l'interviewé relativement libre de ses propos sans pour autant s'éloigner du sujet qui nous amène à le questionner.

Ce type d'entretien a pour but de « *conduire le sujet sur le terrain où l'enquêteur désire l'amener.* » (GATTO & RAVESTEIN, 2008).

6.1.4 Guide d'entretien.

Les questions posées ont pour objet de définir la problématique en évoquant les différents thèmes qui intéressent la profession avec la vision experte du Président de l'Ordre des MK.

Rappel du thème général du mémoire :

Quelles sont les raisons actuelles et factuelles qui empêchent la profession de s'émanciper ?

Compte tenu de l'expérience de Jean Paul DAVID qui fut président d'un syndicat pendant plusieurs années avant d'être élu et de se consacrer à l'Ordre, notre interlocuteur connaît parfaitement le sujet.

Question de recherche :

L'existence d'un Ordre peut-elle favoriser l'accès à l'autonomie de la profession ?

6.1.5 Thèmes d'entretien

La Formation initiale, l'autonomie, l'Ordre et son rôle disciplinaire comme moyen d'auto régulation, l'évolution de la profession, les compétences, le rôle social et sociétal des MK, le rôle de coordination au milieu des équipes soignantes

6.1.6. Protocole de recueil des données.

Le recueil des données a été réalisé par entretien

L'interview a été réalisée le 25 août 2011 au siège du CNOMK à Paris. Durée : 55 minutes

L'interview a été enregistrée puis retranscrite sur logiciel Word. Compte tenu de la déviance de l'interview sur des thèmes hors du sujet du mémoire, nous n'avons retenu qu'une partie du discours soit une dizaine de minutes.

6.1.7. Traitement des données.

Les entretiens ont été retranscrits et traités par indexation notionnelle et à l'aide du Logiciel Dico.

Nous réalisons dans un premier temps une analyse qualitative du contenu du discours par indexation notionnelle et thématique, pour faire apparaître les thèmes prévalents en regard de la question de recherche:

Cette analyse a été complétée par une analyse quantitative du contenu du discours à l'aide du logiciel Dico

1/ Analyse qualitative :

Une analyse qualitative relative au thème initial fait apparaître les résultats suivants :

Réponse à la question de recherche par indexations notionnelles

Les thématiques principales que nous allons étudier sont :

- l'autonomie de la profession dans le sens d'auto régulation, d'indépendance et d'émancipation
- accès en première intention
- la nécessité de créer une discipline universitaire donc de modifier la formation initiale des MK

Analyse de l'interview par indexations notionnelles:

Thème : Autonomie :

(Lignes 8 et 9) « L'Ordre a pour vocation de représenter *toute* la profession face aux pouvoirs publics »

(32 et 33) « Les Ordres étaient là pour donner légitimité et respectabilité à la profession et que c'est surtout un signe majeur d'autonomie. »

(34) « Nous avons déjà actuellement une activité de médicaux à compétences définies dans le mouvement, l'appareil locomoteur. Nous devons le revendiquer. »

(87 et 88) « L'Ordre est d'abord une juridiction que le législateur a voulu pour que la discipline professionnelle soit assurée par les pairs »

(24 et 25) « Il faut que des kinésithérapeutes défendent les kinésithérapeutes devant les Caisses. »

(53 et 54) « La notion d'Education Thérapeutique. Cette activité là, les médecins nous la reconnaissent. »

(66 et 67) « L'autonomie est liée à la formation. »

Autonomie :

Au Québec, l'autonomie d'une profession s'apprécie de la manière suivante :

Le mode d'organisation de la réglementation et de la surveillance d'une profession par un ordre professionnel repose sur le principe d'autogestion. Selon ce principe, les personnes régies par un ordre professionnel :

- sont ses membres;
- assument le financement de ses activités;
- participent à la gestion de ses affaires;
- participent à l'élaboration de la réglementation professionnelle;
- occupent différentes fonctions et charges dans l'exécution de son mandat de protection du public.

Toutefois, l'autogestion professionnelle est soumise à l'encadrement prévu dans le Code des professions ainsi qu'à la surveillance de l'État, plus particulièrement celle de l'Office des professions.

Forts des expériences internationales ayant fait leurs preuves, la profession MK a franchi un cap décisif mais non suffisant pour accéder à cette autonomie.

Thème : Accès en première intention :

(36 et 37) « Beaucoup de patients viennent directement chez le kinésithérapeute, et ne vont chez le médecin que pour avoir une ordonnance afin d'être remboursés... »

(39 et 40) « Nous devons pouvoir recevoir le patient directement, puis voir avec le médecin le bon diagnostic, échanger avec lui »

(41 et 42) « Le médecin ne fait que cautionner l'activité de nos confrères »

(46) « Les médecins ne peuvent plus tout faire »

(65 et 66) « Nous devons aussi, comme ailleurs dans le monde, accéder à l'accès direct, mais là encore, sous couvert de la contre-indication médicale que le kinésithérapeute va détecter de par sa formation »

(68 et 69) « Lors des Etats Généraux, la représentante du Québec a rappelé qu'avant d'avoir cet accès direct, ils se sont attachés à montrer qu'ils en étaient capables de l'assumer. »

Thème : Discipline et recherche :

(59 et 60) « Ce n'est pas avec le niveau actuel d'étude que nous pouvons bien y arriver. Il faut aller vers la profession universitaire avec un sens critique. A l'école on apprend et on restitue. A l'université on apprend à se questionner douter, critiquer, échanger »

(63 et 64) « En phase avec l'évolution vers le LMD. Ceci doit permettre à la profession d'accéder au Master et à la recherche. »

(87 et 88) « L'Ordre est d'abord une juridiction que le législateur a voulu pour que la discipline professionnelle soit assurée par les pairs. »

2/ Analyse quantitative du discours

Le corpus général présente des mots qui se rapportent aux termes prévalents suivants :

ORDRE 25 ; PROFESSION 13 ; KINESITHERAPEUTES 15 ; MEDECINS 13 ;

TRAVAIL 9 ; FORMATION 4 ; PATIENTS 4 ; LEGISLATEUR LOI 4 ;

AUTONOMIE 3 ; COMPETENCES 3 ; LIBERAUX 3 ; NIVEAU 3 ; PAIRS 3 ;

PERMETTRE 3 ; SANTE 3 ; TEMPS 3 ; ACCEDER 4 ; CONFIANCE 2 ; CREATION 2 ;

DISCIPLINE 2...

La catégorie « autonomie » présente les termes prévalent suivants : question, social, recherche, discipline, travail, évolution, exercice, équipe, création, accéder, permettre, niveau, compétences, autonomie...

Organisation du thème:

- Constitution d'une discipline en kinésithérapie, autonomie et auto régulation
- Stratégie pour la reconnaissance de l'utilité sociale
- Formation, évolution, recherche

Résultats :

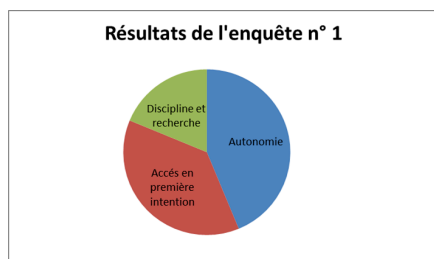


Figure n° 1 : résultats de l'enquête n°1

Le fait pour une profession d'être dotée d'un Ordre est de nature à donner légitimité et respectabilité à la profession et constitue un signe majeur d'autonomie. Pour pouvoir évoluer et accéder au Master et à la recherche, la formation doit être réformée sur un modèle universitaire. La profession devrait pouvoir accéder à un mode d'exercice en première intention, sous réserve d'en démontrer la capacité et les compétences.

6.2. Dispositif de recherche de l'enquête n°2

Paradigme de recherche phénoménologique

Indexation notionnelle ou thématique et analyse de contenu à l'aide du Logiciel Dico et du Logiciel Context selon la pertinence des résultats

6.2.1. La méthode.

La méthode est quasi clinique

6.2.2. La population.

L'enquête a été réalisée auprès de **Xavier BERTRAND**, Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé

6.2.3. L'outil d'enquête théorisé.

L'outil d'enquête est une analyse documentaire d'une interview semi-directive retranscrite dans le magazine Kiné Actualité le 24 Mars 2011.

6.2.4. Guide d'analyse documentaire.

Rappel du thème général du mémoire :

Quelles sont les raisons actuelles et factuelles qui empêchent la profession de s'émanciper ?

Compte tenu de sa position de décideur, M. Xavier BERTRAND est sans doute le personnage incontournable, capable de répondre à cette question tant sur les plans politique que technique. Lors de la journée de sélection de nos thèmes de mémoire, j'avais prévu de pouvoir interviewer le ministre sur cette problématique. Sur demande du cabinet, je lui ai transmis mon guide d'entretien initial. Afin de mieux cerner la démarche, j'ai dû expliquer

longuement à une de ses conseillères le contexte de la formation et lui ai transmis un courrier de recommandation de mon directeur de mémoire.

Par échange mail interposé, le cabinet m'informe que son agenda ne lui permettra pas de me recevoir dans des délais aussi courts, puis, un courrier officiel du chef de cabinet me le confirma. (Cf. courrier en annexe)

J'ai donc du m'adapter à cette situation en analysant une interview du ministre accordé quelques semaines plus tôt à un journal professionnel, certaines des questions posées ayant pour objet de définir la problématique en évoquant les différents thèmes en rapport avec mon mémoire. Ainsi, j'ai pu recueillir la vision du Ministre, sans toutefois ne pas avoir un sentiment de frustration.

Question de recherche :

La réforme de la formation initiale est-elle de nature à autonomiser la profession ?

6.2.5. Thèmes de l'analyse documentaire

La Formation initiale, l'autonomie, le système LMD, l'évolution de la profession, les compétences, le rôle de coordination au milieu des équipes soignantes

6.2.6. Protocole de recueil des données.

Le recueil des données a été réalisé à partir d'un entretien publié dans Kiné Actualité du 24 Mars 2011.

L'interview est retranscrite sur logiciel Word. Compte tenu de la déviance de l'interview sur des thèmes hors du sujet du mémoire, nous ne retiendrons qu'une partie de l'entretien.

6.2.7. Traitement des données.

Nous réalisons dans un premier temps une analyse qualitative du contenu du discours par indexation notionnelle et thématique, pour faire apparaître les thèmes prévalents en regard de la question de recherche:

Cette analyse sera complétée par une analyse quantitative du contenu du discours à l'aide du logiciel Dico

1/ Analyse qualitative :

Une analyse qualitative relative au thème initial fait apparaître les résultats suivants :

Réponse en regard de la question de recherche par indexations notionnelles :

Les thématiques principales que nous allons étudier sont :

- l'autonomie de la profession dans le sens d'auto régulation, d'indépendance et d'émancipation
- accès en première intention et délégation de compétences
- la nécessité de créer une discipline universitaire donc de modifier la formation initiale des MK

Thème : Emancipation et formation :

« Abandonner l'enchaînement traditionnel : diplôme/profession/métier » (ligne 1 et 2)

*« Pour déterminer alors les compétences des professionnels de santé, compétences qui constituent le « métier socle ». Alors on élabore le programme de formation initiale ».
(Lignes 3 et 4)*

« Cette démarche, fondamentale, est à prendre en compte pour répondre éventuellement à de nouvelles missions qui seraient confiées aux MK » (lignes 6 et 7)

*« Cette formalisation a permis d'identifier des champs d'intervention au sein desquels une expertise pointue est parfois attendue du MK par le corps médical ou par les patients ».
(lignes 9, 10 et 11)*

« Après une consolidation de la formation initiale du MK...nous travaillerons avec la profession à développer des secteurs de pratiques avancées. Ces secteurs... feront l'objet d'une offre de formation particulière, qui répondra à la proposition du rapport HENART de développer des métiers intermédiaires, à partir des métiers socles existants ». (lignes 17 à 20)

« J'invite les représentants de la profession à identifier et préciser le champ d'intervention concerné et les modalités d'intervention spécifiques à mettre en œuvre ». (Lignes 22 et 23)

« Former des professionnels aptes à l'autonomie et à la réflexion sur leurs pratiques professionnelles ». (Lignes 39 et 40)

« Les modalités actuelles d'admission en formation de MK sont très diverses et appellent, vous le savez bien, une régulation ». (Lignes 61 et 62)

« Chaque institut a développé des modalités de sélections qui lui sont propres. Je veux harmoniser les choses » (lignes 63 et 64)

Thème : Délégation de compétences :

« Nous élaborons ce qu'on appelle des référentiels d'activité et de compétences ». (lignes 34 et 35)

« Les questions de transfert d'actes ne peuvent être déconnectées des questions de démographie, de rémunération ». (Lignes 51 et 52)

« J'encourage fortement les MK à s'emparer du dispositif des coopérations, prévu par l'article 51 de la loi HPST » (lignes 53 et 54)

« Proposer des délégations éventuellement très poussées, sur la base de « protocoles de coopération » validés par la HAS ». (Lignes 55 et 56)

« Faire évoluer les modes d'intervention des uns et des autres autour du patient. Le principe des coopérations saura prouver, j'en suis sûr, son intérêt pour les patients et les professionnels (et donc de la formation) ». (lignes 57 à 59)

Thème : Discipline et recherche :

« Cette réforme a pour objet d'améliorer la formation et de l'inscrire dans le cadre du schéma universitaire LMD » (lignes 29 et 30)

« Les formations que nous imaginons aujourd'hui doivent déjà être adaptées aux évolutions futures de l'exercice professionnel » (lignes 36 et 37)

« La méthode de recherche sera accrue dans le nouveau programme de formation » (ligne 41)

« Aborder davantage la recherche » (ligne 41 et 42)

« D'envisager une orientation ultérieure vers une spécialisation recherche dans différentes disciplines universitaires ». (Lignes 42, 43 et 44)

« la réingénierie des diplômés paramédicaux a également pour objet d'inscrire ces formations dans le schéma LMD » (lignes 45 et 46)

« Le gouvernement s'est déjà engagé à reconnaître au minimum un grade de licence aux formations initiales paramédicales ». (Lignes 46 et 47)

« Toute évolution par rapport à cet engagement nécessite une réflexion globale, qui prend en compte toutes les dimensions des exercices professionnels des uns et des autres ». (lignes 48 et 49)

2/ Analyse quantitative :

Forme Fréquence

FORMATION 13 ; MK 9 ; PROFESSIONNELS 6 ; SANTE 5

EXERCICE 4 ; INTERVENTION 4 ; METIER 4 ; MODALITES 4 ;

REINGENIERIE 4 ; CADRE 3 ; EVOLUTION 3 ; COMPETENCES 3

DIPLOME 3 ; RAPPORT 3 ; RECHERCHE 3 ; REFLEXION 3 ; REFORME 3

BESOINS 2 ; CHARGE 2 ; COOPERATIONS 2 ; DEMARCHE 2 ; DEVELOPPER 2 ;

PROGRAMME 2 ; RESPONSABILITE 2 ; SAVOIRS 2 ; UNIVERSITAIRE 2 ;

REFERENTIELS 2 ; SPECIALISATION 1 ; DISCIPLINES 1 ...

La catégorie « formation » présente les termes prévalent suivants : exercice, réingénierie, modalités, cadre, recherche, discipline, évolution, compétences, réforme, coopérations, développer, programme, savoirs, universitaire, référentiels, spécialisation, discipline...

Organisation du thème:

- Formation, réforme, réingénierie
- Discipline, évolution, recherche
- Stratégie pour la reconnaissance de l'utilité sociale

N O	GAUCHE	OCCUR	DROITE
1	uent le « métier socle ». Alors on élabore le programme de	formation	initiale.
2	Après une consolidation de la	formation	initiale du MK dont
3	t déjà précisé les contours, feront l'objet d'une offre de	formation	particulière, qui j
4	de réingénierie. Cette réforme a pour objet d'améliorer la	formation	et de l'inscrire d
5	vons enclenché une réforme très profonde de l'ensemble des	formations	paramédicales, le c
6	s ». C'est la base qui permet de définir un référentiel de	formation	. C'est assez délicat
7	un référentiel de formation. C'est assez délicat, car les	formations	que nous imaginons
8	Notre responsabilité, ce n'est donc pas de « remplir » la	formation	initiale par des sc
9	hode de recherche sera accrue dans le nouveau programme de	formation	. Aborder davantage
1 0	iplômes paramédicaux a également pour objet d'inscrire ces	formations	dans le schéma LMD
1 1	jà engagé à reconnaître au minimum un grade de licence aux	formations	initiales paramédic
1 2	rêt pour les patients et les professionnels (et donc de la	formation).
1 3	oute mon attention. Les modalités actuelles d'admission en	formation	de MK sont très div

Résultats :

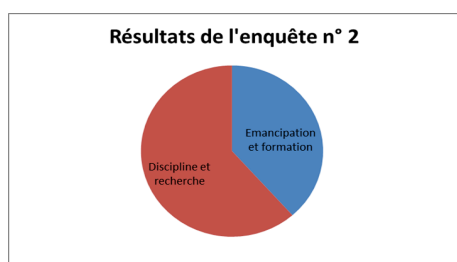


Figure n° 2 : résultats de l'enquête n°2.

La réingénierie de la formation a pour objet de l'inscrire dans le schéma LMD et d'envisager une orientation ultérieure vers une spécialisation recherche dans différentes disciplines universitaires et de former des professionnels aptes à l'autonomie et à la réflexion sur leurs pratiques professionnelles. En s'appuyant sur des référentiels d'activité et de compétences définis, le transfert de tâches et l'accès direct seront envisageables mais ne pourront être totalement déconnectés des questions de démographie, de rémunération.

6.3. Dispositif de recherche de l'enquête n°3:

Paradigme de recherche phénoménologique

Indexation notionnelle ou thématique et analyse de contenu à l'aide du Logiciel Dico.

6.3.1. La méthode.

La méthode est quasi clinique

6.3.2. La population.

L'entretien a été réalisé auprès de **Thierry DULONG**, Conseiller d'Etat Honoraire, membre du Conseil National de l'Ordre des Masseurs Kinésithérapeutes. Il est accompagné à sa demande de **Gérald ORS**, responsable du pôle juridique du CNOMK.

6.3.3. L'outil d'enquête théorisé.

L'outil était un entretien semi directif.

6.3.4. Guide d'entretien.

Rappel du thème général du mémoire :

Quelles sont les raisons actuelles et factuelles qui empêchent la profession de s'émanciper ?

Compte tenu de l'expérience de M. Thierry DULONG, et de sa connaissance historique de la création des Ordres Professionnels, notre interlocuteur connaît parfaitement le sujet.

Les questions sont suffisamment ouvertes pour permettre au sujet d' « *interpréter à partir de son propre cadre de référence et ainsi autoriser une entrée en discussion* ». (GATTO & RAVESTEIN, 2008). Toutefois, certaines questions jugées trop techniques ou trop précises seront volontairement écartées par notre interlocuteur à qui le guide d'entretien avait été remis en amont de l'interview.

Les questions posées ont pour objet de définir la problématique en évoquant les différents thèmes qui intéressent la profession au travers de la thématique du mémoire, avec la vision experte d'un Conseiller d'Etat.

Question de recherche :

Avec la gestion du disciplinaire par la profession, peut-on parler d'émancipation, d'autonomie au sens de l'auto régulation?

6.3.5. Thèmes d'entretien

L'autonomie, l'Ordre et son rôle disciplinaire comme moyen d'auto régulation, l'Ordre et l'institution, l'évolution de la profession, les compétences, le rôle social et sociétal des MK, l'émancipation, le rôle consensuel de l'Ordre

6.3.6. Protocole de recueil des données.

Le recueil des données a été réalisé par entretien.

L'interview est réalisée le 8 septembre 2011 au siège du CNOMK à Paris à 11 heures du matin, à la demande de M. DULONG qui ne réside pas à Paris. La durée de l'entretien est de 1H 22 minutes.

L'interview est enregistrée après accord de l'intéressé, qui m'autorise à citer son nom sous réserve que je cite également celui de M. ORS. L'interview est retranscrite sur logiciel Word. Compte tenu de la déviance de l'interview sur des thèmes hors du sujet du mémoire, nous ne retiendrons qu'une partie du discours. A la demande de l'intéressé, une partie de l'interview a été effacée.

6.3.7. Traitement des données.

Nous réalisons dans un premier temps une analyse qualitative du contenu du discours par indexation notionnelle et thématique, pour faire apparaître les thèmes prévalents en regard de la question de recherche:

Cette analyse sera complétée par une analyse quantitative du contenu du discours à l'aide du logiciel Dico.

1/ Analyse qualitative :

Une analyse qualitative relative au thème initial fait apparaître les résultats suivants :

Réponse à la question de recherche par indexations notionnelles :

Les thématiques principales que nous allons étudier sont :

- l'autonomie de la profession dans le sens d'auto régulation, et d'émancipation
- rôle consensuel de l'Ordre et respect de règles communes
- la nécessité de créer une discipline universitaire donc de modifier la formation initiale des MK

Thème : autonomie et émancipation

« Une profession a besoin d'avoir un Droit de regard sur son organisation et sur les textes que l'état veut prendre » (ligne 49 et 50)

« On parle d'auto régulation. » (ligne 92)

« Le MK est parfaitement capable de gérer notamment cette prise en charge globale avec cette composante de psychothérapie selon le sens éthique du terme » (ligne 127 à 129)

« Tant que l'état ne l'imposera pas aux médecins, vous aurez du mal à avancer dans cette voie. Il faudra du temps, probablement une ou deux générations avant de pouvoir prescrire et vous auto prescrire » (ligne 132 à 134)

« En France les changements sont très lents sauf urgence et votre notion d'auto prescription n'est pas une urgence. » (ligne 135)

« auto assainissement de la profession qui définit à partir des textes un code de déontologie » (ligne 152 et 153)

« nous avons eu la preuve de la volonté de la profession de se réguler elle même, à l'écart de l'état. » (ligne 161 et 162)

« L'émancipation suppose que l'on était sous tutelle. C'est vrai que la profession était sous tutelle avant. L'Emancipation n'est pas infinie de la même façon que l'autonomie est forcément limitée. » (ligne 169 et 170)

« La profession de MK est émancipée mais l'émancipation ne sera jamais totale » (ligne 175)

Thème : consensus et unité :

« une volonté de l'état d'avoir des structures identiques dans tous les ordres professionnels » (ligne 62)

« Le problème est sans doute plus global en rapport avec les autres ordres notamment l'Ordre infirmier. L'état souhaite un règlement global » (ligne 74 et 75)

« L'Ordre au contraire doit gommer toutes les oppositions » (ligne 93 et 94)

« Le but étant de toujours trouver une position commune. » (ligne 95)

« les élus ne travaillent pas forcément main dans la main mais dans un but commun » (ligne 100)

« Les appartenances s'effacent. Les oppositions sont des oppositions de nuances plutôt que de principes. » (ligne 102)

« Sur l'ostéopathie, il y a un quasi consensus » (ligne 103)

Thème : discipline, compétences et formation

« L'avis technique et le bon sens des confrères siégeant dans les chambres disciplinaires sont ce que recherche le président. » (ligne 155 et 156)

« Au fur et à mesure, le niveau d'expertise juridique des élus au disciplinaire augmente. Les statistiques de fonctionnement de la juridiction interne sont de nature à conforter la solidité et la pérennité de la structure ordinale. » (ligne 158 à 160)

« La première intention ne peut pas être sans limites » (ligne 176)

« Je suis obligé de choisir mes médecins. Il y a de plus en plus de médecins incompetents. » (ligne 178 et 179)

« je suis tombé sur les incompetents qui ne sont pas préoccupés de ce que j'avais, qui n'ont pas fait de bilan, qui m'ont mis sous une lampe et c'est tout » (ligne 180 et 181)

« Actuellement on est en train de revoir les études et plus in y aura de multidisciplinarité, meilleur sera le soin » (ligne 188 et 189)

« Il faudra aussi que les MK soient de plus en plus formés à la psychothérapie » (ligne 190)
« devra être capable de diriger, d'orienter et de prévenir » (ligne 192)

2/ Analyse quantitative

Forme Fréquence

ORDRE 41 ; MASSEUR KINESITHERAPEUTE 16 ; ETAT 15 ;
PROFESSION 14 ; MEDECINS 10 ; JURIDIQUES 9 ; SYNDICATS 9 ;
MEMBRES 8 ; CNOMK 7 ; PLACE 7 ; TEXTES 6 ; CREATION 5 ; EMANCIPATION 5 ;
NOTION 5 ; PROBLEMES 5 ; QUESTION 5 ; CONSEILLER 4 ; DROIT 4 ;
ENTRETIEN 4 ; STRUCTURES 4 ; AUTONOMIE 3 ; CONNAISSANCES 3 ...

L'analyse quantitative ne donne pas de résultats significatifs.

Résultats :

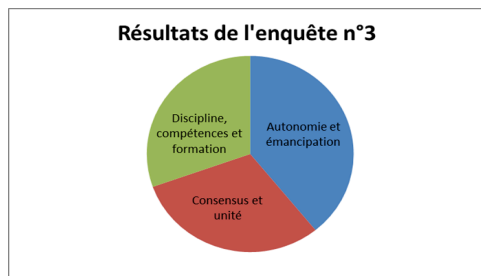


Figure n°3 : résultats de l'enquête n°3.

La profession a apporté la preuve de la volonté de se réguler elle-même, à l'écart de l'Etat, à partir des textes réglementaires et du code de déontologie pour sa partie disciplinaire. La profession de MK est émancipée mais l'émancipation ne sera jamais totale. L'émancipation n'est pas infinie de la même façon que l'autonomie est forcément limitée. La première intention ne peut pas être sans limite. En France les changements sont très lents sauf urgence et la notion d'auto prescription par le MK n'est pas peut être pas une urgence. A la profession de démontrer par la recherche et les publications scientifiques, qu'il y a urgence à évoluer.

7. Synthèse globale des résultats

La profession comprend de multiples spécificités d'exercice. Si bien que dans certains pays, la profession de masseur kinésithérapeute, telle qu'elle existe en France, n'existe pas mais est organisée en plusieurs métiers distincts et complémentaires. Les compétences des MK ont des compétences d'imitation, dans un cadre strict de dispositions réglementaires et s'inscrivant dans un modèle de santé bio médical curatif, dans une posture d'agent prescrit, mais aussi, depuis la loi du 4 mars 2002, des compétences d'innovation. Les MK font preuve d'initiative et de créativité. Les MK sont désormais dans une démarche scientifique de conceptualisation originale. En s'autorisant, les MK évoluent vers une posture d'auteur prescripteur. Les MK sont à capacité de modifier leur comportement et leurs pratiques en s'appuyant sur leurs savoirs et leur expérience. Les MK s'inscrivent donc de plus en plus dans un modèle de santé global non positiviste.

La formation initiale doit évoluer. Cette évolution, doit intégrer un développement de la démarche scientifique, doit aborder davantage la recherche. La profession est aujourd'hui encore assujettie à la médecine pour l'activité thérapeutique d'un point de vue réglementaire. Pour autant, elle aspire à plus d'autonomie : accès direct en ostéopathie, droit de prescription, création d'un Ordre et auto gestion du disciplinaire.

La mise en place en 2006 de l'Ordre des MK, a constitué une avancée majeure vers l'émancipation, notamment par l'auto régulation en matière de disciplinaire.

Les travaux sur la réforme de la formation initiale engagés par le groupe de travail sur la réingénierie sont indispensables ; les résultats de ces travaux devront encadrer une réforme nécessaire.

La normalisation de la démarche évaluative, l'étude et l'analyse par des outils d'enquête théoriques de l'évaluation des pratiques professionnelles confortent les attentes. Les résultats publiés les renforcent.

La profession semble être sur la bonne voie mais un long chemin reste à parcourir pour accéder de plein droit au corps des professions médicales à compétences définies. Il convient de travailler à la création d'une discipline propre à la kinésithérapie.

Des progrès sont encore à accomplir pour la création d'une discipline scientifique spécifique même si la profession, depuis la création de son Ordre a franchi de nombreux obstacles en cinq ans d'existence. Plusieurs obstacles semblent toutefois perdurer:

- L'absence de liens avec l'Université et les Universitaires
- Une insuffisance réelle d'engagement politique.
- Les adversités interprofessionnelles persistantes entre ; les MK et les médecins, les MK et les infirmières, les MK et les sages femmes ; en regard des compétences spécifiques
- Le défaut d'unité de la profession en regard de cette évolution.

Une réflexion doit nous interpeller : « l'émancipation n'est pas infinie de la même façon que l'autonomie est forcément limitée. »

8. Critiques du dispositif de recherche

- Le nombre de personnes interviewées reste limité. La part de subjectivité reste importante.
- L'absence d'entretien avec un doyen d'Université membre de la conférence nationale des universités

9. Intérêts des résultats pour la pratique

Trois aspects paraissent essentiels :

- Celui de la reconnaissance de l'apport des masseurs-kinésithérapeutes. La plupart rencontre des difficultés pour faire identifier et reconnaître quels sont, en pratique, leur apport sanitaire et leur rôle dans la chaîne de soins, cela a été souligné dans un rapport de l'ONDPS.

Au moment où s'engage une refonte du système de formation, il paraît essentiel de clarifier préalablement le contenu des métiers, afin que la coopération entre les professions de santé se définisse à partir de repères clairs et partagés. C'est en cela que la production d'un référentiel métier était devenue un préalable indispensable à toute évolution.

- Le second aspect concerne ce que l'on pourrait appeler «l'effet nomenclature». Il est en partie lié à la question précédente. Le niveau de prise en charge par l'assurance maladie permettrait plus ou moins la réalisation d'actes soignants efficaces. Ce constat constituerait un dilemme pour certains praticiens qui souhaitent impérativement rester dans la sphère du soin remboursé (agents prescrits) selon un modèle bio médical curatif ; pour d'autres, elle en justifie l'éloignement, ou plus fréquemment, elle favorise le développement de pratiques différentes, hors prises en charge ou nécessitant des dépassements d'honoraires et construits sur un modèle de santé global et selon une posture d'auteur prescripteur dans un cadre éventuel de première intention . N'y aurait-il pas une scission au sein de la profession avec des visions et des objectifs différents ? Cette question pourrait faire l'objet d'une étude approfondie. Ne serait ce pas alors un frein supplémentaire à l'émancipation ?

- Le dernier aspect est relatif à la formation. De contenu divers d'un institut à l'autre, relativement coûteuse, la formation actuelle des masseurs-kinésithérapeutes s'apparente à une propédeutique, qui ouvre une palette de possibilités ultérieures. Il conviendrait de mesurer l'efficacité de ce dispositif à l'égard des besoins de santé publique et de la nécessaire disponibilité d'une rééducation de premier recours. On peut s'interroger, en particulier, sur la capacité d'un champ de formation autonome, relativement à l'écart des facultés de médecine, à développer des pseudo référentiels de pratiques. En fait ce type de formation va à l'encontre de ce qu'il faudrait faire pour aspirer à une formation harmonisée sur un modèle scientifique universitaire.

Notons que la convention avec l'assurance maladie ainsi que le code de déontologie font référence à une science établie lorsqu'ils parlent de « soins consciencieux, éclairés, attentifs,

et prudents, conformes aux données actuelles de la science. », il y a donc bien un implicite scientifique même si le corpus de littérature grise est restreint. En outre, les kinésithérapeutes de moins de quarante ans ont eu à passer par les fourches des concours sélectifs qui ne traitent que de matières scientifiques, suivi, pour une majorité, d'une première année d'IFMK très scientifique.

Néanmoins, des obstacles restent encore identifiés. Afin d'aspirer à cette émancipation attendue, la profession devra encore:

- Théoriser puis didactiser les savoirs, connaissances et pratiques de la profession.
- Développer la qualité de l'enseignement au regard de cette didactique.
- Développer la recherche scientifique originale en respectant les critères de l'Université et démontrer son utilité sociétale
- Créer et promouvoir un groupe d'universitaires autour d'enseignants-chercheurs (issus de la profession) et d'une discipline pré existante dont la médecine qui reste incontournable. Ce groupe dirigé par un professeur des universités aura vocation à poursuivre les recherches au cœur d'un laboratoire ad hoc.
- Diffuser les résultats des travaux de recherche par des publications régulières et systémiques respectant les normes de l'Université.
- Démontrer que ces travaux répondent à des enjeux sociaux et sociétaux
- Obtenir la reconnaissance du Conseil National des Universités.
- Obtenir la reconnaissance du monde médical et paramédical
- Obtenir l'aval des ministères de tutelle

10. Perspectives de recherche à partir des résultats

Il semble indispensable de créer un groupe de travail incluant des MK élus, des MK experts, des représentants MK de sociétés savantes, des MK universitaires (master et doctorat), **mais aussi** des médecins, des médecins universitaires titulaires, des enseignants-chercheurs non médecins. Sans la présence de médecins et d'universitaires, la création d'une discipline sera difficile voire impossible.

Pour mettre en place ce groupe de travail, il faut des relations, un gros budget et une volonté politique forte. Pour la masso kinésithérapie, actuellement dépendante du ministère de la santé, il conviendrait de se rapprocher des universités et donc du ministère de tutelle à savoir le ministère de l'enseignement supérieur aux fins d'obtenir un double accord interministériel. Les orthophonistes qui dépendent du ministère de l'enseignement supérieur au niveau de la formation initiale (leur formation est universitaire) ont obtenu un avis favorable du ministère de l'enseignement supérieur pour un niveau de sortie en Master. Le dossier est maintenant en étude au ministère de la santé. Actuellement, l'Etat semble vouloir privilégier un règlement global des réformes concernant les professions « paramédicales ». Mais, pour des raisons d'opportunité, d'absence de personnel suffisant, d'un mode très lourd de fonctionnement, d'un contexte qui n'est pas adéquat, l'Etat ne s'est jusqu'alors pas engagé bien que des travaux de réingénierie soient engagés sous son contrôle pour différentes professions. D'autre part, l'Etat semble très préoccupé par les questions économiques et notamment l'impact financier des réformes attendues.

Les masseurs kinésithérapeutes peuvent aussi se poser la question de leur appartenance au système de santé tel qu'il existe aujourd'hui. Les MK ne sont pas considérés comme faisant franchement partie du groupe « soins » comme les infirmières ou les médecins mais du groupe rééducation. Les MK se situent en bout de chaîne de la filière santé. Il n'y a pas à ce jour suffisamment de liens interprofessionnels entre eux et les médecins comme on peut le voir entre médecins et infirmières, obstétriciens et sages femmes, ophtalmologistes et orthoptistes.

Les MK se situent à cheval sur plusieurs disciplines sans pouvoir être exclusivement rattachés à une discipline existante. Les différentes études ont montré que le champ d'intervention des

MK comprenait à la fois une partie thérapeutique mais aussi une partie prévention, une partie bien être et remise en forme, une partie éducation.

A cheval sur les disciplines de médecine, de sciences humaines, de psychologie et d'éducation physique (STAPS) notamment, les MK doivent être considérés comme de réels « para » médicaux au sens étymologique du terme (à côté de). Le terme « paramédical » ne doit pas pour autant avoir de connotations négatives, liée à une profession soumise. Le terme « paramédical » ne signifie pas « sous médical ». Au contraire, compte tenu de sa spécificité démontrée par toutes les études réalisées, la kinésithérapie doit pouvoir faire reconnaître au travers de son utilité sociale et sociétale, sa spécificité et sa singularité qui font qu'elle ne peut appartenir à aucune discipline existante. Il est donc nécessaire, en s'appuyant sur les travaux existants, de bien périmétrer les contours de ce que devrait être la discipline de kinésithérapie ou de physiothérapie.

De plus, une tendance de division semble se dessiner au sein même de la profession. Si une part importante de MK aspire à accéder à un exercice en première intention sur un modèle de santé Global et selon une posture d'auteur, une partie de la profession au contraire souhaite conserver un mode d'exercice prescrit, sur un modèle de santé bio médical curatif.

Nonobstant l'absence d'une discipline spécifique à la profession, l'inexistence d'un département de recherche en kinésithérapie, d'un blocage politique, le principal obstacle à l'émancipation ne serait-il pas la profession elle même ?

11. Bibliographie

BERLAND Y. (2003), *Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences*. Ministère de la Santé.

BERLAND Y., HENART L., CADET C. (2011), *Rapport relatif aux métiers de santé de niveau intermédiaire*. Ministère de la Santé.

BONNAL C., MATHARAN J., MICHEAU J. (2009), *La prescription de masso-kinésithérapie par les médecins généralistes et rhumatologues libéraux*. Plein sens – ONDPS.

CNOMK (2008), *Code de déontologie*. CNOMK.

CNOMK- CIROMK Paca Corse (2009), *L'évaluation des pratiques professionnelles des masseurs-kinésithérapeutes*. CNOMK.

CNOMK (2008-2010), *Rapport – Evaluation des pratiques professionnelles des masseurs-kinésithérapeutes*.

CNOMK (2010), *Répondre aux besoins de santé et garantir la qualité des soins par une formation et un exercice renouvelés*.

CNOMK (2011), *Le livre vers*.

DALLY E. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales de Dechambre*. 1871.

ESTRADERE J. *Du massage, son historique, ses manipulations, ses effets physiologiques et thérapeutiques*. Paris. 1863 puis 1884.

GATTO F., GARNIER A., VIEL E. (2007), *Education du patient en kinésithérapie*. Éditions Sauramps médical.

GATTO F. et RAVESTEIN J. (2008), *Le mémoire, penser, écrire, soutenir, réussir*. Éditions Sauramps médical.

GEORGII A. *Kinésithérapie ou traitement des maladies par le mouvement selon la méthode de Ling*. Baillière Paris. 1847.

HAS *Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ?* HAS et ONDPS avril 2008

MATHARAN J., MICHEAU J., RIGAL E. (2009), *Le métier de masseur-kinésithérapeute*. Plein sens – ONDPS.

MONET J. *Emergence de la kinésithérapie en France à la fin du XIXème et au début du XXème siècle, une spécialité médicale impossible. Genèse, acteurs et intérêts de 1880 à 1914*. 2003. p.116; puis p.94; puis p.95.

VERLEYSSEN J. *Histoire du massage et de la gymnastique médicale*. Ed Bruxelles. 1956.

VITOUX G. *La rééducation professionnelle des blessés militaires*. La science et la vie, novembre 1915. n°23, p.564.

Mémoires de recherche

ABBOUDI Cécile, *Les Masseurs-Kinésithérapeutes et leurs partenaires de soins : quelles représentations sociales ?* Montpellier 2011

QUEINEC Roland, *Contribution de la recherche qualitative à l'émancipation de la profession de Masseur-kinésithérapeute* Montpellier 2011

MARECHAL Tristan, *Les raisons actuelles et factuelles qui empêchent la profession de s'émanciper, vu par les médecins* Paris 2011

MINGHELLI Gilles, *Comment créer une discipline universitaire où sont produits des savoirs spécifiques aux puéricultrices et où les techniques enseignées sont produites scientifiquement ?* Montpellier 2011

Presse professionnelle

Kiné Actualité, 24 mars 2011, Interview de Xavier BERTRAND

Kiné Point Presse, décembre 2008, Franck GATTO : Pourquoi une discipline en Kinésithérapie ?

Kiné Point Presse, septembre 2011, Interview de Jean Paul DAVID

Internet

<http://www.cnrtl.fr/>

<http://www.has.fr/>

<http://www.legifrance.gouv.fr/>

<http://www.ordremk.fr/>

<http://www.snmkr.fr/>

12. ANNEXES

ANNEXES 1

Interview de Jean Paul DAVID

Le 25 août 2011, Jean-Paul David, le nouveau président du CNO m'a reçu pour une entrevue exclusive. Il nous parle de la nouvelle équipe et de son esprit, des missions de l'Ordre et nous expose enfin, une vision de la profession qui doit évoluer.

Cinq après sa création, l'Ordre n'a toujours pas convaincu tous les kinés. Salariés ou libéraux, ils sont un certain nombre à remettre en cause sa gouvernance passé ou pire son existence. Que voulez-vous dire à ces détracteurs, à ces kinésithérapeutes « égarés » ?

Tout d'abord ce ne sont pas des égarés. En réalité, qu'ils le veuillent ou non, ils font de fait partie de l'Ordre des kinésithérapeutes. En effet, l'Ordre a pour vocation de représenter toute la profession face aux pouvoirs publics, aux médiats, mais également aux patients.

De fait, l'expression de l'Ordre est donc toujours au nom de tous.

Pour ce qui est des cotisations, il s'agit d'un point règlementaire. Mais nous préférons toujours privilégier la pédagogie à la procédure. Même si cette dernière peut s'avérer nécessaire. Nous sommes là pour convaincre que l'action de l'Ordre apporte une promotion à tous les kinés. Aussi bien à titre individuel, que collectif. D'un autre côté, l'Ordre est là pour défendre l'honneur de la profession et le service du patient ; les deux étant lié. Ainsi quand un professionnel se comporte mal, qu'il soit inscrit ou non à l'Ordre, il fait du tort à l'ensemble de la profession.

Une des demandes fortes de la profession pour la création de l'Ordre était notamment la notion du jugement par les pairs. S'il est vrai que les chambres disciplinaires qui concernent « la justice interne » de l'Ordre sont en place, qu'en est-il des fameuses Sections des Assurances Sociales qui sont toujours entre les mains du CNOM et plus particulièrement des CROM ? Quand aurons nous notre propre juridiction ?

Les textes sont prêts. Cela a été un peu long à cause de la volonté des autorités de tutelle de régler le problème en une seule fois pour l'ensemble des professions paramédicales bénéficiant d'un Ordre. Il a fallu attendre que le texte soit donc finalisé en fonction de beaucoup de contraintes. Nous ne pouvons rien faire de plus qu'attendre en relançant régulièrement. Le CNOMK a fait sa part de travail depuis bien longtemps pour ce dossier. Mais nous ne devrions plus attendre très longtemps. Il faut que des kinésithérapeutes défendent les kinésithérapeutes devant les Caisses.

Nous avons déjà évoqué dans ces lignes la notion de profession médicale à compétences définies. Soutiendrez-vous cette option pour notre profession ?

Durant ces trois années, je me suis occupé pour le CNO des relations internationales. J'ai peu constaté depuis l'Amérique du Nord jusqu'au pays Arabes, que dans tous les pays où des Ordres existent pour les

physiothérapeutes ces derniers y adhèrent sans contestation. Le travail de l'Ordre n'est pas le même que celui des syndicats.

Ils ont compris que les Ordres étaient là pour donner légitimité et respectabilité à la profession et que c'est surtout un signe majeur d'autonomie.

Les kinésithérapeutes français ont eu aussi vocation à gagner cette autonomie d'action au sein d'un système de santé où tous les acteurs restent de toute manière interdépendants.

Tout se tient. Nous avons déjà actuellement une activité de médicaux à compétences définies. Nous ne sommes plus les auxiliaires tels que définis en 1946. Il faut que cet usage passe dans la loi. Nous en sommes ici au stade où l'usage précède la loi. Il faut que le législateur le comprenne et accepte que la profession change de titre dans le Code de la Santé Publique.

Mais c'est un cheminement qui ne peut pas se faire comme ça sur une simple manifestation ou une revendication. Pour certains c'est très long, pour d'autres ça va venir...

Beaucoup de patients viennent directement chez le kinésithérapeute, et ne vont chez le médecin que pour avoir une ordonnance afin d'être remboursés...

Mais le médecin n'est pas le trésorier de la Caisse. Le rôle du médecin, c'est de faire de la médecine.

Donc il faut que les choses changent. Nous devons pouvoir recevoir le patient directement, puis voir avec le médecin le bon diagnostic, échanger avec lui... qu'en pense-t-il, qu'est-ce que j'en pense ?

C'est la même chose dans les services hospitaliers où le médecin ne fait que cautionner l'activité de nos confrères. Le médecin pose une indication, mais le kiné fait son travail de kinésithérapeute médical.

Il y a un tiers qui se met entre le médecin et le kinésithérapeute dans l'exercice libéral et qui change la donne : c'est la Sécurité Sociale à cause du remboursement.

Les médecins sont-ils prêts à lâcher ?

Les médecins ne peuvent plus tout faire. Mais ce qui compte le plus, c'est que les kinésithérapeutes doivent avoir plus confiance en eux. Ils bénéficient d'une formation de bonne qualité, ils passent par le PCEMI, ils doivent avoir plus confiance en eux. Ils ont de fait une activité médicale à compétences définies. Nous sommes compétents dans le mouvement, l'appareil locomoteur. Nous devons le revendiquer.

Notre champ est si vaste qu'il fait même envie.

Par ailleurs, nous ne sommes pas que des professionnels du geste. Chez nous, les patients passent beaucoup de temps. Ils finissent presque tous par parler. Ce dialogue va permettre de diriger vers la notion d'Education Thérapeutique. Cette activité là, les médecins nous la reconnaissent.

Mais nous devons apprendre à maîtriser la parole.

Il faut donc que le niveau de formation augmente à ce niveau. Il faut aussi que les confrères prennent parfaitement en compte les notions de déontologie qui sont étroitement liées à tout cela.

Nous avons donc une forte valeur ajoutée en plus du geste thérapeutique ; et ce n'est pas avec le niveau actuel d'étude que nous pouvons bien y arriver. Il faut aller vers le profession universitaire avec un sens critique. A l'école on apprend et on restitue. A l'université on apprend à se questionner douter, critiquer, échanger.

Justement le dossier du format des études a été depuis plus de 2 ans celui de tous les espoirs, celui de toutes les déceptions. Comment pensez-vous pouvoir relancer un processus qui semble bloqué ?

La nouvelle équipe est en phase avec l'évolution vers le LMD. Ceci doit permettre à la profession d'accéder au Master et à la recherche.

Nous devons aussi, comme ailleurs dans le monde, accéder à l'accès direct, mais là encore, sous couvert de la contre indication médicale que le kinésithérapeute va détecter de par sa formation. L'autonomie est liée à la formation.

Lors des Etats Généraux, la représentante du Québec a rappelé qu'avant d'avoir cet accès direct, ils se sont attachés à montrer qu'ils en étaient capables de l'assumer. Nous travaillerons dans ce sens là avec tout le poids de l'Ordre.

Sans parler de médicosocial, la notion de service social rendu préoccupe beaucoup les politiques. Pensez-vous que les kinésithérapeutes ont un rôle à jouer ?

Au cours des séances, les patients nous parlent de leur accident du travail, de leurs problèmes d'ergonomie ; de leur problème d'aide à domicile. On est sur le sujet, mais cela ne doit pas déboucher sur les problèmes d'ordre privée et affectif. Mais en même temps, il doit y être préparé et rester prudent.

Le terme plus approprié ici serait certainement sociétal. Notamment pour ce qui est du retour au travail après l'arrêt, mais aussi dans le maintien à domicile.

On va aussi retrouver cela dans la notion de permanence des soins, par exemple en kinésithérapie respiratoire.

Avec l'évolution des modalités d'exercices des libéraux de santé, on parle de plus en plus de coordination interprofessionnelle. Le kinésithérapeute a-t-il une place à prendre par exemple si l'on reprend la terminologie anglo-saxonne comme « Case Manager » ?

Certainement, mais ils ne sont pas assez nombreux. Et dans ces propositions, ce sont pour l'instant les infirmières qui prennent la main. Pendant de nombreuses années, on n'a pas formé assez de kinés. Là aussi, il y a quelque chose à faire.

Ordre et syndicat, certains pensent que la confusion règne dans les rôles et les actions. Ne pensez-vous pas qu'il soit temps de clarifier et de définir les prérogatives de chacun ?

L'ordre n'est pas un super syndicat. Il représente tout le monde, libéraux, salariés, et même les étudiants. L'Ordre est d'abord une juridiction que le législateur a voulu pour que la discipline professionnelle soit assurée par les pairs. C'est difficile d'être jugé par ses pairs, mais c'est mieux et plus juste.

Par ailleurs, mon parcours syndical me permet de bien connaître le contour de chacun, et donc de ne pas me tromper.

Deux femmes ont été élues au Conseil National. Vous avez décidé de proposer à l'une d'être secrétaire générale.

L'arrivée de femmes au conseil est une bonne chose. Il montre que la profession évolue. Cette possibilité d'un regard différent devrait nous permettre de mieux appréhender la profession et de mieux tenir compte de la diversité de l'exercice.

Annexe 2

Extraits Interview de Xavier BERTRAND par Kiné Actualité le 24 Mars 2011 :

Voici un extrait de ses propos au sujet des questions qui intéressent le sujet de mon mémoire :

Le rapport HENART souligne la nécessité de changer de cadre : abandonner l'enchaînement traditionnel : diplôme/profession/métier, et à partir de l'évaluation des besoins de santé et des ressources disponibles, pour déterminer alors les compétences des professionnels de santé, compétences qui constituent le « métier socle ». Alors on élabore le programme de formation initiale.

Cette démarche, fondamentale, est à prendre en compte pour répondre éventuellement à de nouvelles missions qui seraient confiées aux MK. Les travaux de réingénierie du diplôme ont permis l'identification des savoirs fondamentaux dits « contributifs » ainsi que la formalisation des savoirs spécifiques au cœur de métier du kinésithérapeute. Cette formalisation a permis d'identifier des champs d'intervention au sein desquels une expertise pointue est parfois attendue du MK par le corps médical ou par les patients.

Nous savons que dans la réalité de l'exercice, tout en restant des généralistes, les MK ont une appétence particulière pour un champ d'exercice ; tel est le cas du neuromusculaire ou de la prise en charge des nourrissons atteints de bronchiolite.

Après une consolidation de la formation initiale du MK dont la réingénierie reste l'objectif, nous travaillerons avec la profession à développer des secteurs de pratiques avancées. Ces secteurs, dont les modèles anglo-saxons de la kinésithérapie ont déjà précisé les contours, feront l'objet d'une offre de formation particulière, qui répondra à la proposition du rapport HENART de développer des métiers intermédiaires, à partir des métiers socles existants.

J'invite les représentants de la profession à identifier et préciser le champ d'intervention concerné et les modalités d'intervention spécifiques à mettre en œuvre. Notre objectif commun est bien sûr le renforcement de la qualité et de la sécurité des soins, la coordination des interventions au bénéfice du patient. Nous devons relever ensemble ces défis majeurs, sachant que les demandes de soins vont continuer à progresser fortement, et nous savons que le cadre budgétaire est contraint.

Réforme des études et Master:

Le diplôme d'Etat de MK est en cours de réingénierie. Cette réforme a pour objet d'améliorer la formation et de l'inscrire dans le cadre du schéma universitaire LMD initialisé au niveau européen. A partir de l'engagement fort du Président de la République en 2007, nous avons enclenché une réforme très profonde de l'ensemble des formations paramédicales, le chantier d'une décennie.

Pour répondre à ces objectifs, le ministère de la santé s'appuie d'abord et avant tout sur l'exercice professionnel de chaque métier. Avec les acteurs concernés, nous élaborons ce qu'on appelé des « référentiels d'activité et de compétences ». C'est la base qui permet de définir un référentiel de formation. C'est assez délicat, car les formations que nous imaginons aujourd'hui doivent déjà être adaptées aux évolutions futures de l'exercice professionnel. Notre responsabilité, ce n'est donc pas de

« remplir » la formation initiale par des sommes de connaissances qui seront nécessairement dépassées dans quelques années. Notre responsabilité, c'est de former des professionnels aptes à l'autonomie et à la réflexion sur leurs pratiques professionnelles. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle la méthode de recherche sera accrue dans le nouveau programme de formation. Aborder davantage la recherche, c'est aussi donner la possibilité aux étudiants qui le souhaitent d'envisager une orientation ultérieure vers une spécialisation recherche dans différentes disciplines universitaires.

Je rappelle aussi que la réingénierie des diplômes paramédicaux a également pour objet d'inscrire ces formations dans le schéma LMD initialisé au niveau européen. Le gouvernement s'est déjà engagé à reconnaître au minimum un grade de licence aux formations initiales paramédicales.

Toute évolution par rapport à cet engagement nécessite une réflexion globale, qui prend en compte toutes les dimensions des exercices professionnels des uns et des autres. Il nous faut prendre en compte les nouvelles modalités de prise en charge des besoins en santé publique, mais pas seulement. Les questions de transfert d'actes ne peuvent être déconnectées des questions de démographie, de rémunération. Ce travail est en cours, vous le savez.

Pour nourrir cette réflexion, j'encourage fortement les MK, comme les autres professionnels de santé, à s'emparer du dispositif des coopérations, prévu par l'article 51 de la loi HPST. Ce principe est très intéressant, puisqu'il s'agit de proposer des délégations éventuellement très poussées, sur la base de « protocoles de coopération » validés par la HAS. C'est une démarche pragmatique, qui part des initiatives des professionnels du terrain, et qui est une véritable chance pour faire évoluer les modes d'intervention des uns et des autres autour du patient. Le principe des coopérations saura prouver, j'en suis sûr, son intérêt pour les patients et les professionnels (et donc de la formation).

Enfin, concernant l'année de sélection pour entrer en IFMK, sachez que cette question retient toute mon attention. Les modalités actuelles d'admission en formation de MK sont très diverses et appellent, vous le savez bien, une régulation. Je veux renforcer la lisibilité du dispositif et de l'équité, qui ne sont plus garanties depuis plusieurs années. Chaque institut a développé des modalités de sélections qui lui sont propres. Je veux harmoniser les choses, mais prendre le temps, pour ne pas bouleverser le fonctionnement de chaque institut. Il y a plusieurs modèles intéressants, et mes services étudient actuellement l'intérêt de chacun d'entre eux.

Annexe 3

Interview de M. Thierry DULONG, Conseiller d'Etat Honoraire, CNOMK

Paradigme phénoménologique quasi clinique

Entretien semi directif

Siège du CNOMK le 8 septembre 2011. L'entretien est prévu à 11H. M. DULONG me fait part de la présence de M. Gérald ORS, responsable du pôle juridique du CNOMK. L'entretien est enregistré. Durée 1H22.

Qui êtes vous ?

Je suis conseiller d'état honoraire. J'ai été nommé au CNOMK quand j'étais encore activité puis je ai gardé ce poste quand j'ai été mis en retraite car cela m'intéresse car il est très intéressant de voir comment se construit un Ordre. En tant que membre au CNO et de président de la chambre disciplinaire nationale, je pense avoir un rôle utile. La deuxième raison est pratique. Je ne me voyais pas planter des choux à la retraite à 68 ans.

Quel est votre parcours ?

St Cyr à 20ans, Sciences Po, Droit DESS. Rentre au CE en 1981 par concours. 28 ans à l'armée et 20 ans au CE.

La loi prévoit que parmi les membres du conseil de l'Ordre, il y ait un membre du CE. Le CE demande aux intéressés. Il ya en a dans tous les Ordres. Le législateur souhaite chaque fois qu'un Ordre est créé, qu'il y ait un membre ayant des connaissances juridiques permettant d'éviter des dérives grossières, les membres élus au titre de la profession n'ayant pas forcément des connaissances juridiques

Comment êtes vous arrivé au CNOMK ?

Concernant le CNOMK, quand je suis arrivé, l'ordre était déjà bien en place et je n'ai pas eu grand chose à faire d'un point de vue juridique. Le pôle juridique du CNOMK dirigé par M. Gérald ORS, sous la direction du secrétaire général.

Quelles sont les raisons historiques de la présence d'un Conseiller d'Etat Honoraire dans les Ordres professionnels ? D'ailleurs, y en a t il dans tous les ordres ?

Raisons de bonnes pratiques plutôt que juridiques. Un conseiller national avec les mêmes prérogatives et droit de vote comme les autres membres. Aucun pouvoir supplémentaire Il n'est pas délégué par l'état pour surveiller l'Ordre mais délégué par l'Etat pou raider l'ordre dans ses problèmes juridiques.

A chaque conseil national sont présents deux membres du ministère de la santé, qui ont aussi aidé à la mise en place des textes juridiques.

En tant qu'ancien membre du CE, je ne conserve au lien direct avec le CE sauf des liens privés d'amitié avec les conseillers anciens collègues.

L'état se désengage de ses surveillances pour se concentrer sur ses fonctions régaliennes et c'est une excellente chose. On voit çà dans plusieurs professions. Toutes les professions aspirent à s'auto réguler et pour certaines d'entre elles à s'auto assainir, je prends le cas des ventes de voitures d'occasion. Il ya 20 ans c'était l'arnaque, depuis la profession s'est auto assainie grâce aussi au travail des syndicats. Tous les ordres se sont créés à partir de structures syndicales existantes. Une profession a besoin d'avoir un Droit de regard sur son organisation et sur les textes que l'état veut prendre. Les ordres sont allés plus loin que les syndicats. En ce qui concerne les MK, il ya deux organisations syndicales importantes. Il y avait au sein de l'Ordre, quand j'y suis

arrivé deux structures représentatives syndicales qui ont du se mettre d'accord et accepter de travailler ensemble pour mettre en place l'Ordre. Tous les ordres ont été mis en place par des personnes issues des syndicats au départ.

Concernant l'autonomie de la profession, je cherche à savoir quels sont les outils nécessaires à cette émancipation et quels sont les obstacles majeurs qui aujourd'hui bloquent cette reconnaissance.

Que veut dire émancipation, le fait d'être un Ordre, les textes mis en place par l'état ne vont pas contre l'ordre mais une volonté de l'état d'avoir des structures identiques dans tous les ordres professionnels. L'état souhaite que chaque Ordre adopte un même mode de fonctionnement.

Pour es raison de logique et de conformité

En quoi, la création d'un Ordre comme celui des MK peut elle favoriser une profession à s'émanciper ?

Je ne crois pas que l'Etat souhaite maintenir un chapeau sur l'Ordre en ne mettant pas en place la SACROMK. Il y a des problèmes de mise en place mais cela va venir. Les médecins ont cessé pendant un certain d'étudier les dossiers des MK en attendant le transfert de la SASCROM, à la SASCROMK, mais compte tenu du retard, ils ont été obligés de les reprendre pour maintenir des délais raisonnables d'instruction. A terme il est sur que cela se fera.

Même si cela tarde à la DSS au ministère. Il n'y a pas de volonté délibérée. Il ne manque que le décret d'application. Le problème est sans doute plus global en rapport avec les autres ordres notamment l'Ordre infirmier. L'état souhaite un règlement global. La reprise des SASCROM par les médecins coûte de l'argent à l'Ordre des médecins, et ils n'ont aucune volonté particulière pour conserver la gestion de ces sections, mais ne veulent pas non plus être condamné pour dépassement de délais.

Cela bloque parce que cela bloque du côté infirmier. C'est une question d'opportunité pour sortir les textes. Le moment est mal choisi pour que ce transfert se passe. Le ministère manque de personnel pour régler des problèmes rapidement. Le fonctionnement est extrêmement lourd. L'état souhaite se désengager et se consacrer à se taches régaliennes. C'est une affaire liée à l'inertie administrative. Il ya peut être un problème politique lié à un contexte qui n'est pas adéquat.

Le dossier SACROMK ne fait pour autant pas partie des dossiers urgents que le Conseil d'état doit traiter. Des milliers d'affaires et de projets de loi sont déposées chaque année. Ensuite c'est une question de logique et de priorité. Cela se fera mais cela peut prendre encore des années ou se débloquer très vite. On pourrait même utiliser la contrainte pour obliger l'état à sortir le texte. Ce serait alors une mise en demeure devant la CEDH au titre du délai raisonnable. L'Ordre ne doit pour autant pas se présenter comme une force d'opposition à l'état, d'où l'opportunité dont je parlais tout à l'heure.

Quoiqu'il en soit le CE ne mettra pas le gouvernement en position délicate.

Il n'y a pas forcément nécessité de création d'un Ordre. On parle d'auto régulation. Lorsqu'il n'y a que des syndicats qui forcément s'opposent cela ne peut pas marcher. L'Ordre au contraire doit gommer toutes les oppositions. Il a fallu le temps que les syndicats se rendent compte qu'il n'y a plus lieu de s'opposer au sein de l'ordre, cela n'exclut la débat. Le but étant de toujours trouver une position commune.

L'actuel échec le l'Ordre infirmier est du au fait du discours précisant que viendra qui voudra. Or l'Ordre est obligatoire. 25 formations syndicales dont la moitié avec une réelle force et un réel pouvoir se sont retrouvé lors de la création de l'Ordre infirmier. Cela a été très difficile voire impossible de trouver un consensus permettant de mettre entre parenthèses les différences.

Aujourd'hui, au CNOMK, les élus ne travaillent pas forcément main dans la main mais dans un but commun. Nous ne parlons pas de personnes mais de structure.

Les appartenances s'effacent. Les oppositions sont des oppositions de nuances plutôt que de principes.

Sur l'ostéopathie, il y a un quasi consensus. Il faut que l'ostéopathie doit être réintégrée au sein de la masso kinésithérapie. Il ne faut plus qu'il y ait d'ostéopathes purs.

Avec Jean Paul DAVID, nous avons évoqué la notion de profession médicale à compétences définies (comme les sages femmes ou les dentistes). Pensez vous que cette option puisse être une voie facilitant notre profession à s'autonomiser si toutefois les médecins acceptent de déléguer certaines tâches aux MK ?

Vous dépassez mes compétences. C'est plutôt du ressort des professionnels que du Conseiller d'état.

Poids de l'Ordre des médecins, niveau d'études des Mk aujourd'hui, le système global économique va t il accepter cela ?

Il y a quelques années on parlait de la création d'un ordre des paramédicaux. Cela aurait été une machine infernale, ingérable. Le poids de l'Ordre des MK aurait alors été très réduit et étouffé par les infirmières.

Concernant le droit de prescription et la première intention, je reviens sur l'ostéopathie pure (non médecin non MK). Normalement cette activité devrait disparaître. On va très vite vers le charlatanisme. C'est une crainte partagée par le politique. Cela dit serait ce une bonne chose d'avoir une capacité de prescription, je n'en sais rien !

Sans parler de médicosocial, la notion de service social rendu préoccupe beaucoup les politiques. Pensez-vous que les kinésithérapeutes ont un rôle à jouer, et pensez vous que cette notion de service social puisse être ?

Bien sur, lorsque l'on se rend chez son kiné, ce n'est pas pour soigner que le corps mais aussi la tête. Le MK est parfaitement capable de gérer notamment cette prise en charge globale avec cette composante de psychothérapie selon le sens éthique du terme. Cela se passe aussi dans la tête.

Le référentiel métier réalisé par l'Ordre le confirme. Les contacts internationaux (Canada, Liban) prouvent que certains pays sont très en avance sur nous.

Le mandarinat médical est un problème. Tant que l'état ne l'imposera pas aux médecins, vous aurez du mal à avancer dans cette voie. Il faudra du temps, probablement une ou deux générations avant de pouvoir prescrire et vous auto prescrire. Il faut du courage politique pour faire changer les choses et les mentalités.

En France les changements sont très lents sauf urgence et votre notion d'auto prescription n'est pas une urgence.

Concernant le service social rendu, il est évident tant les problèmes physiques sont liés aux problèmes psychiques. Le masseur kinésithérapeute

La création de l'Ordre a permis à la profession de gérer en « interne » son « disciplinaire » jusqu'alors dévolu à l'Ordre des médecins. Que pensez vous de la profession et de cette gestion juridico administrative de la profession ?

Les MK siégeant sont des techniciens et le juge a besoin de techniciens pour bien appréhender une problématique technique. Nous siégeons à 5 habituellement (4 MK et moi même). Pour les affaires très sensibles (attouchements sexuels, pédophilie), nous siégeons à 12.

Les décisions sont prises après délibération à la majorité la plupart du temps, il n'est pas arrivé qu'une décision soit rendue avec une faible majorité des voix. Le plus souvent c'est à l'unanimité que l'on juge ce qui prouve encore que les différentes sensibilités se retrouvent pour faire cause commune et cela est très bien comme cela.

C'est de la nature même de l'ordre. L'auto assainissement de la profession qui définit à partir des textes un code de déontologie. Ce code définit les devoirs des confrères entre eux, envers les autres professions, envers les patients. Il suffit d'adapter les situations aux textes.

L'avis technique et le bon sens des confrères siégeant dans les chambres disciplinaires sont ce que recherche le président.

Les MK ne sont pas des juristes et il arrive souvent que des conseillers nous contactent pour des conseils ou des questions pratiques. Au fur et à mesure, le niveau d'expertise juridique des élus au disciplinaire augmente.

Les statistiques de fonctionnement de la juridiction interne sont de nature à conforter la solidité et la pérennité de la structure ordinale.

Malgré la tentative de suppression des structures départementales de l'Ordre il y a 18 mois, nous avons eu la preuve de la volonté de la profession de se réguler elle-même, à l'écart de l'état.

De plus les conseillers de Mme Bachelot étaient des salariés. Il est bien évident que cela a joué contre l'Ordre au moment où se débattait la question de la cotisation salariée.

Pour vous y a-t-il une différence entre émancipation et autonomie

L'émancipation suppose que l'on était sous tutelle. C'est vrai que la profession était sous tutelle avant. L'émancipation n'est pas infinie de la même façon que l'autonomie est forcément limitée. Pour l'instant ce sont les prescriptions médicales, les tarifs de sécurité sociale. Le système de sécurité sociale va-t-il changer ? On va bien au-delà. La question peut se poser. On n'a qu'à voir les retraits de remboursements de certains médicaments et l'imposition des génériques qui est assez remarquable.

L'Ordre s'inscrit dans ce contexte.

La profession de MK est émancipée mais l'émancipation ne sera jamais totale.

La première intention ne peut pas être sans limites. On a un Ordre des médecins. Il y a 30 ans c'était des mandarins. Le sont-ils encore ? Je n'en sais rien ; Il y a 30 ans nous avions une excellente médecine. Est-ce encore le cas aujourd'hui ? Moi je ne le crois pas. Je suis obligé de choisir mes médecins. Il y a de plus en plus de médecins incompetents.

Y a-t-il des MK incompetents ? Oui il y en a. Moi je suis tombé sur les incompetents qui ne sont pas préoccupés de ce que j'avais, qui n'ont pas fait de bilan, qui m'ont mis sous une lampe et c'est tout. Ce que j'ai fait, je me suis rhabillé et je suis parti. Des charlatans il y en a partout. Je suis gentil, je ne l'ai pas dénoncé.

Enfin, qu'évoque pour vous la notion de discipline universitaire en kinésithérapie ?

Alors ça oui, c'est très important. Actuellement on est en train de revoir les études et plus in y aura de multidisciplinarité, meilleur sera le soin. Il existera toujours des MK capables de manipuler, de décontracter. Il faudra aussi que les MK soient de plus en plus formés à la psychothérapie. Moi j'y crois profondément. Car beaucoup de choses se passent dans la tête. Alors non le MK ne devra pas devenir psychothérapeute, mais devra être capable de diriger, d'orienter et de prévenir les personnes compétentes en disant j'ai le sentiment que...

L'Honnête homme autrefois était celui qui avait des connaissances sur tout et sur tout le Monde en général. On se dirige vers ça enfin on devrait se diriger vers ça. Mais pour ça il faut vous rapprocher du Président David ou de Mme Mathieu qui ont déjà beaucoup réfléchi à la question.

L'Ordre a beaucoup produit. Je ne lis pas tout mais j'ai quatre autres fonctions qui m'occupent pas mal.

Acceptez vous que votre nom soit cité dans mon mémoire ?

Si mon nom apparaît, je veux que celui de Gérard ORS apparaisse aussi.

Annexe 4.

Pourquoi une discipline en Kinésithérapie:

Extrait Kiné Point Presse n°15, Décembre 2008

Franck GATTO

Pourquoi et comment une discipline en Masso-kinésithérapie ?

Il a été montré que « la masso-kinésithérapie est différente dans ses pratiques de la médecine, de la psychologie, de l'éducation, de la biomécanique, des soins infirmiers, ... » (Gatto, 2005). La fusion de l'éducation et de la kinésithérapie au cours des activités du MK constitue l'élément majeur qui atteste cette différence. Comme pour la création de chaque discipline c'est la différenciation déjà prouvée par de nombreuses thèses de MK qui permet aux tutelles de pouvoir accepter ce projet.

- Une discipline en Masso-Kinésithérapie

Pour améliorer la qualité des pratiques de soins, de formation et la santé des patients il est nécessaire de créer une Discipline Universitaire en Masso-kinésithérapie. La discipline permettra d'organiser et de mettre en œuvre des cursus de formation et des projets de recherche adaptés aux nécessités de santé publique actuelles et à venir.

- La formation Initiale :

La discipline gérée par des Enseignants-chercheurs Masseurs-kinésithérapeutes (MK) habilitera un diplôme d'Etat de niveau Master 1 (240 ECTS) ou Licence au départ en échange de la discipline (180 ECTS) dont la délivrance sera majoritairement gérée par des MK. Ce diplôme sera reconnu par le ministère de l'éducation nationale et le ministère de la santé. Sans discipline le niveau de sortie en Licence ou Master sera facultatif et non reconnu au niveau réglementaire (salaire, honoraires, statut ...). Le droit d'exercice est donné par l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes.

Les IFMK deviendront des IUFMK (Institut universitaire de formation des masseurs-kinésithérapeutes).

- La Formation Toute la Vie :

La discipline habilitera un diplôme Master 2 professionnel (300 ECTS) pour former les cadres de santé dans des fonctions de cadres hospitaliers et pour les cadres dans des fonctions de formateurs en IFMK.

La discipline habilitera des Master 2 professionnels spécifiques aux MK pour préparer aux spécialités de Kiné-ostéopathe, kiné - respiratoire, kiné éducateur en santé, ...

- La Formation Doctorale :

La création de plusieurs laboratoires de recherche habilités par le Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de la santé, orientés sur les problématiques de la MK dans sa multiréférentialité contribuera à une réelle politique de recherche : identification des priorités; évaluation de la scientificité des pratiques, des écrits, des discours, des techniques ; soutenances de thèses dans la discipline, productions scientifique de connaissances et de techniques.

Les résultats de ces travaux de recherche enseignés en formation initiale et en formation continue en MK conduiront les MK à développer de nouvelles manières de penser, d'écrire, de parler et de pratiquer. Les MK passeront d'une posture d'agent prescrit à une posture d'auteur prescripteur.

Le nombre de MK possédant une thèse et/ou une Habilitation à Diriger les Recherches (HDR) et/ou inscrits dans une discipline d'accueil est très important. Ces MK sont prêts sur le plan scientifique et administratif à gérer la discipline. Pour y parvenir il est nécessaire et indispensable que la majorité des MK convergent sur cet objectif par leurs discours et leurs écrits. La décision politique de création d'une discipline à titre expérimental sur Marseille, Montpellier et sur Paris par exemple est possible (« We Can »).

Par la discipline il pourra être obtenu l'accès direct du patient au MK, l'augmentation de la rémunération des actes de MK, un droit de prescription élargi du MK.

Annexe 5 : Réponse du ministère



MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

Le Chef de Cabinet

PARIS, LE 18 JUIL. 2011


N/REF. : CAB. N° 11 031719/EVo
V/REF. : Votre lettre du 29.04.2011

Monsieur,

Vous avez bien voulu faire part à Monsieur Xavier BERTRAND, ministre du travail, de l'emploi et de la santé, de votre souhait d'obtenir une audience en vue de l'entretenir du mémoire de recherche que vous devez réaliser dans le cadre d'un master 2 professionnel en sciences humaines et sociales.

Le ministre a bien pris note de votre démarche. Cependant, les contraintes liées à un agenda particulièrement chargé l'empêchent de vous accorder l'entretien que vous sollicitez, ce qu'il regrette vivement.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de ma considération distinguée.


Matthieu GRESSIER

Monsieur Stéphane MICHEL
Masseur Kinésithérapeute
4 Rue Louis Vergier
84170 MONTEUX

127, RUE DE GRENELLE – 75700 PARIS
TÉLÉPHONE : 01 44 38 38 38 – TÉLÉCOPIE : 01 44 38 96 48

Résumé

Ces travaux de recherche avaient pour objectif de produire des solutions pour l'émancipation de la profession de Masseur - Kinésithérapeute.

C'est à partir des résultats scientifiques actuels, de deux entretiens semi-directifs auprès de Jean Paul DAVID, président du conseil national de l'ordre des masseurs kinésithérapeutes, de Thierry DULONG, Conseiller d'Etat Honoraire au Conseil national de l'Ordre des MK et de l'analyse documentaire d'un entretien avec Xavier BERTRAND, Ministre du travail, de l'emploi et de la santé, retranscrit dans une revue professionnelle, qu'il a été produit les solutions permettant cette émancipation.

L'analyse des entretiens et l'analyse documentaire ont été réalisées par indexation notionnelle et à l'aide des Logiciels Dico et Context.

Les résultats montrent que l'Ordre donne la légitimité et la respectabilité à la profession en constituant un signe majeur d'autonomie et que la réingénierie de la formation initiale doit conduire à la création d'une discipline. Pour y parvenir les masseurs-kinésithérapeutes doivent produire des savoirs scientifiques (Master 2, thèses, publications de références) validés par l'université en montrant scientifiquement leur utilité sociale et leurs compétences d'exercice par la science.

La profession devrait pouvoir accéder à un mode d'exercice en première intention et à une valorisation sur tous les plans à la condition de travailler pour cela avec les médecins et avec les universitaires.

Mots-clés

Accès direct, recherche, universitaires, médecins, discipline, émancipation.