

Université de Provence
Université Paul Valéry et IFCEES



Mémoire de Master 2
Professionnel Education et Formation

**Contribution de l'évaluation des pratiques professionnelles
des Masseurs-kinésithérapeutes de l'inter-région PACA et
Corse et de la science à l'autonomie de la profession**

Soutenu par : *Roland QUEINEC*

Sous la direction de : *Franck GATTO*

Maître de conférences, Habilité à Diriger les Recherches.

Année 2009/2011

Remerciements

En premier lieu, je pense à mon ami et maître Franck Gatto, déjà 10 ans que nous nous connaissons et le seul regret que je peux avoir, c'est de ne pas l'avoir connu plutôt. J'associe bien évidemment Sophie à ces remerciements, et avec Lyne nous les attendons dans les Alpes, dès que possible.

Je remercie, les membres du jury.

Depuis 2002, date à laquelle ou Franck m'a initié aux sciences de l'éducation, à l'université de Provence à Lambesc, jusqu'à ce moment où je suis sur le point de terminer mon master 2, une constante m'est apparue : la qualité de l'enseignement et des enseignants/ formateurs ou l'inverse, je ne nommerais personne de peur d'en oublier. A Montpellier, je remercie Eric Pastor, qui au sein de l'IFCEES nous accueille dans ces locaux, et sa convivialité légendaire.

Mes remerciements vont à notre groupe de Master 2, où chacune et chacun, ont permis la progression et la cohésion de l'ensemble, comme précédemment je préfère ne citer personne de peur d'en oublier.

Je tiens à remercier le conseil interrégional PACA et Corse, lieu où nous avons pu mettre en place une partie des fondations de l'ordre. En faisant fi des appartenances syndicales antérieures et cela dans un climat exceptionnel de convivialité, de tolérance et de respect des valeurs de la profession que je n'avais pas rencontré auparavant.

Je n'oublie pas mon confrère et ami Bernard Decory, qui nous poussait à aller vers l'université pour faire des formations, il y a plus de 25 ans.

Pour finir ces remerciements, je pense à mon épouse sans qui ce mémoire n'aurait pas vu le jour et à sa patience et sa tolérance alors que certains week-end de beau temps je restais devant l'ordinateur. Je n'oublie pas non plus Ronan et Dewi, mes enfants ainsi qu'Amandine l'amie de Dewi.

SOMMAIRE

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. Contexte | 6 |
| 1.1 Le parcours professionnel | 6 |
| 1.2 Le projet de formation en Master 2 | 7 |
| 1.3 Le projet professionnel | 8 |
| 1.4 Le thème et l'utilité sociale de la recherche | 8 |
| 1.4.1 L'EPP des MK pour améliorer la qualité des pratiques et la santé des malades au niveau biomédical et éducatif | 8 |
| 1.4.2 L'EPP pour favoriser l'autonomie professionnelle des MK | 9 |
| 2. L'état des lieux de la recherche et problématisation | 9 |
| 2.1 Historique de la profession | 9 |
| 2.2 Textes réglementaires de la création de l'ordre et ses missions | 12 |
| 2.2.1 Cadre législatif | 12 |
| 2.2.2 Intérêts et missions de l'Ordre | 13 |
| 2.3 Les modèles de l'évaluation | 14 |
| 2.3.1 L'évaluation contrôle dans l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) | 14 |
| 2.3.2 L'évaluation questionnement dans l'EPP | 15 |
| 2.4 La convention entre le Conseil National de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes (CNOMK) et la Haute Autorité de Santé (HAS) | 16 |

| | |
|--------------------------------------------|----|
| 2.5 La formation des facilitateurs | 17 |
| 2.5.1 Le choix des facilitateurs | 17 |
| 2.5.2 L'objectif de l'EPP | 19 |
| 2.5.3 La méthode de formation à l'EPP | 20 |
| 2.5.4 Les référentiels disponibles | 21 |
| 2.5.5 Les valeurs de formations EPP | 22 |
| 2.6 Les EPP misent en œuvre sur l'hexagone | 22 |
| 2.7 Les résultats EPP sur l'hexagone | 23 |
| 3. Les matrices théoriques | 27 |
| 3.1 Les modèles de l'évaluation | 27 |
| 3.1.1 L'évaluation contrôle/mesure | 27 |
| 3.1.2 L'évaluation questionnement | 28 |
| 4. Question de recherche | 29 |
| 5. Dispositif de recherche | 29 |
| 5.1 Méthode de recherche | 29 |
| 5.2 Population | 29 |
| 5.3 L'outil d'enquête | 29 |
| 5.4 Le guide d'entretien | 29 |
| 5.5 Recueil des données | 30 |
| 5.6 L'entretien | 31 |
| 5.7 Traitement des données | 41 |
| 6. Résultats | 43 |
| 6.1. Résultats qualitatifs | 43 |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 6.2. Quantification du qualitatif | 44 |
| 6.3. Réponse à la question de recherche | 44 |
| 7. Synthèse des résultats de l'enquête scientifique et réponse à la question de recherche | 44 |
| 8. Discussion des résultats et critique du dispositif de recherche | 45 |
| 9. Apports, intérêts et limites des résultats pour la pratique professionnelle et perspective de recherche à partir de ces résultats | 46 |
| 10. Références bibliographiques | 47 |
| 11. Annexes | 49 |
| Résumé sur la 4 ^{ème} de couverture | 86 |

1. Contexte.

1.1 Le parcours professionnel.

Diplômé en 1985, après un parcours atypique, j'ai débuté des études de masseur-kinésithérapeute à près de trente ans. J'ai successivement exercé les professions de mécanicien automobile, accompagnateur en moyenne montagne et pisteur-secouriste pendant plus de quinze années. Je suis installé en libéral dans une commune rurale et montagnarde à Guillestre, dans les Hautes Alpes.

Dès mon entrée professionnelle en masso-kinésithérapie je me suis investi au niveau d'un syndicat départemental et au sein de la commission socioprofessionnelle des masseurs-kinésithérapeutes, pour en être le président pendant une dizaine d'années et conseiller fédéral de la région PACA.

Parallèlement j'ai suivi des formations continues : en uro-gynécologie, en drainage lymphatique manuel, en thérapie manuelle, en massage chinois, en qi gong, en kinésithérapie du sport et en énergétique chinoise et champs magnétiques pulsés.

Pendant dix-sept années, j'ai participé à l'organisation de visite d'aptitude aux sports dans un centre médico-sportif à Guillestre ; j'ai aussi eu des responsabilités administratives au sein d'une commune à Eygliers et comme parent d'élève au collège et dans un lycée professionnel.

Entre 2002 et 2004, je me suis inscrit en faculté dans le domaine des sciences de l'éducation à l'université de Provence à Lambesc et à l'université de Corte, pour obtenir une Licence et une Maîtrise professionnelle en sciences de l'éducation, option formation et encadrement.

En 2006, la création de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes à enfin vu le jour, avec les élections départementales le 16 mai 2006, nationales le 5 juillet 2006 et régionales le 21 juin 2007. Candidat au niveau départemental et régional, j'ai été élu à ces deux instances et réélu au régional en 2009. Dans le cadre des missions du conseil interrégional de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes PACA et Corse (CIROMK), je suis membre des commissions : chambre disciplinaire de première instance (CDPI), de la commission restreinte et de la commission d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP).

Dernièrement suite à la loi Hôpital-patient-santé-territoire (HPST), le remplacement de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) par l'agence régionale de la santé (ARS) a débouché à des élections à l'union régionale des praticiens de santé (URPS) par collège professionnel. Ces élections ont eues lieu en décembre 2010, et avec douze collègues nous avons été élus sur une liste d'union de syndicats professionnels.

1.2 Le projet de formation en master 2.

Mon projet de formation en master 2 est directement lié à l'activité du CIROMK PACA et Corse et sa commission EPP. Le travail a commencé en 2007, avec le concours de Franck GATTO, vice-président du CIROMK PACA et Corse ; sa simplicité et sa pédagogie naturelle nous a permis de progresser rapidement et d'éviter de se perdre dans des élucubrations fantaisistes.

Nous avons jeté les premières pistes pour des questionnaires d'évaluation des pratiques professionnelles autour de cinq thèmes : la rééducation de l'hémiplégie par accident vasculaire cérébral (AVC), la personne âgée non grabataire, la bronchiolite aiguë du nourrisson, la lombalgie chronique et l'hygiène et la sécurité ; ces questionnaires sont renseignés au début de la formation et à la fin. Ces questionnaires ont été améliorés, complétés et régulés par les différentes formations en master 2 que Franck organise à Paris, Montpellier ou Marseille. A cette période, j'avais perdu de vue les sciences de l'éducation depuis près de trois ans et demi, et en écoutant Franck, beaucoup de paroles parvenaient à mes oreilles en clair, comme si cette interruption m'avait permis d'ingérer ces concepts, paradigmes et autres. Franck fut chargé d'organiser les formations des facilitateurs E.P.P. pour toutes les régions ou inter régions de France.

A l'initiative de Franck Gatto aidé par Jean Ravenstein Professeur des universités et Caroline Ladage de l'université d'Aix-Marseille 1 et avec le soutien du CIROMK et du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes « une enquête scientifique de valorisation de la profession des masseurs-kinésithérapeutes » a été mise en ligne pendant deux mois, du premier mai 2009 au trente juin 2009. Les réponses très nombreuses, 1678 donne un échantillon représentatif de la population des masseurs-kinésithérapeutes (MK).

Les résultats montrent que les MK sont dynamiques, sont experts, sont conformes aux bonnes pratiques et aux données de la science en médico-kinésithérapie (78,8 % de réponses conformes), ils sont aussi conformes à 75% aux bonnes pratiques en éducation et aux données de la science en éducation. Ce sont d'important « acteurs sociaux et la profession est en désir d'émancipation (Gatto 2010).

Cette activité autour des sciences de l'éducation a réveillé en moi, un besoin de continuer mon cursus en sciences de l'éducation (SDE) et je me suis inscrit à la formation de septembre 2009 à Montpellier. Au cours de la formation, une direction de recherche autour de l'EPP s'est imposée à mon esprit pour se servir du travail réalisé au sein du CIROMK PACA et Corse ainsi que dans les autres conseils régionaux ou interrégionaux.

1.3 Le projet professionnel.

Après le Master 2, je pense continuer mon activité libérale pour garder ce contact avec les patients, mais une évolution en tant que formateur ou dans des missions d'encadrement ne me déplairait pas. Sur le plan syndical, nous allons essayer de créer un syndicat dans les Hautes Alpes, avec des outils plus performant. Au niveau ordinal sur l'inter région PACA et Corse, nous allons continuer le développement des EPP qui deviennent maintenant le développement professionnel continu (DPC).

1.4 Thème de recherche et utilité sociale du thème de recherche.

1.4.1 L'EPP des masseurs kinésithérapeutes pour améliorer la qualité des pratiques et la santé des malades au niveau biomédical et éducatif.

La commission EPP en région PACA et Corse a travaillé sur des choix thématiques et a participé à l'élaboration de questionnaires scientifiques à partir de référentiels scientifiques et réglementaires. Les thèmes retenus sont : la Personne âgée, la Lombalgie commune chronique, la Bronchiolite aiguë du nourrisson, les Réseaux de santé, l'AVC.

L'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 l'enquête avec un appui sur des données scientifiques et réglementaires conformes en médico-kinésithérapie et en éducation a montré que :

- 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).

1.4.2 L'EPP pour favoriser l'autonomie professionnelle des MK.

Les résultats des EPP et de l'enquête montrent que le patient et le MK sont partenaires dans le soin pour être co-auteurs et co-décideurs. L'utilité sanitaire et économique des pratiques des MK n'est plus discutable. Ils 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).

2 L'état des lieux de la recherche et problématisation.

2.1 L'historique de la profession.

Le mot kinésithérapie vient du grec « *kinésis* » mouvement et de « *theapeia* » traitement ; littéralement la kinésithérapie est le traitement par (et pour) le mouvement.

Pour Gedda (2001), la kinésithérapie se définit comme la thérapeutique de la gestuelle. 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.

Au cours de son activité, le masseur-kinésithérapeute prend en compte les psychologiques, sociales, économiques et culturelles de la personnalité de chaque patient, à tous les âges de la vie. Depuis le décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession du 8 octobre 1995, modifié le 27 juin 2000, dans le cadre de la prescription médicale, il établit un diagnostic kinésithérapique et choisit les actes et techniques qui lui paraissent les plus appropriées.

En 2009, le Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes donnait une nouvelle définition : « *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* ».

L'histoire de la masso-kinésithérapie, date de près de cinq mille ans, avec les pratiques de la médecine chinoise traditionnelle, qui regroupait des techniques nombreuses : acupuncture, diététique, moxas, massage (tuina), gymnastique (Tai Chi Chuan et Qi Gong).

« La plupart des méthodes utilisées dans le cadre de la kinésithérapie, de la physiothérapie et de la crénothérapie (cures thermales) ont une origine très ancienne. Les Grecs et les Romains ont laissé des écrits où il est question des effets bénéfiques du soleil et de l'eau ! Exercices et massages étaient utilisés chez les anciens Chinois, Perses, Egyptiens et Grecs, (Encyclopédie Encarta, Microsoft ».

A la Renaissance, Ambroise Paré et Boisregard ensuite publient des ouvrages relatifs à l'utilisation des exercices et de la gymnastique.

Le terme de kinésithérapie apparaît pour la première fois en 1847 dans le livre du Dr Georgi : « Kinésithérapie ou traitement des maladies par le mouvement selon la méthode Ling et Branling ». Au 19^{ème} siècle, ce sont les médecins qui obtiennent le diplôme de kinésithérapie. En 1889 : ouverture de l'EFOM, la première Ecole Française d'Orthopédie et de Massage, rue Cujas, à Paris. Elle ne fut agréée par arrêté ministériel que le 28 février 1924, soit trente cinq ans plus tard.

En 1900, la Société de Kinésithérapie est créée, elle rappelle que la kinésithérapie ne pourra être exercée que par des personnes ayant obtenu le diplôme de docteur en médecine et que seul le massage hygiénique peut être pratiqué sans ordonnance.

La première guerre mondiale avec ses cohortes de blessés va 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 1924, le diplôme d'état d'infirmier masseur et d'infirmier masseur aveugle est instauré.

En 1942, un décret institue un diplôme de moniteur de gymnastique médicale ; et par [la loi n°46-857 du 30 avril 1946](#), un diplôme d'état de masseur-kinésithérapeute est créé, réunissant les deux aspects de la profession. « *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 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, ce qui n'est guère étonnant.

Les études durent deux ans, il faudra attendre [l'arrêté du 20 mai 1968 et le décret du 18 mars 1969](#) pour obtenir la troisième année d'étude.

En 1985, [le 26 août paraît le 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.

En 1989, le 8 septembre, une modification du 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.

Le 4 février 1995 : loi créant l'ordre des MK, il sera abrogé par la loi du 4 mars 2002.

[Le décret du 18 août 1995 n° 95-926](#) abroge le décret du 6 septembre 1976 avec création d'un diplôme de cadre de santé accessible à toutes les professions paramédicales.

[Le décret du 8 octobre 1996 n° 96-879](#), relatif aux actes professionnels, améliorant encore le champ de compétence 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.

[Le 22 février 2000](#), une modification importante de [l'arrêté de 1962](#), supprimant les notions de qualitatif et de quantitatif de la prescription médicale.

La loi du 4 mars 2002 n° 2002-303, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite loi « Kouchner », a créé le principe de démocratie sanitaire. Ainsi, « le patient devient co-auteur, co-évaluateur, co-décideur de sa santé » (Gatto, 2005).

Et pour finir ce pensum législatif, la loi Hôpital-Patient-Santé-Territoire, dite loi HPST n° 2009-879 du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Cette réforme a remplacé les Agences Régionales de l'hospitalisation par les Agences Régionales de Santé, qui gèrent aussi bien l'hôpital que le libéral.

2.2 Textes réglementaires de la création de l'ordre et de ses missions.

2.2.1 Cadre législatif.

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 condamner l'état à payer ces astreintes.

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 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, masseurs-kinésithérapeutes, pédicure-podologue, orthophoniste et orthopédiste.

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.

L'Ordre des Masseurs-kinésithérapeutes est composé d'un Conseil National et de Conseil Régionaux (et interrégionaux comme en PACA et Corse) et Départementaux.

Les conseils Départementaux ont été élus le 16 mai 2006.

Le Conseil National a été élu le 5 juillet 2006.

Les Conseils Régionaux ont été élus le 21 juin 2007.

2.2.2 Intérêt, statut et missions de l'Ordre.

La mise en place de l'Ordre signe symboliquement, pour notre profession, le passage à l'âge adulte. La profession de masseur-kinésithérapeute se voit dotée d'une structure administrative et juridique qui lui permet de s'assumer. Ainsi, cela va permettre de faciliter sa reconnaissance dans notre société du XXI^{ème} siècle, mais surtout de garantir la qualité des soins pour les usagers du système de santé.

Au niveau international, la France était un des rares pays à ne pas avoir une structure représentative unique de la profession. Plusieurs Etats ont une structure similaire portant la même dénomination : « Ordre » ou « Order », c'est le cas du Québec ou du Liban. D'autres ont des structures équivalentes comme les « chartered societies » (chacun des états du Royaume Uni ou en Australie), ou une association professionnelle unique (Etats-Unis, Canada, pays scandinaves, Allemagne).

Dans tous les cas, ces structures ont pour mission d'administrer complètement la profession et son exercice. Cela va de la définition des contenus de formations, en lien avec les compétences attendues, jusqu'au renouvellement des autorisations d'exercice, en passant par la définition des obligations de formation continue, la gestion des quotas, l'assistance à leurs membres.

L'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes est une structure de droit privé ayant une mission de service public. Les premiers mois d'activité de l'Ordre ont été notamment consacrés à l'élaboration du code de déontologie. L'Ordre régit les rapports entre les professionnels et leurs patients et entre les professionnels eux-mêmes. Il est mandaté pour faire respecter les règles instaurées et pour cette raison doté d'un pouvoir de justice.

En lien avec la Haute Autorité de Santé (HAS), l'Ordre a la mission d'organiser des actions d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). Il est chargé de diffuser les règles de bonnes pratiques professionnelles.

L'Ordre assure une mission d'administration de la profession. Pour cela, il organise et gère un tableau de l'ordre où sont inscrits tous les professionnels en exercice (sauf ceux exerçant au profit du ministère de la défense). Enfin il assure une mission de solidarité et d'entraide entre ses membres. Le fonctionnement de l'Ordre est uniquement assuré par ses membres. C'est pour cette raison qu'il a délégué pour lever des cotisations.

2.3 Les modèles de l'évaluation.

Pour Gatto, l'évaluation : « *c'est l'acte de produire des connaissances sur lesquelles on applique un jugement pour prendre une décision. C'est un acte qui est producteur de sens dans la mise en rapport d'une réalité avec la valeur* » (Gatto, 2005).

Pour Ardoino J. et Berger G. (1989) « *l'évaluation, c'est d'abord le rapport aux valeurs... Travailler ses valeurs, c'est travailler le processus de professionnalisation* ». Pour Hadji C. (1997) « *évaluer, c'est mettre en relation des éléments issus d'un observable (ou référé) et un référent pour produire de l'information éclairante sur l'observable, afin de prendre ses décisions* ».

L'évaluation s'inscrit dans une vision du monde relevant soit du paradigme mécaniciste qui « *considère le monde comme un moteur, que l'homme (avec l'aide ou non des dieux) peut démonter, réparer, reconstruire* », soit du paradigme holistique qui « *rejette en arrière fond l'analyse des détails, des parties : ce qui importe, c'est l'impression, le climat général* » (Vial, 1997).

Le premier paradigme exprime la logique du contrôle qui s'applique sur les personnes (évaluation mesure) et sur les procédures (évaluation gestion). Le deuxième paradigme exprime la logique d'accompagnement qui s'applique sur les processus (évaluation questionnement).

2.3.1 L'évaluation contrôle dans l'EPP.

L'évaluation mesure s'analyse au travers de trois courants : la docimologie, la mesure et l'explication causale. Pour Gatto F., Garnier A., et Viel E. (2007) c'est « *une opération qui consiste à situer sur une échelle de mesure, hiérarchiser, trier, décréter la valeur, porter un jugement dit de valeur pour sélectionner. La valeur est réduite à sa signification morale que l'on doit suivre* ». L'erreur est une faute. C'est le bilan chiffré des masseurs-kinésithérapeutes : testing musculaire, amplitudes articulaires.

L'évaluation gestion repose sur le modèle de l'accréditation (d'un hôpital ou d'un journaliste). On distingue le fonctionnalisme, (l'évaluation par les objectifs), du structuralisme (l'évaluation pour la décision). Pour Gatto F., Garnier A. et Viel E. (2007) « *l'évaluation gestion est une rationalisation par les objectifs, une évaluation comme aide à la prise de décision* ». « *Pour les masseurs-kinésithérapeutes, c'est le bilan diagnostic kinésithérapique,* ».

Pour Pastor E. (2004), « *l'évaluation contrôle ne favorise pas le positionnement du patient comme auteur de son traitement, mais le cantonne à un rôle d'agent ou d'acteur, donc renforce sa passivité, ce qui ne correspond pas au projet visé de la loi sur les droits des malades (04 mars 2002). Il est certain que, pour les soignants relevant d'un paradigme évaluatif basé sur le contrôle, c'est une solution de facilité, un modèle qui ne remet pas en cause leur système d'apprentissage ou de transmissions des savoirs. C'est une situation qui, finalement satisfait une majorité de patients soumis et inféodés au pouvoir de la blouse blanche et une majorité de soignants contrôleurs et dogmatiques* ».

Dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) des masseurs-kinésithérapeutes, ce modèle de l'évaluation contrôle sera utilisé avant et après le traitement du masseur-kinésithérapeute sans laisser de sentiment de culpabilité, l'écart permet de discuter et de réorienter le traitement, ainsi qu'avant l'EPP. Dans son activité réelle « *le MK n'applique pas des techniques transférables de manière mécanique, systématique, protocolaire, prévues à l'avance en fonction de pathologies.*

Le MK invente l'acte de rééducation à partir des savoirs scientifiques multi référentiels (médicaux et éducatifs), des recommandations de l'HAS, de l'expérience du patient, des demandes et des besoins du patient » (Gatto, 2005).

De plus selon la définition de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins (DHOS, remplacé à ce jour par la Direction Générale de l'Offre des Soins, DGOS) « *le métier de kinésithérapeute, est centré sur le mouvement et l'activité humaine, qui vise la réadaptation et la réhabilitation de la personne avec pour finalité sa réinsertion psychosociale et / ou professionnelle* ».

2.3.2 L'évaluation questionnement dans l'EPP.

L'évaluation questionnement est « *une recherche de sens dans une relation intersubjective. Elle est centrée sur le processus de formation, sur la dynamique de changement du sujet* ». (Gatto et al 2007). La valeur est qualitative, on recherche le sens de l'action. On élabore des projets et c'est l'apprentissage de l'autocontrôle, de l'auto-évaluation. L'auto-évaluation se définit comme « *une évaluation interne conduite par le sujet de sa propre action et de ce qu'elle produit. C'est un processus d'altération de son référentiel d'action au cours de confrontations entre son propre référentiel et celui ou ceux d'autrui* ». (Campanale, 1997).

L'évaluation avec une logique autre que la mesure ou le contrôle, est passée par une logique dite « *formative puis formatrice* », facilement confondue avec le « *pédagogique* », cette attitude cherche à promouvoir les capacités de l'autre et à chercher le sens.

Pour Gatto (2005), « *La pensée et la régulation complexe consiste à conjuguer, articuler, à mettre en lien deux logiques contradictoires : la logique de contrôle dont le but est de vérifier, attester, prouver, et la logique d'évaluation dont le but est d'aider au développement des capacités et de la démarche ainsi qu'à la promotion du sens* ».

Cette évaluation tire son origine des travaux de Bonniol et Nunziati (1996), à l'Université d'Aix-Marseille 1.

Cette évaluation se fait en cheminant, l'incertitude, le scepticisme, le relativisme et l'écoute paradigmatique est caractérisé en sont les caractéristiques principales.

« *Elle se situe dans la logique du reste* » de Vial (2003), et est sous-tendue par la théorie socioconstructiviste.

Dans le cadre de l'EPP, les dernières réglementations nous incitent fortement à nous former, ce qui pour notre profession est loin d'être une « *corvée* » car de tout temps les « *kinés* » ont été friands de toutes les formations disponibles en France où à l'étranger, pour preuve nos quotas au Fond interprofessionnel de Formation des Professions Libérales (FIF-PL) étaient régulièrement dépassés.

Selon la [loi du 4 mars 2002 \(articles L111-2 et L 111-4\)](#) le patient et le MK sont co-auteurs, co-inventeurs, co-décideurs de l'évaluation, des objectifs, des programmes thérapeutiques qui peuvent être réorientés à tout moment. « *C'est à partir de savoirs médicaux et éducatifs et de l'évaluation du MK qui se confond avec l'acte de soins que les pensées, les discours, les techniques, les écrits sont créés, inventés, conceptualisés et mis en œuvre par le MK et le patient (Gatto, 2008).*

2.4 La convention CNOMK/HAS sur l'EP.

L'article L. 4321-17 du code de la santé publique prévoit que le Conseil Régional « organise et participe à des actions d'évaluation des pratiques de ces professionnels, en liaison avec le Conseil national de l'ordre et la Haute autorité de santé ».

L'évaluation des pratiques d'un professionnel de santé consiste en l'analyse de son activité clinique. Cette analyse se fait évidemment par rapport aux recommandations professionnelles disponibles existantes. De cette comparaison, doit résulter une amélioration des pratiques, au bénéfice du service rendu au patient.

Afin d'assurer la mise en œuvre de ces dispositions plusieurs actions ont été engagées telle que : **la signature de la convention CNOMK/HAS concernant l'Evaluation des Pratiques Professionnelles le 18 septembre 2008.**

La création du développement professionnel continu (DPC) par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) est venue parasiter la mise en œuvre de l'évaluation des pratiques professionnelles.

2.5 La formation des facilitateurs.

2.5.1 Le choix des facilitateurs.

Les 22 facilitateurs régionaux ont été choisis après étude des candidatures proposées par les conseils régionaux (CROMK) de chaque région, sur la base de trois critères : le facilitateur devait être préférentiellement non élu, libéral et titulaire d'un diplôme universitaire.

Les facilitateurs ont bénéficié de formation entre mars et juin 2009 :

- 3 jours avec l'HAS, et une journée commune aux deux groupes,
- 5 jours avec le CNOMK et une journée commune aux deux groupes.

« Les fonctions du facilitateur régional:

- *Conceptualiser un cahier des charges d'EPP à partir de sa formation de facilitateur pour sa région en conformité aux valeurs, aux principes et aux procédures conformes de l'EPP.*
- *Planifier, mettre en œuvre et contrôler les actions d'EPP de sa région.*
- *Définir sous l'autorité du Conseil régional ou interrégional les moyens nécessaires à l'organisation des actions d'évaluations des pratiques professionnelles dans sa région. Il est chargé d'en assurer le suivi et l'évaluation.*
- *Instruire les demandes des organismes de formation, ou des formateurs externes, qui candidateront à une action d'évaluation des pratiques professionnelles proposée par le Conseil régional ou interrégional sur la base du cahier des charges préalablement défini.*
- *Rendre compte au président du Conseil régional ou interrégional de l'Ordre et auprès du délégué du président du Conseil national de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes à l'EPP des actions d'EPP réalisées dans sa région.*

Les missions des facilitateurs :

- *Le facilitateur devra construire le cahier des charges à l'EPP et le soumettre à la validation du Conseil régional de sa région.*
- *Il définira avec le Conseil régional ou interrégional les moyens nécessaires à l'organisation des actions d'évaluations des pratiques professionnelles dans la région. Il sera chargé d'en assurer le suivi et l'évaluation.*
- *Il instruira les demandes des organismes de formation, ou des formateurs externes, qui candidateront à une action de formation d'évaluation des pratiques professionnelles proposée par le Conseil régional ou interrégional sur la base du cahier des charges préalablement défini. C'est le Conseil régional qui valide les demandes...*
- *Tous les quatre mois, le facilitateur adressera un bilan d'étape sur ces actions au président du Conseil régional ou interrégional de l'Ordre et auprès du délégué du Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes à l'EPP.*
- *Le Conseil régional ou interrégional de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes doit tout mettre en œuvre pour permettre au facilitateur d'exécuter ses missions.*
- *Le facilitateur doit informer son C(I)ROMK du projet politique de l'EPP défini par le CNOMK et formalisé par le cahier des charges.*
- *Le facilitateur doit réaliser un appel d'offres aux organismes de formation et/ou aux formateurs pour l'EPP.*
- *Le facilitateur doit instruire les dossiers d'appel à candidature pour une action EPP dont les cahiers des charges doivent comporter les valeurs et les principes d'application de l'EPP. 3 réponses aux candidatures sont possibles :*
 - *Accepté*
 - *A modifier (navette). Demande d'amélioration de certains critères pour acceptation*
 - *Refusé (à justifier).*
- *Le facilitateur a pour mission de faire mesurer par les organismes de formation les effets de l'EPP (Mesure : pré-EPP et post-EPP) et la mesure de la satisfaction des stagiaires.*
- *Il doit organiser l'EPP dans les départements de sa région aidée par le C(I)ROMK.*
- *Il doit transmettre les résultats des effets de chaque action EPP au CNOMK et à son C(I)ROMK.*
- *Enfin il doit vérifier le respect du cahier des charges de l'EPP par les organismes de formation.*

L'organisation de la mise en œuvre facilitateur/organisme de formation

- *L'organisme de formation a la responsabilité de recruter les stagiaires, du financement et du site de formation.*
- *Le facilitateur fournit à la fois le QCM scientifique anonyme et codé pré-EPP et post-EPP et les critères d'évaluation de la satisfaction des stagiaires.*
- *L'organisme de formation traite les données du questionnaire et communique les résultats pré-EPP et post-EPP pour chaque stagiaire et pour le groupe de stagiaires au facilitateur eu CNOMK.*
- *L'organisme de formation traite les données d'évaluation de la satisfaction pour chaque stagiaire et pour le groupe de stagiaires et communique les résultats au facilitateur et au CNOMK le dernier jour de la formation». Synthèse du rapport : Evaluation des pratiques professionnelles des Masseurs-Kinésithérapeutes. Gatto et al, avril 2011).*

2.5.2 L'objectif de l'EPP.

L'objectif est de mettre en place des dispositifs de formation permettant au MK de renforcer et de questionner les compétences acquises par leur pratique, en les confrontant aux dernières données scientifiques. Ces compétences professionnelles ne se limitent pas seulement aux actes médico-kinésithérapiques, elles sont aussi issues d'autres référentiels :

- **Compétences éducatives** : c'est notre capacité à faire de l'éducation à la santé auprès de nos patients. L'éducation à la santé permet au patient d'être plus autonome avec son handicap.
- **Compétences d'écoute et de communication** : qui permettent la mise en confiance de notre patientèle et donc renforce notre efficacité. La position sociale du MK lui permet d'avoir une relation privilégiée avec son patient. Il n'y a pas de rapport de subordination entre celui qui « *sait* » (comme le médecin) et celui qui « *exécute* » (le patient). Ainsi, une co-construction du programme de rééducation entre le patient et le soignant devient possible. La rééducation n'est plus standardisée puisque individualisée à chaque patient. L'adhésion au programme est obtenue car le patient participe à son élaboration (dans le respect de la loi du 4 mars 2002).

- **Compétences cliniques et physiopathologiques** : plus développées dans certains domaines de la masso-kinésithérapie que dans d'autres selon les spécialisations de chacun, nous différencient définitivement de toute autre profession dont la vocation est de s'occuper du bien-être.
- **Compétences de disponibilité** réduisant au minimum l'attente d'un rendez-vous, assurant la continuité de certains soins les week-ends et fériés, méritent d'être mises en évidence et valorisées.

2.5.3 La méthode de formation à l'EPP.

L'échange entre les professionnels est la règle dans les formations EPP, c'est même l'essentiel de la formation. Le cours magistral ne doit en aucun cas dépasser 25 % du contenu de formation. Le formateur doit mobiliser les savoirs des participants par différents outils tels que :

- Le brainstorming, le méta plan, l'étude de cas, les ateliers pratiques, le jeu de rôle.
- L'audit clinique, la revue de morbidité/mortalité, le chemin clinique et le groupe de pairs (ces derniers outils sont de l'HAS).

L'analyse des pratiques entre pairs permet de mettre en évidence les compétences citées plus haut. L'identification d'une compétence permet de la nommer, donc de se l'approprier, et ensuite il devient possible au MK de la renforcer.

La comparaison des pratiques avec les référentiels existants, fera également ressortir une conformité ou un écart qu'il conviendra de comprendre : aucun jugement de valeur n'est réalisé dans une formation EPP. L'absence d'écart est valorisée, la mise en évidence d'un écart entre la pratique et le référentiel invite au questionnement et non à la culpabilisation :

- Pourquoi y a-t-il un écart entre ce que je fais et ce que me recommandent les référentiels ?
- La rémunération de l'acte est elle suffisante pour me permettre une conformité aux référentiels ?
- Les référentiels existants sont ils adaptés à ma pratique et aux besoins de mes patients ?
- Ai-je les connaissances et le savoir faire pratique requis dans le domaine traité ?
- La prescription médicale n'est elle pas parfois trop contraignante et inadaptée ?

Les formations EPP doivent aussi mettre en lumière ces problématiques de terrain, et permettre une réflexion propice à l'approche de solutions possibles. Voilà tout le sens de l'évaluation des pratiques professionnelles :

- Identifier, valoriser, renforcer nos connaissances et compétences par rapport aux référentiels.
- Faire évoluer conjointement nos pratiques et nos référentiels.
- Le patient verra son offre de soins améliorée, le MK développera une prise en charge multi-référencée permettant une progression constante de la qualité des soins, la profession pourra prétendre à une évolution favorable de son statut, avec une plus grande reconnaissance des autorités de tutelle.

2.5.4 Les référentiels disponibles.

Référentiels : c'est un « *ensemble d'éléments écrits sur lequel il convient de s'appuyer pour conduire une activité d'évaluation qui aidera à la prise de décision* ». S. De Chambine et All. (2002). L'évaluation des pratiques du MK doit prendre en compte toutes les dimensions de la pratique tant biomédicale (actes thérapeutiques), qu'éducatives (éducation à la santé du patient). Les référentiels actuels pour les formations EPP doivent prendre en compte toute la dimension du métier en fonction de son mode d'exercice :

- Les guides de « *bonnes pratiques* », éditées par l'HAS ; les référentiels scientifiques éducatifs ; les valeurs de la profession de MK ; les valeurs de l'institution.
- Le code de la santé ; le code de Déontologie ; le code civil et le code pénal ; le code du travail et la convention collective ; le règlement de fonctionnement de service ; le projet et missions d'établissement et/ou service.
- Le décret d'acte et d'exercice des MK ; le programme de formation initiale des MK ; le Diplôme et/ ou le statut réglementaire. Les résultats attendus de la MK.
- Les politiques publiques ; le référentiel d'activités de l'institution ; les programmes de formation continue validés par l'Etat.
- L'expérience professionnelle du soignant et/ou du formateur ; l'expérience du malade et/ou du formé ; le programme de formation initiale en sciences de l'éducation.
- Les savoirs médicaux, les savoirs éducatifs, les savoirs kinésithérapiques.
- L'expérience du patient. Les besoins, les projets et les demandes du patient.

2.5.5 Les valeurs des formations EPP.

Les valeurs des formations EPP sont nombreuses et les procédures EPP doivent respecter les valeurs de l'EPP :

- Valorisation, respect de la personne, l'écoute, le partage, la confiance, la confraternité, la tolérance, l'éthique.
- Le questionnement, l'accompagnement, l'humilité, la co-construction des possibles : l'autorisation.
- La gestion de l'incertitude et de l'imprévisible, la décision partagée, la régulation, le non dogmatisme et la multiréférentialité.

2.5.6 Les EPP misent en œuvre sur l'hexagone.

« L'expérimentation d'EPP des MK s'est réalisée de juin 2009 à septembre 2010. Les derniers résultats ont été envoyés au CNOMK début mars 2011.

- *Population : 667 MK sur 19 régions.*
- *Nombre d'actions EPP : 62 actions d'EPP.*
- *Nombre d'heures de formation EPP : 473 heures de formations.*
- *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 ».*(Synthèse du rapport : Evaluation des pratiques professionnelles des Masseurs-Kinésithérapeutes, Gatto et al, avril 2011).

2.5.7 Résultats des EPP réalisées sur l'hexagone.

La loi HPST n° 2009-879 du 21 juillet 2009 (JO du 22/07/2009), article 59, xx :

Art. L ; 438261 : « Le développement professionnel continu a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Le développement professionnel continu est une obligation pour toutes les personnes mentionnées au présent livre. Il se réalise dans le respect des règles d'organisation et de prise en charge propres à leur secteur d'activité, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat ».

L'obligation de formation pour tous les professionnels de santé, avec le développement professionnel continu (DPC) de la loi HPST, est satisfaite par l'évaluation des pratiques professionnelles. *« L'EPP constituait le cadre réglementaire privilégié pour évaluer scientifiquement les pratiques professionnelles actuelles des masseurs-kinésithérapeutes (évaluation pré-EPP) et d'évaluer les effets des actions EPP (évaluation post-EPP). L'histoire des professions montre avec une belle évidence que leur légitimité dans un champ déjà structuré, pour nous le champ médical, s'est toujours construite par un processus d'émancipation porté par de démarches scientifiques. Il a été cherché dans le cadre de cette expérimentation, avec la contribution d'enseignants-chercheurs en sciences de l'éducation, à produire des arguments scientifiquement construits pour défendre l'honneur de la profession de Masseurs-Kinésithérapeutes (MK), pour lutter contre l'exercice illégal de la MK et pour développer la démarche qualité des pratiques des MK. La discipline Universitaire dont une des missions essentielles de ses laboratoires de recherche est de produire scientifiquement des savoirs sur l'évaluation s'intitule les sciences de l'éducation. A notre connaissance les EPP des MK constituent les premières études scientifiques théorisées et informatisées dont l'analyse, par des méthodes sophistiquées (désagrégations de variables, analyse factorielle) positionne la profession de MK au plus haut niveau de preuve ».*(Synthèse du rapport : Evaluation des pratiques professionnelles des MK, Gatto et al, avril 2011).

Les objectifs globaux du MK (Gatto et al, avril 2011) :

- *Construire avec le patient partenaire et/ ou son entourage le BDK (bilan diagnostic kinésithérapique), les objectifs, les moyens de traitement MK, le traitement, le bilan final.*
- *Conceptualiser et réorienter dans l'action avec le patient partenaire de soins à partir des référentiels du MK.*
- *Soigner et éduquer à la santé :*
 - *Accompagner les personnes en difficulté : administratif, médical, professionnel,*
 - *Maintenir ou restaurer les liens : familiaux, sociaux...,*
 - *Lutter contre l'exclusion et l'isolement,*
 - *Favoriser l'apprentissage à l'autonomie et/ou le retour à l'autonomie*
- ❖ *Co-construction, co-décision, co-régulation et co-réorientation dans l'action de soins et/ou de prévention : de l'évaluation de départ, du projet individualisé, des objectifs, du programme, des moyens thérapeutiques, de la mise en œuvre, de l'évaluation finale.*

Les résultats globaux attendus des pratiques des MK (Gatto et al, avril 2011) :

- *Le soin de masso-kinésithérapie vise à redonner au patient et/ou à maintenir une capacité de mouvement lui permettant d'agir de manière optimale avec son environnement.*
- *Le masseur-kinésithérapeute contribue à la récupération et/ou à la reconstruction par la personne de son intégrité fonctionnelle et de son intégrité psycho-fonctionnelle.*
- *Socialiser l'individu dans et avec son environnement.*
- *Aider à l'autonomie, à la responsabilité et à la gestion de la santé.*
- *Diminuer le nombre et l'importance des complications et des récives.*
- *Diminuer les douleurs, les souffrances, le stress et la peur.*
- *Diminuer les arrêts de travail.*
- *Diminuer la médication.*
- *Diminuer les temps et les fréquences d'hospitalisation.*
- *Diminuer les comportements et les modes de vie nocifs.*

Les résultats spécifiques attendus pour les pathologies non chroniques (Gatto et al, avril 2011) :

- *Retrouver un état identique à l'état avant la pathologie,*
- *Absence de douleurs,*
- *Eduquer à la connaissance, la compréhension et les possibilités d'actions du patient sur sa maladie, son corps et son environnement,*
- *Absence de complications,*
- *Absence de récives,*
- *Reprise d'une activité physique et professionnelle rapide,*
- *Absence de séquelles,*
- *Optimiser l'autonomisation du patient par rapport à sa santé.*

Les résultats spécifiques attendus pour les pathologies chroniques (Gatto et al, avril 2011) :

- *Optimiser les possibilités fonctionnelles,*
- *Absence de douleurs,*
- *Adapter et éduquer aux aides techniques,*
- *Eduquer à la connaissance, la compréhension et les possibilités d'actions du patient sur sa maladie, son corps et son environnement,*
- *Diminuer les situations de handicap,*
- *Absence de complications, d'hospitalisations, de récives des crises,*
- *Diminuer les médications et les arrêts de travail,*
- *Diminuer les modes de vie et les comportements nuisibles,*
- *Optimiser l'autonomisation du patient par rapport à sa santé.*

Les résultats sur l'hexagone :

- *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'activité à 89 %.*

- *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.*

3. Les matrices théoriques de l'évaluation.

3.1 Les modèles de l'évaluation.

3.1.1 L'évaluation mesure/contrôle.

Paradigme positiviste



EVALUATION CONTROLE

| Critères | Indicateurs | Auteurs |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| -Evaluation des produits et des procédures. Certification. -Mesure des effets. Attribution de notes. Evaluation figée. -Evaluation bilan. Rapport de causalité. -Objectivité. Normativité. Efficacité. Efficience. Comparaison. -La valeur est la mesure et l'économie. -L'écart, l'erreur qui doit être régularisée est sanctionnée par une note. L'erreur est une faute. -Evaluation externe et interne. - Autocontrôle. -Maîtrise des situations. -Evaluation par objectifs. -Evaluation pour la prise de décisions. -Rendement, gestion du personnel. | -Les comportements sont décrits de manière quantitative. -Mesurer, établir un bilan à un moment donné en lien avec des objectifs à atteindre, des normes à respecter. -Régulariser pour se rapprocher au plus près de l'attendu. -Vérifier la conformité aux normes. Rechercher la cause de l'erreur. -L'évaluation s'obtient par la mesure, la quantification, les tests. Interprétation métrique de la valeur. Les outils se veulent objectivables : grilles, questionnaires, échelles, statistiques. -L'évaluation ne tient pas compte de l'influence de l'environnement. Non prise en compte de la subjectivité de l'évalué. -Le thérapeute décide de l'atteinte ou non des objectifs fixés pour le patient, sans adaptation à sa réalité, à ses besoins. | Ardoino Hadjj Legendre Bonniol Vial Gatto |

3.1.2 L'évaluation questionnement.

Paradigme phénoménologique



EVALUATION QUESTIONNEMENT

| Critères | Indicateurs | Auteur |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> -Evaluation des processus. -Incertitude. -Recherche de sens. -Cheminement. -Accompagnement (aide) écoute, questionnement. -Pédagogie de la construction. - Aide à la compréhension des phénomènes du sujet. -Auto-questionnement. -Prise en compte de l'intersubjectivité. -Métacognition. -Recherche de l'autonomie. -L'erreur n'est pas une faute. -La valeur est qualitative : repose sur les aptitudes du sujet. | <ul style="list-style-type: none"> -Démarche réflexive dans l'accompagnement. -L'évalué auto-évalue ses compétences. L'évaluateur utilise la confrontation à soi même ou aux autres. L'évaluation se fait en permanence. Créativité. -L'erreur est discutée et non sanctionnée. Elle participe à l'apprentissage. Régulation. -L'évalué se construit en cheminant, son savoir expérientiel est pris en compte. -Le thérapeute favorise chez le patient la remise en cause de ces habitudes de vie. Le patient est à même d'évaluer ce qui correspond à ses besoins. Il est autorisé à se questionner pour mieux comprendre et évoluer. | <ul style="list-style-type: none"> Bonniol Deccache Gatto Hadji Legendre Vial |

4. Question de recherche.

A partir des résultats d'évaluation des pratiques professionnelles obtenus scientifiquement, comment permettre l'amélioration des conditions de travail des masseurs-kinésithérapeutes sur le plan politique et règlementaire ?

5. Dispositif de recherche.

5.1. Méthode de recherche.

Nous avons opté pour une méthode clinique, avec un entretien singulier.

5.2 Population.

L'entretien a été réalisé auprès du président du Conseil régional de l'Ordre des médecins de la région Provence-Alpes-Côte-D'azur (PACA), le Dr Jean-Luc Le Gall. L'interviewé a accepté que son nom soit cité.

5.3 L'outil d'enquête.

L'outil utilisé a été un entretien semi-directif.

5.4 Le guide d'entretien.

5.4.1 La question inaugurale.

Bonjour Mr le président du Conseil régional de l'Ordre des médecins de la région PACA.

Qu'elles sont pour vous les conditions qu'ils devraient remplir pour que les masseurs-kinésithérapeutes augmentent leur autonomie ?

5.4.2 Les thèmes d'entretien.

- Les effets éducatifs de la MK.
- Les effets biomédicaux sur la santé des patients.

- L'accès direct aux soins possible pour les MK, sur quoi ? Bronchiolite, personnes âgées, petite traumatologie, autres ?
- Prescription pharmaceutique des MK ? Quoi ?
- Prescriptions d'examens complémentaires des MK ? Quoi ?
- Nouvelles relations avec les médecins si accès direct : BDK, compte rendu...
- Economies réalisées par cet accès direct aux soins.
- Contacts à prendre au niveau politique et administratif, soutiens à obtenir ?
- Expérience d'accès direct en région PACAC ? Qu'elles conditions à remplir ?
- Pour les MK : qu'elles compétences médicales définies ?
- Preuves de l'intérêt de la kinésithérapie pour améliorer la santé des patients.
- Sur un plan d'organisation administrative, que peut mettre en place l'Ordre pour améliorer l'existant ?
- Quels compléments de contenus pour les formations initiales et continues des MK ? Quoi ?

5.4.3 Questions de relance.

- Faites-vous confiance aux MK.
- La traçabilité des soins des MK.
- Résultats des EPP sur la France.
- Convention avec les médecins.
- Convention avec la CNAM ?

5.5 Recueil des données.

L'entretien a été réalisé le 15 février 2011, au siège du Conseil régional de l'Ordre des médecins de la région PACA avec un enregistrement doublé pour être sûr du résultat.

La retranscription de l'entretien de 55 minutes a demandé environ 9 heures de travail.

Dans le cadre de cet entretien, les logiciels *Logic-dico et contexte* ne sont pas utiles. Nous optons pour une analyse de contenus avec recherche de sens en rapport avec notre question de recherche.

Il a été construit un tableau avec 7 entrées en lien direct avec la question de recherche.

5.6 L'entretien.

Entretien Dr. Le Gall / Roland Queinec.

RQ : Monsieur Jean-Luc Le Gall bonjour, je vous remercie de me recevoir au titre de président du conseil régional P.A.C.A. de l'ordre des médecins, nous aimerions comprendre qu'elles sont pour vous les conditions qu'ils devraient remplir pour que les masseurs-kinésithérapeutes augmentent en autonomie ?

JLLG : C'est une question un peu globale.....Pour parler en autonomie par rapport, vous gardez la totalité de l'entretien ou non, leur prescription, vous voulez parler de délégation de tâches éventuellement, ce qu'on a improprement appelé transfert de compétences, ce qui n'était pas un transfert de compétences. Je pense gagner de l'autonomie, je pense qu'il faut qu'ils aient une formation déjà, qu'ils soient suffisamment efficaces, suffisamment appropriés, pour leur permettre d'effectuer d'autres actes ou élargir la prise en charge des patients de façon plus indépendante par rapport aux médecins prescripteurs. Ce qui veut dire peut-être essayé de travailler au niveau de la formation de départ déjà, en l'axant un peu différemment dans ce but là parce que c'est probablement un peu l'avenir, l'avenir des pratiques du fait des problèmes démographiques médicale, aussi bien chez les médecins que dans beaucoup d'autres professions paramédicales comme les vôtres (kinés), comme les infirmiers et que cette pénurie va bien évidemment obliger nos gouvernants et le ministère de la santé à mettre en place un peu plus d'autonomie au niveau de certains professionnels de santé. Donc ça veut dire pour nous, à partir du moment où un médecin fait appel à un kiné en délivrant une prescription de soins, je crois déjà que les choses ont déjà beaucoup évoluées, parce que par rapport aux anciennes modalités de prescription où le médecin généraliste, spécialiste ou médecin de médecine physique de rééducation, prescrivaient en nombre des séances, prescrivaient des prescriptions à la fois précises pour ceux qui maîtrisaient ce type de prescription, à la fois très floues pour les gens qui étaient moins formés. Je sais que maintenant déjà les kinés doivent établir un bilan diagnostic, un bilan évolutif au fur et mesure de la prise en charge et proposer ensuite au médecin une éventuelle poursuite des actes. Je crois que déjà ça a été mis en place, après ça dépend un peu de ce qui est attendu par la profession, de cette autonomie. Est-ce une demande d'autonomie au niveau de la prise en charge du soin, ou est-ce qu'on élargit cette demande dans une éventuelle prescription ?

RQ : Sinon que pensez vous des effets éducatifs ou de l'éducation thérapeutique du patient, pratiquée par le masseur-kiné, ce qu'on appelait vulgairement avant les conseils d'hygiène de vie ou autres ?

JLLG : Là nous pensons que c'est quand même quelque chose de très important, d'abord parce que l'éducation thérapeutique de plus en plus à sa place à trouver dans la prise en charge globale du patient, au niveau d'une pathologie éventuelle. Mais même souvent au niveau de la prise en charge globale du patient, à priori à partir du moment où les critères de formation sont aussi bien établis et que ça rentre dans une démarche qui est on va dire assez standardisée, mais ce n'est pas le terme, on va dire protocolisée et acceptée de tous. Ça ne peut-être qu'un bien pour plusieurs raisons : parce que d'abord dans leur spécialité, je pense que les kinés, sont peut-être mieux placé pour proposer ces conseils d'éducation thérapeutique, ensuite parce que je crois que dans un avenir les médecin auront de plus en plus besoin, ou seront de plus en plus sollicités pour la prise en charge au titre d'éducation thérapeutique pour leurs patients dans des domaines aussi diverses que le diabète, que l'insuffisance respiratoire que voilà et qu'à terme effectivement les médecins ne pourront pas, et vont être spécialisés dans certains type de prise en charge et ne pourront pas couvrir tous les besoins du patient. Mais ça nous semble un peu important, parce que je crois que moi je suis médecin généraliste, ce qui est important je crois c'est que cette éducation thérapeutique entre dans un projet de prise en charge globale du patient, c'est-à-dire en accord, ce n'est pas en accord, en coopération avec le médecin ou éventuellement avec les autres soignants que peuvent être, les infirmières, ou autres, podologues, kinés, orthophonistes dans les rééducations d'AVC, tout ça.

RQ : Et sinon pour vous qu'elle serait la possibilité d'avoir un accès direct aux soins, et sur quoi, sur quelles pathologies, que ce soit sur bronchiolite, personnes âgées et petite traumatisme ou autre ?

JLLG : L'accès direct aux soins, je crois dans un premier temps compte tenu de la convention actuelle qui lie les médecins à la sécurité sociale, il ne semble pas que les forces politiques, nos gouvernants soient dans cette optique là, puisque la mise en place du médecin traitant semble condamner dans l'immédiat cet accès direct aux soins.

RQ : Car à un moment donné, il en était presque question pour la bronchiolite par exemple, il voulait même supprimer la D.E.P. à l'époque.

JLLG : Oui, oui on a lu des choses là-dessus, mais je ne sais pas, je crois qu'il faut être méfiant, parce que le diagnostic des bronchiolites il faut quand même le poser. Il est pas toujours évident en dehors de quelques cas, quelques cas cliniques typiques. Il y a beaucoup de cas intermédiaires, il y a d'autres pathologies qui peuvent s'en rapprocher chez le nourrisson, et surtout moi ce qui pourrait m'inquiéter un peu c'est de passer à côté d'une autre urgence, une autre urgence respiratoire. Puisqu'on parlait de la bronchiolite, ce n'est pas toujours très simple les cas cliniques. Les cas typiques sont évidemment faciles à diagnostiquer et à traiter grâce à vous (kinés), mais il y a beaucoup de cas intermédiaires ou la pathologie n'est pas forcément bien installée où on ne la voit pas à la période où elle est la plus simple à diagnostiquer surtout cet hiver j'ai l'impression: on a vu beaucoup de pathologies complexes. Si vous voulez, il ne faudrait pas prendre le risque que cet accès direct puisse entraîner une complication à travers une autre pathologie associée du fait de cet accès direct.

RQ : Sur le plan des prescriptions pharmacologique notre décret de compétence nous permet de prescrire du petit matériel des petites orthèses de main, de poignet, des cannes, des déambulateurs ou autres, ça évite je pense de renvoyer au médecin ou d'embêter le médecin pour que ce soit une location de fauteuil, ou un déambulateur pour une personne âgée : quelqu'un qui chute on met en place de suite un déambulateur ou un rollator. Qu'en pensez-vous ?

JLLG : Je crois que ça c'est une bonne chose, souvent ce sont des appareillages externes, à partir du moment où ce ne sont pas des prescriptions médicamenteuses qui pourraient, qui pourraient une fois de plus entraîner des effets délétères par ces médicaments. Je crois que c'est un bien, et je crois que c'est un bien pour une deuxième raison, qui est très importante pour ma pratique personnelle : c'est que les kinés connaissent bien mieux le matériel que nous les médecins généralistes. Je crois qu'on voit passer souvent des prescriptions qui sont souvent assez floues, assez vagues de produits qui sont après délivrés par le pharmacien, qui sont pas forcément adéquates pour le cas du patient. Je crois que là à partir du moment où les kinés ont cette formation là et cette connaissance et cette habitude du matériel, je pense que ça peut-être que bénéfique pour le patient. Tout à fait. Oui, oui, on voit souvent, mais même sur nos propres prescriptions revenir des patients, ou le pharmacien n'est pas remis en cause, avec du matériel qui peu ne pas être bien adapté, soit c'est un problème de délivrance à la pharmacie, soit un problème de prescription qui n'est pas suffisamment précise de la part du praticien. Il y a de nombreux fabricants avec des qualités différentes, peu ou pas adaptés aux besoins du patient.

RQ : Sinon pour les relations entre les masseurs-kinés et les médecins, s'il y avait un accès direct aux soins, que pensez-vous du bilan diagnostic kiné des comptes-rendus en avez-vous avec les masseurs-kinés de votre région ?

JLLG : Dans l'ensemble, je crois pour ma pratique personnelle, je ne parle pas au nom des autres médecins, mais sur l'aire toulonnaise, la majorité des kinés nous font passer de façon régulière déjà le bilan initial, le bilan de suivi, y a pas de soucis et je trouve que de plus en plus on a un échange en dehors de ce bilan qui est obligatoire en fait, dont l'un et l'autre doivent garder une trace. On a des échanges souvent quand même de façon informelle, par le téléphone du kiné qui nous appelle, et souvent ces échanges informels sont plus rapides que ce qui est prévu dans les textes.

RQ: Pensez-vous qu'il pourrait avoir des économies réalisées avec un accès direct aux soins s'il y en avait dans le cadre de certaines pathologies, ça après c'est au niveau politique et toujours en se lançant dans le futur, on est toujours un peu dans ces délégations de compétences ?

JLLG : La délégation de compétences au conseil de l'ordre des médecins, on n'aime pas trop ce terme, ni dans un sens ni dans l'autre, d'ailleurs parce que les compétences elles sont comment dire, les compétences elles sont du médecin ou du professionnel de santé déjà d'une part de la formation qu'il a eue, donc les compétences des kinés en rééducation sont bien supérieures à celles du médecin dans la connaissance de la prise en charge et inversement dans l'autre sens on préfère parler de délégation de tâches, parce que la compétence ça entraîne après quand même ne serait-ce que sur le plan juridique et sur le plan responsabilité autre chose quoi, parce que pour qu'un médecin délègue sa compétence à un autre professionnel, il faudrait qu'il est la certitude que ce professionnel dans le domaine dans lequel il le délègue, ait bien cette compétence là. On est assez opposé à ce terme : délégation de compétences, de transfert de compétences, on préfère délégations de tâches, pour des professionnels qui n'ont pas le même niveau de formation. La délégation de tâches au niveau des économies, l'accès direct fera l'économie d'une consultation chez le médecin prescripteur initial qu'il soit généraliste ou autre, neurologue ou autre spécialiste. Il y aura déjà cette économie là.....Il faut être sûr que derrière ça n'entraîne pas de problème. Le problème du dépistage du mélanome ou des cancers cutanés en général, je crois que c'est une bonne chose, le kiné est un signal d'alarme dans ce domaine. A partir du moment où il y a une formation spécifique..... du kiné, qui lui permet de repérer les cas suspects et éventuellement aussi de pas laisser passer un cas suspect, parce que ça peut-être faussement rassurant, effectivement pourquoi pas, il y a une convention qui est en train d'être signée ?

Pour l'AVC une réunion commune est prévue en avril. Après est-ce que ça va être proposé à tous les kinés, ou des kinés seront volontaires dans cette démarche. Parce que après le dépistage des cancers de la peau, ça n'a pas d'intérêts financiers que si on se libère de l'accès du parcours de soin tel qu'il est voulu par la sécurité sociale actuellement, parce que sinon, on va remettre une étape au milieu. C'est vrai que ça a deux intérêts : ça a l'intérêt éventuel, si sur un dépistage par le kiné, on pouvait entraîner un accès direct chez le dermatologue, ça pourrait faire l'économie d'un passage chez le médecin ; et le deuxième intérêt est de voir des lésions que le médecin, parce qu'il n'a pas autant déshabillé le patient, et ça permet de gagner du temps, car le patient ne vient pas dès le début. A mon avis c'est quelque chose qui devrait passer par une phase expérimentale sur certains sites pilotes, pour être évalué de façon précise.

RQ : Quels seraient les contacts à prendre, au niveau politique, administratif, ou les soutiens à obtenir dans le cadre de ces démarches ?

JLLG : Ça je pense que ça ne va pas changer, pour l'instant les payeurs ce sont toujours l'assurance maladie, on connaît l'état des comptes de la sécurité sociale, à mon avis ça ne peut se discuter qu'entre l'état, l'assurance maladie et les syndicats signataires de la convention médicale. Donc les contacts à prendre, c'est vrai qu'on peut faciliter des fois certaines choses à l'échelon politique, cette négociation va être nationale. Avec la mise en place des URPS, on ne va pas avoir une grande latitude de manœuvre. On ne sait même pas comment vont s'articuler les différentes professions médicales et paramédicales, comment les URPS vont s'articuler entre elles, quelles sont leur degré de, leur possibilité d'action au niveau de la politique régionale de santé, puisse qu'on en est là maintenant, c'est l'ARS qui va gérer les libéraux et l'hôpital.

RQ : Au niveau d'un accès direct, y aurait-il des possibilités de réaliser une expérience en région PACA et Corse, et quelles conditions seraient à remplir ?

JLLG : Je ne pense pas que ce soit de notre ressort, c'est l'état qui malheureusement décide, pas l'ARS, sur un mode expérimental et avec l'aval des financeurs donc les caisses d'assurance maladie. Après le problème de l'accès direct, globalement entre professionnels de santé médicaux et paramédicaux, il est comment l'expliquer, il doit être formalisé, il doit être accepté par l'un et l'autre, parce que l'accès direct va toujours poser derrière le problème de responsabilité du paramédical et de la limite de son champ de responsabilité quand il reçoit un patient directement.

RQ : Quelles preuves scientifiques de l'intérêt de la kinésithérapie, faudrait-il pour améliorer la santé des patients ?

JLLG : Je crois que ça doit passer par des études, par des études prospectives ou rétrospectives avec des modalités d'études bien définies, bien fixées avec des critères bien définis au départ, aussi bien des critères primaires : c'est-à-dire le gain sur la pathologie initiale ayant entraîné la prise en charge par le kiné en essayant d'évaluer avec des échelles dont vous disposez vous et dont disposent les médecins rééducateurs. Après je crois qu'il faut étudier dans toutes ses études là les critères secondaires : c'est-à-dire l'apport secondaire dont peut bénéficier le patient dans la prise en charge d'un acte de soin par les kinés et c'est vrai je pense que le jour où il y aura une plus grande homogénéité au niveau de la formation ce sera peut-être plus sympa, mettre en place avec les départements de médecine physique et de rééducation dans les facultés, que les études en tout cas soient faites en commun. Je pense que ça c'est un préalable, et après je pense que dans les critères secondaires il y a aussi les critères de coût qui sont assez important et qui doivent pouvoir être suffisamment clair et précis pour être opposable éventuellement aux organismes de protection sociale.

RQ : Sur le plan d'organisation administrative que peut mettre en place l'ordre pour améliorer l'existant ?

JLLG : Votre ordre n'est plus en gestation mais est jeune. Je crois qu'il faut passer par des coopérations entre les différents ordres, ça existe déjà avec le CLIOR, on se réunit souvent avec Jean Serri et les autres ordres paramédicaux, et que c'est à nous au titre du CLIOR de travailler sur ces échanges là ; et de proposer des solutions ou des avancées dans ce domaine là. Après tout ça va être sous-tendu par les moyens d'information des praticiens, après ou des professionnels paramédicaux. Je pense qu'au travers du CLIOR on peut utiliser le CLIOR pour essayer d'avancer dans ce domaine là, c'est un peu le but entre autre du CLIOR PACA.

RQ : Pour les formations initiales et continues des kinés, est-ce que vous attendez des compléments de formation, dans certains domaines, dans quels domaines, par rapport aux échanges que vous pouvez avoir avec eux, sur le terrain ou non ?

JLLG : Non malheureusement le cursus médical fait qu'effectivement on a des modalités de formation tellement différentes. Nous les médecins, on ne sait pas vraiment comment sont formés les kinés, donc d'une part par là on ne sait pas quels sont leurs besoins, leurs besoins de formation, je pense que ça ne peut passer que par un échange pour évaluer les besoins.

Je crois qu'il faut que la demande elle soit bilatérale, je pense qu'il faut que les médecins puissent dire : attention dans tel domaine on a l'impression que, qui ne peut-être qu'une impression, ou que les kinés de leur côté se disent, nous il nous semble au vu de notre recrutement entre guillemets, au vu des patients qui nous sont confiés, qu'on manque cruellement de formation ou qu'on manque un peu de formation dans tel ou tel domaine. J'ai vécu une expérience au titre de médecin à Toulon, on a une clinique chirurgicale où ils font beaucoup d'orthopédie, où les chirurgiens orthopédiques ont mis en place un système de formation médicale continue assez ciblée : un faisait le genou, un faisait la prothèse de hanche, l'autre faisait la prise en charge de tout ce qui concerne l'épaule. Ces trois chirurgiens étaient en collaboration avec le médecin-chef de l'hôpital Sainte-Anne en orthopédie, le professeur Lavadou. Ces confrères ont invités un certain nombre, globalement tout les kinés qui étaient dans le rayon d'action de la clinique et cet échange là était assez intéressant parce que ça a permis déjà de rencontrer des professionnels de santé avec qui ont travaille sans vraiment les connaître, ça à permis de se rendre compte que sur certains points nous n'avions pas les mêmes interrogations, ni les mêmes besoins de formation. Je crois que ce sont des expériences à renouveler de façon régulières, c'est comme ça que l'on continuera à avancer. Dans le domaine de la chirurgie, il y a une telle spécialisation, une telle avancée dans la prise en charge des différentes pathologies que ce soit traumatique ou rhumatologique, ça va bien vite, c'est clair. La chirurgie endoscopique qui peut-être mise en place sur le poignet, ces des choses que les médecins ne sont pas encore forcément au courant, qui nous semblaient il y a quelques temps expérimental et on se rend compte qu'il y a des centres où c'est très courant.

RQ : Quelle confiance accordez vous aux masseurs-kinésithérapeutes, en général dans votre pratique ?

JLLG : Sur le plan ordinal au CLIOR, les relations sont très bonnes, on s'entend très bien tous ensemble, et puis j'ai la chance que Jean Serri et le conseil régional des kinés soient dans le même immeuble que le notre, donc c'est vrai nous nous entendons bien, on a un dialogue qui est régulier et qui pose aucun problème. Je peux difficilement parler au nom de mes confrères installés, j'ai pas un recul suffisamment précis, on a quand même un petit ressenti à mon avis. Je vous donne un peu une image de réflexion que j'entends de confrères, mais moi à titre personnel on va dire, on n'est plus dans la mission ordinale, à ma connaissance on n'a pas vu passer de plainte de l'un contre l'autre. On ne voit pas passer de gros problèmes. Après nous avons des professions différentes, je crois qu'on méconnaît un peu les contraintes des kinés en libéral, on se rend compte que beaucoup de patients ont du mal à trouver rapidement un kiné, soit parce que ce sont des endroits on va dire en carence démographique, soit parce que ce sont des endroits où ils ont déjà

trop de travail, donc on a plutôt le retour de nos patients qui nous disent : il y a beaucoup de monde, la prise en charge est un peu compliquée. Les patients bloqués à domicile ont beaucoup de mal à trouver des kinés qui acceptent de faire les soins, or ça nous je pense qu'on arrive à l'expliquer aux gens qu'un kiné à domicile ne fait pas les mêmes choses qu'un kiné sur son lieu d'exercice, que la prise en charge est beaucoup plus limitée. Problème des remplaçants qui veulent s'arrêter entre midi et deux heures, ajouter aux problèmes de démographie médicale ou paramédicale, ça pose un gros problème. Après je pense pas qu'il y ait de problème de confiance particulière dans un sens comme dans un autre. On confie régulièrement nos patients aux kinés et puis en général dans la majorité des cas ça se passe bien. De toute façon la on n'est pas dans le transfert de compétences dont je n'aime pas parler, on sort du domaine de nos compétences nous médecins pour la prise en charge en rééducation. C'est le kiné qui utilise sa compétence, donc on est obligé de faire confiance au professionnel qui prend en charge le patient comme on fait confiance à l'infirmière qui va aller faire une injection. Je crois que globalement l'image à ma connaissance, et l'absence de conflit officiel prouve bien que la confiance elle y est, après je crois que pour ce qui est du domaine des libéraux : les médecins comme les kinés qui exercent en libéral ont eux aussi leurs contraintes, leur charge de travail, leur contrainte administrative et tout un tas de contraintes multiples.

RQ : Au niveau de la traçabilité des soins des masseurs-kinés, est-ce que vous verriez des solutions, des choses à faire ?

JLLG : A l'heure actuelle la traçabilité que font les médecins c'est de, encore chaque médecin fait encore comme il veut pour tenir son dossier médical, ça reste une obligation déontologique de tenir un dossier médical. A ce jour, il n'y a pas de contenu type. On va dire le dossier médical, chaque médecin est responsable du dossier médical de son patient, chaque médecin est responsable de la traçabilité des actes et prescriptions qu'il peut faire. Le kiné de son côté est responsable comme nous de la traçabilité de ses actes, l'échange se fait dans le cadre de cette traçabilité, moi quand je reçois un bilan d'évaluation ou un bilan de suivi je le garde d'une façon ou l'autre, personnellement je le scanne dans le dossier du patient et voilà, chaque professionnel est responsable de la traçabilité. A oui, l'envoi par mail : il y a des problèmes de cryptage qui sont important des données, probablement, je pense que tout ça va rentrer à terme dans le contenu du dossier médical partagé (DMP), avec là les données seront cryptées, chaque professionnel de santé à son niveau, quand tout le monde aura obtenu, fera partis du répertoire partagé des professionnels de santé, quand tout le monde aura sa carte d'identification, aura accès au dossier. Ce DMP va permettre une traçabilité complète du parcours du patient, à partir du moment où ça va devenir

obligatoire. C'est le GIEP SANTE qui règle ça au niveau national et on entend dire que le retard serait dû à la mise en route qui aurait été plus complexe que prévu. Le marché de l'hébergeur a fait l'objet d'un appel d'offre sur le plan national et après les interconnexions entre le système vital, l'assurance maladie et l'URPPS non pas été simples. Je crois qu'on a bon espoir pour que ça avance assez vite et je pense qu'à terme ce sera la situation ultime de traçabilité de tout acte qui est fait.

RQ : Pourrait-il y avoir des conventions entre les médecins et les masseurs-kinés, par exemple sur le dépistage du cancer de la peau, ou l'AVC dans la mesure où il y a des formations communes, ou plus précises ?

JLLG : On ne s'oppose pas au fait qu'il ait des conventions toujours dans certains domaines, avec des formations bien établies, avec des responsabilités, je reviens une fois de plus, c'est important que la responsabilité soit bien définie et avec l'accord de chacun des professionnels de santé et chaque ordre déjà. On ne s'y oppose pas de principe en tout cas. Après il faut bien que les choses soient formalisées de façon très claire, soient bien établies, soient bien protocolisées, obéissent à des règles et surtout, surtout soient évaluées de façon régulières, de façon concomitantes avec les professionnels de santé concernés, donc là entre les médecins et les kinés. Il faut que rapidement, régulièrement des critères d'évaluation soient établis, soient suivis de façon à voir quelle est l'intérêt de ces coopérations.

RQ : Dans le même titre pourrait-il y avoir des conventions qui lient médecins, kinés, avec les CNAM ou autres ?

JLLG : Ça c'est du domaine conventionnel sauf à obtenir des partenariats locaux, ou des modalités expérimentales qui puissent être admises sur le plan éthique et déontologique par l'un et par l'autre des ordres concernés. Je pense qu'on ne s'y oppose pas de principe à partir du moment où les choses sont bien établies.

RQ : Pour terminer, je vais revenir sur l'EPP qui est maintenant le DPC, sur les actions qu'ont amenées on a pu prouver que les kinés en général étaient très compétents, étaient très formés, et en moyenne, de mémoire on devait être à 70% de compétence, et après la formation on gagnait 20 %.

JLLG : Ce sont des chiffres rassurant. Je n'ai pas les chiffres d'EPP chez les médecins car ce n'est plus du domaine de l'ordre régional dans notre profession. Il y avait des problèmes

d'incompatibilité dans certains postes, dans certains syndicats ou des membres de l'HAS, évaluateur, incompatibilité de fonction qui font que, qu'il y a eu un déficit de pratique. Le praticien évaluateur au départ, on a manqué de confrères et ça a été aggravé par ces incompatibilités entre fonctions ordinales et fonctions d'évaluateurs par exemple. On avait envoyé des gens se former pour s'apercevoir après qu'il y avait incompatibilité et qu'ils ne pouvaient pas faire la tâche pour laquelle ils avaient été formés. C'est un peu dommage, il y a en France un peu de précipitation. Il y a eu un retard à l'allumage et beaucoup de gens souhaitaient être évalués. L'évaluation chez les médecins a été mieux vécue que chez les kinés, elle était moins considérée comme une évaluation sanction, la démarche était volontaire. Les praticiens exerçant en libéral ou en salariat ont depuis longtemps l'obligation de la formation médicale continue : premièrement parce qu'elle est dans le code de déontologie, deuxièmement parce qu'il y avait une démarche spontanée des confrères pour évoluer tant que la médecine évoluait. Je n'en connais pas trop qui soignent comme au temps de grand-papa. Les formations plus ou moins fouillées, ne serait-ce que par la lecture de revues médicales, internet et certains qui sont allés plus loin en demandant une EPP officielle, agréée cette démarche là elle était plutôt vécue pas du tout comme une sanction éventuelle, c'était une démarche volontaire d'amélioration de la prise en charge du patient et des conditions de travail. Je crois que la FMC évolue, on avait déjà établi la liste des points que donnait chaque type de formation. Il fallait les obtenir en cinq ans et on a largement dépassé les cinq ans, plutôt proche de dix ans et pour l'instant on ne sait toujours pas ce qui va en sortir, avec maintenant le développement professionnel continu (DPC). C'est drôle que les médecins continuent à se former, qualitatif personnel. Il y a un tel retard dans la mise en place de cette évaluation dans le champ conventionnel qui était signé lors de la dernière convention médicale. Mais je pense que ça va être une démarche volontaire. Pour vous cette démarche est arrivée en même temps que la création de votre ordre, l'ordre était vu d'un œil plutôt méfiant par certains. Nous sommes une instance disciplinaire avec une base juridique disciplinaire qui est le code de déontologie dans son extension, le code de la santé publique ; et après nous représentons les libéraux et les salariés, avec une diminution à venir très importante pour les libéraux : moins de un médecin sur neuf s'inscrit en libéral à ce jour, on était à dix pour cent en 2009. On représente aussi les médecins salariés qui ont aussi une obligation de formation. Vous devez récupérer les dossiers des sascroms, mais les textes ne sont pas sortis, il faut que je voie sur ce point Jean Serri. Certaines caisses commencent à trouver le temps long, car il y a des affaires qui traînent, et ce n'est ni de votre fait ni du notre, car les décrets ne sont pas parus.

RQ : Mr. Le Gall, je vous remercie de votre entretien, comme je vous l'ai indiqué dans le mail, les résultats après la soutenance seront consultables sur le site de l'IFCEES.

5.7 Traitement des données.

| | |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Accès direct | <p>« il ne semble pas que les forces politiques, nos gouvernants soient dans cette optique là, puisque la mise en place du médecin traitant semble condamner dans l'immédiat cet accès direct aux soins....</p> <p>il ne faudrait pas prendre le risque que cet accès direct puisse entraîner une complication à travers une autre pathologie associée du fait de cet accès direct... »</p> |
| Prescriptions des MK | <p>« Je crois que ça c'est une bonne chose, souvent ce sont des appareillages externes, à partir du moment où ce ne sont pas des prescriptions médicamenteuses qui pourraient, qui pourraient une fois de plus entraîner des effets délétères par ces médicaments....Je crois que c'est un bien, et je crois que c'est un bien pour une deuxième raison, qui est très importante pour ma pratique personnelle : c'est que les kinés connaissent bien mieux le matériel que nous les médecins généralistes.... »</p> |
| Formation des MK | <p>« je pense qu'il faut qu'ils aient une formation déjà, qu'ils soient suffisamment efficaces, suffisamment appropriés, pour leur permettre d'effectuer d'autres actes ou élargir la prise en charge des patients de façon plus indépendante par rapport aux médecins prescripteurs. ...</p> <p>ou que les kinés de leur côté se disent, nous il nous semble au vu de notre recrutement entre guillemets, au vu des patients qui nous sont confiés, qu'on manque cruellement de formation ou qu'on manque un peu de formation dans tel ou tel domaine..... »</p> <p>A partir du moment où il y a une formation spécifique..... du kiné, qui lui permet de repérer les cas suspects..... d'abord parce que l'éducation thérapeutique de plus en plus à sa place à trouver dans la prise en charge globale du patient, au niveau d'une pathologie éventuelle. »</p> |

| | |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Conditions scientifiques | <p>« : Je crois que ça doit passer par des études, par des études prospectives ou rétrospectives avec des modalités d'études bien définies, bien fixées avec des critères bien définis au départ, aussi bien des critères primaires : c'est-à-dire le gain sur la pathologie initiale ayant entraîné la prise en charge par le kiné en essayant d'évaluer avec des échelles dont vous disposez vous et dont disposent les médecins rééducateurs. »</p> |
| Conditions économiques | <p>« l'accès direct fera l'économie d'une consultation chez le médecin prescripteur initial qu'il soit généraliste ou autre, neurologue ou autre spécialiste....</p> <p>si sur un dépistage par le kiné, on pouvait entraîner un accès direct chez le dermatologue, ça pourrait faire l'économie d'un passage chez le médecin ; et le deuxième intérêt est de voir des lésions que le médecin, »</p> |
| Conditions politiques | <p>« Ca je pense que ça ne va pas changer, pour l'instant les payeurs ce sont toujours l'assurance maladie, on connaît l'état des comptes de la sécurité sociale, à mon avis ça ne peut se discuter qu'entre l'état, l'assurance maladie et les syndicats signataires de la convention »</p> |
| Conditions administratives | <p>« Je crois qu'il faut passer par des coopérations entre les différents ordres, ça existe déjà avec le CLIOR,....</p> <p>la majorité des kinés nous font passer de façon régulière déjà le bilan initial, le bilan de suivi, y a pas de soucis...</p> <p>A mon avis c'est quelque chose qui devrait passer par une phase expérimentale sur certains sites pilotes, pour être évalué de façon précise ».</p> |

6. Résultats.

6.1 Résultats qualitatifs.

6.1.1 L'accès direct.

Pour l'accès direct aux soins du masseur-kinésithérapeute, il semble qu'il y ait des freins importants du côté des médecins en se retranchant sur les plans politiques et des risques de complication.

6.1.2 La prescription des MK.

Pour la prescription des MK, le Dr Jean-Luc Le Gall nous fait confiance car nous connaissons en général les matériels bien mieux que les médecins généralistes.

6.1.3 La formation des MK.

Pour la formation des MK, la profession des masseurs-kinésithérapeutes doit être à même de voir si elle a besoin de complément de formation.

6.1.4 Les conditions scientifiques.

Pour le Dr Le Gall, les conditions scientifiques passent par des études prospectives et rétrospectives, avec le gain sur une pathologie initiale, en fait avoir des études avec une démarche scientifique.

6.1.5 Les conditions économiques.

Il pourrait y avoir des économies réalisées d'une consultation chez le médecin par l'accès direct. Le dépistage par un kiné d'un problème de peau, pourrait entraîner un accès direct chez le dermatologue et faire l'économie d'une visite chez le médecin.

6.1.6 Les conditions politiques.

Les conditions économiques actuellement ne sont pas bonnes, et ça ne peut se discuter qu'avec l'état, l'assurance maladie et les syndicats signataires de la convention.

6.1.7 Les conditions administratives.

Pour les conditions administratives, la majorité des kinés nous fait passer les bilans. Il faut passer par des coopérations entre les différents ordres, comme ça existe avec le CLIOR.

6.2 Quantification du qualitatif.

Sur nos sept entrées, deux ne vont pas dans le sens de l'amélioration des conditions de travail des masseurs-kinésithérapeutes : ce sont « l'accès direct et les conditions politiques » ; les cinq autres entrées sont positives.

6.3 Réponse à la question de recherche.

Les réponses données par le Dr Le Gall nous permettent de répondre à la question de recherche. Deux obstacles sont à déstructurer : l'accès direct et les conditions politiques.

7 Synthèse des résultats de l'enquête scientifique et réponse à la question de recherche.

Pour déstructurer les deux obstacles et gagner en autonomie les MK devraient travailler plus en partenariat avec les médecins d'une part. Que ce soit au niveau régional ou national cela est engagé dans des domaines comme la « détection des cancers de la peau » avec l'Inca, ou sur la prise en charge rapide de l'AVC. Pour rappel le CIROMK PACA et Corse a organisé deux réunions sur ces thèmes en partenariat avec l'Hôpital Nord et le CHU La Timone. La première a eu lieu le 23 septembre 2010 avec pour thème : la détection des cancers de la peau. La qualité et la précision du Pr Berbis chef du service de dermatologie de l'hôpital nord et vice-doyen de la faculté de médecine de Marseille a conquis une assistance nombreuse et très intéressée. Cette année, le 10 mai t au CHU de La Timone, a eu lieu une conférence sur « *la prise en charge rapide et les suites de l'AVC* ». Cette conférence en partenariat avec le CIROMK PACAC, le CIRO des médecins des Bouches du Rhône, le CDOMK du 13 et le CDO des médecins du 13 a également réuni un public nombreux et intéressé, tant par le thème qui peut nous toucher dans notre environnement que par la qualité des intervenants médecins et masseurs-kinésithérapeutes. Je profite de cet espace pour remercier Gérard Chaussabel et Guy Lombardi du CIROMK PACAC qui se sont démenés pour l'organisation de ces deux conférences.

D'autre part sur le plan politique, je pense qu'il faut se servir des résultats de la synthèse du rapport d'évaluation des pratiques professionnelles des masseurs-kinésithérapeutes d'avril 2011, qui a montré « *qu'à notre connaissance les EPP des MK constituent les premières études scientifiques théorisées et informatisées dont l'analyse, par des méthodes statistiques sophistiquées (désagréations de variables, analyse factorielle) positionne la profession au plus haut niveau de preuve* ». (Gatto et Al, avril 2011. Ces résultats montrent une progression de 20 % entre les mesures pré-EPP et les mesures post-EPP, ce qui est remarquable, d'autant plus que les scores pré-EPP partaient déjà d'un niveau de 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 soutenue par le CNOMK sur un échantillon représentatif de 1678 MK (conférence de presse le 25 septembre 2009 au CNOMK) ».

8 Discussion des résultats et critique du dispositif de recherche.

8.1 Les résultats acquis et en cours d'acquisition.

Ces résultats nous montrent que dans bien des domaines, le médecin généraliste nous fait confiance et cela valorise notre profession.

8.2 Les résultats non acquis.

Pour les conditions politiques et l'accès direct aux soins de masso-kinésithérapie, l'entretien montre que ces deux points ne sont pas acquis et ce n'est pas la conjoncture actuelle qui peut nous incliner vers une évolution optimiste.

L'évolution de la démographie médicale dans les prochaines années, risque de transformer bien des régions françaises en déserts médicaux, seulement neuf pour cent des médecins généralistes s'installent en libéral après leur diplôme.

8.3 Critique du dispositif de recherche.

La faiblesse de l'échantillonnage, un seul entretien réalisé, il faudrait avoir d'autres entretiens avec des Présidents régionaux de l'Ordre des médecins, pour voir si leurs positions sont les mêmes qu'en région PACA.

9 Apports, intérêts et limites des résultats pour la pratique professionnelle et perspective de recherche à partir de ces résultats.

Cet entretien nous montre que le regard des médecins généralistes sur notre profession de masseurs-kinésithérapeutes évolue et est beaucoup moins négatif que ce qu'il a pu être par le passé. L'évolution de la démographie médicale, associée à une révision de notre formation initiale et de notre formation continue devraient nous permettre d'accéder à l'accès direct.

Les résultats très encourageant de l'EPP des MK sur le plan de leurs compétences en conformité avec les référentiels d'activité, vont évoluer par « *le développement professionnel continu* » (DPC) qui doit se mettre en place prochainement. Les compétences des masseurs-kinésithérapeutes en seront accrues: « *L'ensemble des caractéristiques individuelles (connaissances, aptitudes, attitudes) qui permettent à une personne d'exercer son activité de manière autonome, de perfectionner sans cesse sa pratique et de s'adapter à un environnement en mutation rapide* ». (Matillon, 2003).

Ce travail d'échanges entre pairs sera un élément pour améliorer l'unicité de notre profession afin de mutualiser nos énergies nécessaires à la mutation de la masso-kinésithérapie.

Il faudrait des commissions de MK, de médecins et d'universitaires titulaires qui travaillent à déstabiliser ces deux obstacles et qui permettent l'autonomie de la profession.

« 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 ». (Gatto et al, avril 2011).

10 Références bibliographiques.

Ardoino, J. et Berger, G. (1989). *D'une évaluation en miettes à une évaluation en actes*. Paris, Matrice Andscha.

Ardoino, J. (2000). *Les avatars de l'éducation*. Paris : PUF.

Bonniol, J.J. (1986). *Recherche et formation, pour une théorie de l'évaluation formative*. Bruxelles : De Boeck.

Bonniol, JJ. (1996). *La passe ou l'impasse, le formateur est un passeur*. Les cahiers d'Aix en Provence, département des sciences de l'éducation de l'Université de Provence, Aix-Marseille 1, Cahier n° 1, la série en question, 1-34.

Campale, F. (1997). *Autoévaluation et transformation des pratiques pédagogiques. Mesure et évaluation en éducation, 20-1, 1-24*.

Deccache, A. (1994). *La compliance aux traitements des malades chroniques*. Thèse de doctorat en Santé Publique, Université Catholique de Louvain La Neuve.

De Chambine, S. Huchet, A. Lamy, A. (2002). *Comment élaborer un référentiel qualité ?* Paris, Doin éditeurs.

Encyclopédie Encarta, Microsoft (2011). *Histoire de la kinésithérapie*.

Gatto, F. (2005). *Enseigner la santé*. Paris, l'Harmattan.

Gatto, F. Garnier, A. Viel, E. (2007). *Education du patient en kinésithérapie*. Montpellier : Sauramps Médical.

Gatto, F. (2008). *Le mémoire, penser, écrire, soutenir, réussir*. Montpellier, Sauramps Médical.

Gatto, F. Ravenstein, J. Ladage, C. (2009). *L'évaluation des pratiques professionnelles des Masseurs-Kinésithérapeutes*. (Conférence de presse au CNOMK le 25 septembre 2009).

- Gatto, F. (2010). *Stagiaires MK en cabinet libéral : intérêts, limites, perspectives*. Kiné point presse n° 21.
- Gatto, F. Pastor, E. Couratier, R. (avril 2011). *Synthèse du rapport: Evaluation des pratiques professionnelles des Masseurs-Kinésithérapeutes*.
- Gedda, M. (2001). *Décision kinésithérapique : identité, démarche, chaînes logiques*. Paris, Masson.
- Georgi, Dr. (1847). *Kinésithérapie ou traitement des maladies par le mouvement selon la méthode Ling et Branling*.
- Hadji, C. (1997). *L'évaluation démystifiée*. Paris : ESF, collections pratiques et enjeux pédagogiques.
- Legendre, R. (1993). *Dictionnaire actuel de l'éducation, 2^{ème} édition*. Montréal : Guérin, éditeur limité ; Paris : édition EKA.
- Matillon, Y. (2003). « Modalités et conditions d'évaluations des compétences professionnelles des métiers de la santé ». Concours médical.
- Monet, J. (2003). *Emergence de la kinésithérapie en France à la fin du XIX^{ème} au début et du XX^{ème} siècle*. Thèse pour le Doctorat de sociologie.
- Pastor, E. (2004). *Les pratiques des masseurs kinésithérapeutes à travers les modèles de l'évaluation*. DEA, système d'apprentissage, système d'évaluation, Université de Provence Aix-Marseille 1, Département des Sciences de l'Education.
- Pastor, E. (2007). *Le bilan diagnostic masso-kinésithérapique*. Revue Physiopolis, 2007.
- Vial, M. (1997). *Les modèles de l'évaluation, textes fondateurs et commentaires*. Bruxelles : De Boeck.

Vial, M. (2003). *La formation : quelles évolutions ?* Aix en Provence : Questions vives. Conférence de consensus de l'HAS du 21 septembre 2000 à Paris sur la prise en charge de la bronchiolite du nourrisson.

11 Annexes.

11.1 Annexe 2 : le référentiel d'activités de soins du masseur-kinésithérapeute.

Le référentiel d'activités de soins du masseur-kinésithérapeute

Légende.

| Thème | | NA | ECA | A |
|------------|------------------------|------------|----------------------|--------|
| Sous thème | Savoirs attendus. | Non acquis | En cours acquisition | acquis |
| | Savoir-faire attendus. | | | |
| | Attitudes attendues. | | | |

PTDI : paradigme de traitement dogmatique de l'information
 PTNDI : paradigme de traitement non dogmatique de l'information

Tableau I : Les activités de projet.

| Projet | | NA | ECA | A |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------|----|-----|---|
| Visée | Connaître le modèle du projet-visée. | | | X |
| | Repérer les valeurs sur lesquels les actions reposent. | | | X |
| | Identifier les intentions philosophiques sur lesquelles les actions vont reposer. | | | X |
| | Expliciter l'engagement et les effets politiques et philosophiques des actions. | | | X |
| | Expliciter de manière discursive ses engagements philosophiques et politiques. | | | X |
| Programmatique | Connaître le modèle du projet programmatique. | | | X |
| | Construire des objectifs et des programmes pour tendre vers le projet-visée. | | | X |
| | Fixer des objectifs globaux et intermédiaires. | | | X |
| | Planifier et organiser les activités. | | | X |
| | Mettre en œuvre de manière conforme les programmes prévus à l'avance. | | | X |
| | Diriger et superviser. | | | X |
| | Contrôler et régulariser. | | | X |

Tableau II : Les activités de soins en Masso-kinésithérapie.

| Soins | NA | E C A | A |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------------|---|
| | | | |
| Connaitre l'anatomie morphologique, fonctionnelle et structurelle du corps humain. | | | X |
| L'ostéologie, l'arthrologie, la myologie, la cinésiologie et la biomécanique du corps humain. | | | X |
| La physiologie générale et des grandes fonctions du corps humain. | | | X |
| Les différents types d'évaluation, de diagnostics différentiels, et d'élaboration de diagnostics masso-kinésithérapiques. | | | X |
| Les différentes techniques de mobilisations et de gain articulaire. | | | X |
| Les différentes techniques d'étirement musculo-tendineux et de renforcement musculaire. | | | X |
| Les différentes techniques d'élongations vertébrales par tractions manuelles et mécaniques. | | | X |
| Les différentes modalités et application de la gymnastique médicale, hygiénique, d'entretien et de prévention. | | | X |
| Les différentes techniques de massage manuel et mécanique. | | | X |
| Les différentes techniques de drainage lymphatique manuel et mécanique. | | | X |
| Les différents types de courants et application d'appareils d'électrothérapie. | | | X |
| Les différents types et mode d'application d'appareils de mécanothérapie et de pouliothérapie. | | | X |
| Les différents types et modes d'applications de balnéothérapie, d'hydrothérapie et pressothérapie. | | | X |
| Les différents types de matériaux pour la confection et la mise en place de contentions souples adhésives ou non, d'attelles, d'appareils de postures et d'orthèses. | | | X |
| Les différents types et application des techniques de physiothérapie. | | | X |
| La physiopathologie et la rééducation des affections orthopédiques. | | | X |
| La physiopathologie et la rééducation des affections neurologiques. | | | X |
| La physiopathologie et la rééducation des affections traumatiques ou non de l'appareil locomoteur. | | | X |
| La physiopathologie et la rééducation des affections respiratoires. | | | X |
| Les modalités des aspirations rhino-pharyngées et endotrachéales. | | | X |
| Les différents types et application d'aérosolthérapie. | | | X |
| Les différents types de produits médicamenteux et non médicamenteux d'aérosolthérapie. | | | X |
| Les différents types d'appareils de ventilation non invasive, avec et sans masque. | | | X |
| Les différents types d'appareils de mesure du débit respiratoire maximal. | | | X |
| La physiopathologie et la rééducation des affections cardio-vasculaires. | | | X |
| Les modalités de la réalisation d'un enregistrement électrocardiogramme. | | | X |
| La physiopathologie et la rééducation des affections des troubles trophiques vasculaires et lymphatiques. | | | X |
| La physiopathologie et la rééducation des séquelles d'amputation appareillés ou non. | | | X |
| La physiopathologie et la rééducation abdominale y compris du post-partum. | | | X |
| La physiopathologie et la rééducation périnéo-sphinctérienne dans les domaines urologique, gynécologique et proctologique. | | | X |
| La physiopathologie et la rééducation des brûlés. | | | X |
| La physiopathologie et la rééducation des affections cutanées. | | | X |
| La physiopathologie et la rééducation de la motilité faciale et de la mastication. | | | X |

| | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--|---|---|
| La physiopathologie et la rééducation de la langue et de la déglutition. | | | X |
| La physiopathologie et la rééducation des vertiges et des troubles de l'équilibre. | | | X |
| La physiologie de la douleur et sa prise en charge. | | | X |
| Les gestes de premiers secours et savoir les exprimer. | | | X |
| Les bilans d'aptitudes aux activités physiques et sportives. | | | X |
| Les modalités d'entraînement et des compétitions en milieu sportif. | | | X |
| Les différents types et les modalités de bilans ergonomiques. | | | X |
| Les méthodes de recherche scientifique. | | | X |
| Etablir une évaluation, un diagnostic différentiel, et un diagnostic masso-kinésithérapique. | | | X |
| Etablir un bilan postural. | | | X |
| Réaliser une séance de gymnastique médicale. | | | X |
| Réaliser une séance de gymnastique hygiénique. | | | X |
| Réaliser une séance de gymnastique d'entretien. | | | X |
| Réaliser une séance de gymnastique préventive. | | | X |
| Réaliser un massage. | | | X |
| Réaliser un drainage lymphatique. | | | X |
| Réaliser une séance d'électrothérapie. | | | X |
| Réaliser une séance de mécanothérapie. | | | X |
| Réaliser une séance de pouliothérapie. | | | X |
| Réaliser une séance de balnéothérapie. | | | X |
| Réaliser une séance de d'hydrothérapie. | | | X |
| Réaliser une séance de physiothérapie. | | | X |
| Réaliser une séance de pressothérapie. | | | X |
| Réaliser une mobilisation articulaire. | | | X |
| Réaliser un gain d'amplitude articulaire. | | | X |
| Réaliser une posture articulaire. | | | X |
| Réaliser un étirement musculo-tendineux. | | | X |
| Réaliser un renforcement musculaire. | | | X |
| Réaliser une élongation vertébrale par traction. | | | X |
| Réaliser une contention. | | | X |
| Mettre en place une contention. | | | X |
| Réaliser une attelle. | | | X |
| Mettre en place une attelle. | | | X |
| Réaliser un appareil de posture. | | | X |
| Mettre en place un appareil de posture. | | | X |
| Réaliser une orthèse. | | | X |
| Mettre en place une orthèse. | | | X |
| Rééduquer un patient atteint d'affection orthopédique. | | | X |
| Rééduquer un patient atteint d'affection neurologique. | | | X |
| Rééduquer un patient atteint d'affection traumatique de l'appareil locomoteur. | | | X |
| Rééduquer un patient atteint d'affection respiratoire. | | | X |
| Réaliser une aspiration rhino-pharyngée. | | | X |
| Réaliser une aspiration endotrachéale. | | | X |
| Réaliser une aérosolthérapie. | | | X |
| Réaliser la mise en place d'une ventilation par masque. | | | X |
| Réaliser la mesure d'un débit respiratoire maximum. | | | X |
| Rééduquer un patient atteint d'affection cardio-vasculaire. | | | X |
| Procéder à un enregistrement d'électrocardiogramme. | | X | |
| Prendre une pression artérielle. | | | X |

| | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------|--|--|---|
| Rééduquer un patient atteint d'affection trophique. | | | X |
| Rééduquer un patient atteint d'affection vasculaire. | | | X |
| Rééduquer un patient atteint d'affection lymphatique. | | | X |
| Rééduquer un patient atteint de séquelles d'amputation. | | | X |
| Rééduquer un patient atteint d'affection abdominale y compris post-partum. | | | X |
| Rééduquer un patient atteint d'une pathologie périnéo-sphinctérienne. | | | X |
| Rééduquer un patient atteint de séquelles de brûlure. | | | X |
| Rééduquer un patient atteint d'affection cutanée. | | | X |
| Rééduquer un patient atteint d'une pathologie de motilité faciale. | | | X |
| Rééduquer un patient atteint d'une pathologie de la mastication. | | | X |
| Rééduquer un patient atteint d'une pathologie de la langue et de la déglutition. | | | X |
| Rééduquer un patient atteint de vertige et/ou d'un trouble de l'équilibre. | | | X |
| Réaliser la prise en charge d'une douleur. | | | X |
| Réaliser les gestes de premiers secours. | | | X |
| Réaliser un compte rendu sur les gestes de premiers secours. | | | X |
| Réaliser un bilan d'aptitude à une activité physique et sportive. | | | X |
| Réaliser un suivi d'entraînement et de compétition en milieu sportif. | | | X |
| Réaliser un bilan ergonomique. | | | X |
| Réaliser une recherche en ergonomie. | | | X |
| Prise en compte du projet, des demandes du patient et de leurs évolutions. | | | X |
| Prise en compte de l'expérience du patient. | | | X |
| Prise en compte des caractéristiques psychologiques du patient. | | | X |
| Prise en compte des caractéristiques sociales du patient. | | | X |
| Prise en compte des caractéristiques économiques du patient. | | | X |
| Prise en compte des caractéristiques culturelles du patient. | | | X |
| Communiquer avec les autres professionnels de santé et de l'administration. | | | X |

Tableau VIII : Les activités transversales de soins

| Compétences transversales des soins | | NA | EC | A |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|----------|
| | Connaître les règles juridiques, éthiques et déontologiques concernant l'activité en kinésithérapie. | | | X |
| | Connaître et comprendre les modalités de gestion d'un cabinet, d'un service, d'un IFMK, d'un IFCS, d'un réseau de soins... | | | X |
| | Connaître les données scientifiques actuelles (HAS) en médecine, en kinésithérapie et sciences de l'éducation. | | | X |
| | Connaître les demandes institutionnelles relatives à l'accréditation. | | | X |
| | Connaître l'organisation des soins médicaux et infirmiers au sein des différents services. | | | X |
| | Connaître les pathologies des patients accueillis au sein des différents services. | | | X |
| | Connaître les outils de transmissions pluridisciplinaires et kinésithérapiques en fonction des différents services. | | | X |
| | Respecter les règles juridiques et déontologiques concernant l'activité. | | | X |
| | Réaliser des recherches appropriées pour prendre connaissance des pratiques recommandées (HAS), des données scientifiques actuelles en médecine, kinésithérapie et sciences de l'éducation. | | | X |
| | Faire partie de groupes de travail en rapport à l'accréditation et la qualité des soins. | | | X |
| | Participer à l'élaboration d'un projet thérapeutique avec l'équipe pluridisciplinaire. | | | X |
| | Participer aux visites, aux staffs médicaux et aux réunions de service. | | | X |
| | Assurer les transmissions et la communication avec les structures d'aval : les praticiens de ville, et les réseaux de santé, institutions sanitaires et sociales. | | | X |
| | Eduquer les patients à développer des compétences de gestion de leur maladie par une meilleure compréhension de leur pathologie et par l'utilisation des ressources sanitaires, sociales et économiques disponibles. | | | X |
| | Eduquer les patients et les conseiller sur les facteurs personnels, psychosociaux et environnementaux qui influencent leur manière de gérer leur état de santé. | | | X |
| | Connaître et utiliser les théories, les modèles, les techniques et les outils éducatifs appropriés. | | | X |
| | Concevoir les objectifs, les contenus et les modalités d'une séquence de masso-kinésithérapie avec le patient. | | | X |
| | Evaluer les effets thérapeutiques de l'éducation (tant cliniques, biologiques, psychosociaux, pédagogiques que socio-économiques) et réguler les processus et les procédures thérapeutico-éducatifs. | | | X |
| | Développer une capacité de réflexion sur sa propre pratique de MK, de formateur. En assurer l'adaptation à des situations nouvelles, innover face à des situations inédites ou complexes. | | | X |

Tableau IX : Les activités de recherche en Masso-Kinésithérapie

| Compétences en termes de recherche en kinésithérapie | NA | EC | A |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---|
| Connaitre le cadre législatif et juridique d'une recherche (loi Huriet). | | | X |
| Les différentes méthodes de recherche. | | | X |
| Les principaux organismes qui interviennent dans la mise en place d'un protocole de recherche. | | | X |
| Les principaux intervenants institutionnels possibles pour l'élaboration et la création d'un protocole de recherche. | | | X |
| Savoir définir la Direction de Recherche Clinique Départementale (DRCD). | | | X |
| Savoir définir les Unités de Recherche Clinique (URC). | | | X |
| Savoir définir un centre d'épidémiologie. | | | X |
| Savoir définir le Comité de Protection des Personnes dans la Recherche Biomédicale (CPPRB). | | | X |
| Savoir définir l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS). | | | X |
| Savoir définir l'Agence Générale des Equipements et Produits de Santé (AGEPS). | | | X |
| Savoir définir un Attaché de Recherche Clinique (ARC). | | | X |
| Savoir définir un Technicien d'Etude Clinique (TEC). | | | X |
| Savoir définir un promoteur. | | | X |
| Savoir définir un investigateur principal et secondaire. | | | X |
| Le statut de responsable scientifique à l'hôpital et à l'université. | | | X |
| Le vocabulaire utilisé dans un dispositif de recherche. | | | X |
| Les différents stades d'élaboration et de mise en place d'un dispositif de recherche. | | | X |
| Respecter le cadre législatif et juridique d'une recherche. | | | X |
| Construire un dispositif de recherche : étude cas témoins, étude de cohorte, type essai contrôlé randomisé (PHRC, CIRC). | | | X |
| Solliciter les intervenants institutionnels de recherche possibles. | | | X |
| Définir un protocole monocentrique et multicentrique. | | | X |
| Définir et réaliser un insu et un double insu. | | | X |
| Définir et participer à une inclusion. | | | X |
| Définir et faire une randomisation. | | | X |
| Définir et mettre en place un comité de pilotage. | | | X |
| Ecrire un protocole de recherche. | | | X |
| Elaborer les lignes budgétaires d'un protocole de recherche. | | | X |
| Construire et remplir un CRF. | | | X |
| Utiliser l'outil informatique CLINICAL TRIALS pour la mise en ligne d'un protocole. | | X | |
| Participer à un monitoring. | | X | |
| Réaliser une publication scientifique relative aux résultats d'un protocole de recherche. | | | X |
| Réaliser une communication orale des résultats d'un dispositif de recherche. | | | X |
| Humilité, précision du domaine de validité, et non dogmatique. | | | X |

Tableau III : Les activités d'éducation et d'aide à l'apprentissage.

| Apprentissage | | NA | EC | A |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---|
| Beh avi oris me | Connaître la théorie d'apprentissage behavioriste. | | | X |
| | Utiliser les récompenses et les punitions pour favoriser l'apprentissage. | | | X |
| | Contrôler les erreurs et les traiter comme des fautes. | | | X |
| | Faire un cours magistral et utiliser la répétition comme moteur de l'apprentissage. | | | X |
| | Utiliser la culpabilité et la valorisation de l'élève comme outil pour progresser. | | | X |
| | Présenter des connaissances et savoir faire de manière dogmatique | | | X |
| Co nstr ucti vis me, soci o, néo - soci o | Connaître les théories d'apprentissage : constructiviste, socio-constructiviste et néo-socio-constructiviste | | | X |
| | Prendre en compte les savoirs et savoir-faire préexistants du patient. | | | X |
| | Créer et gérer des situations générant des conflits cognitifs et émotionnels pour chaque patient et entre les patients. | | | X |
| | Utiliser l'erreur comme un outil non culpabilisant d'apprentissage. | | | X |
| | Evaluer par le modèle de l'évaluation questionnement. | | | X |
| | Animer des ateliers entre pairs sur l'objet d'enseignement. | | | X |
| | Valoriser les réussites. | | | X |
| | Corriger les erreurs sans culpabiliser. | | | X |
| | Laisser place à l'autorégulation et à l'auto-évaluation. | | | X |
| | Prendre en compte les effets de ses émotions, celles des patients et proposer des connaissances et savoir-faire de manière non dogmatique. | | | X |

Tableau IV : Les activités d'évaluation.

| Evaluation | | NA | EC | A |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---|
| Co ntrô le | Connaître le modèle de l'évaluation contrôle. | | | X |
| | Mesurer, tester, comparer, noter et juger. | | | X |
| | Mesurer l'écart de conformité à la norme. L'erreur est une faute. | | | X |
| | Ne pas changer le programme planifié. | | | X |
| | Ne pas prendre en compte les effets de ses émotions et de celles des patients. | | | X |
| | Ne pas prendre en compte les demandes et les projets des patients. | | | X |
| Qu esti onn em ent | Connaître le modèle de l'évaluation questionnement. | | | X |
| | Donner une place à l'imprévu, à l'inventivité et à la non conformité. L'erreur permet de discuter, de réorienter les objectifs, les programmes et n'est pas une faute | | | X |
| | Construire le traitement en cheminant avec le patient. | | | X |
| | Encourager et stimuler la créativité et l'inventivité. | | | X |
| | Ecouter, échanger et dialoguer. | | | X |
| | Comprendre, accepter les différences et la non-conformité. | | | X |
| | Cultiver le doute et le scepticisme | | | X |

Tableau V : Les activités d'éducation relatives aux postures.

| Posture | | NA | EC | A |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---|
| Agent | Connaître le modèle de la posture d'agent. | | | X |
| | Obéir, exécuter, se soumettre et appliquer des programmes, des pratiques recommandées et/ou prescrites. | | | X |
| | Ne pas discuter. | | | X |
| | Se soumettre avec passivité | | | X |
| | Respecter la prescription | | | X |
| Auteur | Connaître le modèle de la posture d'auteur, les théories et les modèles | | | X |
| | Utiliser des théories et des modèles pertinents. | | | X |
| | Choisir les théories et les modèles et les changer si nécessaire | | | X |
| | Créer, conceptualiser, inventer, prescrire, changer de prescription. | | | X |
| | Gérer le pouvoir. | | | X |
| | S'autoriser, décider, être responsable et autonome, diriger. | | | X |

Tableau VI : Les activités selon les modèles de la santé.

| Santé | | NA | EC | A |
|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---|
| Bio mé dic al cur atif | Connaître le modèle de santé biomédical curatif. | | | X |
| | Se centrer uniquement sur l'organe malade. | | | X |
| | Ne pas prendre en compte la subjectivité et les demandes de l'individu. | | | X |
| | Placer le médecin et les recommandations de bonnes pratiques comme seuls référents. | | | X |
| | Considérer que l'éducation ne fait pas partie du soin. | | | X |
| | Considérer que le traitement vise principalement à guérir la maladie. | | | X |
| | Utiliser des protocoles systématisés de manière robotisée et mécanique. | | | X |
| | Utiliser la mesure pour régulariser sa pratique. | | | X |
| | Etre capable de savoir ce qui est bon pour le patient, le patient est agent. | | | X |
| | S'affirmer avec dogmatisme (PTDI). | | | X |
| Glo bal co mpl exe | Connaître le modèle de santé global complexe. | | | X |
| | Utiliser le modèle biomédical curatif quand la situation le nécessite. | | | X |
| | Prendre en compte les déterminants de la santé. | | | X |
| | Prendre en compte les savoirs préexistants, les demandes et les projets du patient. | | | X |
| | Ecouter et comprendre le patient | | | X |
| | Accepter le point de vue du patient, quel qu'il soit | | | X |
| | Prendre en compte les émotions du patient au cours des soins. | | | X |
| | Placer le patient en posture de co-auteur de son évaluation et de son programme thérapeutique. | | | X |
| | Fusionner l'évaluation et l'éducation dans les soins. | | | X |
| | Accepter l'inattendu et ne pas tout prévoir. | | | X |
| | Faire preuve d'esprit critique et réflexif sur la science et sur la pratique. | | | X |
| | Faire preuve d'humilité et de tolérance, utiliser le PTNDI et le PTDI | | | X |

Tableau VII : les activités de traitement de l'information.

| Traitement de l'information | | NA | EC | A |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---|
| Dogmatique | Connaître le paradigme de traitement dogmatique de l'information. | | | X |
| | Ne pas prendre en compte ses émotions et celles du patient. | | | X |
| | Utiliser un mode de formulation implicite. | | | X |
| | Affirmer des connaissances et des savoirs faire de manière définitive sous forme de dogmes et de croyances | | | X |
| | Utiliser des généralisations abusives. | | | X |
| | Construire ou renforcer des obstacles d'apprentissage et des savoirs stables dans le temps. | | | X |
| | Faire preuve d'une attitude projective, sans réflexivité. | | | X |
| | Nier ses émotions et celles du patient | | | X |
| | Ne pas écouter. | | | X |
| Non dogmatique | Connaître le paradigme de traitement non dogmatique de l'information. | | | X |
| | Ecouter les demandes et projets du patient. | | | X |
| | Formuler explicitement ses propos. | | | X |
| | Préciser le domaine de validité de ses propos et présenter les connaissances et les savoir-faire comme provisoires | | | X |
| | Prendre en compte les obstacles d'apprentissage, les risques de ruptures cognitives et émotionnelles. | | | X |
| | Reconnaître ses connaissances et ses savoir-faire comme précaires et évolutifs.W | | | X |
| | Prendre en compte ses émotions et celles du patient. | | | X |

Le référentiel des activités de soins du masseur-kinésithérapeute

Activité de soins ou activité thérapeutique :

1°La nomenclature (2006)

Par activité thérapeutique nous entendons les activités réalisées dans le cadre d'une démarche professionnelle que le kinésithérapeute engage dans un contexte « médical », quelque soit le lieu d'exercice : hôpital, MCO, SSR, SLD, centre de rééducation, maison de retraite, cabinet libéral, etc., suite à une ordonnance délivrée par un docteur en médecine, pour un patient donné, prescrivant son intervention.

1.1 Les activités thérapeutiques du masseur-kinésithérapeute s'incorporent aux champs :

- de la rééducation
- de la réadaptation
- de la réhabilitation
- de l'Education Thérapeutique du Patient (HAS : juin 2007)
- de l'éducation de l'entourage
- du maintien au domicile des Personnes Agées (HAS : avril 2005)
- de la participation aux stratégies d'aménagement des aires de mobilité, de la salle de bain, des toilettes; de l'agencement pour la préparation des repas et l'adaptation des éclairages. (HAS)
- des propositions des améliorations pour faciliter les actes de la vie quotidienne et diminuer le risque de chute. (HAS)
- du choix des aides techniques dont les aides techniques à la marche. (HAS)

- de la définition, élaboration, mise en place et suivi de programmes d'activités physiques adaptées destinés à différentes populations (enfants, handicapés, personnes âgées, diabétiques, rhumatisants, ...) dans le cadre d'une prise en charge thérapeutique
- de la définition, élaboration, mise en place et suivi de programmes de réentraînement à l'effort destinés à différentes populations (lombalgiques, cardiaques, obèses, ...) dans le cadre d'une prise en charge thérapeutique

2° LE DECRET DE COMPETENCE (2000) – LA NOMENCLATURE

Diagnostic masso-kinésithérapique

Massages :

Rééducation ostéo – articulo – musculaire :

Mobilisations articulaires
Renforcements musculaires
Postures
Traction
(Travail proprioceptif)

Rééducation ventilatoire :

Rééducation vésico – sphinctérienne : (vésicale et urinaire)

Rééducation des vertiges :

Rééducation de la déglutition :

Rééducation en neurologie :

Confection d'orthèses :

Balnéothérapie :

Electrothérapie :

11.2 Annexe 3 : Le code de déontologie.

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000019723504&categorieLien=id>

11.3 Annexe 4 : Loi HPST ;

<http://www.sante-sports.gouv.fr/la-loi-hopital-patients-sante-et-territoires.htm>

11.4 Synthèse du rapport sur l'évaluation des pratiques professionnelles des MK.



Ordre des Masseurs Kinésithérapeutes

**Synthèse du rapport
Evaluation des pratiques professionnelles des
Masseurs – Kinésithérapeutes**

Comité de rédaction

**Franck Gatto (MK, Maître de conférences des universités,
Habilitation à Diriger les Recherches, Conseiller National du
CNOMK)**

**Eric Pastor (MK, Master 2, Conseiller National, délégué du
CNOMK à l'EPP)**

René Couratier (MK, Master 2, Président du CNOMK)

Résumé

Evaluation des pratiques professionnelles (EPP) des Masseurs-kinésithérapeutes

La Loi n°2004-806 du 9 août 2004, Art. L. 4321-17, relative à la politique de santé publique, prévoit que : « Dans chaque région, un conseil régional de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes organise et participe à des actions d'évaluation des pratiques de ces professionnels, en liaison avec le conseil national de l'ordre et avec la Haute Autorité de santé ». Il a été signé le 18 septembre 2008 pour une durée de deux ans une convention portant sur une expérimentation de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) entre le Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes (CNOMK) et la Haute Autorité de Santé (HAS). 22 facilitateurs régionaux ont été nommés et formés par l'HAS et le CNOMK de février 2009 à juin 2009 pour mettre en œuvre avec son conseil de l'ordre régional ou interrégional en liaison avec le CNOMK l'expérimentation de l'EPP dans sa région. Chaque facilitateur avait pour mission d'assurer le suivi et l'évaluation des actions EPP développés dans sa région par des organismes de formation et/ou des formateurs externes.

Pour le CNOMK l'EPP est un dispositif de formation dont les moyens pédagogiques sont constitués par l'analyse des pratiques à partir de référentiels. Ce dispositif de formation permet de valoriser les pratiques - les compétences en situation - à les questionner et à les améliorer en les nommant, en les pensant, en les conceptualisant, en les partageant, en les réalisant, en les confrontant et en les écrivant. Cette normalisation de l'EPP par le CNOMK est conforme au cadre réglementaire et aux données scientifiques actuelles. Ce qui est confirmé par la Loi HPST.

Loi HPST n°2009-879 du 21 juillet 2009 (JO du 22/07/2009), article 59, XX :
Art. L. 4382-1. : « Le développement professionnel continu a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Le développement professionnel continu est une obligation pour toutes les personnes mentionnées au présent livre. Il se réalise dans le respect des règles d'organisation et de prise en charge propres à leur secteur d'activité, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat ».

L'obligation de formation est satisfaite notamment par tout moyen permettant d'évaluer les compétences et les pratiques professionnelles.

L'EPP constituait le cadre réglementaire privilégié pour évaluer scientifiquement les pratiques professionnelles actuelles des masseurs-kinésithérapeutes (évaluation pré - EPP) et d'évaluer les effets des actions EPP (évaluation post - EPP). L'histoire des professions montre avec une belle évidence que leur légitimité dans un champ déjà structuré, pour nous le champ médical, s'est toujours construite par un processus d'émancipation porté par des démarches scientifiques. Il a été cherché dans le cadre de cette expérimentation, avec la contribution d'enseignants-chercheurs en sciences de l'éducation, à produire des arguments scientifiquement construits pour défendre l'honneur de la profession de Masseurs – Kinésithérapeutes (MK), pour lutter contre l'exercice illégal de la MK et pour développer la démarche qualité des pratiques des MK. La discipline Universitaire dont une des missions essentielles de ses laboratoires de recherche est de produire scientifiquement des savoirs sur l'évaluation s'intitule les sciences de l'éducation. A notre connaissance les EPP des MK constituent les premières études scientifiques théorisées et informatisées dont l'analyse, par des méthodes statistiques sophistiquées (désagrégations de variables, analyse factorielle) positionne la profession de MK au plus haut niveau de preuve.

➤ **L'expérimentation d'EPP des MK s'est réalisée de juin 2009 à septembre 2010. Les derniers résultats ont été envoyés au CNOMK début mars 2011.**

- **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 soutenue 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.

Sommaire

| | | |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. | Les valeurs de l'EPP | 65 |
| 2. | La loi, la norme, les missions et l'organisation de l'expérimentation de l'EPP | 66 |
| 3. | L'EPP est dans une logique d'évaluation questionnement | 70 |
| 4. | Les Principes d'application de l'EPP | 71 |
| 5. | Les référentiels d'activités du MK | 72 |
| 6. | Les objectifs globaux du MK | 73 |
| 7. | Les résultats attendus des pratiques de MK | 73 |
| 7.1 | Les résultats globaux attendus des pratiques de MK | 73 |
| 7.2 | Les résultats spécifiques attendus des pratiques de MK | 74 |
| 7.2.1. | Les pathologies non chroniques : | 74 |
| 7.2.2. | Les pathologies chroniques : | 74 |
| 8. | L'EPP des MK et les 5 étapes de la démarche kinésithérapique | 75 |
| 9. | Les critères de l'EPP | 76 |
| 10. | Les indicateurs d'évaluation de l'EPP | 77 |
| 11. | Les outils d'évaluation de l'EPP | 78 |
| 12. | Modélisation de l'EPP | 78 |
| 13. | Les résultats globaux pré - EPP et post - EPP par régions | 80 |
| 14. | La synthèse des résultats de l'expérimentation EPP | 84 |
| 15. | Les références bibliographiques | 85 |

2 Les valeurs de l'EPP en référence à la réglementation et aux données de la science

- L'éthique
- La confraternité
- L'accompagnement
- Le questionnement
- La tolérance
- Le partage
- L'incertitude et l'imprévisible
- La multiréférentialité
- Le respect et la confiance
- La sécurité
- L'engagement
- La co-Construction des possibles, l'autorisation
- La régulation, le non dogmatisme
- La décision partagée
- La valorisation
- La référencement scientifique

Les valeurs de l'EPP en référence à la réglementation et aux données de la science ne sont pas :

- Le contrôle sanctionnant et culpabilisant
- La différenciation
- La sélection, la compétition
- Le guidage
- L'intolérance
- La rationalisation totale
- La planification totale
- La certitude
- Le dogmatisme
- L'individualisme
- La monoréférentialité
- La prescription
- La Régularisation
- La Décision verticale
- La dévalorisation

3 La loi, la norme, les missions et l'organisation de l'expérimentation de l'EPP

« 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 ». (Définition de la Masso-Kinésithérapie. CNOMK, 14 janvier 2009).

➤ Le Cadre législatif, réglementaire et conventionnel (médecine et kinésithérapie)

- **L'article L.1111-4 de la Loi du 04 mars 2002** ordonne : *« Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé (...). L'évaluation des pratiques professionnelles est menée par les pairs ».*
- **L'Article L. 4321-17 du CSP issu de Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique** prévoit que : *« Dans chaque région, un conseil régional de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes organise et participe à des actions d'évaluation des pratiques de ces professionnels, en liaison avec le conseil national de l'ordre et avec la Haute Autorité de santé. Le conseil régional organise et participe à des actions d'évaluation des pratiques de ces professionnels, en liaison avec le Conseil National de l'Ordre et avec la Haute Autorité de Santé. Dans ce cadre, le Conseil régional a recours à des professionnels habilités à cet effet par le Conseil National de l'Ordre sur proposition de la Haute Autorité de Santé ».*
- **Le décret du 14 avril 2005 concerne uniquement les médecins :**
« L'EPP vise à promouvoir la qualité, la sécurité, l'efficacité et l'efficience des soins et de la prévention et plus généralement la santé publique, dans les respects des règles déontologiques » (...) *« L'évaluation des pratiques professionnelles, avec le perfectionnement des connaissances, fait partie intégrante de la formation médicale continue » (...)*
« L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) mentionnée à l'article L. 4133-1-1 a pour but l'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu aux patients par les professionnels de santé.
Elle vise à promouvoir la qualité, la sécurité, l'efficacité et l'efficience des soins et de la prévention et plus généralement la santé publique, dans les respects des règles déontologiques ». (...) *« L'évaluation des pratiques professionnelles, avec le perfectionnement des connaissances, fait partie intégrante de la formation médicale continue ».*
- **Le J0 N°2 du 3/01/2008 – texte N° 84 : Décision HAS n° 2007.10.035/EPP du 07 novembre 2007) concerne uniquement les médecins.**
« L'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité en Santé et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques ».

- **La Loi HPST n°2009-879 du 21 juillet 2009 (JO du 22/07/2009), article 59, XX :**
*Art. L. 4382-1. : « Le développement professionnel continu a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.
 Le développement professionnel continu est une obligation pour toutes les personnes mentionnées au présent livre. Il se réalise dans le respect des règles d'organisation et de prise en charge propres à leur secteur d'activité, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat ».* Les décrets concernant la MK ne sont pas parus.

➤ **Le contexte de la mise en place de l'EPP :**

- Une convention de partenariat sur l'EPP entre le CNOMK et l'HAS est signée le 18 septembre 2008 pour deux ans. L'EPP des MK existe réglementairement à cette date. L'objet de cette convention concerne la collaboration entre les deux parties pour la mise en œuvre, le partage et la diffusion d'informations relatives à l'EPP des Masseurs-Kinésithérapeutes. Le Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes organise sur le plan national la mise en œuvre.
- 22 facilitateurs à l'EPP des MK ont été nommés par le CNOMK.
- Le lundi 09 février 2009 a débuté de la formation des facilitateurs par le CNOMK.
- Les 22 facilitateurs régionaux ont été formés par le CNOMK et par l'HAS.
 Deux groupes de facilitateurs EPP sont constitués et sont formés par la HAS dans ses locaux et sont formés par le CNOMK dans ses locaux. La formation s'est réalisée de février 2009 à juin 2009.
- La formation des facilitateurs par l'HAS : 3 jours de formation pour chaque groupe et une journée commune aux 2 groupes en juin 2009.
 La formation des facilitateurs par le CNOMK : 5 jours de formation pour chaque groupe et une journée commune aux deux groupes en juin 2009.
- Le 17 juin 2009 a été clôturé la formation des facilitateurs par le CNOMK
- Le pilotage méthodologique des actions EPP est réalisé par les facilitateurs avec les C(I)ROMK et le CNOMK à partir de juin 2009.

➤ **Le Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes**

- Il définit la politique de l'Ordre dans le cadre de L'EPP.
- Il est garant de l'application de la Convention HAS/CNOMK.
- Il sélectionne et nomme les Facilitateurs.
- Il participe à la formation des Facilitateurs.
- Il assure la coordination du Projet EPP auprès des C(I)ROMK.
- Il met en place et anime un « groupe contact MK » réunissant la HAS et les différents acteurs de la profession, afin de communiquer sur l'évolution du projet EPP chez les Masseurs-Kinésithérapeutes.

➤ **Le Conseil Régional de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes**

En application de l'article L. 4321-17 du code de la santé publique et conformément à la Convention du 18/09/09, les Conseils régionaux ou interrégionaux de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes organisent et participent à des actions d'évaluation des pratiques de ces professionnels, en liaison avec le CNOMK et la HAS.

Dans ce cadre, le Conseil régional a recours aux facilitateurs nommés et formés par le CNOMK et l'HAS.

➤ **Le Conseil Départemental de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes**

Bien que le Conseil Départemental ne soit pas directement impliqué dans la démarche EPP il possède néanmoins une mission importante concernant la diffusion des « bonnes pratiques » et à ce titre il peut être engagé dans cette expérimentation.

➤ **Les fonctions des facilitateurs :**

- Conceptualiser un cahier des charges d'EPP à partir de sa formation de facilitateur pour sa région en conformité aux valeurs, aux principes et aux procédures conformes de l'EPP.
- Planifier, mettre en œuvre et contrôler les actions d'EPP dans sa région.
- Définir sous l'autorité du Conseil régional ou interrégional les moyens nécessaires à l'organisation des actions d'évaluation des pratiques professionnelles dans sa région. Il est chargé d'en assurer le suivi et l'évaluation.
- Instruire les demandes des organismes de formation, ou des formateurs externes, qui candidateront à une action d'évaluation des pratiques professionnelles proposée par le Conseil régional ou interrégional sur la base du cahier des charges préalablement défini.
- Rendre compte au Président du Conseil régional ou interrégional de l'Ordre et auprès du délégué du président du Conseil national de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes à l'EPP des actions d'EPP réalisées dans sa région.

➤ **Les Missions des facilitateurs :**

- Le facilitateur devra construire le cahier des charges à l'EPP et le soumettre à la validation du Conseil Régional de sa région.
- Il définira avec le Conseil régional ou interrégional les moyens nécessaires à l'organisation des actions d'évaluation des pratiques professionnelles dans la région. Il sera chargé d'en assurer le suivi et l'évaluation.
- Il instruira les demandes des organismes de formation, ou des formateurs externes, qui candidateront à une action d'évaluation des pratiques professionnelles proposée par le Conseil régional ou interrégional sur la base du cahier des charges préalablement défini. C'est le Conseil Régional qui valide les demandes.
- Tous les quatre mois, le facilitateur adressera un bilan d'étape sur ses actions au Président du Conseil régional ou interrégional de l'Ordre et auprès du délégué du Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes à l'EPP.

- Le Conseil régional ou interrégional de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes doit tout mettre en œuvre pour permettre au facilitateur d'exécuter ses missions.
- Le facilitateur doit informer son C(I)ROMK du projet politique de l'EPP défini par le CNOMK et formalisé par le cahier des charges.
- Le facilitateur doit réaliser un appel d'offres aux organismes de formation et/ou aux formateurs pour l'EPP.
- Le facilitateur doit instruire les dossiers d'appel à candidature pour une action d'EPP dont les cahiers des charges doivent comporter les valeurs et les principes d'application de l'EPP.
3 réponses aux candidatures sont possibles :
 - Accepté
 - A modifier (navette). Demande d'amélioration de certains critères pour acceptation
 - Refusé (à justifier)
- Le facilitateur a pour mission de faire mesurer par les organismes de formation les effets de l'EPP (Mesure : pré - EPP et post - EPP) et la mesure de la satisfaction des stagiaires.
- Il doit organiser l'EPP dans les départements de sa région aidée par le C(I)ROMK.
- Il doit transmettre les résultats des effets de chaque action EPP au CNOMK et à son C(I)ROMK.
- Enfin il doit vérifier le respect du cahier des charges de l'EPP par les organismes de formation.

➤ **L'organisation de la mise en œuvre facilitateur / organisme de formation**

- L'organisme de formation a la responsabilité de recruter les stagiaires, du financement et du site de formation.
- Le facilitateur fournit à la fois le QCM scientifique anonyme et codé pré - EPP et post - EPP et les critères d'évaluation de la satisfaction des stagiaires.
- L'organisme de formation traite les données du questionnaire et communique les résultats pré - EPP et post - EPP pour chaque stagiaire et pour le groupe de stagiaires au facilitateur et au CNOMK.
- L'organisme de formation traite les données d'évaluation de la satisfaction pour chaque stagiaire et pour le groupe de stagiaires et communique les résultats au facilitateur et au CNOMK le dernier jour de la formation.

➤ **Les missions du formateur accompagnant à l'EPP (Gatto et al, 2011) :**

- Il s'agit de transmettre des connaissances avec le souci de mettre en place un environnement qui aidera le formé à se questionner sur ses pratiques, à renforcer ou à modifier certains de ses

comportements, certains de ses savoirs-être, certaines de ses connaissances et certaines de ses représentations.

- Il doit mettre en place un dispositif d'EPP pour aider le formé à se transformer au niveau cognitif, affectif et social. Cela par rapport à des apprentissages de savoirs, de savoir-faire et de savoir-être. Il s'agit d'un changement qualitatif plus ou moins profond dans une logique non d'accumulation mais de structuration.
- Le formateur est un expert de la formation et n'est pas un expert du thème de formation. Il n'a pas le statut d'enseignant, ni le contrat d'enseignement d'une discipline. Il a des compétences certifiées en évaluation, en pédagogie, en apprentissage, en didactique. Il assure des missions d'animation, d'évaluation-questionnement, d'enseignement, de régulation, d'organisation de l'étude et de projet. Il utilise la pédagogie active pour aider les formés à se poser des questions sur leurs pratiques. Le formateur a comme mission de développer la professionnalité et la professionnalisation en plaçant un contexte d'étude permettant au formé de structurer ses compétences et de se questionner en permanence sur ses activités. Le formateur n'a pas comme mission essentielle de transmettre un savoir.
- La relation pédagogique du formateur doit être horizontale avec les formés. Les valeurs sur lesquelles doivent se fonder la formation sont : la valorisation, le questionnement, l'écoute, la compréhension, l'aide, l'accompagnement, l'acceptation des différences, la tolérance.
- L'enseignant demande aux élèves de restituer le savoir enseigné alors que le formateur demande aux formés de se poser des questions sur leurs pratiques professionnelles. La formation aide à modifier le sens de son histoire professionnelle, de ses activités passées, de ses activités actuelles et de ses activités futures.
- Le formateur n'est pas dans une logique de sélection, de sanction, d'exclusion mais dans une logique de valorisation, de questionnement, d'acceptation des différences.

❖ **L'évaluation permet de mesurer l'objet à l'aide d'indicateurs quantifiables.**

Il faut faire référence à une conformité, une norme. La norme est donnée par le CNOMK.

4 L'EPP est dans une logique d'évaluation questionnement

Pour De Ketele (2001) l'évaluation c'est « *l'acte de produire des connaissances sur lesquelles on applique un jugement pour prendre une décision* ». C'est un acte qui est producteur de sens dans la mise en rapport d'une réalité avec la valeur. « *L'évaluation est une lecture particulière de la réalité en fonction de certaines valeurs* » (Gatto, 2005). Les valeurs ont été choisies par le CNOMK en référence aux données scientifiques et à la réglementation (se reporter au chapitre n°1).

L'EPP est bien dans une logique de questionnement et de valorisation. Elle n'est pas dans une logique de contrôle. Il ne s'agit pas de transmettre un savoir et de contrôler son intégration - logique de sanction - mais d'aider les professionnels à se poser des questions sur leurs pratiques à partir de référentiels.

Si l'objectif peut aussi être énoncé en terme quantitatif, ce qui fonde les quantifications, ce sont bien les valeurs, les aptitudes, les compétences qui sous-tendent explicitement l'objectif opérationnel de performances.

« Le choix du quantitatif est fonction d'une visée qualitative. Si les critères sont des dimensions des objectifs, ils sont donc d'abord qualitatifs (raisonnés : en fonction des valeurs décidées; projet-visée de l'évaluation) et ensuite sont traduits en quantitatifs (observables). Il n'y a pas opposition entre un critère qualitatif et quantitatif puisque le quantitatif tient son sens du critère qualitatif ; il est une suite. Quand les critères sont établis à priori et ne doivent pas subir de transformations au cours des processus d'évaluation. Quand il s'agit pour juger d'appliquer des règles définies à l'avance ; c'est une logique uniformisante, simplificatrice, répétitive ; ça ne marche pas » (Bonniol, 1996).

« L'évaluation des pratiques professionnelles est définie comme l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode validée comportant la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques. Les pratiques professionnelles sont constituées à la fois de pratiques individuelles et collectives ; elles comportent une dimension organisationnelle. Ces pratiques concernent les activités diagnostiques thérapeutiques ou préventives.

L'évaluation n'est pas une fin en soi et le constat d'écart entre la pratique réelle et la bonne pratique doit conduire à la mise en œuvre d'actions d'amélioration ;

L'appellation "évaluation des pratiques professionnelles" recouvre l'ensemble des démarches d'amélioration d'activité de soin" » (HAS, 2005).

« Plus on standardise, plus l'idéal théorique serait de se passer de l'évaluateur. L'évaluation régulation ne peut pas fonctionner avec un référentiel unique puisque le référentiel unique du maître ne permet pas d'évaluer les processus de l'élève. La régulation externe ne peut pas se substituer à l'auto-régulation. » (Bonniol, 1996)

Dans le contrôle le critère est une norme, tend à la prescription, doit être respecté et/ou réalisé.

« La logique de contrôle issue du modèle industriel conduit à l'utilisation du management directif, de l'évaluation mesure, de l'évaluation gestion, du behaviorisme et du paradigme de traitement dogmatique de l'information. Cette logique d'EPP conduit le MK à une posture d'agent : impossibilité de réorienter avec le patient le diagnostic, les objectifs, le programme de soin, la réalisation du soin, l'évaluation terminale du soin. Impossibilité de respecter la Loi de 2002, d'éduquer, et d'utiliser les résultats de santé publique et des sciences de l'éducation » (Gatto, 2010).

Dans le questionnement le critère est une balise, une proposition, un déclencheur qui permet la discussion, la négociation et peut changer en fonction de l'évolution. C'est la fonction majeure de l'EPP : se poser des questions sur ses pratiques professionnelles.

L'EPP est un processus continu d'amélioration des pratiques professionnelles par l'auto-évaluation et la régulation.

❖ **L'EPP est un dispositif de formation dont les moyens pédagogiques sont constitués par l'analyse des pratiques à partir de référentiels. Ce dispositif aide à valoriser les pratiques - les compétences en situation - à les questionner et à les améliorer en les nommant, en les pensant, en les partageant, en les confrontant, en les conceptualisant et en les écrivant. L'EPP contribue à l'autonomie d'exercice, à la valorisation de chaque professionnel et à l'amélioration de la qualité des actes professionnels.**

5 Les Principes d'application de l'EPP

- Le formateur ou l'organisme de formation est accrédité pour une seule action de formation.

- Adaptation des objectifs, des contenus, des supports pédagogiques et des modalités de validation aux besoins et aux demandes des stagiaires.
- L'EPP n'est pas un dispositif de contrôle qui conduit à des sanctions et à de la culpabilité.
- L'écart aux référentiels permet de réorienter, de confronter, de discuter avec le groupe et le formateur.
- Les résultats du QCM en début et en fin de formation ne doivent jamais donner un sentiment d'infériorité et une sanction. Le QCM est anonyme. Le respect de ce critère sera vérifié par l'évaluation de la formation effectuée par les formés.
- L'analyse des pratiques se fait sur un thème donné à partir des référentiels du MK.
- Tous les savoirs transmis par le formateur doivent être référencés.
- L'organisme de formation s'engage à ne pas changer l'intervenant prévu sinon la convention est caduque.
- Le temps de formation : au maximum 25% de cours magistraux.
- Le formateur n'est pas expert du domaine sur lequel il fait la formation EPP et n'a pas de fonction majorante d'enseignement, c'est un expert de la formation.
- Le formateur a de l'expérience sur le thème de formation proposé.
- Il est possible qu'un expert de la thématique appartienne au groupe de stagiaires ou soit présent (en qualité de ressource).
- Le cahier des charges de formation proposé par l'organisme de formation doit être accepté par le facilitateur puis remis aux stagiaires.

6 Les référentiels d'activités du MK

L'EPP d'une situation de travail est effectuée à partir de référentiels. Un référentiel est un « ensemble d'éléments écrits sur lequel il convient de s'appuyer pour conduire une activité d'évaluation qui aidera à la prise de décision » (De Chambine et Al., 2002).

Le référentiel, quel que soit le cadre contextuel, sera un système de repères, un instrument connu de tous qui aide à tracer son propre chemin, à le qualifier, à mesurer un écart à une pratique idéale par exemple et à mesurer une conformité à une pratique idéale. Ces mesures permettent de se questionner, de chercher les causes de l'écart ou de la conformité et de décider des moyens à mettre en œuvre pour renforcer, valoriser une pratique conforme ou de se questionner pour chercher les moyens qui permettront de réduire l'écart, la non-conformité d'une pratique.

➤ Les référentiels d'activité du MK sont :

- Les valeurs de la profession de MK
- Le code de la santé
- Le code de Déontologie
- Le code civil et le code pénal
- Le code du travail et la convention collective
- Le Diplôme et/ou le statut réglementaire
- Le programme de la formation initiale

- Les programmes de formation continue validés par l'Etat
- L'expérience professionnelle du soignant et/ou du formateur
- L'expérience du malade et/ou du formé
- Les guides de « bonnes pratiques » et/ou recommandations édités par l'HAS.
- Les savoirs médicaux
- Les savoirs éducatifs
- Les "savoirs kinésithérapiques"
- L'expérience du patient
- Les besoins, les projets et les demandes du patient
- Les résultats attendus de la MK

7 Les objectifs globaux du MK (Gatto et al, 2011)

- **Construire avec le patient partenaire et/ou son entourage le BDK, les objectifs, les moyens de traitement MK, le traitement, le bilan final.**
- **Conceptualiser et réorienter dans l'action avec le patient partenaire de soins à partir des référentiels du MK.**
- **Soigner et éduquer à la santé**
 - Accompagner les personnes en difficulté : administratif, médical, professionnel,
 - Maintenir ou restaurer les liens : familiaux, sociaux ...
 - Contribuer à la socialisation et à la réinsertion des personnes en difficulté.
 - Lutter contre l'exclusion et l'isolement
 - Favoriser l'apprentissage à l'autonomie et/ou le retour à l'autonomie
- ❖ **Co-construction, co-décision, co-régulation et co-réorientation dans l'action de soins et/ou de prévention : de l'évaluation de départ, du projet individualisé, des objectifs, du programme, des moyens thérapeutiques, de la mise en œuvre, de l'évaluation finale.**

8 Les résultats attendus des pratiques de MK (Gatto et al, 2011)

8.1 Les résultats globaux attendus des pratiques de MK

- Le soin de masso kinésithérapie vise à redonner au patient et/ou à maintenir une capacité de mouvement lui permettant d'agir de manière optimale avec son environnement
- Le masseur kinésithérapeute contribue à la récupération et/ou à la reconstruction par la personne de son intégrité fonctionnelle et de son intégrité psycho-fonctionnelle
- Socialiser l'individu dans et avec son environnement
- Aider à l'autonomie, à la responsabilité et à la gestion de la santé
- Diminuer le nombre et l'importance des complications et des récidives
- Diminuer les douleurs, les souffrances, le stress et la peur
- Diminuer les arrêts de travail

- Diminuer la médication
- Diminuer les temps et les fréquences d'hospitalisation
- Diminuer les comportements et les modes de vie nocifs

8.2 Les résultats spécifiques attendus des pratiques de MK

8.2.1. Les pathologies non chroniques :

- Retrouver un état identique à l'état avant la pathologie
- Absence de douleurs.
- Eduquer à la connaissance, la compréhension et les possibilités d'actions du patient sur sa maladie, son corps et son environnement.
- Absence de complications.
- Absence de récives.
- Reprise d'une activité physique et professionnelle rapide.
- Absence de séquelles.
- Optimiser l'autonomisation du patient par rapport à sa santé.

8.2.2. Les pathologies chroniques :

- Optimiser les possibilités fonctionnelles.
- Absence de douleurs.
- Adapter et éduquer aux aides techniques.
- Eduquer à la connaissance, la compréhension et les possibilités d'actions du patient sur sa maladie, son corps et son environnement.
- Diminuer les situations de handicap.
- Absence de complications, d'hospitalisations, de récives des crises.
- Diminuer la médication et les arrêts de travail.
- Diminuer les modes de vie et les comportements nuisibles.
- Optimiser l'autonomisation du patient par rapport à sa santé.

9 L'EPP des MK et les 5 étapes de la démarche kinésithérapique (Gatto et al, 2011)

Sur le plan scientifique, la plupart des auteurs ayant publié sur le thème de la compétence, et en particulier Le Boterf (2002), s'accordent à dire qu'il n'existe pas une seule définition de la compétence. C'est ainsi qu'il désigne cette dernière comme étant « *un savoir-faire en situation* » ou encore « *un savoir-agir en situation* », précisant qu'« *un savoir-agir comporte et combine divers savoir-faire* ». Il la définit aussi comme étant « *une combinatoire de ressources variées pouvant être mises en œuvre* ». Il présente encore la compétence comme « *une disposition à agir dans une famille de situations* ». Pour Le Boterf (2002) « *être compétent, c'est également agir avec autonomie, c'est-à-dire être capable d'autoréguler ses actions, de savoir compter sur ses propres ressources, mais également de rechercher des ressources complémentaires, d'être en mesure de transférer, c'est-à-dire de réinvestir ses compétences dans des contextes distincts (...)* Être compétent, c'est non seulement être capable de faire ou d'agir, mais c'est aussi pouvoir analyser et expliquer sa façon de faire ou d'agir. »

La compétence est un « *ensemble pertinent reconnu et éprouvé de représentations, capacités et savoirs mobilisés à bon escient par une personne ou un groupe dans une situation de travail.* » (Le Boterf, et Al, 1995). Les procédures et les processus d'EPP des situations de soins kinésithérapiques doivent à l'évidence scientifique et réglementaire s'appuyer sur une logique d'évaluation questionnement.

➤ Les 5 étapes de la démarche de soin kinésithérapique :

La situation de soin pratique est analysée au niveau de la façon d'agir, sur les connaissances, les savoir - faire et les savoir - être mobilisés pour agir. Cela à partir des référentiels et des résultats attendus sur le plan des pratiques et sur le plan des résultats thérapeutiques attendus à chacune des 5 étapes de la démarche kinésithérapique.

- Etape 1 : L'accueil du patient.
- Etape 2 : Le diagnostic MK et le BDK.
- Etape 3 : La construction des objectifs et du programme de traitement.
- Etape 4 : La mise en œuvre du traitement.
- Etape 5 : Le bilan de fin de séance et les conseils donnés.

➤ Les procédures et les processus d'EPP à chaque étape du soin kinésithérapique:

Pour chaque étape quels sont les critères qualité de réalisation souhaitable de l'activité (façon d'agir) au niveau de la relation, de l'éducation, des techniques, de la démarche, de la coopération ?

Chaque MK a une pratique différente, singulière qu'il peut évaluer à partir des règles de l'art, des invariants qu'il faut respecter pour avoir une pratique de qualité. C'est-à-dire sa façon de faire et de mobiliser des connaissances, des savoir-faire et des savoir être sur chacune des 5 étapes.

- Comment s'y prendre, pourquoi et comment agir pour obtenir les résultats attendus de pratiques et les résultats attendus thérapeutiques à chaque étape de la démarche kinésithérapique ?
- Pourquoi cette décision dans telle étape / conformité ou écarts à chaque étape par rapport aux référentiels et aux résultats attendus sur le plan des pratiques et sur le plan thérapeutique ?

- Comment s'y prendre / conformité ou écarts à chaque étape par rapport aux référentiels et aux résultats attendus sur le plan des pratiques et sur le plan thérapeutique ?
- Conformité ou écart au niveau des résultats finaux attendus et des résultats finaux obtenus sur le plan thérapeutique ?

❖ **En résumé :**

- **Ce que je fais à chaque étape : référentiels, objectifs généraux, objectifs spécifiques, moyens, résultats attendus et résultats obtenus ?**
- **Ce que je crois faire à chaque étape avec ré-analyse : référentiels, objectifs généraux, objectifs spécifiques, moyens, résultats attendus et résultats obtenus ?**
- **Pourquoi aucun écart à chaque étape ? /valorisation + renforcement**
- **Pourquoi des écarts à chaque étape ? Questionnement et formulation de nouveaux objectifs et de nouveaux moyens ?**
- **Ce que je devrais faire et ce que je ferais à chaque étape et avec quels référentiels, quels objectifs, quels moyens et quels résultats attendus ?**

➤ **La construction des objectifs et des contenus de formation en EPP**

- Le MK agit-il avec pertinence en situation de soin ? C'est-à-dire la pratique professionnelle mise en œuvre est-elle conforme ou s'écarte-t-elle des référentiels à chacune des 5 étapes de la démarche kinésithérapique pour obtenir les résultats attendus de pratiques et pour obtenir les résultats attendus thérapeutiques ?
- L'EPP est réalisée avec les outils pédagogiques à partir des référentiels.
- Il est construit et mis en œuvre concomitamment à la situation d'EPP les objectifs et les contenus de formation EPP en fonction des écarts et des conformités de pratiques et de résultats thérapeutiques.
- Les connaissances, les savoir-faire, les savoir-être, les expériences ... sont questionnés s'il est repéré des écarts ou sont renforcés s'il est identifié des conformités.

10 Les critères de l'EPP (Gatto et al, 2011)

A partir des référentiels les critères de l'EPP sont à interroger à chacune des 5 étapes de la démarche kinésithérapique.

- **Connaissances du MK : valeurs, savoirs théoriques en éducation, savoirs biomédicaux, savoirs - kinésithérapiques et savoirs réglementaires ?**
- **Savoir-faire du MK : valeurs, techniques en éducation, savoirs biomédicaux, savoirs - kinésithérapiques et savoirs réglementaires ?**
- **Savoir-être du MK : valeurs, postures et positionnements en éducation, en biomédical, en kinésithérapie ?**

- Demandes, besoins et projets du patient et/ou de sa famille ?
- Connaissances et utilisation des possibilités neuro-physiologiques d'apprendre et de comprendre du patient quand il y a un échec d'éducation à la santé ?
- Contexte de travail : le matériel, la charge de travail, les relations de travail transversales et verticales ?
- Le refus de construire des possibles par le MK sous forme de blocage lié à un problème temporaire d'habitudes de pratiques (obstacle) ?
- Le peu de rémunération de l'acte ?
- La réglementation empêche la conformité ?
- Non connaissance et/ou non utilisation et/ou non existence du réseau pertinent pour aider à apprendre, à connaître et/ou à maîtriser la pratique idéale ?
- Energie, motivation, fatigue, envie ?
- Le sentiment d'appartenance à une structure de qualité de service ?
- La reconnaissance de son utilité et de sa valeur au service de la structure et/ou du système de travail ?
- L'accompagnement de l'utilisateur en qualité de co-auteur de ses projets (activités ...) est-il fait et/ou est-il possible ?
- Utilisation de la fonction d'accompagnateur, de guide, de conseiller, d'aide - pertinente en fonction de la situation de soin - (urgence, construction, signalement et protection, orientation, aide, conseil) ?
- Déterminants émotionnels et sociaux (influence réciproque sur les relations) ?

11 Les indicateurs d'évaluation de l'EPP

- Acquis
- En cours d'acquisition
- Non acquis

Opérationnalisables sur 3 niveaux : connaissances, savoir - faire, savoir - être.

- ❖ **C'est en fonction de l'EPP réalisée à partir des référentiels, des résultats obtenus et des résultats attendus sur le plan des pratiques et sur le plan thérapeutique que se construisent concomitamment en situation d'EPP les objectifs et les contenus de formation EPP.**

12 Les outils d'évaluation de l'EPP (Gatto et al, 2011)

Le CNOMK a proposé 4 thèmes d'EPP et une thématique au choix de chaque C(I)ROMK. :

- La personne âgée non grabataire
- L'hygiène et la sécurité,
- L'AVC,
- Les pathologies respiratoires.
- Un thème au choix choisi par le facilitateur et son C(I)ROMK.

❖ **Des outils d'enquête scientifique ont été construits par des Enseignants-chercheurs de l'Université de Montpellier 3 (Franck Gatto), de l'Université d'Aix-Marseille 1 (Jean Ravestein et Caroline Ladage), le Conseil Inter Régional PACA-Corse de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes, les membres de la commission EPP du CIROMK PACAC. Ils ont été validés par le Conseil National de l'Ordre des Masseurs - Kinésithérapeutes. Il s'agit de QCM théorisés qui porte sur 6 thèmes : Les fondamentaux à maîtriser et à utiliser sur l'EPP, La personne âgée non grabataire, l'hygiène et la sécurité, l'AVC, la bronchiolite, la lombalgie chronique.**

Chaque questionnaire théorisé est utilisé en fonction du thème d'EPP. Avant chaque action d'EPP le questionnaire permet d'évaluer les savoirs des MK et à la fin de chaque action d'EPP le questionnaire permet de mesurer les effets des actions d'EPP.

13 Modélisation de l'EPP : (Gatto et al, 2011)

➤ **Mise en œuvre de l'EPP avec les outils pédagogiques à chacune des 5 étapes de la démarche kinésithérapique.**

1. Ce que je fais en situation de soin ? Quels sont les résultats attendus au niveau des pratiques MK et au niveau thérapeutique ? Quels sont les résultats obtenus ?
A partir des référentiels, des résultats attendus, des résultats obtenus de la MK (pratiques et thérapeutiques), régulation du formateur et du groupe de MK.

2. Pourquoi aucun écart ? **A partir des référentiels et des résultats attendus de la MK (pratiques et thérapeutiques) : valorisation et renforcement.**
Pourquoi un écart ? A partir des référentiels et des résultats attendus de la MK (pratiques et thérapeutiques) : questionnement et formulation de nouveaux objectifs et de nouveaux moyens pour réduire l'écart.

QUESTIONNEMENT :
CONFORMITE ?
VALORISATION
ECARTS ?
REGULATION

3. Ce que je devrais faire en situation de soin ?
Régulation du MK formateur et du groupe à partir des référentiels et des résultats attendus de la MK (pratiques et thérapeutiques)

4. Acquis, non-acquis, en cours d'acquisition ? Au niveau des pratiques MK et au niveau thérapeutique.
A partir des référentiels et des résultats attendus de la MK (pratiques et thérapeutiques) : régulation du formateur et du groupe de MK.

- ❖ **L'EPP est un dispositif de formation qui utilise des outils de pédagogie active.**
Le dispositif de formation EPP aide à travailler sur le sens des pratiques de l'expérience, pour transformer les pratiques actuelles et les pratiques futures.
A partir des référentiels les écarts aux pratiques attendues et les écarts aux résultats thérapeutiques attendus sont questionnés et régulés.
A partir des référentiels la conformité aux pratiques attendues et la conformité aux résultats thérapeutiques attendus est renforcée et valorisée.

14 Les résultats globaux pré - EPP et post - EPP par régions

Les résultats des 22 régions ont été analysés et traités sous logiciel Excel.

Les résultats pré - EPP et post - EPP des 22 régions sont regroupés dans les tableaux récapitulatifs qui suivent.

Les derniers résultats ont été envoyés au CNOMK début mars 2011.

| Régions | Actions EPP | Facilitateurs | Nombre de MK | Lieux | Thèmes EPP | Nombre d'heures | Evaluations pré-EPP | Evaluations post-EPP |
|-----------------------------|-------------|---------------------------|--------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------|---------------------|----------------------|
| Antilles Guyanne | 3 | PA. Lollia | 45 | Guadeloupe, Guyanne, Martinique | Hygiène Lombalgie | 21 h | 71% conforme | 75% conforme |
| Limousin | 3 | R.Husller, JL. Gérardi | 22 | Guéret, La Souterraine Tulle, Limoges | Bronchiolite Personne âgée BDK Hygiène et santé | 8 h | 67% conforme | 88% conforme |
| Franche comté | 1 | D. Grasser | 8 | Besançon | Personne âgée non grabataire | 4 h | 76% conforme | 88% conforme |
| Ile de France | 2 | F. Lagniaux | 28 | La Réunion Paris | Bronchiolite du nourrisson Personne âgée non grabataire | 32 h | 70% conforme | 72% conforme |
| Régions | Actions EPP | Facilitateurs | Nombre de MK | Lieux | Thèmes EPP | Nombre d'heures | Evaluations pré-EPP | Evaluations post-EPP |
| Bourgogne | 4 | P. Gaston | 67 | 4 départements | Personne âgée non grabataire | 42 h | 73% conforme | 80% conforme |
| Hte Normandie | 2 | M. F.Adèle | 21 | Evreux Rouen | Lombalgie chronique | 6 h | 73% conforme | 79% conforme |
| Basse Normandie | 6 | M. Lecointe | 10 | Saint Pierre Dives | Fondamentaux EPP Bronchiolite | 18 h | 55% conforme | 90% conforme |

| | | | | | | | | |
|---------------------------|--------------------|-----------------------|---------------------|--------------------------------------|----------------------------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| | | | | | Lombalgie | | | |
| | | | | | Hygiène | | | |
| | | | | | Personne âgée | | | |
| | | | | | AVC | | | |
| | | | | | | | | |
| Alsace | 1 | S. Obrecht | 16 | Strasbourg | Fondamentaux EPP | 6 h | 54% conforme | 100% conforme |
| | | | | | Hygiène et sécurité | | | |
| Régions | Actions EPP | Facilitateurs | Nombre de MK | Lieux | Thèmes EPP | Nombre d'heures | Evaluations pré-EPP | Evaluations post-EPP |
| Rhône Alpes | 2 | C. Petit | 87 | Lyon, Annecy | BPCO | 48 h | 66% conforme | 74% conforme |
| | | | | | AVC | | | |
| | | | | | Personne âgée non grabataire | | | |
| | | | | | Coiffe des rotateurs | | | |
| | | | | | Communication professionnelle | | | |
| | | | | | | | | |
| Champagne Ardennes | 1 | V. Besse Desmoulières | 17 | Bétheny | Bronchiolite, EPP | 14 h | | |
| | | | | | | | | |
| Centre | 3 | B. Selleron | 25 | Bourges, Vendomes | Bronchiolite aigue du nourrisson | 29 h | 73% conforme | 83% conforme |
| | | | | Tours | | | | |
| | | | | | | | | |
| Picardie | 3 | B. Pierre | 45 | Amiens, Clermont de l'Oise, Soissons | Bronchiolite du nourrisson | 24 h | 83% Conforme | 99% conforme |
| | | | | | | | | |

| Régions | Actions EPP | Facilitateurs | Nombre de MK | Lieux | Thèmes EPP | Nombre d'heures | Evaluations pré-EPP | Evaluations post-EPP |
|----------------------|-------------------|---------------|----------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Lorraine | 5 | C. Chauvin | 37 | Forbach, Nancy, Metz Tronville en Barrois | Hygiène | 10 h | | |
| Auvergne | 4 | R. Dalmayrac | 18 | Clermont Ferrand Aurillac, St Pourcain, Le Puy | Chute de la personne âgée | 11 h | 62% conforme | 72% conforme |
| Midi Pyrénées | 2 | JF. Couat | 39 | Toulouse Montauban | EPP Hygiène et sécurité | 8 h 8 h | 70% conforme | 82% conforme |
| Languedoc Roussillon | 5 | L. Faux | 64 | 5 départements | Personne âgée non grabataire | 72 h | 73% conforme | 79% conforme |
| PACAC | 12 | F. Gatto | 90 | 8 départements | Fondamentaux EPP Personne âgée non grabataire Hygiène et sécurité | 92 h | 69% conforme | 83% conforme |
| Régions | Actions EPP | Facilitateurs | Nombre de MK | Lieux | Thèmes EPP | Nombre d'heures | Evaluations pré-EPP | Evaluations post-EPP |
| Bretagne | 2 | A. Simon | 18 | 4 départements | BPCO | 16 h | 63% conforme | 70% conforme |
| Aquitaine | 1 | P. Seyres | 10 | Pau | BDK, fiche de synthèse | 4 h | | |
| TOTAUX | 62 actions | | 667 MK formés | | | 473 h de formation | CONFORMITE : 69% | CONFORMITE : 89% |

15 La synthèse des résultats de l'expérimentation EPP

➤ L'expérimentation d'EPP des MK s'est réalisée de juin 2009 à septembre 2010. Les derniers résultats ont été envoyés au CNOMK début mars 2011.

- 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.

16 Les références bibliographiques

- Bonniol JJ. (1996). *La passe ou l'impasse, le formateur est un passeur*. Les cahiers d'Aix en Provence, édité par le département des sciences de l'éducation de l'Université de Provence, Aix-Marseille 1, Cahier n°1, la série en question, 1-34.
- De Chambine S. Huchet A. Lamy A. (2002), *Comment élaborer un référentiel qualité ?*, Paris, Doin éditeurs.
- De Ketele JM. (2001). *Synthèse et Perspective du colloque : Les interactions entre formation et évaluation*. 14° colloque international de l'ADMEE – Europe, Les interactions entre formation et évaluation, acteurs, outils, politiques et projets. Aix-en-Provence le 11-12-13 janvier, 2001, Université de Provence, département des sciences de l'éducation.
- Gatto F. (2005). *Enseigner la santé*. Paris. l'Harmattan.
- Gatto F. Ravestein J. Ladage C. (2009). *L'évaluation des pratiques professionnelles des Masseurs-Kinésithérapeutes*. (Conférence de presse au CNOMK le 25 septembre 2009).
- Gatto F. (2010). *Stagiaires MK en cabinet libéral : intérêts, limites, perspectives*. Kiné point presse n°21.
- Gatto F. Vincent S. Ravestein J. *Les modèles et les outils de l'évaluation. Applications en Kinésithérapie*. Sauramps médical. (Sous presse, 2011).
- Le Boterf G., Bazucchetti S., Vincent F. (1995). *Comment manager la qualité de la formation*, France, Éditions organisations.
- Le Boterf G. (2002). *De quel concept de compétence avons-nous besoin ? Soins cadres*, n°41.
- <http://www.has-sante.fr/>. (juin 2005). *Guide évaluation des pratiques professionnelles*.

Résumé

A partir des excellents résultats d'évaluations des pratiques professionnelles des masseurs-kinésithérapeutes (MK) obtenus scientifiquement, comment permettre l'amélioration des conditions de travail des masseurs-kinésithérapeutes sur le plan politique et sur le plan réglementaire ?

Un entretien semi-directif a été réalisé avec le Président du conseil régional PACA de l'ordre des médecins. Cet entretien de 55 minutes a été enregistré et analysé.

Pour l'accès direct aux soins du masseur-kinésithérapeute, il semble qu'il y ait des freins importants du côté des médecins. Pour la prescription du petit matériel par les MK, le Dr Jean-Luc Le Gall fait confiance à la profession.

Pour la formation des MK, la profession doit-elle à même de voir si elle a besoin de compléments de formation.

Pour le Dr Le Gall, les conditions scientifiques passent par des études prospectives et rétrospectives. Les MK doivent réaliser des études scientifiques.

Pour les conditions administratives il faudrait passer par des coopérations entre les différents ordres, comme cela existe avec le CLIOR.

Sur sept thématiques convoquées deux ne vont pas dans le sens de l'amélioration des conditions de travail des masseurs-kinésithérapeutes : ce sont l'accès direct et les conditions politiques ; les cinq autres entrées sont positives.

Il faudrait des commissions de MK, de médecins et d'universitaires titulaires qui travaillent à déstabiliser ces deux obstacles et qui permettent l'autonomie de la profession.

Mots clés :

Evaluation des pratiques professionnelles, Masseurs-kinésithérapeutes, Autonomie, scientifique, référentiels, valorisation.